cada una de dichas rupturas sucede un período de espera de bastante duración; los quistes proliferados, después de permanecer estacionarios por más ó menos tiempo, afectan á veces, por el contrario, un curso enteramente galopante. Los quistes parováricos hialinos del ligamento ancho aumentan de volumen muy rápidamante (1). Los quistes papilares, después de su primera manifestación, pueden permanecer estacionados durante mucho tiempo; pero así que aparece la ascitis, lo cual es señal de que las vegetaciones han perforado la bolsa quística, sobreviene en breve la terminación fatal.

Curación espontánea La curación espontánea, absoluta ó relativa, no es imposible. Algunas veces la ruptura intra-peritoneal determina la curación de los quistes parováricos. La torsión lenta del pedículo provoca muy excepcionalmente la atrofia de los quistes proliferados por aplastamiento de sus paredes y por su calcificación.

Causas de muerte

Ascitis

El término ordinario del desarrollo de los quistes, cuando no interviene la cirugía, es la muerte. El marasmo, la peritonitis y la embolia, he aquí las tres principales causas de ésta. Tiempo atrás, la supuración del quiste á consecuencia de repetidas punciones ó de tratamientos intempestivos, era también causa frecuente de muerte.

¿Qué valor tiene la ascitis como factor pronóstico? Con seguridad es una mala circunstancia, pues suele aparecer en los casos de quistes papilares, cuando las vegetaciones se han fraguado paso á través de la bolsa, ó bien, tratándose de quistes glandulares, cuando ha ocurrido la ruptura de los mismos ó la torsión del pedículo. Sin embargo, hay numerosas observaciones que demuestran que esta complicación no es grave en absoluto, y si L. Championnière (2) no ha observado nunca la curación de los tumores ováricos acompañados de ascitis, es que indudablemente le tocó en suerte una serie desgraciada.

Quistes papilares

El problema referente á la benignidad ó malignidad de los quistes papilares está aún lleno de oscuridades. Hay numerosos casos curados después de la ablación del tumor; yo mismo operé, once años há (3), un papiloma doble de los ovarios, con enorme ascitis, á una joven que aun hoy día está perfectamente curada. Al hablar de las metástasis he citado casos análogos. Por otra parte, los numerosos

hechos de metástasis y hasta de generalización de los quistes papilares bajo formas anatómicas malignas nos obligan á formular un pronóstico muy reservado. Y es que en esto, podemos hablar claro, hay un elemento que está por encima de los recursos actuales del microscopio; pues parece que la instabilidad histológica extraordinaria de estos neoplasmas, la facilidad con que su epitelio cilíndrico se transforma en epitelio metatípico ó atípico los coloca, por decirlo así, en perpetuo estado de inminencia maligna. Cohn (1), en cincuenta casos de quistes papilares, cuya observación se hizo después de la ovariotomía, halló veinte que, anatómicamente, le parecieron malignos con seguridad, y conviene advertir que con el microscopio en la mano no es posible afirmar jamás que semejantes producciones sean clinicamente benignas. Vale más echar las cosas á mala parte y prever el peligro de que la neoplasia se generalice. Poupinel (2) ha formulado reservas muy análogas.

Los quistes glandulares pueden presentar la degeneración cancerosa. Hofmeier (3) y Cohn (4) han señalado, que á veces el aspecto racimoso de las masas quísticas anuncia dicha transformación maligna. En estos casos, los caracteres clínicos no dejan lugar á duda; desarrollo rápido y brusco de un tumor cuya existencia data de larga fecha; enflaquecimiento y caquexia rápidas, adherencias múltiples especialmente en la pelvis menor, edema de los miembros inferiores y de las paredes abdominales, desproporcionado con el volumen del tumor y con la cantidad del derrame ascítico, pleuresía, etc.

El pronóstico de las operaciones por tumores malignos, caracterizados por estos síntomas, es muy desfavorable. No obstante, como se han observado éxitos duraderos en casos que se habían reputado desesperados, paréceme que la operación está indicada siempre que haya esperanzas de llevarla por buen camino. Leopold (5), ante el temor de que aparezca dicha degeneración, aconseja que se extirpe todo tumor del ovario, así que aparezca, sobre todo si es bilateral.

Diagnóstico. A. Tumor situado en la pelvis.—Es muy difícil

Diagnóstico de los tumores pélvicos

⁽¹⁾ L.-Tair (Edinb. med. Journ., agosto 1889, t. XXXV, p. 10) da cuenta de un quiste parovárico muy voluminoso que operó y que se había desarrollado en el curso de seis semanas.

⁽²⁾ L. CHAMPIONNIÈRE. Bull. et Mém. Soc. de Chir., 1885, p. 727.

⁽³⁾ S. Pozzi. Quatre Ovariotomies, etc. (Gaz. méd. de Paris, marzo 1879, p. 130).

⁽¹⁾ Ernst Cohn. Die bæsartigen Geschwuelste der Eierstæcke (Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn., 1886, Bd. XII, Heft 1, p. 14).

⁽²⁾ POUPINEL. De la généralisation des Kystes el Tumeurs épithéliales de l'ovaire. Tesis de París, 1886.—A. Haddés. Contribution à l'étude de la généralisation des Épithéliomas mucoides kystiques de l'ovaire. Tesis de París, 1889.

(3) HOFMEIER. Soc. obst. y gin. de Berlín, 28 enero 1887 (Centralbl. f. Gyn., 1887,

p. 179).

⁽⁵⁾ Leopold. Ueber die Hæufigkeit der malignen Tumoren und ihre operative Behandlung (Deutsche med. Wochenschr., 1887, n.º 4, p. 61).

SYL

Núcleo inflama-

distinguir los tumores del ovario, en las primeras fases de su desarrollo, de los demás tumores contiguos al útero. Cualquier núcleo inflamatorio de peri-metro-salpingitis puede simular fácilmente un quiste sesil del ligamento ancho que empieza á desarrollarse. La anamnesis, el curso de la enfermedad, la coexistencia de una inflamación de las trompas ó del útero nos pondrán á cubierto de cometer error en el diagnóstico. Aparte de lo dicho, aquellos tumores tienen límites más difusos, son más sensibles á la presión y están sujetos á rápidos cambios de volumen. El hematocele pélvico de volumen pequeño, es fluctuante al principio y no da al tacto la impresión de un tumor encapsulado, particularmente á los lados en donde suele ser algo difuso. Con el tiempo el tumor se vuelve duro; y por último, la manera como aparece, la intensa reacción peritoneal del principio, son muy características. La variedad extraperitoneal sólo puede distinguirse con dificultad de un quiste del ligamento ancho, en sus comienzos, por el curso que conduce á su reabsorción gradual. Los tumores de las trompas, sobre todo el hidro-

Tumores

sálpinx, pueden dar lugar á considerables dudas. La bilateralidad de la lesión debiera inclinarnos á su favor; pero hay casos en los que sólo será posible formular el diagnóstico después de la laparo-Embarazo extra- tomía, cuya operación está indicada en uno y otro caso. El embarazo extra-uterino (1), en sus principios ofrece muy pocos signos distintivos, bien que acarrea ordinariamente amenorrea, congestión de la mucosa genital, y más adelante presenta caracteres especiales que Retroflexión del serán estudiados en otro capítulo. La retroflexión del útero grávido en el tercero ó cuarto mes, deberemos sospecharla únicamente cuando haya síntomas de embarazo incipiente y cuando el tumor está situado en el fondo de saco posterior y provoque fenómenos agudos de compresión (retención de orina, constipación), y por último, si tiene consistencia sólida y se continúa con el cuello del útero, el cual debe estar dirigido muy hacia adelante; las tentativas para reducirlo acabarán de disipar las dudas. Por lo demás, hay que buscar siempre con cuidado la posición exacta del útero antes de

B. Tumor ocupando el abdomen. — Debe colocarse el emba-

Diagnóstico diferencial entre el quiste abdominal y: emba-

(1) F. Vullier (Arch. f. Gyn., 1884, Bd. XXII, p. 427 y siguientes) da cuenta de una curiosa observación de embarazo extra-uterino, que se había desarrollado al parecer en el interior de un quiste tubo-ovárico pre-existente: la porción de tejido ovárico, que se había adosado á la pared del quiste, debió conservar la facultad de producir folículos, uno de los cuales fué sin duda el que resultó fecundado.

diagnosticar un tumor independiente de este órgano. Sólo como

recuerdo menciono los tumores estercoráceos.

razo (1) en primer término, pues entre todos los errores, podría ser el más funesto. Especialmente cuando hay hidramnios hay mayor posibilidad de cometerlo, pues en este caso ni se puede palpar el feto, ni oir los ruidos del corazón (2). Para no incurrir en el error inverso y tomar un quiste por un útero grávido, conviene atenerse siempre á los síntomas de certeza y jamás á los de probabilidad;

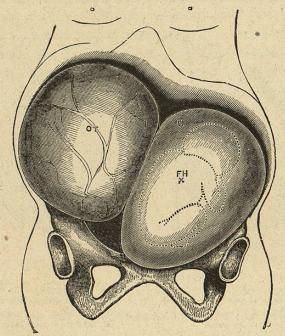


Fig. 46.- Quiste del ovario complicado de embarazo OT. Quiste repelido fuera de la pelvis por el útero U, rechazado á su vez contra la pared pélvica. -FH. Centro de auscultación de los ruidos cardíacos

hay que recordar que la amenorrea, la hinchazón de las mamas y hasta la falsa sensación subjetiva de los movimientos fetales (producida por los borborigmos) pueden presentarse en los tumores del ovario. El cirujano debe cerciorarse de si existen dichos movimien-

(1) METZLAR, de Leiden (anal. en Centralbl. f. Gyn., 1889, n.º 40, p. 712) cita un caso de tumor imaginario debido á una lordosis, por el cual poco faltó se llevara á cabo la laparotomía, que estaba ya á punto de practicarse.

(2) A. IVERSEN (en HOWITZ. Gyn. og Obst. Meddel., 1888, Bd. VII, p. 63) ha publicado un caso muy instructivo sobre este punto: mujer de 39 años que ya tenía 10 hijos; fluctuación manifiesta y gran movilidad del tumor. Se toma éste por un quiste, mientras que la laparotomia demuestra que se trataba de un embarazo de 5 meses, con elongación de la porción supra vaginal del cuello é hidramnios: muerte por peritonitis. También vo he visto un caso análogo, pero con la pequeña incisión exploradora que practiqué, pude asegurar el diagnóstico, que á pesar de una observación muy atenta había quedado dudoso hasta entonces. De este modo no sufrió ninguna perturbación el embarazo, y siguió su curso normal. La enferma, que según parece, lo que deseaba era abortar, acusaba vivos dolores de compresión, siendo este el motivo que me decidió á no contemporizar por más tiempo-

GINECOLOGÍA. T. II. - 26.

tos y de los ruidos cardíacos, debe determinar de un modo indudable las partes fetales, la sensación de las contracciones del útero grávido (Braxton Hicks), el peloteo y al final del embarazo, la introducción ó descenso de una porción del feto en la pelvis, por cuyos datos puede llegar únicamente al diagnóstico (1). El empleo de la sonda uterina es peligroso é inútil. Conviene tener presente que puede haber simultáneamente embarazo y quiste, lo cual com-

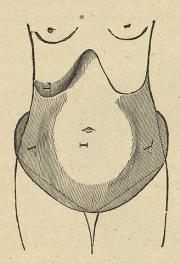


Fig. 47.—Topografía de la macidez en la ascitis I. Sonoridad intestinal.- L. Macidez hepática AA, Macidez de los vacíos

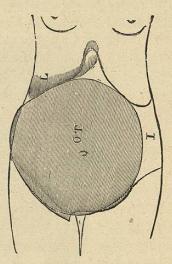


 Fig. 48.—Topografía de la macidez en un caso de quiste ovárico
 I. Sonoridad intestinal.—L. Macidez hepática OT. Macidez al nivel del quiste

plica sobremanera la tarea del clínico; en este caso habrá que atenerse á buscar con exactitud las partes flotantes y á estudiar la posición del feto por medio de la auscultación y de la palpación. Desde luego es infinitamente mucho más grave creer en un quiste, cuando hay embarazo, que cometer el error inverso (2). En caso de duda hay que contemporizar siempre. Es inútil decir que en este caso la punción exploradora es incomparablemente más grave que la incisión exploradora (3).

(1) PINARD. Art. GROSSESSE del Dict. encycl. des Sciences méd., Paris, 4.ª serie, t. XI.

(2) Con funestos resultados para la madre y el feto cometióse este error en el hospital de Jassy, en un caso que tuvo muchisima resonancia. Grossesse de sept mois prise

pour un Kyste (France med., 27 marzo 1886).

(3) Tavignot (Mémoire sur l'Hydropisie des ovaires en la Revista L'Expérience, 1840, p. 55) refiere un caso de muerte de una mujer, en la que por error se practicó la punción en estas circunstancias. No hay que dudar que serán muchos los casos de esta clase que no se habrán publicado.—Olshausen (Loc. cit.), después de practicada una laparotomía por la que reconoció la falta en que había incurrido, volvió á cerrar el vientre, pero provocó el parto por punción de las membranas. Curación.

La ascitis puede simular únicamente un quiste muy voluminoso que llene completamente el abdomen, pero con límites poco precisos. Recordaré los síntomas distintivos del derrame de líquido en el peritoneo: el vientre está más extendido, más acuminado que cuando hay quiste, la macidez ocupa las partes declives y está limitada por una línea cóncava hacia arriba (figs. 47 y 48). En el decúbito lateral se dirige hacia el flanco y las fosas ilíacas, mientras que la sonoridad aparece en el lado opuesto donde anteriormente no existía; esta dislocación es completamente característica cuando se la puede comprobar bien; lo mismo sucede con la sensación de onda líquida transmitida de un lado á otro del vientre. Pero hay casos más difíciles, y son aquellos en los que por haberse desarrollado rápidamente la ascitis, el vientre está tenso, la piel lisa, lustrosa y rajada, no depresible, y más bien da la sensación de ondulación y de choque de retorno que la de onda líquida clara. En estas circunstancias puede suceder que la macidez no esté sistemáticamente repartida en las regiones declives, y hasta que la misma consistencia del contenido sea á veces muy variable, no dislocándose sino muy difícilmente con los cambios de posición (Duplay) (1). Pero en tal caso, la excesiva rapidez con que se ha desarrollado el vientre, el edema habitual de los miembros inferiores, los trastornos concomitantes de la salud dependientes de la enfermedad principal, y por último, la ausencia de tumor limitado, comprobada en época anterior, constituyen otros tantos elementos que sirven de guía al clínico. Hay un síntoma que debe buscarse siempre y consiste en la movilidad del útero, cuya movilidad persiste en la ascitis y está abolida en los grandes quistes. Conviene, en fin, examinar siempre el estado de las vísceras (hígado, corazón) cuya alteración por lo común es causa de ascitis.

Las dificultades pueden subir de punto cuando se trata de ascitis sintomática de peritonitis tuberculosa ó cancerosa, pues puede ocurrir que en este caso la hidropesía del peritoneo se halle enquistada en virtud de adherencias. Si esto ocurre, los principales elementos de diagnóstico serán: en el primer caso, los síntomas concomitantes de tuberculosis intestinal y pulmonar, la irregularidad del vientre, debida al obstáculo que las adherencias oponen al meteorismo, y el crugido intestinal (Guéneau de Mussy) provocado por la palpación; y en el caso de cáncer, la presencia de masas irregulares

(1) Véase Gundelach. De l'Ascite symptom. des Tumeurs ovariques. Tesis de París, 1887, p. 44

Agritia

Peritonitis tuberculosa cancerosa ó de tortas de consistencia dura ó leñosa dependientes del epiploón, su fusión con las partes contiguas y la caquexia rápida.

Punción

En estos casos la punción puede prestar grandes servicios, porque permite examinar el líquido y facilita la palpación del abdomen, dejándolo en estado de mayor flacidez. Sin embargo, hoy día no suele ponerse en práctica dicha maniobra, porque lleva consigo numerosos inconvenientes. En el caso de decidirse á practicarla, hay que tomar grandes precauciones, como la de limpiar perfectamente el trocar y pasarlo, junto con la cánula, por la llama, la de hacer la aspiración con instrumentos de poco calibre y practicar luego la oclusión exacta de la herida con la inmovilización del vientre. La evacuación completa por punción de un tumor grande es infinitamente menos grave que la de un tumor de tamaño reducido, pues en el primer caso la retracción considerable que experimenta la bolsa vacía impide la efusión del líquido en el peritoneo. Interesa, al vaciar una bolsa quística con el aparato de Potain, que la evacuación se efectúe de una manera lenta y por completo. Para terminar debidamente la evacuación, se puede reemplazar el vacío por la acción de un sencillo sifón, que se obtiene adaptando á la cánula un tubo largo de cauchú, cuyo extremo se mantiene sumergido en un líquido. El diámetro del trocar no debe ser mayor del que se emplea para el hidrocele. El punto de elección para la punción está en la mitad de una línea comprendida entre la línea alba y la espina ilíaca ántero-superior, ó bien en la misma línea alba: previamente hay que evacuar la vejiga con el catéter, comprobar que en el punto que se va á puncionar haya perfecta macidez y limpiar la pared abdominal con jabón y sublimado.

Examinando el líquido extraído es posible muchas veces formular el diagnóstico; basta que sea viscoso y moreno, verdoso ó negruzco para poder reconocer por dichos caracteres que se trata del contenido de un quiste; si el líquido es perfectamente claro y no coagulable por el calor, corresponderá á un quiste parovárico hialino del ligamento ancho ó á un quiste hidatídico. Pero casos hay en los que dicho examen puede dar lugar á dudas, y son aquellos en que el líquido es muy poco espeso, citrino ó ambarino, ó simplemente sanguinolento; el líquido de la ascitis y el de ciertos quistes suelen ofrecer cualidades parecidas. Ya he hecho méritos de las esperanzas que se habían concebido con la investigación de la paralbúmina y que han salido fallidas (1).

(1) De todos modos no deja esta determinación de asumir el valor de un dato, y es,

La palpación del abdomen, después de la punción, practicada con cuidado puede proporcionar datos muy preciosos; por ella se puede reconocer el tumor ovárico, y permite también determinar otras alteraciones viscerales que estaban enmascaradas por el acúmulo de líquido.

No hay que olvidar que la ascitis puede complicar un caso de quiste, ya roto, 'ya papilar, con vegetaciones exteriores; en este caso se estará sobre aviso por los síntomas combinados de ambas lesiones y porque puede notarse la sensación especial de peloteo, debida á que el quiste flota en el líquido ascítico, á manera de un témpano en la superficie del agua.

La punción del quiste no es una operación inofensiva, aun cuando se practique con las mayores precauciones. La evacuación incompleta puede determinar el derrame de líquido en la cavidad abdominal y consecutivamente peritonitis mortal (1); el descuido en las precauciones antisépticas ó cualquier circunstancia desconocida, puede ocasionar la supuración del quiste, y este hecho ha sido señalado, particularmente en casos de tumores dermoides; de los cuales observé uno que curó gracias á la ovariotomía. Pueden sobrevenir hemorragias graves por herida de los vasos gruesos de las paredes abdominales ó del tumor. Por último, el punto débil de la pared del quiste, resultante de la puntura, puede favorecer la erupción de vegetaciones papilares y la infección peritoneal consecutiva (2).

Los euerpos fibrosos del útero se han confundido muchas veces con Cuerpos fibrosos del útero tumores oligocísticos, de contenido gelatinoso, cuya consistencia elástica es análoga, y este error se ha cometido, cuando la falta de pedículo hacía los tumores solidarios de los movimientos imprimidos al útero. La anestesia permite apreciar á menudo la fluctuación que

que si existe paralbúmina, cuando menos hay cierta probabilidad de que en el caso en cuestión se trate de un quiste. Además,-por más que no tenga ningún valor patognomónico,-si el líquido se coagula espontáneamente, resulta en los más de los casos un liquido ascítico. Sin embargo, Klob, Martin, Westphalen, Scanzont y Olshausen (Loc. ctt.) han visto presentarse espontáneamente la coagulación en el líquido ovárico. Si la cifra del residuo fijo pasa de 100 gramos por litro, habla en favor del diagnóstico de quiste (Méhu, Quénu). El examen microscópico, que Spiegelberg y Waldeyer tienen por muy importante, demuestra en el líquido ascítico la presencia de células amiboideas, epitelio pavimentoso y corpúsculos de sangre, pero nunca epitelio cilíndrico, que en cambio aparece en los quistes glandulares; en cuanto á los quistes papilares suelen Presentarse completamente desfigurados los elementos anatómicos que entran á formar el liquido de su contenido.

(1) Mary Putnam Jacobi (Amer. Journ. of Obstetr., 1883, p. 1160) ha relatado dos casos de muerte por derrame del contenido de quistes dermoides en el peritoneo, después de la punción de aspiración.

(2) Westphalen. Beitræge zur Lehre von der Probepunction (Arch. f. Gyn., 1875,

de otro modo no sería posible descubrir. En tal caso hay que ingeniarse para descubrirla por medio de la palpación bi-manual y determinar con exactitud las conexiones del tumor con la matriz. Por último, por medio de la sonda debe determinarse si ha aumentado notablemente la cavidad uterina, en cuyo caso será favorable al diagnóstico de fibroma; sin embargo, el ascenso y la tracción ejercidas por el tumor ovárico pueden determinar la elongación de la cavidad de dos ó tres centímetros. Los tumores fibro-quísticos del útero pueden inducir muy fácilmente á error, pues no hay que olvidar que las primeras histerectomías abdominales se practicaron con la idea de que se iba á practicar una ovariotomía (1).

Hematómetra

La hematometra se distingue por el sitio y por las causas especiales que la determinan.

Distensión

La distensión vesical ha sido manantial de numerosos errores que se evitarían, sondando el cirujano á la enferma por si mismo antes de proceder al examen de la misma. Llamado para practicar la punción de un pretendido quiste en una mujer afectada de parálisis general, me encontré con que la vejiga distendida se remontaba hasta el epigastrio. Spencer Wells, Atlee, Emmet, han citado notables observaciones (2) de esta naturaleza.

Tumores de los riñones

Los tumores renales, hidronefrosis, quistes hidatídicos, etc., han sido causa de errores. Hay que buscar si el tumor está fijado en el hipocondrio, y si está aislado en su parte inferior, de modo que permita pasar la mano por debajo del mismo y por encima del pubis, y también si se interponen intestinos, el colon en particular, entre el tumor y la pared abdominal. Estos síntomas diferenciales no son apreciables cuando el tumor llena completamente el abdomen; sin embargo, hasta en este caso, la presencia del colon por delante del tumor conserva su importancia diagnóstica (Nélaton). Con objeto de comprobar bien este síntoma, se ha recomendado evacuar parcialmente el tumor por medio de la punción y luego administrar enemas efervescentes capaces de distender, por el gas que contienen, el intestino grueso (Simon). Si el tumor después de la punción conserva la forma caracterísca del riñón, constituye un dato al que Pawlik (3) asigna gran importancia. Cuando el tumor ha

(1) W. L. Atlee General and differential Diagnosis of ovarian Tumours, Filadel-

empezado á desarrollarse desde la infancia, habrá motivo para creer que se trata de una hidro-nefrosis ó de un cáncer renal. Es conveniente averiguar si la orina contiene sangre ó pus. La exploración de la región renal por introducción de toda la mano en el recto (Frænkel) ha suministrado datos muy útiles, pero expone á accidentes, si el cirujano no está dotado de una mano suave y flexible. Por último, el examen del líquido extraído por la punción suele desvanecer todas las dudas, pero por el contrario, las aumenta si el líquido no es característico. Tanto la urea como el ácido úrico pueden no existir en el líquido de las hidronefrosis y en cambio encontrarse en el de los quistes ováricos. Con todo, si estas sustancias entran en gran proporción habrá que creer decididamente en en una alteración renal. Finalmente, como recurso extremo, puede acudirse al cateterismo de los uréteres, según los procedimientos de Pawlik ó de Simon.

Sólo me limito á mencionar los tumores del hígado y del bazo (quiste, hipertrofia), porque suelen presentarse muy raras veces: cuando el diagnóstico resulta difícil, habrá que recurrir al atento examen de las conexiones del tumor y muchas veces á la incisión exploradora. En los tumores del mesenterio (1) y del epiploón (quistes, lipomas), y en los equinococos de la cavidad abdominal (2) generalmente solo es posible llegar al diagnóstico por la punción ó por la incisión exploradora: esta última es preferible.

Los tumores de la pared abdominal han podido ocasionar errores, que me parece que siempre se pueden evitar practicando el examen bajo la acción de la anestesia (3).

Pseudo-quistes, tumores-fantasmas.—El timpanismo asociado á Pseudo-quistes ó tumores-fantasla contracción de los músculos del abdomen y al excesivo acúmulo localizado de grasa, ha ocasionado, particularmente en las mujeres histéricas, los más extravagantes é inverosímiles errores. Muchas veces se ha abierto el vientre en estas condiciones y en muchas más todavía se ha estado á punto de abrirle (4). En un caso de Krukenberg (5), la causa de error fué una lordosis. Como caso excepcional, el de Reeves Jackson (6), en el que se practicó primero

Tumores de

⁽²⁾ T. A. Emmer (New-York med. Journ., 1884, t. XXXIX, p. 133) cita una observación en que hubo error de diagnóstico, y en que el cirujano había dejado escapar el catéter en la vejiga que se hallaba enormemente dilatada.

⁽³⁾ PAWLIK. Ueber die Differentialdiagnose zwischen Nieren- und Eierstocksgeschwuelsten und ein neues diagnostisches Merkmal (Centralbl. f. Gyn., 1887, n.º 35, p. 560).

⁽¹⁾ COPPENS. Bull. méd., 11 enero, 1888, p. 35.

⁽²⁾ WITZEL (Beitræge zur Chirurgie der Bauchorgane en Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1885, Bd. XXI, p. 139) hace notar que en estos casos no se puede casi evitar la confusión con los quistes del ovario antes de practicar la laparotomía.

⁽³⁾ ROB. F. WEIR. Med. Record, 3 diciembre 1887, t. XXXII, p. 703.

⁽⁴⁾ ATLEE, SPENCER WELLS, OLSHAUSEN. Loc. cit. (5) G. KRUKENBERG. Arch. f. Gyn., 1881, t. XXIII, p. 139.

A. Reeves Jackson. Detroit Lancet, enero 1880 (anal. en Centralbl. f. Gyn., 1880,