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 **hematómetra** se distingue por el sitio y por las causas especiales que la determinan.

Distensión vesical

La **distensión vesical** ha sido manantial de numerosos errores que se evitarían, sondando el cirujano á la enferma *por sí 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 característica 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*, Filadelfia, 1873.

(2) T. A. Emmet *(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).

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.

Tumores del hígado y del bazo

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.

Tumores del mesenterio y del epiploón Equinococos

Tumores de la pared abdominal

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 ó tumores-fantasmas

Pseudo-quistes, tumores-fantasmas.—El timpanismo asociado á la 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

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

(2) Witzel *(Beitrœge 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.

(6) A. Reeves Jackson. *Detroit Lancet*, enero 1880 (anal. en *Centralbl. f. Gyn.*, 1880, n.º 15, p. 368).

la punción y luego la laparotomía, creyendo que se trataba de un quiste, cuando en realidad sólo había una dilatación enorme del estómago: se llevó el error hasta á incindir esta víscera. La enferma murió.

La mejor manera para evitar errores en los casos dudosos consiste en anestesiar á la enferma y practicar luego la palpación y la percusión con gran cuidado.

Incisión exploradora

Incisión exploradora.—Cuando todos los demás medios de diagnóstico resultan insuficientes, ¿está el cirujano autorizado para abrir el vientre con objeto de cerciorarse de la naturaleza del tumor y para operarle incontinenti, si es posible? En esta cuestión, LAWSON-TAIT (1) es categórico: siempre sustituye la punción por la incisión exploradora; la ha practicado en 94 casos, de los que sólo murieron dos; practica las incisiones muy pequeñas, de modo que permitan únicamente la introducción de dos ó tres dedos: de ahí sin duda la excepcional benignidad que logra en la práctica. TERRILLON (2) en un resumen más extenso, confeccionado con casos de distintas procedencias, ha encontrado que el número de casos de muerte se elevaba á la proporción de 21 por 100, cuya cifra paréceme que resulta muy elevada, sobre todo teniendo en cuenta los progresos actuales de la técnica. Y en efecto, conviene no olvidar que con el nombre de *incisión exploradora,* empleado por eufemismo, se han publicado muchos casos de operaciones incompletas. Desde luego, como en fecha no remota se consideraba la abertura del vientre como cosa muy grave, cuando el cirujano se decidía á abrirlo, con dificultad se resignaba á volverlo á cerrar sin antes haber intentado la extirpación del tumor, aun cuando se encontrara con circunstancias ante las cuales los cirujanos de hoy día no continuarían la operación; de ahí que las estadísticas resultaran tan luctuosas. Por lo que á mí se refiere, me declaro resuelto partidario de la incisión exploradora, cuando únicamente por este medio se puede asegurar el diagnóstico.

Diagnóstico de la variedad del quiste

Diagnóstico de la variedad del quiste.—Las precedentes manifestaciones pueden servir para resolver este problema, por lo que sólo me limitaré al resumen de los puntos principales del mismo.

Cuando el tumor se presenta muy voluminoso y muy lobulado, con los lóbulos de consistencia desigual, se tratará de un quiste glandular. La presencia de ascitis (no habiéndose presentado fenó-

(1) LAWSON-TAIT. *Brit. med. Journ.*, 1885, t. I, p. 218.
(2) O. TERRILLON. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1885, p. 168.

menos de ruptura) la sensación de masas irregulares y papilares en el fondo de saco de DOUGLAS, y la circunstancia de ser el tumor bilateral son síntomas propios de los quistes papilares. Los quistes parováricos hialinos se caracterizan por la fluctuación fácilmente perceptible y superficial en toda la extensión del tumor, por su curso lento, porque se conserva casi íntegro el estado general de las enfermas, á pesar del considerable volumen del tumor, y por las conexiones bastante íntimas de éste con el útero, ya parezca el quiste estar incluído en el ligamento ancho, ya estar sujetado por un pedículo corto. Si á estas circunstancias se añade la de poder percibir el ovario y la trompa al lado del tumor, tendremos en esto un síntoma que se ha considerado como patognomónico. Por lo que se refiere á los quistes dermoides (1) se ha indicado la posibilidad de imprimir huellas en la superficie del tumor que está repleto de mastic grasoso, ó también la de percibir el frote de los cabellos contenidos en el interior del mismo (2).

Diagnóstico de las adherencias

Diagnóstico de las adherencias.—Para averiguar si hay *adherencias parietales,* SPENCER WELLS observa si el tumor cambia de sitio siguiendo los movimientos respiratorios ó con los cambios de posición de la enferma. Dislocando las paredes abdominales por delante del tumor, hay que observar si el ombligo se desliza fácilmente sobre el neoplasma, y si se percibe ruido de roce ó de *cuero nuevo,* lo cual indica cierto trabajo de peritonitis adhesiva.

Los tumores que desde larga fecha son muy voluminosos es muy probable que hayan contraído adherencias con la pared anterior del abdomen ó con el epiploón, á menos que al propio tiempo haya existido ascitis más ó menos abundante. Sólo es posible sospechar que hay adherencias con las vísceras, cuando se han presentado fenómenos exteriores de viva inflamación peritoneal á consecuencia de punciones, de torsión del pedículo ó de ruptura.

(1) LEOPOLD. Soc. obst. y gin. de Dresden, 5 noviembre 1885 (*Centralbl. f. Gyn.*, 1886, p. 30).
(2) KOCHER. *Ein patognomisches Zeichen zur Diagnose der Dermoide* (*Centralbl. f. Chir.*, 1887, p. 44).