

Acumulacion de flúido en el peritoneo	{ Ascitis ; Hidropesía enquistada ; Hematocele ; Acumulacion coloídea.
Enfermedad quística de otras partes del abdómen	{ Quiste del ligamento ancho ; Quiste renal ; Quiste esplénico ; Quiste hepático ; Quiste parásito ; Quiste sub-peritoneal ; Quiste uterino ; Cisto-fibroma uterino.
Esceso de desarrollo ó dislocacion de otras vísceras abdominales	{ Fibroma uterino ; Hipertrofia del bazo ; Hipertrofia del hígado ; Tumor fibro-plástico del peritoneo ; Sarcoma de las glándulas abdominales ; Enfermedad maligna ; Tumor epiplóico ; Dislocacion del riñon ; Dislocacion del hígado.
Gestacion	{ Normal ; Extra-uterina { Abdominal ; { Tubaria ; { Intersticial ; Con hidropesía del ámnios ; Con hidropesía ovárica ; Con criatura muerta.
Estados morbosos de las paredes y tejido areolar de la pélvis	{ Encondroma ; Encefaloide de los huesos ; Absceso de la pélvis.

Espesor ó tension anormal de las paredes abdominales.—La obesidad se reconocerá por una resonancia oscura al practicar la percusion sobre todo el abdómen ; por no presentar el supuesto tumor contornos determinados ó resistentes ; por la posibilidad de agarrar entre las dos manos las paredes grasosas, y elevarlas y moverlas sobre la capa muscular subyacente ; por la profunda depresion que puede ejecutarse cuando se halla la enferma bajo la influencia de un anestésico ; y, finalmente, por los repliegues que forma la pared del abdómen cuando se sienta la paciente. Sería inexcusable que un esperto equivocase este estado con un tumor ovárico ; pero no lo es, tratándose de un examinador inesperado : no se pasa un solo año en que yo no vea semejante error cometido por facultativos muy competentes.

El edema se reconocerá por el hundimiento consecutivo á la compresion ; por la existencia de igual estado en el tejido areolar de los piés ó de la cara ; y por la uremia, clorosis ó enfermedad cardíaca, con que generalmente coexiste.

La elefantiasis, de que el Dr. Atlee cita un caso notable, podría reconocerse por los cambios extraordinarios en la estructura de la piel que la caracterizan.

El espasmo tónico de los músculos abdominales ha sido causa mas de una vez, así como la obesidad, de que se abriera el abdómen creyendo que se iba á extirpar un tumor. Se presenta á menudo en mujeres muy histéricas, con el nombre de *tumor fantasma*, y no es raro como resultado reflejo de la cáries vertebral. Puede diagnosticarse por la resonancia á la percusion ; por la ausencia de fluctuacion y de todos los signos de tumor, cuando la enferma está bajo la influencia de un anestésico, al que siempre se recurrirá en caso de duda. La posicion normal de la matriz constituye otro signo importante, además de los que acaban de mencionarse.

Distension de las vísceras abdominales.—Algunas veces, aun sin el espasmo abdominal, se acumula una gran cantidad de aire en los intestinos, á consecuencia del histerismo, de trastornos digestivos, ó de alguna gran obstruccion en el canal. Esto puede conocerse por la resonancia á la percusion ; por la falta de fluctuacion, y de todo signo de tumor cuando se examina bajo la influencia de un anestésico ; y por la posicion normal del útero. La compresion firme y continuada, hecha hácia abajo, en direccion de la columna vertebral, aumentándola despues de cada acto espiratorio, vence la resistencia, y la exploracion profunda demuestra que no existe tumor alguno. Roederer ha sistematizado este método.

El tumor fecal se distingue por la ausencia de fluctuacion ; por una sensacion particular de blandura que presenta á la palpacion ; por el dolor á la presion ; por el estreñimiento ; por un cólico intenso ; y, lo que es mejor que todo, por el hundimiento ó depresion que queda cuando se comprime firmemente algun punto, mientras la enferma se halla sometida al sueño anestésico. La accion de los purgantes y enemas, administrados con objeto de probar la existencia de un tumor fecal, suele ser completamente ilusoria.

El Dr. Atlee cita un caso de distension del estómago en un hombre, en el que dicho órgano ocupaba toda la cavidad del abdómen, cubriendo, á manera de delantal, las demas vísceras abdominales. “Si el caso hubiese ocurrido en una mujer, dice el Dr. Atlee, yo hubiera diagnosticado desde luego un quiste ovárico.” Aquí la incision exploradora es lo único que hubiera podido establecer el diagnóstico. No parece probable que la distension de la vejiga pueda confundirse con un quiste del ovario ; pero muchas veces presenta el aspecto de este último, y en un caso en que hacía tres semanas existía dicha dificultad, encontré la

vejiga tan distendida que se elevaba por encima del ombligo, comprimido su cuello por el del útero retrovertido en estado de preñez. La dificultad para orinar, ocurriendo un escape continuo é involuntario de la orina, y segun mi esperiencia, la coincidencia frecuente de la retroversion del útero en estado de preñez hacen sospechar la naturaleza del tumor; y si se practica la aspiracion, los caractéres físicos y químicos de la orina sugerirán que se recurra al cateterismo de la vejiga, lo que decidirá la cuestion del diagnóstico.

En la distincion de la fisómetra, hematómetra, y degeneracion quística del córion, debe prestarse poca confianza á los signos racionales, comparados con los físicos. En la mayoría de los casos se observan la supresion de las reglas, y otros muchos de los signos de preñez; caracterizando generalmente á la fisómetra y degeneracion quística del córion, la espulsion de gases á la primera, y un flujo de serosidad sanguinolenta á la segunda. La palpacion y el tacto combinados, y el método de Simon, revelarán que el tumor de que se trata lo constituye el útero aumentado de volúmen; pero la prueba decisiva de estos estados consiste en pasar la sonda uterina, ó una algalia de plata, hasta el fondo, con objeto de evacuar el líquido aprisionado, que se recoge y somete á un exámen químico y microscópico.

La hidropesía del oviducto (*hydrosalpinx*) forma á veces un tumor voluminoso. Haen describe uno que pesaba 7 libras. Existen solamente dos medios por los cuales se puede distinguir con seguridad del tumor ovárico, á saber: la evacuacion del líquido y su exámen químico y microscópico; y la incision exploradora.

Acumulaciones de flúido en la cavidad peritoneal.—La distincion entre la ascitis y la hidropesía ovárica es, muchas veces, en extremo difícil; y al presentar los medios por que podemos generalmente establecerla, debo advertir al lector que existen casos en que aun los mas importantes pueden encontrarse traspuestos. El quiste ovárico, por ejemplo, comunica algunas veces con los intestinos, presentándose sonoro á la percusion; miéntras que en la ascitis, por otra parte, cuando el derrame es escesivo y el mesenterio corto, la percusion da sonidos sordos sobre la parte anterior del abdómen. La regla nos servirá de norma; pero no deben perderse de vista las escepciones.

EN LA HIDROPESÍA OVÁRICA.

- 1º. Suele presentarse al principio un tumor pequeño y redondo, en una de las fosas ilíacas;
- 2º. El abdómen presenta redondez cuando la enferma se halla acostada de espaldas;
- 3º. La percusion practicada con la enferma de espaldas da un ruido sordo sobre la superficie abdominal;

EN LA ASCITIS.

- 1º. El aumento de volúmen no se habrá manifestado nunca como tumor pequeño;
- 2º. Cuando la enferma toma el decúbito dorsal, el abdómen aparece aplastado por la gravitacion natural del líquido á los flancos;
- 3º. La percusion es sonora sobre la superficie abdominal, porque los intestinos flotan en el líquido;

EN LA HIDROPESÍA OVÁRICA.

- 4º. El cambio de posicion altera muy poco la zona del ruido sordo;
 - 5º. Por regla general, no existen pruebas de enfermedad cardíaca, renal ni hepática;
 - 6º. La piel se presenta normal en cuanto á coloracion, humedad, etc.;
 - 7º. El edema de los piés no sobreviene hasta un período avanzado, coincidiendo con el agotamiento de las fuerzas;
 - 8º. La salud empeora lentamente;
 - 9º. La forma del abdómen cambia muy poco cuando la enferma se sienta;
 - 10º. La fluctuacion no es de ordinario tan superficial; el nivel del líquido fijo en gran modo, cesa donde principia la resonancia intestinal;
 - 11º. Trasmision de las pulsaciones de la aorta;
 - 12º. El flúido generalmente de color amarillento y de carácter tenaz, muchas veces como jarabe, presenta tintes diversos en los poliquistes, no se coagula espontáneamente, y es siempre pegajoso cuando se frota entre los dedos. Contiene epitelio cilíndrico, materia y células granulosas, glóbulos de grasa, colessterina, paralbúmina y metalbúmina. La célula granulosa es característica, distinguiéndose de las otras en adquirir solamente diafanidad por el ácido acético, miéntras que las otras aumentan de volúmen;¹
- Peso específico de 1,018 á 1,024.

EN LA ASCITIS.

- 4º. El cambio de posicion altera notablemente la zona del ruido sordo;
 - 5º. Casi siempre existen señales de enfermedad cardíaca, renal ó hepática;
 - 6º. La piel, en casi todos los casos, presenta pruebas de cirrosis en su tinte icterico, y la sensacion como de pergamino que ofrece al tacto;
 - 7º. El edema de los piés existe entre los primeros síntomas;
 - 8º. La salud empeora desde el principio y rápidamente.
 - 9º. Se observa una prominencia en la parte inferior del abdómen, y con frecuencia entre el recto y la vagina y en la region umbilical;
 - 10º. La fluctuacion mas superficial; el nivel cambia con la posicion del cuerpo, y se percibe aun donde existe resonancia intestinal;
 - 11º. No existe semejante trasmision;
 - 12º. El flúido es de un tinte pajizo claro; la fibrina que contiene hace que se coagule espontáneamente; por lo general no presenta sedimento; con el microscopio se descubren células epiteliales escamosas, glóbulos de grasa, células de pus, y cuerpos ameboides, (*ameboid*); no contiene paralbúmina, metalbúmina, ni colessterina;
- Peso específico de 1,010 á 1,015.

Los derrames peritoneales se enquistan algunas veces por la linfa que los rodea en una parte del peritoneo entre los intestinos unidos entre sí por un exudado de linfa; ó, como sucedió en un caso citado por West, envueltos en el epiploon. "Entre los repliegues del peritoneo, dice este autor, se encontró una acumulacion de 4 á 5 litros de un flúido oscuro." La cantidad de líquido aprisionada de este modo suele ser muy grande, y de aquí las dificultades del diagnóstico que inducen á Mr. Wells² á decir: "No conozco medios para distinguir semejantes casos de la hidropesía de los ovarios." El mismo McDowell abrió una vez el abdómen, en un caso de esta naturaleza, creyendo que

¹ Drysdale.² Dis. of Ovaries, p. 134.

existía un tumor ovárico. Los intestinos no se elevan sobre la superficie del líquido como en la ascitis ordinaria; pero hay ménos redondez en la masa y ménos dificultad para respirar que en los casos de quistes ováricos. En estos casos difíciles el diagnóstico tiene que depender indispensablemente de los resultados de la aspiración, del exámen del flúido, del método de Simon y de la incisión exploradora.

La presentación repentina del hematocele, los síntomas inmediatos y á menudo urgentes que este determina, y la extracción de una pequeña cantidad de flúido por medio del aspirador, decidirán la cuestión del diagnóstico.

Algunas veces la enfermedad colóidea afecta toda la cavidad peritoneal, en la cual se origina en ciertos casos, proviniendo en otros, al parecer, de haberse derramado en ella un quiste ovárico. El único medio diagnóstico consiste en sacar por la punción una pequeña cantidad del líquido característico.

Enfermedad quística de otras partes del abdomen.—Los quistes de los ligamentos anchos presentan una semejanza tan íntima con los quistes ováricos uniloculares, que es indispensable la incisión exploradora ó la aspiración para hacer el diagnóstico; pues, aunque su fluctuación superficial, lo poco que se interesa la salud general, la falta de demarcación, y la lentitud del desarrollo, podrían hacer sospechar la naturaleza del quiste de que se trata, esta queda determinada fuera de toda duda sólo por los caracteres químicos y microscópicos del líquido que contiene. El aspecto de este flúido es tan claro y puro como el del agua destilada, presentando, cuando se hierve con el ácido acético, sólo un vestigio de albúmina, á manera de albuminato, cargado de cloruro de sodio, y que no contiene mas que unos cuantos glóbulos de sangre y de grasa. Después de evacuado el quiste no pueden percibirse sus paredes, y la punción produce á menudo la curación. Spiegelberg, en 1869, estirpó un quiste de esta naturaleza, cuyas paredes se distinguían de las de los quistes ováricos en las fibras musculares, y en que su flúido contenía albúmina.

Los quistes renales han engañado varias veces á los diagnosticadores mas hábiles. Hé aquí sus rasgos característicos: comunmente impelen los intestinos hácia adelante y no hácia atrás; la orina contiene casi siempre pus, sangre, y albúmina; dichos tumores crecen de arriba abajo; rara vez se presentan y su desarrollo es lento; *pueden* empujarse hácia arriba de tal modo que produzcan resonancia entre el tumor y la pélvis; el flúido que contienen no presenta ninguno de los caracteres microscópicos del quiste ovárico, y sí los elementos químicos y microscópicos de la orina. Los equinococos, que son frecuentes en los quistes renales y desconocidos en los del ovario, se encuentran algunas veces. El cólon descendente puede cruzar el quiste, ó descansar este por la parte de fuera del cólon ascendente; el tumor, las mas veces, es unilateral, y lo caracterizan perturbaciones renales, y no menstruales.

Suele suceder, sin embargo, que el quiste renal ocupe una posición intermedia; se estienda en la pélvis á manera de tumor ovárico; se adhiera á los órganos pelvianos; empuje lateralmente los intestinos, como el quiste del ovario; contenga líquido en que falten los elementos de la orina; y aun presente colessterina y paralbúmina. En semejantes casos es un recurso preciosísimo determinar el punto de inserción por medio del método de Simon.

Los quistes esplénicos y hepáticos son raros, crecen de arriba abajo, dejan una zona de *matité*, entre el tumor y la pélvis, y en el flúido de los del hígado se descubren muchas veces equinococos. Para unos y otros es de gran valor el método de Simon.

El quiste parásito, resultado de la presencia de equinococos, puede desarrollarse en cualquiera de los órganos ó tejidos del abdomen, y si su posición es tal que dificulte distinguirlo del quiste ovárico, sólo podrá establecerse el diagnóstico por la aspiración, el exámen microscópico y los medios químicos. La aspiración revela la presencia del parásito.

Los quistes sub-peritoneales sólo pueden distinguirse de los del ovario por los caracteres físicos del flúido que contienen, y por la incisión exploradora.

Los quistes cuyo punto de partida es el mismo útero, no son comunes, y pueden ser reconocidos por el método de Simon, por el exámen químico de su contenido, y por los efectos curativos de la punción. El Dr. Atlee refiere tres casos que se curaron de este modo. Además, el flúido que contienen forma un coágulo, del que se separa un líquido rosado, ó de un rojo vivo, que no se coagula, y en el que no se encuentran las células particulares del flúido ovárico. Este último jamás se coagula espontáneamente. Es difícil distinguir los tumores fibro-quísticos de los quistes del ovario; pero lícito es felicitarnos, si se compara la posición que hoy ocupamos, respecto de este punto, con la que teníamos pocos años há. A continuación presento solamente las diferencias mas notables entre ambas enfermedades, y por lo tanto, aquellas en que puede realmente confiarse; y si bien todavía muchas de estas presentan excepciones, otras no las tienen.

FIBRO-QUISTE UTERINO.

Crece con lentitud y sobreviene generalmente después de los 30 años de edad.

La cavidad uterina presenta comunmente aumento de capacidad.

La conexión entre el tumor y el útero suele ser íntima, aunque no siempre sucede así.

El flúido se coagula espontánea y rápidamente.

El útero se encuentra algunas veces elevado encima del púbis y fuera de la pélvis, y las mas delante del tumor.

QUISTE OVÁRICO.

Crece con mayor rapidez, influyendo ménos la edad en su presentación.

La capacidad de la cavidad por lo general no se encuentra aumentada.

El tumor ejerce ménos influencia en el útero.

No se coagula nunca.

El útero se encuentra generalmente detrás del tumor.

FIBRO-QUISTE UTERINO.	QUISTE OÁVICO.
La salud permanece buena durante años.	Decae generalmente en el período de tres años.
El microscopio revela la presencia de fibro-células (Drysdale).	Revela la presencia de las células epiteliales y granulosa características del quiste ovárico.

Aunque todos estos signos son de algun valor, los siguientes son los mas dignos de confianza: la coagulacion espontánea del flúido; la presencia de la fibro-célula; el aumento de capacidad del útero; y la determinacion de su conexión con el tumor por medio del método de Simon. No debe contarse la incision exploradora como de gran valor en el método diagnóstico; pues la simple seccion de las paredes abdominales no basta, y el exámen que con tal objeto es indispensable espone á la enferma á graves peligros.

Exceso de desarrollo ó dislocacion de otras vísceras.—La hipertrofia del hígado, ó del bazo, cuando no se presenta acompañada de ascitis, podrá siempre distinguirse del quiste ovárico sin gran dificultad, debiéndose recurrir á la puncion, si coincidiese el derrame peritoneal.

Distinguen al fibroma uterino: su dureza característica, lento desarrollo, ausencia de fluctuacion, buena salud continua y falta de demacracion, tendencia á aumento del flujo menstrual, irregularidad de superficie, conexión íntima con el útero, aumento en la capacidad de este órgano, y ausencia de flúido cuando se emplea el aspirador, ó se practica la puncion. Debe tenerse presente, sin embargo, que el tamaño del útero puede ser natural, y el tumor del todo independiente de dicho órgano.

Spencer Wells¹ dice que “los síntomas que son efecto del desarrollo de tumores grandes, grasosos, y fibro-plásticos, de varias partes del peritoneo ó mesenterio, se parecen tanto á los de la verdadera lesion ovárica, que en ciertos casos su verdadera naturaleza puede determinarse únicamente por medio de la puncion, ó de la incision exploradora.” Si se evacuase algun flúido de estos tumores, no presentaría los característicos elementos celulares ováricos, coagulándose espontáneamente; y en algunos casos, el método de Simon revelaría que no es el ovario el punto de partida del tumor.

Un riñon movedido ó flotante podría confundirse con un quiste del ovario; pero sólo con uno pequeño, con respecto del cual no habría que pensar en la ovariectomía, demostrando el tiempo que el tumor no era un quiste ovárico en vía de desarrollo.

El Dr. J. K. Dale,² de Little Rock, Arkansas, refiere un caso interesante de un tumor que se supuso ser ovárico, pero que la incision exploradora demostró ser el hígado que se presentaba “libre y movable, muy hipertrofiado, y ocupando la mitad derecha de la pélvis, compri-

¹ Ob. cit., p. 146.

² Richmond and Louisville Med. Journ., Abril, 1874.

miendo la vejiga y el recto, y estorbando notablemente el debido cumplimiento de sus funciones respectivas.” Este mismo estado de cosas precisamente se me presentó en un caso á que fuí llamado en New Haven, y practiqué una incision exploradora, en presencia de los doctores Whittemore, Jewett, y otros.

Preñez.—Los signos ordinarios, tanto físicos como racionales, de la gestacion uterina, deben ser considerados atentamente, ántes de escluir el embarazo normal é intersticial, pues mas de una mujer ha perecido á consecuencia de la introduccion, despues de la incision abdominal, de un trócar y cánula en el útero en estado de preñez, accidente que á la verdad es apenas mas deplorable para la enferma que para el desgraciado facultativo que lo causa con su descuido; y digo descuido, porque semejante error podría siempre evitarse introduciendo la sonda uterina como método de distincion. Es cierto que en casos de gestacion normal, dicho procedimiento provocaría un parto prematuro; pero esto es preferible al horroroso accidente que acabamos de mencionar, aunque se sacrifique la vida de la criatura.

Durante los diez y ocho últimos meses, se me han enviado tres casos de preñez de término y no por ignorantes, sino por médicos muy competentes tomándolos por de quistes ováricos; debiéndose el error en dos de estas tres mujeres, á que, siendo el embarazo clandestino, los examinadores se habían dejado llevar de los signos racionales en vez de los físicos. Debe confiarse especialmente en el descubrimiento, por medio de una palpacion cuidadosa, del cuerpo y movimientos del feto; en el peloteo de este del quinto al sétimo mes; despues de este período, en el reconocimiento por el tacto vaginal de la parte movediza que se presenta; y por último, en las pulsaciones fetales y soplo placentario. La enfermedad de los ovarios produce á veces los síntomas gástricos, mamarios, y nerviosos de la preñez.

Faltan muchos de los síntomas dichos, cuando ha muerto el feto, y si este permanece en el útero durante muchos años, como suele suceder, el diagnóstico dependerá indispensablemente de la historia del caso, del exámen por el método de Simon y por medio de la sonda uterina, y de la exploracion con el dedo despues de haberse dilatado el cuello. El diagnóstico de la preñez tubaria ó ventral es aun mas difícil; pero los mismos medios ayudarán á establecerlo, pues el útero aumenta marcadamente de volúmen aunque el feto se desarrolle fuera de él.

No debemos contentarnos con hacer un diagnóstico diferencial entre la preñez y el tumor ovárico, sino que, aun despues de diagnosticado el último, debe escluirse siempre al primero como estado coexistente.

La hidropesía del ámnios manifiesta una fluctuacion muy superficial y podría engañar al que no anduviera con cuidado en el diagnóstico; pero la investigacion detenida del caso, y la consideracion de su historia disipan generalmente toda duda. Las fibras del cuello del útero se encuentran por lo comun distendidas; cuando se imprime un movimiento

ó empuje al tumor en el abdomen, el cuello se mueve simultáneamente, y la sonda uterina pasa muy adentro en la cavidad que está encima. Si se ha recurrido á la aspiracion, el flúido estraído es alcalino, de un peso específico de 1005 á 1010 y contiene albúmina, pero no fibrina, y visto con el microscopio presenta células epiteliales y glóbulos de grasa. El meconio y la sangre alteran estos caracteres del líquido.

Estados morbosos de las paredes y del tejido areolar de la pélvis.—El encondroma, ó enfermedad encefaloídea, de las paredes pelvianas, es duro, no tiene fluctuacion, y está firmemente fijo y unido á la parte de que proviene; hechos que demuestran la exploracion rectal y la palpacion abdominal, manifestándose la ausencia de líquido, si se intenta la aspiracion.

El abceso de la pélvis es comunmente el resultado de la celulitis, que presenta síntomas marcados; se estiende rara vez hasta el ombligo, está fijo en la pélvis, el tacto percibe endurecimiento en una de las fosas ilíacas, la aspiracion da pruebas de pus, hay un dolor escesivo, con dolor y pulsaciones en uno de los muslos, y los contornos de la masa son oscuros y nada satisfactorios. Suele tender á formar eminencia, hay dolor á la presion, y generalmente escalofrios y fiebre.

La existencia de adherencias constituía una cuestion importantísima cuando se empezó á practicar la ovariectomía, porque se creía que ponían obstáculo á la estirpacion de estos tumores; pero hoy que las mas fuertes adherencias se rompen, no sólo sin causar perjuicio, sino con resultados á menudo mejores que los que siguen á la estirpacion del tumor cuando está sano el peritoneo, su importancia es relativamente insignificante; lo que no deja de ser fortuna, pues el determinar la existencia de adherencias es poco mas que cuestion de conjetura, y fuera de algunos hechos muy generales, por los cuales nos aventuramos á formar parecer, todo es prediccion empírica, tratándose de este asunto.

Es probable que no existan adherencias cuando el tumor ha crecido con mucha rapidez, y se supone ser unilocular.

Es de creer que hay adherencias si ha habido síntomas de peritonitis; y que no las hay si no ha habido dolor.

Si las paredes abdominales se mueven libremente sobre el tumor cuando la enferma está acostada de espaldas y el tumor descende notablemente en el abdomen cuando ella se incorpora de repente en la cama, es probable que no existan adherencias anteriores, aunque puede haberlas posteriores sin que este exámen las haga sospechar.

Es muy probable que existan fuertes adherencias pelvianas, si el dedo introducido en la vagina percibe una inmovilidad del útero y base del tumor, semejante á la que se observa en la pelvi-peritonitis, y si dichas partes no se alejan del dedo dentro de la vagina, al cambiar la enferma su posicion de pié por el decúbito dorsal.

Ninguno de estos signos es seguro, y el que confie mucho en ellos no podrá ménos de equivocarse; pero lo ya dicho, de que las mas fuer-

tes adherencias no contraindican la estirpacion, compensa la inexactitud de los signos aludidos.

Conviene siempre saber la longitud del pedículo, lo que en cierto número de casos puede determinarse aproximadamente de la manera recomendada por Tixier,¹ de Estrasburgo, quien dice:

“La esperiencia y observacion han hecho que en ciertos casos podamos diagnosticar la longitud y variedad probables del pedículo. Ciertos signos objetivos y subjetivos podrán guiar al práctico para facilitarle el diagnóstico; hecho importantísimo, supuesto que de la longitud del pedículo depende muy á menudo el éxito de la operacion.

“Hasta ahora hemos podido casi con completa seguridad diagnosticar tres formas: el pedículo largo, el corto, y el retorcido.

“*El pedículo largo.*—La forma del abdomen, tiene un aspecto particular; esto es, la forma *en besace*. La porcion hipogástrica de la pared abdominal está aplicada contra la superficie interna de los muslos, y el tumor ovárico, impulsado á la fuerza adelante, parece haber sido sacado de la entrada superior de la pélvis. El exámen vaginal revela una elevacion del cuello del útero, y el dedo índice, introducido en la escavacion pelviana, no encuentra el tumor en ninguna parte. El útero presenta gran movilidad y puede dislocarse fácilmente. Este grupo de síntomas nos hace presumir que el ligamento ancho y la trompa se encuentran alargados, condicion favorable para hacer fuerza en el pedículo sin la incision abdominal.

“*El pedículo corto.*—Puede presumirse la existencia del pedículo corto, si se presentan los síntomas siguientes: en primer lugar, la forma del abdomen es distinta de la que acabamos de describir; pudiendo notarse una estension lateral sin prominencia marcada de la parte media. Cuando se intenta pasar la punta del dedo entre el tumor y el púbis, se percibe á traves de la piel que la escrescencia entra en la escavacion pelviana, y su base parece estar sentada sobre la abertura de la pélvis. El tacto vaginal indica el hundimiento del cuello del útero y una inmovilidad mas ó ménos pronunciada del órgano. Si en seguida se explora la escavacion pelviana con el dedo, se notará que no se halla desocupada y que contiene ciertas partes del tumor. El cirujano, en vista de los síntomas mencionados, puede presumir la mayor ó menor longitud del pedículo.

“*El pedículo retorcido.*—A primera vista parece difícil determinar esta torsion; pero en ciertas condiciones puede, sin embargo, hacerse su diagnóstico con mayor exactitud que en las dos variedades anteriores. Su existencia puede deducirse siempre que se hayan observado los síntomas siguientes:

“Las enfermas sienten dolores intermitentes muy vivos que se estienden hácia abajo á lo largo de la vena correspondiente al ovario afectado, y hácia arriba, á la region lumbar del mismo lado; la fatiga y el trabajo escitan estos dolores, aunque tambien se hacen sentir cuando la enferma está en cama, y cuando desea cambiar de postura. Las enfermas se quejan igualmente de calambres uterinos muy fuertes, análogos á los que ocasiona la deligacion del pedículo. El flúido quístico es de un color mas ó ménos subido y presenta un aspecto hemorrágico. En casos de esta naturaleza el tacto no precisa nada, y sólo puede adquirirse la idea de la existencia de un pedículo largo y delgado.”

¹ Le Pédicule et son Traitement après l'Opération de l'Ovariectomie, Strasbourg, 1869; Archives Générales de Médecine, juillet, 1870.

Las sugerencias de M. Tixier me parecen muy útiles y dignas de que se apliquen á todo caso en que se intente practicar la ovariectomía, aunque yo, por mi parte, no haya podido formar conclusiones tan positivas y exactas como él, respecto de la determinación de la longitud y carácter del pedículo por estos medios. Según mi experiencia, es regla muy segura que si el exámen vaginal revela el tumor bastante elevado y fuera de la pélvis, el pedículo no puede ser muy corto; mientras que si un tumor que no sea muy grande se encuentra fijo en la pélvis, sin que se pueda empujarlo hácia arriba, es probable que el pedículo sea corto. Puede aumentarse el valor de este signo haciendo el exámen en la posición de brucea.

Si sobre cualquiera de los puntos aludidos existieren dudas imposibles de disipar por aquellos medios de investigación que están limitados por el peritoneo y bóveda de la pélvis, ó en otros términos, cuya aplicación inmediata se extiende hasta el peritoneo, pero no mas allá, podemos recurrir á tres métodos de exploración que ponen al explorador en contacto directo con la parte interna del abdómen y del tumor. Estos medios positivos y eficaces son los siguientes:

- Aspiración;
- Punción;
- Incisión exploradora.

Es verdad que estos medios no están exentos de algun peligro; pero es de poca importancia este comparado con el mayor de una operación intentada en virtud de un diagnóstico incierto; y no cabe duda que en muchos casos en que se practica indebidamente la ovariectomía, hubiera podido evitarse dicha operación, prolongando acaso la vida de la enferma, si se hubiese empleado previamente uno de estos métodos. Claro está que no se limitan únicamente á determinar el carácter de un tumor, sino el origen, adherencias, y complicaciones de cualquier escrescencia abdominal.

El empleo de la aspiración como medio diagnóstico, en los casos de tumores ováricos, constituye un adelanto notable. El instrumento de Dieulafoy, representado en la página 62, es el que se usa generalmente en este país. Se introduce una aguja fina y hueca en el tumor, estableciéndose una fuerte aspiración por medio de un tubo de goma elástica unido á una jeringa fuerte, en la que se forma el vacío tirando del émbolo hácia fuera. Los flúidos claros corren por la aguja mas fina, y una sustancia colóidea muy tenaz puede pasar por la mas gruesa, que es muy pequeña comparada con el trocar y cánula ordinarios. Un tumor poliquístico grande, lleno de flúido espeso y tenaz, puede evacuarse con facilidad por medio de este precioso instrumento, introduciendo la aguja en nuevos quistes así que se vacían los primeros puncionados; y cuando no se desea vaciar completamente el tumor, se obtiene por su medio el flúido necesario para el exámen químico y microscópico. El em-

pleo del aspirador disminuye considerablemente los peligros de la evacuación del flúido por medio de la punción. Los peligros que por aquel procedimiento se corren son: 1º, hemorragia de algun vaso sanguíneo de la pared abdominal ó quística; 2º, entrada del aire en la cavidad de la bolsa y descomposición del flúido, que puede ocasionar una inflamación de la pared del quiste, y septicemia; 3º, derrame consecutivo en el peritoneo del contenido del tumor; 4º, lesión mortal de un intestino ó un órgano sólido. Spencer Wells refiere un caso en que un conocido suyo practicó la punción, muriendo poco despues la enferma, y la autopsia reveló la existencia en la cavidad peritoneal de mas de 2 litros de sangre derramada por una vena varicosa que se había herido. A todos estos peligros espone de una manera notable la paracentesis ordinaria; pero se evitan en gran manera con la aspiración.

Podemos decir, pues, sin temor de equivocarnos, que mediante la aspiración se logra con mucho ménos peligro todo lo que se consigue á favor de la punción, y que la primera debe preferirse á la segunda siempre que sea practicable; pero desgraciadamente el aspirador es dispendioso, y puede no ser asequible. Cuando sólo se desea extraer una cantidad pequeña de líquido para examinarlo, puede usarse la jeringuilla hipodérmica, con preferencia al mismo aspirador. El empleo de este instrumento, indicado por el Dr. H. F. Walker y puesto en práctica por el que esto escribe ántes de llegar á nuestro conocimiento el que acabo de describir, consiste simplemente en introducir por diversos puntos de las paredes abdominales, la aguja unida á la jeringuilla, estrayendo todo el flúido posible, y depositándolo en una probeta para examinarlo. De este modo se determina 1º, si el tumor es flúido ó sólido; 2º, si contiene un flúido claro y ligeramente albuminoso, ó un material icoroso é irritante; 3º, por medio de diversas punturas, si es ó no multilocular. Me he servido de este método muchas veces, sin que su uso hasta ahora haya producido jamas inflamación. En un caso que ví, junto con el Dr. Peaslee, obtuvo este por medio de la jeringuilla hipodérmica, con objeto de examinarlo, un flúido claro, albuminoso, y decidí practicar la ovariectomía al cabo de algunos dias, descubriendo al operar que el saco se había vaciado en el peritoneo por la pequeña abertura hecha con la aguja de la jeringuilla (116).

Cuando no puede conseguirse un aspirador, es la punción, para el diagnóstico de los quistes ováricos, un medio de gran valor que no debe desdeñarse con ligereza. Atlee, Wells, Peaslee, Spiegelberg, y otros muchos ovariectomistas eminentes del dia, preconizan su importancia; y aunque algunos, como Stilling, lo han llamado "un crimen," en el calor de la discusión, puede decirse que ha salido victorioso de la mayor parte de las objeciones que se le han opuesto, y conquistado el rango de medio diagnóstico y paliativo valioso. Wells¹ ha demostrado que

¹ Ob. cit., p. 275.