

lar la presencia de tumores en sus paredes. Es necesario observar lo que pasa durante la introduccion de la sonda, porque se ven desaparecer las flexuosidades á medida que la sonda penetra y despues de su introduccion queda el útero como en la retroversion.

La *introduccion de la sonda* presenta algunas dificultades. Es menester seguir las diversas sinuosidades que presenta la cavidad uterina. Para ello se debe, sin obrar con violencia, dirigir el instrumento unas veces adelante, otras atrás, segun que la flexion sea anterior ó posterior.

El *tratamiento* no difiere del de la retroversion y de la retroflexion; pero sus resultados son un poco menos ventajosos. Así en doce casos hemos obtenido ocho curaciones completas y una notable mejoría, en dos casos la reduccion no se consolidó y demandó el empleo del enderezador; pero mediante á este tratamiento pudieron las enfermas entregarse á sus ocupaciones habituales, que no podian hacer antes. En fin, en una enferma, aunque el útero quedó reducido, continuaron dolores vexicales y necesidad frecuente de orinar, resultado sin duda de una inflamacion crónica de la vejiga.

8.º LATEROVERSIONES Y LATEROFLEXIONES.

Designaremos las dislocaciones laterales con los nombres de *latero-
version* y *lateroflexion* derecha é izquierda, segun el lado á que se inclina el cuerpo del útero.

Nunca las hemos encontrado aisladas, siempre unidas á otras formas de dislocaciones, han podido en muchos casos dar cuenta del predominio de ciertos síntomas, como por ejemplo, el dolor excitante de un solo muslo. Generalmente el dolor parece mas intenso en el lado á que se inclina el útero, aunque hemos visto ejemplos de lo contrario. ¿Esto pudiera explicarse, en el primer caso, por la presion del cuerpo del útero sobre el plexo sacro y los nervios que parten de él, y en el segundo, por la traccion de los ligamentos?

Hemos observado con mas frecuencia el estreñimiento en las latero-
versiones izquierdas que en las derechas, lo que se explica por la disposicion anatómica de las partes.

Dezanneau (1) dice haber encontrado desviaciones laterales mas frecuentes á la derecha que á la izquierda. No hemos podido confirmar esta opinion, aunque se comprende que así sea, puesto que estando el recto situado á la izquierda, cuando las materias fecales le distiendan, rechazará el útero á la derecha.

(1) Dezanneau, *loc. cit.*

CAPÍTULO IV.

HEMATOCELE PERI-UTERINO.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

No están conformes todos los autores en lo que debe entenderse por *hematocele peri-uterino*; pero cualesquiera que sean los límites asignados á esta lesion, el primer punto sobre que conviene insistir, es el siguiente: que el *hematocele*, tan importante por sí mismo, *no es una enfermedad*, sino un resultado patológico. Esta interpretacion de los hechos generalmente admitida hoy, hace definir el hematocele peri-uterino, diciendo que es *un derrame formado por la sangre depositada (sea por delante ó por detrás del peritoneo) en las inmediaciones del útero?*

Debemos decir desde ahora, que esta definicion, dada y aceptada por muchos autores, es rechazada por otros. A Voisin (1), por ejemplo, reserva la denominacion de hematocele, para los casos en que la sangre se derrama y se enquistas en el saco peritoneal. G. Bernutz (2), conservan el nombre de *trombus* á los *derrames sanguíneos que ocupan el tejido celular pelviano* y que solo se observan en estado puerperal (3), y describe exclusivamente con el nombre de hematocele, los casos en que la sangre *procedente de cualquiera de los órganos genitales*, se derrama en el peritoneo pelviano. Segun el mismo autor, los *derrames sanguíneos intra-pelvianos, sintomáticos de un embarazo extra-uterino*, deben separarse tambien de los hematoceles propiamente dichos.

Por el contrario, muchos autores comprenden de un modo general, bajo la misma denominacion, los casos en que la sangre se encuentra extravasada detrás ó alrededor del órgano, ya en el fondo de saco peritoneal, ya fuera de él.

Procurando presentar una descripcion en relacion con la acepcion

(1) A. Voisin, *De l'hémalocèle rétro-utérine et des épanchements sanguins non enkystés de la cavité péritonéale du petit bassin*. Paris, 1860, con una lámina.

(2) G. Bernutz y E. Goupil, *Clinique médicale sur les maladies des femmes*. Paris, 1860, t. I, p. 352.

(3) Sin embargo, en 1858, Benjamin Ball ha dado á conocer un caso en que fuera del estado general, el derrame sanguíneo era subperitoneal. El ovario derecho estaba además tan alterado que era casi imposible desconocer que era el origen de la hemorragia.

«No podemos darnos cuenta de estos casos, sin admitir que la rotura del ovario se produce en el mesenterio ovárico. Sin embargo, no se dice en la observacion que esta rotura se hubiese demostrado; entonces pudiera suponerse que una de las trompas, ingurgitadas de sangre, habia dejado escapar por una abertura accidental la sangre menstrual en el espesor del ligamento ancho.» (A. Trousseau, *Clinique médicale*, 2.ª edic., t. III, p. 601, Paris, 1856.)

mas lata de la palabra, reservaremos, sin embargo, la mayor parte á los hematoceles, propiamente dichos. En cuanto á los tumores sanguíneos peri-uterinos, situados fuera del peritoneo y á los derrames intra-pelvianos sintomáticos de un embarazo extra-uterino, como su detalle corresponde mas bien á un *Tratado de partos*, nos limitaremos á exponer los medios apropiados para diagnosticarlos. La frecuencia del hematocele, propiamente dicho, es bastante grande, pues A. Voisin, que solo reune con este nombre los casos en que la sangre se derrama en el saco peritoneal y se esquista, ha podido reunir 42 casos, de los que son personales 10.

§ II.—Historia.

Aunque pudieran encontrarse en las obras de Hipócrates (1) casos de hematocele retrouterino, á Ruysch (2) es el que parece debe referirse el descubrimiento de las hemorragias peri-uterinas. Despues vienen las observaciones de J. Frank (3), de Pelletan (4), de Velpeau (5), de Recamier y de H. Bourdon (6). En la época (1841) en que aparecieron los trabajos de estos últimos autores, el estudio del hematocele se comprendia aun entre los *tumores fluctuantes de la pequeña pelvis*; y solo desde la publicacion del primer trabajo de G. Bernutz (7) de las *Lecciones* de Nélaton (8), es cuando se fijó la atencion de un gran número de observadores (9), extendiéndola en todos sus detalles.

(1) Hippocrate, *Des épidémies*, lib. IV y V, trad. de Littré, t. V, p. 183 y 205. *Des maladies des femmes*, lib. I y II, t. VIII, p. 21.

(2) Ruysch, *Observationum anatomico-chirurgicarum*, centuria, obs. LXXXV, página 110. édit. Amsterdam, 1591.

(3) J. P. Frank, *Traité de médecine pratique*, trad. por Goudareau. Paris, 1842, tomo II, p. 267.

(4) Pelletan, *Clinique chirurgicale*. Paris, 1810, t. II, p. 106.

(5) A. Velpeau, *Recherches anatomiques sur les cavités closes* (*Annales de la chirurgie française et étrangère*, Paris, 1813, t. VII, p. 430).

(6) Récamier y H. Bourdon, *Tumeurs fluctuantes du petit bassin* (*Revue médicale*, 1841, p. 41).

(7) G. Bernutz, *Mémoire sur les accidents produits par la rétention du flux menstruel* (*Arch. gén. de méd.*, Junio 1848 á Febrero 1849).

(8) A. Nélaton, citado por A. Vigués, *Des tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne chez la femme* (tesis de doctorado. Paris, 1850).—Véase tambien: *Leçons cliniques*, publicadas por Gaillet y Bauchet (*Gazette des hôpitaux*, 1851).

(9) Indicaremos entre los trabajos de algunos autores los siguientes: Mikschik, *Études sur la pathologie des ovaires*. Leipzig, 1854.

Kauffmann, *Archives de la Société obstétricale de Berlin*, vol. VIII.

Royer, *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1855, t. XXI, p. 21.

Próst, tesis inaugural. Paris, 1854.

Cestan, tesis inaugural. Paris, 1855.

Paul Fenery, *De l'hématocèle rétro-utérine*, tesis inaugural. Paris, 1855.

Engelhardt, tesis inaugural, Strasbourg, 1856.

Manuel Gallardo, *De l'hématocèle péri-utérine*, tesis inaugural. Paris, 1857.

Genouville, *Arch. gén. de méd.*, Octubre 1858.

§ III.—Causas.

1.º *Causas anatómicas*.—Resulta de las diversas investigaciones hechas con el objeto, que unas veces suministra solo el ovario la sangre vertida, otras procede de las trompas uterinas, ya las venas tubo-ováricas, haciéndose varicosas, se rompen dando lugar á hemorragias, ó bien suele suceder que la exhalacion sanguínea dependa de una pélvi-peritonitis hemorrágica (1).

Los autores que refieren únicamente el hematocele á una hemorragia ovárica, creen que puede producirse aun estando sano el ovario cuando en la ovulacion (2), ó despues de ella, queda enfermo el ovario. Cuando esta última condicion, cuya realidad nadie duda, es la causa del hematocele, se demuestra que el ovario es generalmente el asiento de una rotura (3), ó de una apoplejía (4), de un quiste sanguíneo (5), ó de una supuracion parcial (6).

(1) A. Tardieu, *Observations pratiques de médecine légale sur les cas de mort naturelle et de maladies spontanées qui peuvent être attribuées à un empoisonnement* (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, Paris, 1854, t. II, p. 157).

(2) Denonvilliers y Lenoir, *Bulletins de la Société de chirurgie*, sesion de 4 de Junio 1851 (*Gazette des hôpitaux*, 14 Julio 1851).—Nélaton, *Leçons cliniques faites à l'hôpital de la Faculté* (*Gazette des hôpitaux*, Diciembre 1851 y siguientes).

(3) Pelletan, *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 106, Paris, 1810.—Hufeland, Exámen de dos personas muertas por efecto de insolacion, *Journal de Hufeland*, Noviembre 1819, y *Bibliothèque médicale*, t. CLXX, p. 250.—Neuman (de Berlin), 1821, observacion publicada en Francia en la *Biblioteca médica* por Royer-Collard, t. LXXVIII, p. 113. (Esta observacion fué dada por un autor y recogida por Puech, como ejemplo de exhalacion sanguínea del peritoneo que rodea el ovario formando una hidátide voluminosa).—Dreqq, *Annales de la médecine physiologique*, 1826, y *Journal universel des sciences médicales*, t. XLII, 1826, p. 351.—E. J. Tilt, *On diseases of Women and ovarium inflammation*, p. 262 y siguientes, 2.ª edicion Londres 1853.—S. Laugier, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, Febrero 1855, tomo XL, p. 458. Del trabajo de S. Laugier parece resultar que la ovulacion es la causa ocasional del hematocele retro-uterino; que la congestion fisiológica del ovario durante la ovulacion con persistencia de la abertura de la vesícula de Graaf, no da lugar al hematocele, que es necesario, para que se produzca una congestion exagerada, producida por causas accidentales cuya accion puede actnar antes, durante ó despues de las reglas. Con la repeticion de la ovulacion se aumenta gradualmente el volúmen del hematocele. Las vexículas ováricas se abren sucesivamente en el quiste hemático y quedan abiertas, de modo que el ovario se destruye por el número de ovulaciones en las condiciones que presenta el órgano desde la inovacion del hematocele. La rotura de una vexícula de Graaf es la via por donde se escapa la sangre del ovario, y el quiste hemático es las mas de las veces intra-peritoneal.—Luton, *Gazette médicale*, 1856, p. 76.—Wardrop y Romberg, citados por Vernay (*Gazette des hôpitaux*, 1852, p. 318).—Puech, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1858, obs. VIII.

(4) Pollard, *The Lancet*, March 1848, et *Archives générales de médecine*, 4.ª série, XVIII, p. 475.

(5) Ch. Robin, *Note sur les hémorrhagies des vésicules ovariennes*. (*Mémoires de la Société de biologie*, 2.ª série, t. III, año 1856, Paris, 1857, p. 139).—Dumont-Pallier, *Hématocèle rétro-utérine en voie de formation* (*Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, 3.ª série, t. III, año 1861, Paris, 1862, y en A. Trousseau, *Clinique médicale*, 2.ª edicion, Paris, 1865, t. III, p. 592).

(6) A. Trousseau, *loc. cit.*, p. 598.

Cuando las varices tubo-ováricas se rompen dando lugar á hemorragia, la coleccion es casi siempre extra-peritoneal; lo que resulta de la disposicion misma de los vasos situados entre las dos hojas del ligamento ancho (1). El estado varicoso, extendiéndose á las venas del parénquima ovárico, puede tambien hacerse causa de edema, y reblandecimiento parcial del órgano, y la causa de una apoplejía ovárica, seguida de hemorragia intra y extra-peritoneal (Devalz, Trousseau). Este estado varicoso especial de las venas puede disponer tambien á la apoplejía de las vexículas de Graaf y hacerse punto de partida de quistes hemáticos, que son á su vez una de las causas inmediatas, accidentales de la hematocele ovárico (Trousseau).

Cuando la sangre derramada proviene de una de las trompas, ó bien ha sufrido esta una rotura (2), ó se ha constituido en via anormal por la que fluye la sangre contenida en el útero cuando existe un obstáculo al flujo menstrual por las vias regulares (3). En fin, una ó ambas trompas á la par sin lesión ninguna apreciable, puede hacerse sitio de una exhalacion sanguínea abundante.

2.º *Causas generales.*—Cuando fuera de toda lesion apreciable se verifica la exhalacion sanguínea, por la superficie de las trompas ó del útero, dando lugar al hematocele, es necesario investigar su origen en diversos estados morbosos de los que puede constituir un elemento sintomático. Las investigaciones sobre este punto conducen á reconocer que el sarampion (4), la escarlatina (5), la viruela (6),

(1) Ollivier (d'Angers), *Note sur un cas de grossesse tubaire, avec quelques observations sur une cause particulière d'hémorrhagie interne chez la femme* (*Archives générales de médecine*, 2.ª série, 1834, t. V, p. 403).—S. Leclerc, *Archives générales de médecine*, 1.ª série, 1828, t. XVIII, p. 281.—Marjolin, padre, citado por Tilt, *Pathology and Treatment of sanguineous pelvic Tumours*, p. 262, y *Diseases of Women*, 2.ª edicion. Londres, 1853.—Depaul, *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1847, t. XXII, p. 15.—Richet, *Traité d'anatomie médico-chirurg.*, p. 735, 2.ª edicion. Paris, 1860, p. 812.—Devalz, *Du varicocèle ovarien et de son influence sur le développement de l'hématocèle rétro-utérine* (tesis inaugural, Paris, 1858).—G. Bernutz y E. Goupil, *loc. cit.*, p. 368.

(2) Swtzer, citado por Tilt, *loc. cit.*, obs. LXXIII, p. 238.—Pauli, *Gazette des hôpitaux*, 1847, p. 155.—Royer, *loc. cit.*—G. Bernutz, *Clinique*, t. I, p. 416.

(3) Ruysch, *loc. cit.*—De Haen, Delpech, Hélie, *Recherches sur la structure des trompes utérines, pour servir à l'histoire de l'hématocèle rétro-utérine* (*Journal de médecine de la Loire-Inférieure*, 1858).—Proust, Observacion recogida en la visita de Ch. Laségue y publicada por G. Bernutz, *Clinique médicale*, t. I, p. 435.—Tilt, *loc. cit.*, obs. LXXVII, p. 261.—G. Bernutz y E. Goupil, *De la rétention du flux menstruel* (*Clinique médicale*, Paris, 1860, t. I).

(4) Scanzoni, *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme*, traduccion francesa. Paris, 1858, p. 312.

(5) Hélie, *Recherches sur la structure des trompes utérines, suivies de quelques considérations relatives aux hématocèles rétro-utérines* (*Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure*, 1858, 178 entrega, p. 280).

(6) A. Laboulbène, *Uterus avec hémorrhagie des trompes de Fallope, et kyste pileux de l'ovaire gauche* (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1.ª série, año 1852, tomo IV, p. 185. Paris, 1853).

la púrpura (1), acompañan al hematocele peri-uterino sin necesidad de correlacion entre este y el trabajo de ovulacion obrando solo como causa ayudante (2). En ciertos casos el derrame sanguíneo peri-uterino se ha considerado como sintomático del estado puerperal (3), ó de una afeccion localizada en el aparato genital (4), ó en algunos puntos de las vias urinarias (5). En otros casos puede tambien producirse el hematocele, sea por la existencia de una afeccion orgánica debilitante, ya por la anemia determinada por la persistencia de ciertas alteraciones funcionales del organismo, ya de una manifestacion sintomática secundaria de la modificacion impresa á la constitucion por condiciones higiénicas nuevas y desfavorables (6). En fin, hay casos de *hematocele catamenial* de Trousseau) en que la hemorragia retro-uterina procede de la mucosa de la trompa ó del pabellon de este conducto, produciéndose solo por la exageracion del orgasmo menstrual (7).

3.º *Causas ocasionales.*—Tales son: el exceso del cóito, sobre todo durante la menstruacion; la aplicacion de un cuerpo frio sobre los órganos genitales y las inyecciones frias, sobre todo despues de las reglas; las heridas del útero, las tentativas de aborto, las maniobras de obstetricia determinadas por un parto laborioso; quizá la permanencia muy prolongada de los pesarios y del enderezador intra-uterino, las caidas sobre las nalgas, los golpes sobre el abdomen, las sacudidas del cuerpo, las emociones morales vivas en el momento de las reglas (Nonat).

Debemos indicar tambien las operaciones verificadas para curar las imperforaciones de la vulva, de la vagina y del cuello del útero. En estos casos, cuando se ha abierto una salida á la sangre menstrual retenida en el útero, las contracciones de esta víscera se activan y hacen refluir sangre por las trompas distendidas, y aun arrojlarla fuera (Bernutz).

(1) W. F. Barlow, *Cas d'hémorrhagie utérine dans lequel le sang s'était échappé très-probablement à travers la trompe de Fallope* (*The London and Edinburgh monthly Journal*, 1841, p. 877, y *The Lancet*, 1839-1840, vol. I, p. 327).

(2) Bernutz y Goupil, *loc. cit.*, t. I, p. 447.

(3) West, *Diseases of Women*, London, 1853, p. 455, 2.ª edicion.—G. Bernutz y E. Goupil, *loc. cit.*, t. I, p. 462.

(4) G. Bernutz y E. Goupil, *loc. cit.*, t. I, p. 463 y siguientes.—Nonat, *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1860.—Viguès, tesis inaugural. Paris, 1850, p. 49.—A. Voisin, tesis inaugural, obs. VII, p. 94.

(5) Aran, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, 3.ª parte, obs. XXI, página 769.

(6) Heurtaux, observacion publicada en el núm. 50, por A. Voisin, (tesis citada), página 3.—Silvestre, observacion publicada por A. Voisin (*loc. cit.*, p. 98).—Viguès, tesis citada, obs. II, p. 7.

(7) A. Trousseau, *Clinique médicale*, t. III, 2.ª edicion, capítulo XXXVII, pág. 600.—Heurtaux, observacion publicada por A. Voisin (tesis citada, obs. XII, página 116), y Oulmont, *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, tomo IV, p. 21.

4.º *Causas predisponentes.*—En la *edad* de treinta años es en la que parece están mas expuestas las mujeres al hematocele retro-uterino (A. Voisin).

§ IV.—Anatomía patológica.

«Ya proceda la sangre de los ovarios, de las trompas ó del útero, cae naturalmente detrás del ligamento ancho, en el espacio peritoneal retro-uterino, limitado por delante por los ligamentos anchos y el útero, y por detrás por el recto y los repliegues laterales del peritoneo, y por todos lados por la serosa. En la parte superior este fondo está abierto y comunica ampliamente con el resto de la cavidad abdominal.

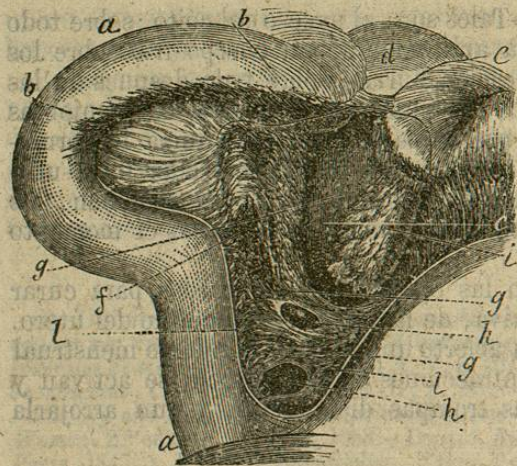


Fig. 49.—Hematocele retro-uterino, visto de atrás adelante. Dibujo trazado según una pieza recogida en la visita del doctor Oulmont.—*a, a, a*, recto desprendido en parte de adherencias normales y dirigido á la izquierda con objeto de demostrar la cavidad retro-uterina por su cara posterior; *b b*, adherencias fibrinosas que unen esta porción del recto al asa del intestino delgado *c*; *c*, asa de intestino delgado formando una parte del fondo de la bolsa retro-uterina; *d*, vejiga; *e*, útero visto por su cara posterior y cubierto de productos fibrinosos; *f*, trompa uterina izquierda dilatada y sujeta por las adherencias *g, g, g*, formando un tabique fibroso perfectamente organizado, que divide la bolsa retro-uterina en dos mitades, que solo se comunican por los agujeros *h h*; *i*, trompa uterina derecha dilatada; *l l*, peritoneo pelviano cubierto de depósitos fibrinosos (Augusto Voisin).

»En algunos casos raros, la sangre se dirige en parte al intervalo véxico-uterino, pero en muy escasa proporción, en relación á la masa derramada detrás del útero.

»Apenas caen en la cavidad de la serosa algunas gotas de sangre, se inflama aquella, dando por resultado el establecimiento de adherencias entre los órganos pelvianos ó á lo menos entre sus cubiertas peritoneales (fig. 49).

»Las asas intestinales se rechazan al estrecho superior por el líquido derramado, ó se une por su propio peso.

»El foco sanguíneo se enquistá rápidamente por la energía de la inflamación de la serosa y por la formación de adherencias celulosas. Las paredes del tumor se encuentran limitadas por delante; por los ligamentos anchos, por detrás, por el recto y el peritoneo, por debajo

por el fondo de saco útero-rectal, por arriba por las asas intestinales, por su adherencia con el fondo del útero, los ligamentos anchos, los ovarios, las trompas, los ligamentos redondos y el peritoneo que tapiza las partes laterales de la pelvis, constituyen para el quiste una especie de estuche resistente.

»A veces el tumor se dirige á las fosas ilíacas y se enquista del mismo modo á espensas de las asas intestinales.

»La cavidad del quiste puede quedar unilocular, pero lo mas comun es que pase de un punto á otro por cavidades y tabiques celulo-fibrinosos que se organizan y se hacen fibrosas, siendo á veces tan tenues, que en algunas autopsias se han considerado como formados por tejido subseroso, haciendo creer que se trataba de un hematocele sub-peritoneal.

»Sucede, por último, en la cavidad pelviana, lo que en la pleura y en la acrenoides inflamadas.

»En algunos casos la sangre dilata los orificios peritoneales de las trompas y aun estos conductos se hacen parte integrante del quiste. La inflamación no hace impermeable el conducto y queda libre la comunicación con la cavidad uterina.

»La sangre obra de diverso modo según procede de los vasos capilares (excluyo las venas que no producen nunca el hematocele), ó venga de una vexicula ovárica ya alterada ó de la cavidad uterina donde debe pertenecer cierto tiempo.

»En el primer caso se coagula la parte líquida, se absorbe, y el coágulo queda para desaparecer á su vez. Sin embargo, á veces no es completa la absorción y la sangre derramada forma tumores fibrosos que se encuentran en época muy lejana del principio de la afección, cuando se restablece la salud de las enfermas.» (A. Voisin.) La parte sólida de la sangre se convierte en copas fibrosas estratificadas sobre las paredes del quiste; la parte serosa se absorbe poco á poco, á menos que una nueva hemorragia no venga á distender y romper el saco. Esta rotura, bajo un nuevo efecto hemorrágico, suele ser una de las causas mas frecuentes de muerte; así se suelen encontrar habitualmente coágulos recientes derramados en el interior del peritoneo y una bolsa sanguínea que independiente de los coágulos mas recientes, contiene los antiguos ya fibrinosos. Con frecuencia esta bolsa contiene en lugar de coágulos un líquido seroso negruzco, de aspecto de chocolate mal cocido y de olor muy fétido; este estado del líquido sanguíneo es la consecuencia de una inflamación previa del saco (Gallard). La fibrina y los glóbulos se reblanecen; examinados al microscopio, los glóbulos sanguíneos aparecen en efecto flojos y deformados; está depositada la hematoidina, resultado de la alteración de la hematosina. Si la absorción de la sangre se detiene, la masa líquida tiende á aumentar, á supurar y fraguarse un paso por la ulceración al través de las paredes que la rodean. En resumen, cuando la sangre sale de los vasos ó bien se absorbe en

el sitio del derrame, ó bien despues de descomponerse tiende á salir de la cavidad. (A. Voisin.)

»En el segundo caso, la sangre, sea que se escape, sea que provenga de una vexicula primitivamente afectada, se encuentra alterada por su permanencia fuera de los vasos. Es por su composicion mas irritante que la sangre pura, y tiende á provocar una peritonitis mas intensa, una exudacion considerable de serosidad inflamatoria y por consiguiente á trasformarse en pus y fraguarse mas tarde una via al exterior.» (A. Voisin.)

Añadiremos á lo que precede que suelen encontrarse en el foco sanguíneo fetos, huevos enteros con todas sus membranas ó embriones medio en putrefaccion. (Gallard.)

Se ha insistido mucho sobre el asiento anatómico del quiste sanguíneo. Si es lo mas comun encontrarle en el interior de la cavidad peritoneal, puede hallarse tambien fuera del peritoneo; una de sus paredes puede estar formada por la trompa, puede situarse en el ovario, etc. Por último, puede encontrarse en todos los puntos en que se pueden formar los embarazos extra-uterinos, y en su misma proporcion de frecuencia. (Gallard.)

§ V.—Síntomas.

Invasion.—En la mayor parte de los casos se observan en las enfermas síntomas precursores; al cabo de algunos dias de malestar, que no saben á qué atribuir, despues de haber tenido hasta entonces sus reglas con regularidad, ven sobrevenir alteraciones en la menstruacion; ó bien las reglas se suprimen de pronto, ó, por el contrario, se presenta metrorragia mas ó menos abundante, que en algunas dura muchas semanas. En otras la cantidad de sangre vertida es menor y no llega á la acostumbrada, pero la hemorragia se repite cada dos ó tres dias; despues desaparece el flujo sanguíneo y sobrevienen dolores en el abdómen, y sobre todo en el bajo vientre. Las enfermas experimentan en esta parte la sensacion de un peso considerable, y de un cuerpo que presentará tendencia á salir por la vagina; los dolores aumentan y suelen hacerse tan intensos que obligan á las enfermas á acostarse, siendo dolorosos los menores movimientos. (Vigués.)

Síntomas.—El dolor espontáneo persiste en un grado bastante considerable, y presenta exacerbaciones á veces muy notables en la época de las reglas; fuera de estas épocas solo existe una tension ó molestia mas ó menos grande en el abdómen. El dolor provocado es muy grande en algunas circunstancias. La palpacion hipogástrica, la percusion, el tacto vaginal, el rectal y la introduccion del espéculum, se hacen difícil y á veces imposible.

Si el dolor no es tan intenso que impida la palpacion de la region hipogástrica, se puede sentir un tumor que pasa á veces el estrecho abdominal, y se dirige de preferencia á la fosa ilíaca derecha. Este

tumor es liso, redondeado, sin abolladuras, pudiendo limitarse en toda su circunferencia, excepto por debajo, donde penetra en la cavidad pelviana. Presenta en general poca movilidad, se encuentra como enclavado en la pequeña pélvis; las paredes abdominales se deslizan sobre él sin adherirse, su consistencia es bastante grande, puede á veces percibirse la fluctuacion explorado por la pared abdominal. La percusion da un sonido á macizo en toda su extension, y en su contorno sonido timpánico debido á la presencia de los intestinos distendidos por gases.

El tacto vaginal da á conocer á una altura mas ó menos grande de este conducto y á veces muy cerca de su orificio, un tumor liso, redondeado, resistente, que se encuentra entre el útero y el recto, y por lo comun mas á la derecha que á la izquierda.

Resulta que la vagina está estrechada, permitiéndole á veces con dificultad la introduccion del dedo.

Combinando el tacto vaginal con la palpacion hipogástrica, se siente que el movimiento impreso por el dedo al elevar el tumor se trasmite á la mano colocada en el hipogástrico.

Al mismo tiempo puede sentirse fluctuacion mas ó menos evidente, y este fenómeno se percibe mejor cuando se introducen en la vagina los dedos índice y medio.

Hay otro modo de coger el tumor que no debe descuidarse. Si se introduce un dedo en el recto, y otro en la vagina, se percibe el tumor renitente y liso que los separa. El tacto rectal solo permite dirigir el dedo á mas altura á lo largo del tumor, y asegurarse que se dirige por encima del estrecho superior, apoyándose mas ó menos en la pared anterior del recto.

El tacto vaginal sirve tambien para reconocer la posicion del útero. Este se encuentra rechazado adelante y arriba, y el cuello, á veces difícil de alcanzar, se dirige contra la parte superior del púbis.

Combinando el tacto con la palpacion hipogástrica, se previenen los movimientos impresos al útero por el dedo introducido en la vagina, propagándose á una parte distinta del tumor, que es el cuerpo, y que los movimientos no afectan al tumor mismo. A veces en la parte anterior del gran tumor se percibe otro mas pequeño separado por un surco, que es el cuerpo del útero.

El espéculum puede introducirse cuando el dolor es poco considerable. En un caso (1) el cuello estaba situado muy alto y rechazado adelante y á la izquierda, siendo menester introducir profundamente el instrumento en esta direccion para descubrir el cuello, que estaba aplanado y acortado aunque la mujer no habia tenido hijos.

La percusion que conviene practicar con el mayor cuidado, da á conocer el hipogástrico, y principalmente en una de las fosas ilíacas una zona en que se produce sonido á macizo con la convexidad su-

(1) Observado en el hospital de Beaujon.