

perior, y á su alrededor el sonido claro producido por los intestinos henchidos de gases.

Conviene, para que se produzcan estos signos con claridad, vaciar antes el intestino recto con una enema, y por medio de la sonda.

La compresión ejercida por el tumor sobre los órganos inmediatos determina síntomas de importancia. Por parte del recto, un *estreñimiento* pertinaz, y de la vejiga unas veces *retención de orina* y otras *emisión frecuente, difícil y dolorosa*.

Las enfermas, durante las exacerbaciones, se colocan en *decúbito dorsal, los miembros inferiores en flexión sobre la pelvis*.

En las vías digestivas se observa *anorexia, náuseas, vómitos biliosos, sed intensa* y el *estreñimiento* ya indicado. El *vientre* se hace voluminoso, no solo por el tumor, sino también por el acúmulo de gases.

En el *útero* se observan desarreglos menstruales indicados ya al hablar de la invasión; supresión de las reglas (*amenorrea*), ó lo que es más frecuente, hemorragias (*menorragias*), que se detienen de pronto al aparecer los demás síntomas.

El *pulso* está frecuente y en general poco desenvuelto. Sobrevienen al cabo de algunos días *debilidad considerable y adelgazamiento*. La *cara* está pálida, la fisonomía alterada. Se manifiestan síntomas de *anemia*, y las carnes se ponen blandas y flácidas.

§ VI.—Curso, duración, terminación.

El *curso* de la enfermedad presenta exacerbaciones y recrudescencias que corresponden con las épocas menstruales. En ciertos casos, el curso es muy rápido; en otros solo después de mucho tiempo adquiere gran desarrollo. En general decrece en las épocas menstruales.

La *duración* de la enfermedad no puede precisarse. Si no sobreviene ni evacuación por una vía natural, ni comunicación con una cavidad cerrada, solo el plan curativo puede terminarla.

La *terminación* de la enfermedad es muy variable como los accidentes que pueden sobrevenir. Así la colección sanguínea puede en la *vagina, en el útero ó el recto*, y curarse la enferma, aunque en semejantes circunstancias puede también sobrevenir la muerte. Puede producirse una inflamación en el peritoneo del tumor. Puede romperse este en el peritoneo, produciendo una peritonitis mortal. Por último, la *abertura del tumor por los medios quirúrgicos* puede curar la enferma, pero asimismo puede determinar la muerte, dando lugar á los accidentes de que hablamos en otro lugar.

§ VII.—Diagnóstico y pronóstico.

El número de enfermedades que presentan alguna semejanza con

el hematocèle peri-uterino es algo considerable. Citaremos en primer lugar el *embarazo* del tercero al cuarto mes; pero basta recordar en este caso que no hay más tumor que el producido por el útero.

No sucede lo mismo con el *embarazo extra-uterino* (1), que se ha designado con el nombre de subperitoneo pelviano. El diagnóstico, en semejante caso, es difícil, porque existe un tumor semejante al descrito anteriormente, dando lugar á síntomas análogos. Hé aquí los principales signos que es menester notar: 1.º, fluctuación más marcada en el tumor sanguíneo; 2.º, facilidad de conocer, en algunos casos, las diversas partes del feto, y de producir el poloteo; 3.º, sobre todo, la rapidez con que se forma el tumor. A pesar de estos signos distintivos, el diagnóstico diferencial presenta grandes dificultades y puede producir muchas causas de error.

Los medios de diagnóstico indicados en el artículo consagrado á la *retroflexión* impedirán la confusión con esta afección. Basta, en efecto, introducir la sonda uterina (figura 50) para elevar el útero dislocado y desvanecer las dudas.

En cuanto á los *quistes del ovario*, cuando se sitúan detrás del útero pueden inducir á error; pero estos quistes no se desarrollan por la parte de la vagina para disminuir su calibre. La exploración es medianamente dolorosa, y la marcha de la enfermedad es lenta, por cuya razón difiere completamente del hematocèle peri-uterino.

El diagnóstico de esta afección y del *flemon peri-uterino* es algo más difícil. «Sin embargo, al principio el flemon está constituido por un tumor generalmente circunscrito, duro, caliente, doloroso al tacto, sobre el que se perciben latidos arteriales, y va acompañado de fenómenos febriles muy marcados; mientras que el tumor del hematocèle es difuso, muy voluminoso, blando ó fluctuante, apenas sensible al tacto; no da lugar á latidos arteriales perceptibles, ni va acompañado de indicios de fiebre. Pero más tarde, si el tumor supera forma un tumor más voluminoso, que se hace á la vez blando; pastoso, fluctuante; mientras el hematocèle que se enquistá, y cuyos productos se alicorvan, disminu-



Fig. 50—Sonda intra-uterina de Valleix.

(1) Recordaremos la opinión de Gallard sobre el origen de los *hematocèles peri-uterinos espontáneos* (*Arch. gen. de med.* 5.ª série, t. XVI, p. 685. Paris, 1860). Según este autor, todo hematocèle que no es ni traumático ni accidental depende únicamente de una perturbación del ejercicio fisiológico de las fracciones genitales. Esta perturbación no difiere en nada de la producida por los embarazos extra-uterinos; así la colección hemática puede presentar tantas variedades como el mismo

ye de volúmen, se circunscribe, se hace duro y por la flegmasia que produce en el peritoneo provoca la producción de latidos arteriales, análogos á los del flemon, determinando un movimiento febril mas ó menos intenso. No es, pues, por el exámen de los signos físicos por los que deben encontrarse las diferencias de separar el flemon del hematocele, sino en el conjunto de la enfermedad, principalmente en el estudio de los conmemorativos, y aun así deberá siempre darse y abstenerse en decidirse hasta haber observado por algunos dias la marcha del padecimiento.» (Gallard.)

En cuanto á la *hidrómetra*, tumores de diversa naturaleza desarrollados en las paredes uterinas, la *ascitis*, el *aneurisma de la iliaca interna*, son sus síntomas tan diversos de la enfermedad que estudiamos que no debemos detenernos en ellos.

Segun Trousseau (1), «si el dolor es muy vivo y la palidez poco marcada, y al mismo tiempo que el pulso es filiforme, depresible y se manifiestan vómitos, hay lugar á suponer que la hemorragia es poco abundante, que su sitio es en la cavidad peritoneal, y su origen probable el ovario. En efecto, la hemorragia, en estos casos, deberá ser poco abundante, porque dependerá de la rotura de un quiste ovárico ó de un ovario desorganizado, y la sangre vertida en estos casos ha sufrido modificaciones especiales, y su naturaleza irritante dará lugar á los síntomas de peritonitis. Por el contrario, la hemorragia será catamenial, abundante, si se observa una palidez extrema ó un dolor abdominal poco considerable; la hemorragia será entonces suministrada por la trompa y su pabellon. En efecto, la palidez será extrema, porque la membrana mucosa de la trompa puede dar lugar en algunos instantes á una hemorragia considerable; mientras que el dolor será poco marcado, porque en estos casos la sangre poco modificada produce poca irritacion su acumulacion en la cavidad peritoneal.

Pronóstico—Las circunstancias que pueden hacer fatal la terminacion, aun despues de la abertura del tumor, hacen presentir que el pronóstico tiene cierta gravedad. Si el tumor es muy voluminoso, si

embarazo extra-uterino. Estos hematoceles pueden producirse aun en ausencia de la concepcion, pero el mecanismo mediante el que se forman es siempre el mismo, resultan de una migracion incompleta ó defectuosa, sea del óvulo, sea de la sangre que se vierte en el ovario despues de la dehiscencia del óvulo, y es lo cierto que se producen con mayor facilidad y frecuencia cuando ha habido concepcion, que en caso contrario. El hematocele peri-uterino espontáneo no es, pues, otra cosa que una ovulacion extra-uterina. Puede producirse siendo el óvulo fecundado ó no, pero es mucho mas frecuente si ha habido fecundacion, existiendo entonces verdadero embarazo extra-uterino. Así Gallard (*loc. cit.*, p. 701) no procura establecer el diagnóstico diferencial entre el hematocele y el embarazo extra-uterino, «porque en vano se buscará un signo, por ligero que sea, sobre el que se pueda fijar el diagnóstico; y no es esta una de las menores razones que pueden invocarse en favor de la idea de asimilar los hematoceles peri-uterinos á los embarazos extra-uterinos.»

(1) Trousseau, *Clinique médicale*, 2.^a edic., t. III, p. 607, Paris, 1865.

determina una inflamacion en su contorno, si despues de su abertura el flujo se hace sanioso y fétido, y si los síntomas generales en vez de disminuir rápidamente adquieren nueva intensidad, la gravedad del pronóstico se hace muy considerable.

El pronóstico no puede ser igual para las diversas clases de hematoceles.

El que Trousseau llama *catamenial* no tiene gravedad segun él. «Si la hemorragia no es considerable, se ve muy pronto disminuir el volúmen del tumor, el dolor desaparece y el útero recupera su posicion normal. Si por el contrario, la hemorragia es abundante, el tumor, no solo tiene mucha mas extension y comprende mayor parte del peritoneo, sino que determina una extrema anemia que dispone á nuevas hemorragias de la trompa, las que durante muchos meses pueden aumentar el tumor é impedir su resolucion.»

Relativamente á los hematoceles extra-peritoneales, numerosas observaciones establecen la frecuencia de la inflamacion consecutiva del tejido celular subperitoneal, y la tendencia á abrirse en el útero ó en la vagina; modo de terminacion espontánea que enlaza por lo general como consecuencia la infeccion general de la economía.

§ VIII.—Tratamiento.

1.^o *Tratamiento médico*.—Al principio de todo hematocele el médico puede tener dos condiciones principales que llenar: *combatir la hemorragia, oponerse á la peritonitis*.

Si la hemorragia amenaza continuar, es menester recurrir á los hemostáticos locales y generales; posicion elevada de la pélvis, aplicacion del hielo sobre el abdomen, administracion de la ratania, del ácido sulfúrico, cornezuelo de centeno.

Si el dolor de la *peritonitis* predomina, es menester calmarla desde luego por los medios narcóticos, estupefacientes; el opio, la belladona, se administran al interior y se usarán en fricciones sobre el abdomen (Trousseau). Conviene además un régimen severo así como los medios siguientes: posicion horizontal, sinapismos ambulantes en los miembros superiores, cataplasmas emolientes, purgantes ligeros (Nonat). Aran (1) aconseja combatir del modo mas enérgico por numerosas aplicaciones de sanguijuelas á la peritonitis, que generalmente se manifiesta desde el principio. Tal es tambien la opinion de Oulmont y de Marrotte.

En cuanto al tratamiento posterior, destinado á prevenir nuevas hemorragias, preconiza Trousseau (2) el uso de los ferruginos y la quina. Nonat (3) insiste en las emisiones sanguíneas generales, cuando lo permite la constitucion de la enferma. Aconseja desde el

(1) Aran, *Société médicale des médecins des hôpitaux de Paris*, 24 Febrero, 1858.

(2) Trousseau, *Gazette des hôpitaux*, 29 Junio, 1858.

(3) Nonat, *Gazette hebdomadaire*, 4 Junio, 1858.

principio sangrías de 90 á 100 gramos, repetidas dos ó tres veces al mes, obrando como depletivas ó derivativas.

A las indicaciones que preceden uniremos dos cuadros tomados de Aug. Voisin, y en los que se encuentra reunido el tratamiento médico.

1.º *Terapéutica de los accidentes producidos por la hemorragia.*

	<i>Sanguiuélas al ano ó sobre el vientre</i> (30 á 80, segun el estado de la enferma y gravedad de los accidentes).
	<i>Catamelanos</i> á dosis fraccionadas, 10 á 30 centigramos divididos en partes de 1 á 5 centigramos durante dos ó tres dias.
a. DE LA PERITONITIS...	<i>Veigatorios</i> volantes sobre el hipogástrio.
	<i>Opio</i> en pildoras, pociones, enemas y fricciones.
	<i>Belladona</i> . Emplastos que la contengan.
	<i>Agua de Seltz</i> , helada y pocion de Riverio, como anti-emético.
	<i>Emolientes</i> . Cataplasmas sobre el vientre.
	<i>Veigatorios</i> volantes sobre el hipogástrio, despues de desaparecer todo síntoma agudo.
b. DEL TUMOR.....	<i>Derivativas</i> sobre el tubo digestivo. Purgantes salinos. Enemas oleosos.
	<i>Inmovilidad absoluta</i> durante el primer mes, hasta despues de la época menstrual que sigue á la invasion.
	<i>Preparaciones ferruginosas</i> . Hierro reducido por el hidrógeno, 20 á 30 centigramos al dia.
c. DE LA ANEMIA.....	<i>Tónicos</i> . Vino quinado. Polvo de quina 50 centigramos á 1 gramo al dia.
	<i>Alimentacion escogida</i> .

2.º *Terapéutica preventiva de nuevas hemorragias.*

Tener la enferma en movilidad absoluta y la pélvis elevada.

Cubrir el hipogástrio de compresas empapadas en agua fria y frecuentemente renovadas. En una enferma las aplicaciones de hielo fueron muy útiles.

Preparaciones astringentes, extracto de ratania.

Pociones que contengan veinte gotas de percloruro de hierro.

Medicamentos ácidos, agua de Rabel.

Tónicos antimenorrágicos (Trousseau), quina á dosis de 4 gramos.

Sinapismos á los miembros superiores.

2.º *Tratamiento quirúrgico*.—En las primeras épocas en que se trató el hematocele retro-uterino, se juzgó indispensable la abertura del tumor; pero los graves accidentes producidos, la resolucion espontánea conseguida sin operacion, han inducido á los médicos á respetar estos derrames sanguíneos, y á no emplear mas que un tratamiento médico.

Sin embargo, debemos trascribir las indicaciones del tratamiento

quirúrgico aconsejado por Nélaton, como presentando mas seguridad y conjunto de precauciones racionales. «Acostada la enferma sobre una cama bastante elevada, en decúbito dorsal, las piernas y los muslos en flexion y sostenidos por ayudantes, en una palabra, colocada la enferma en posicion de hacer la operacion de la talla. Se introduce en la vagina un espéculum que permita descubrir el tumor hácia el fondo del órgano y su pared posterior; á veces cuando es muy voluminoso, solo dista del orificio vulvar algunos centímetros. Las estrias trasversales de la mucosa se encuentran borradas. Despues de explorar con el dedo el punto que la fluctuacion es manifiesta, se hace penetrar por este punto un trócar, cuya cánula debe ser bastante larga para dejar fluir el líquido; es menester tener cuidado de que no penetre demasiado el instrumento en la bolsa, para evitar que sea pasada de parte á parte y para no herir un órgano inmediato. Cuando se retira el punzon, sale por la cánula una variable cantidad de sangre líquida, negruzca, viscosa semejante á la melaza. El tumor se vacía en parte, y si el contenido es muy espeso y la abertura estrecha, es menester agrandar el orificio. Para esto se retira la cánula, y se introduce por la abertura hecha con el trócar un litótomo de una hoja, dispuesto previamente de modo que haga una suficiente dilatacion, lo que se obtiene graduando la extension del movimiento de la hoja por medio de un tornillo. La incision debe tener á lo mas 3 centímetros de extension; se la practica en sentido del eje de la vagina, á fin de no herir las arterias uterinas. Es menester asegurarse bien de que no existen arterias en el punto de la pared sobre la que va á hacerse la incision. Esta no debe ser demasiado considerable ni profunda para evitar la herida del recto. Por esto el litótomo es preferible al bisturí, con él se puede dar á la incision la longitud que se juzgue conveniente, pues que al introducirle se gradúa la separacion de la hoja que corresponde á la extension de la herida. Con el bisturí, por el contrario, no se tiene esta precision; un movimiento brusco de la enferma puede hacer prolongar la incision y herir un órgano inmediato, el recto por ejemplo.

«Por esta nueva incision acaba de salir el líquido que existia en el tumor; se introduce el dedo en su cavidad, y se reconoce el espesor de sus paredes, la existencia de coágulos y su adherencia á las paredes, los que pueden hacerse salir por medio de inyecciones. Recamier recomienda hacer, mientras que sale el líquido por la abertura del tumor, una ligera compresion sobre el abdomen para facilitar la salida del líquido por la vagina, y despues se continúa mediante compresas graduadas y vendaje de cuerpo, con objeto de disminuir en todo lo posible el peligro de la entrada de aire en el foco; lo que expone á graves accidentes, como la alteracion del líquido, la inflamacion de las paredes del tumor, y por último, en la absorcion pútrida. Para evitar tambien la introduccion del aire, se recomienda mantener la bolsa del tumor llena de agua, para lo que se

hace el final de la inyección con un poco de fuerza y se coloca á la enferma con la pelvis elevada. Se harán con cuidado en el foco inyecciones templadas, emolientes, que se repetirán varias veces al día para vaciar la cavidad del tumor del líquido y coágulos que tienden á alterarse muy pronto en contacto del aire.

»La cantidad de sangre líquida que sale por la vagina varía según el volumen del tumor y época mas ó menos lejana de su formación. A veces solo salen algunas cucharadas de líquido, y el resto del tumor está formado por coágulos; otras, por el contrario, salen por la incisión 500 y aun 1.000 gramos de sangre líquida. La sangre que sale tiene en todos los casos las mismas condiciones; negra, de una viscosidad considerable, se coagula con dificultad al contacto del aire y puede, como hemos dicho, compararse á la melaza.

»A veces, cuando el tumor es muy considerable, los coágulos muy adherentes ó muy altos, no basta el dedo para alcanzarlos y separarlos. Se puede entonces hacer uso de una cucharilla de diverso tamaño, y por medio de ella desprender los coágulos que saldrán del quiste por medio de inyecciones. Despues de haber incindido y vaciado la bolsa sanguínea, conviene siempre introducir el índice en su cavidad, no solo para apreciar el grueso de sus paredes, sino para averiguar si hay en su superficie algun otro tumor, como sucedió en una de nuestras observaciones, y como deberá suponerse, cuando despues de la operacion, queda igual el volumen del vientre y los síntomas generales no disminuyen de intensidad. En este caso es indispensable asegurarse si este tumor está formado por un nuevo tumor sanguíneo, ó si depende, por ejemplo, del acúmulo de materiales fecales, á consecuencia del estreñimiento existente tiempo antes. Cuando haya certeza en el diagnóstico se obrará con este derrame sanguíneo como con el primero; solo que será menester mas prudencia, á causa de su mayor profundidad, y por lo tanto por el peligro de herir órganos inmediatos. Si los síntomas generales conservan su intensidad, por la presencia de este nuevo tumor, no deberá tardarse en hacer la nueva abertura, sin que el tumor pueda ulcerar el intestino, abriendo una via al líquido que contiene; lo que determinaria accidentes, por el paso al foco del tumor de las materias fecales.

»Cuando algunos dias despues de la operacion, el líquido que sale del tumor habrá, como hemos visto, cambiado de naturaleza, pudiendo hacerse purulento, fétido, y entonces se sustituirán las inyecciones emolientes por un *líquido desinfectante*, el *agua clorurada*, por ejemplo, á fin de deterger el foco purulento. Es menester levantar las fuerzas de la enferma por medio de *preparaciones tónicas*, *vino de quina*, etc. En estos casos podrá explorarse la cavidad del tumor con una cucharilla, con objeto de *eliminar los coágulos adherentes* profundamente colocados y que amenazan entrar en putrefacción.

»Además de estos medios locales, que se emplean despues de la operacion, es menester combatir los síntomas generales que pueden seguir á la abertura del tumor. Si existen aun síntomas de peritonitis, se pondrán en uso moderadamente las *evacuaciones sanguíneas* á causa de la debilidad extrema que presenta la hemorragia de las enfermas. Es preferible, en estos casos, emplear las *unturas mercuriales* sobre el vientre, y la administración de los *calomelanos al interior*. Se sostendrá el movimiento de vientre por medio de *purgantes* ó *enemas*. Las funciones rectales no tardan en restablecerse despues de la evacuacion del tumor. Las *pociones opiadas*, las *cataplasmas laudanizadas* sobre el abdomen se emplearán cuando permitan los dolores. Los vómitos se combatirán con el *hielo*, el *agua de Seltz*; despues, cuando la fiebre desaparece, se sostendrán las fuerzas de la enferma con un *régimen tónico* que se graduará sucesivamente para reparar las pérdidas sufridas.

Las indicaciones de la intervencion quirúrgica son, segun Voisin, la violencia de los dolores, el desarrollo del tumor y el temor de la rotura de las adherencias que le enquistan.

Pero (aparte de estas circunstancias excepcionales, debe recurrirse exclusivamente al tratamiento médico.

CAPÍTULO V.

Enfermedades del ovario.

ARTÍCULO PRIMERO.

OVARITIS.

Se ha dividido la ovaritis en *simple* ó *idiopática*, y en *puerperal*, dividiéndose esta en *puerperal propiamente dicha* y en *post-puerperal* (Chomel). Se ha descrito también una ovaritis *sintomática* de otra afección. Trataremos solamente de la ovaritis simple que termina casi siempre por resolución. En cuanto á las demás formas de ovaritis que producen casi constantemente la supuración, el absceso de la fosa ilíaca que por lo general su consecuencia domina esta circunstancia tanto el interés práctico que la descripción de la inflamación del ovario se describirá mas ventajosamente con este motivo.

1.º OVARITIS AGUDA.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Chereau (1), que ha reunido las observaciones de ovaritis mas

(1) Chereau, *Mémoire pour servir à l'étude des maladies des ovaires*. Paris, 1844. VALLEIX.—TOMO IV.