

mismas diferencias encuentran una aplicacion práctica importante, cuando se ha podido precisar rigurosamente el asiento exacto del tumor en el ovario, pues si no se han podido apreciar estas útiles nociones pueden confundirse las diversas formas de quistes con estados patológicos muy diferentes entre sí. Así es como un quiste en que la fluctuacion es el sintoma mas culminante, deberá distinguirse de los diversos derrames líquidos del abdomen; mientras que otros, reuniendo muchos síntomas que caracterizan los tumores sólidos de la misma cavidad, deberán separarse de estos últimos.

Antes que hayan podido producirse confusiones de este género, y debido eliminarse en la época en que el *quiste ovárico está aun contenido en la escavacion de la pelvis* se procurará distinguirlo de la *retroversion del útero*, sea practicando el tacto rectal, sea por medio del cateterismo uterino.

Segun Fl. Churchill (1), se le distinguirá tambien de la *hidropesia de las trompas de Falopio*, por la exploracion minuciosa, por la vagina y el recto, así como por la observacion de los síntomas mas culminantes, tales como el peso, la presion sobre la parte posterior, la disuria, el estreñimiento; en fin, la movilidad de los quistes del ovario impide confundirlos con los *tumores situados en el tejido celular útero-rectal*.

Un estado fisiológico, que por mucho tiempo se confunde por las

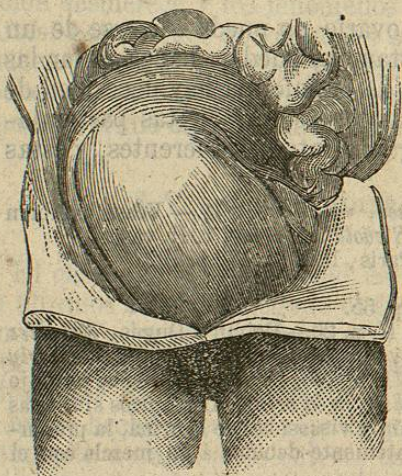


Fig. 52.—Útero grávido de todo tiempo con su doble oblicuidad y su inclinacion á la derecha. (Luciano Penard.)

(1) Fl. Churchill, *loc. cit.*, p. 614.

enfermas (y algunas veces por el médico) con la afeccion que nos ocupa, es el *embarazo ordinario*. Sin embargo, sea que el límite del tiempo haya sobrepasado el período ordinario de la gestacion, sea que algunas alteraciones inesperadas llaman la atencion de las enfermas, vienen á consultar al médico y el diagnóstico suele en ocasiones ser difícil. En general, en el caso de embarazo uterino, el tumor globuloso tiene su raíz detrás de los púbis, y así mientras que el hipogástrico se obtiene por la percusion un sonido á macizo, en las fosas ilíacas (desocupando de antemano el intestino) dan un sonido claro mas ó menos manifiesto; por el contrario en el quiste ovárico, y

este es un punto capital en que no se ha insistido bastante, hay un sonido á macizo muy pronunciado en la fosa ilíaca donde se encuentra la raíz del tumor, al paso que la otra está sonora en toda su extension. El tumor ovárico se desarrolla casi siempre con una lentitud incompatible con la idea de una preñez, y ocupa uno de los lados del vientre, al paso que el útero despues de la concepcion, se eleva de un modo regular siguiendo la línea media, al mismo tiempo que por lo general se produce una oblicuidad anterior hácia el lado derecho (fig. 52). Finalmente, el tumor ovárico está por lo comun abollado, lo cual no se observa en el útero distendido por el producto de la concepcion, y además por el *tacto vaginal* se nota el estado normal del cuello y del cuerpo del útero que están desarrollados en la preñez.

En una época avanzada de la preñez sobrevienen los dobles latidos del corazon del feto y el ruido placentario. Los primeros disipan todas las dudas, pero no sucede lo mismo con el ruido de fuelle, llamado soplo placentario, porque ya hemos dicho que puede resultar un ruido de fuelle muy perceptible de la compresion por el tumor de un tronco arterial grueso. Brichteau (1) ha referido una equivocacion de este género: un ruido de fuelle habia hecho creer en una *preñez*, y que era *ovárica*, porque se conocia el asiento del mal; se quiso operar y la enferma murió á los seis dias. El mismo signo pudiera hacer creer en una preñez uterina, pero segun Depaul, se evitará el error recordando que el ruido de fuelle en la preñez no va acompañado de un latido, de un impulso, como el ruido de fuelle arterial.

Por último, mas tarde aparecen en la preñez los movimientos del feto, que ya no dejan ninguna duda.

Mucho mas fácil aun seria el confundir una *preñez tubaria* ú *ovárica* con un quiste del ovario. Las circunstancias en que el tumor se ha desarrollado, como igualmente los signos que da un feto vivo, serán en una época un poco avanzada muy útiles para este diagnóstico, acerca del cual es por fortuna poco comun que sea consultado el médico.

Si merced á los signos que se han mencionado, y á los que puede unirse el *peloteo*, la tumefaccion y sensibilidad de los pechos, puede evitarse un error que pudiera tener graves consecuencias, tomando un embarazo por un quiste del ovario (2), es mas comun el error en sentido contrario. En efecto, por diversas razones, que pueden depender del médico ó de la enferma, es fácil la confusion, y los signos precedentes hacen incurrir en error la sagacidad de los mejores observadores (3).

(1) Brichteau, *Clinique de l'hôpital Necker*.

(2) Tavignot, *Mémoire sur l'hydropsie enkystée de l'ovaire (l'Expérience*, número 160, p. 55, Paris, 1840).

(3) *Gazette médicale*, año 1840, p. 347.

Si la idea de la existencia de un embarazo, la primera que debe estudiarse, ha podido por fin eliminarse, ciertos fenómenos han debido al mismo tiempo llamar la atención del médico y dirigirle á la investigación en tal ó cual sentido hasta hallar el objeto definitivo.

1.º Si tomando en consideración la forma del vientre, se encuentra saliente, puntiagudo, como el de una mujer llegada al final del embarazo; si percutiendo suavemente con uno ó muchos dedos, ó mejor, dando un *golpecito* sobre uno de los puntos del vientre (elegido á la casualidad, cualquiera que sea la posición de la enferma), se percibe con facilidad el choque del líquido por la otra mano, aplicada de antemano al punto del vientre opuesto al que se verifica la percusión, el médico puede creer con razón que se trata de un *quiste unilocular del ovario*. La certeza es mayor aun, si la percusión indica una macidez en todas las partes anteriores ó inferiores del abdomen, y la sonoridad sola en el hueco epigástrico y en los vacíos, cualquiera que sea la posición de la enferma; en efecto, los intestinos rechazados por el tumor ovárico, se colocan á los lados del quiste, es decir, en los hipocondrios, y la sonoridad solo se produce en estos puntos. Si se hace acostar á la mujer, de un lado ó de otro, la macidez no se disloca, continuando en los mismos puntos, los mas elevados del quiste. Con estos signos puede distinguirse siempre la *ascitis* del quiste ovárico unilocular (1). «Para que no sucediera así, sería menester una comunicación accidental entre el quiste y los intestinos, dando lugar á la entrada del aire en la cavidad del quiste.» (Boinet.) Otra circunstancia que puede ayudar al diagnóstico de los quistes uniloculares simples y exentos de lesiones orgánicas, es que en general la salud es buena, á pesar del desarrollo considerable del vientre, y que es muy raro encontrar los miembros inferiores hinchados é infiltrados (2). Cuando un quiste del ovario presenta las condiciones que hemos indicado, es unilocular. Sin embargo, en un caso observado por Boinet (3), las únicas circunstancias que quizá pudieran dar esta idea, y dar á conocer que el contenido del quiste era una materia espesa, gelatinosa (circunstancias que alguna vez darán desconfianza del diagnóstico), es que la enferma estaba muy delgada, la piel seca, amarillenta, presentando el mayor grado de la caquexia cancerosa. Todas las funciones se desempeñaban regularmente, aparte de la molestia producida en la respiración por el excesivo volumen del vientre.

(1) Un signo raro en los quistes del ovario, es casi constante en la ascitis, sobre todo cuando dura mucho tiempo, es la infiltración de los miembros inferiores unida á la existencia de ciertas lesiones orgánicas que se encuentran, sea en el corazón, sea en el hígado ó en otra viscera del abdomen.

(2) Boinet, *Du diagnostic différentiel des tumeurs du ventre avec les kystes des ovaires* (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, Paris, 1860).

(3) Boinet, *loc. cit.*, p. 9 de la tirada aparte.

2.º Cuando la oleada del líquido no se percibe en todos los puntos del quiste, cualquiera que sea en el que se verifique la percusión, ó bien el quiste es multilocular, ó bien contiene un líquido muy espeso, denso y filamentoso. Entonces el choque del líquido se divide en otras tantas superficies circunscritas, cuantas cavidades están en contacto con la pared abdominal. En estos casos, si se percute sobre una parte del vientre, el choque del líquido no se percibe en el punto opuesto en que se ha verificado la percusión, sino solo en la circunscripción de la cavidad. Hay además, en la mayoría de los casos, una cavidad principal, una celda madre alrededor de la que se agrupan todas las demás; y esta disposición particular se hace reconocer por la fluctuación, que es sensible en la extensión mas considerable del quiste (1). Estos quistes son notables por la desigualdad que se observa en el tumor; y como es frecuente que el líquido contenido en cada cavidad tenga una diversidad diferente, y sus paredes resistencia y espesor variables, resulta que una elevación es dura, y resistente, y otra elástica, y alguna blanda; estas elevaciones están separadas por surcos de diversa extensión y de dureza á veces mayor que los mismos tumores.

La densidad del líquido hace á veces oscura la fluctuación, y la repleción extrema de los quistes, cuando el líquido es muy espeso da lugar á una sensación de vibración notable. Aparte de las diferencias demostradas por los diversos medios de exploración, el estado general de la salud, en oposición á lo que se observa en los quistes uniloculares, no es siempre bueno en los multiloculares.

Para completar el diagnóstico diferencial de los quistes del ovario, es necesario reconocer la naturaleza del líquido contenido é investigar su mayor ó menor densidad. «Cuando el líquido es seroso y claro, la fluctuación es franca, manifiesta y se percibe en todos los puntos del tumor, y se asemeja á la de una ascitis considerable. Si el líquido es mas denso, espeso, viscoso, oleoso, la fluctuación, aunque perceptible en todos los puntos del abdomen, es menos franca, poco manifiesta, se siente la ola que llega á la mano opuesta de un modo menos pronto, con mas dificultad, el choque es menos claro, menos seco, el líquido se mueve con menos facilidad, ó como si dijéramos se percibe mas pesado. En estos casos, sobre todo cuando el líquido es muy espeso, puede dejarse de percibir la fluctuación, y se reconocería imprimiendo con las manos aplicadas sobre el vientre un movimiento de succión ó de vaiven, comprimiendo el vientre alternativamente entre ambas manos, que el contenido del quiste es un líquido de cierta consistencia.

»Si las enfermas experimentan ó han experimentado dolores continuos en el vientre, si han presentado signos de inflamación, si el vientre ha estado ó está ligeramente doloroso á la presión ó espontáneamente.

(1) Boinet, *loc. cit.*, p. 16.

neamente, por lo general el quiste contendrá (ya sea unilocular ó multilocular) un líquido de coloración mas ó menos pronunciada, rojizo, sero-sanguinolento de color de café ó del chocolate, etc. En los quistes multiloculares, es en los que especialmente se observan líquidos espesos, viscosos, de mala naturaleza, que presentan diversas coloraciones.

»Puede también anunciarse con alguna probabilidad que el líquido es de naturaleza purulenta, siempre que la enferma presente una fiebre lenta y continua, pérdida del apetito, vómitos, diarrea, demacración, dolores en el vientre y sobre todo en el quiste, en una palabra, todos los síntomas de la fiebre ética, todos los que denuncian focos en supuración (1).» Estos quistes supurados se encuentran en mujeres jóvenes aun, y que si se toman en poca consideración los síntomas especiales se puede incurrir en el error de tomar por una *fiebre grave* una *tifoidea* los síntomas que dependen de otra enfermedad (2). En un caso de este género, después de haber apreciado los síntomas como dependientes de una fiebre tifoidea, se presentó en la fosa iliaca derecha un tumor fluctuante y doloroso que se abrió espontáneamente por encima del arco crural, dejando después un trayecto fistuloso. Se consideró hasta entonces como un absceso de la fosa iliaca, sin embargo, Richet (3) reconoció la existencia de un ancho foco purulento en cuyo fondo se descubrió algo duro y rugoso, desbridó la abertura y extrajo muchos dientes, fragmentos de huesos y cabellos apelonados. El pretendido *absceso de la fosa iliaca consecutivo á una fiebre tifoidea no fué otra cosa que un quiste fetal*.

Aunque desde luego parece imposible equivocarse un quiste del ovario con una *timpanitis*, se ha cometido alguna vez este error (4). «La falta de fluctuación, el poco peso del vientre que en la timpanitis no se pronuncia ni en uno ni en otro lado, la gran tensión de las paredes abdominales que no reciben sino una fugaz impresión del dedo que las comprime, el sonido producido por la percusión, que se percibe en todo el abdomen, el estreñimiento pertinaz, la naturaleza y forma de las escreciones ventrales, el estado de las funciones digestivas y de la salud general de las enfermas, la ausencia de toda infiltración de los miembros inferiores, son otros tantos fenómenos característicos que no permiten confundir la timpanitis con la hidropesía enquistada del ovario.» (Boinet.)

La *retención de las materias fecales en el intestino grueso y principalmente en el ciego*, es una afección bastante común, que ha podi-

(1) Boinet, *loc. cit.*, p. 17.

(2) Boinet, *Moniteur des hôpitaux*, 1853, t. I, p. 1147, n.º 144, y *Traité d'iodothérapie*, Paris, 1855, p. 461.

(3) Richet, *Bulletin de la Soc. de chirur.*, sesión del 11 de Marzo, 1857.

(4) Boinet, *Du diagnostic différentiel des tumeurs du ventre avec les kystes des ovaires*, p. 31.

do tomarse por un quiste del ovario (1). En efecto, en los casos de *tumores estercoráceos*, hay, como en los quistes del ovario, que rechazo del intestino, un desarrollo uniforme de vientre con tensión y una serosidad muy evidente en el lado opuesto al tumor. Pero en los casos de tumor estercoráceo, existe una enteritis mas ó menos intensa que ocasiona la retención prolongada de los materiales fecales, meteorismo doloroso de los intestinos delgados, estreñimiento pertinaz, con frecuencia náuseas y á veces vómitos y pérdida del apetito. Existe á la par una *sensación dolorosa que parece fijarse en toda la extensión del intestino grueso* (Bois de Loury), y que principalmente se observa cuando se ejerce presión sobre la región del ciego, que es casi siempre el sitio de la retención de los materiales estercoráceos. En fin, otro signo es la depresión que puede imprimirse á esta clase de tumores y que hace la misma impresión que cuando se introducen los dedos en sebo fundido ó en greda. (Boinet.)

Los *tumores fibrosos ó escirrosos* del abdomen se confunden á veces con los quistes del ovario, en particular con los multiloculares. Sin embargo, se desarrollan en general con gran lentitud, quedan por lo común estacionarios cuando han alcanzado cierto volumen, y no producen ninguna alteración sobre la salud general, aun cuando este volumen sea algo considerable; solo molesta á las enfermas el peso del tumor. Es menester añadir como carácter importante que las enfermas presentan muy á menudo alteraciones menstruales, dando lugar á pérdidas considerables de sangre, que rara vez se observan en los quistes ováricos ya sean sin ó multiloculares. Pero independientemente de la ascitis, que es una de las complicaciones mas frecuentes, lo que es menester tener presente para el diagnóstico de estos tumores, es que estándotados de una fuerza de elasticidad que les hace susceptibles de reaccionar sobre sí mismos cuando se les comprime de pronto ó se les coje entre ambas manos. Si entonces se trata de imprimirles un movimiento alternado de presión con el objeto de producir la fluctuación, se percibe una falta de resistencia semejante al de que haría experimentar un gran globo de caoutchouc de gruesas paredes. La sensación que se experimenta en este caso puede considerarse como fluctuación, y se cree que existe una cavidad de paredes gruesas conteniendo un líquido mas ó menos espeso; entonces se diagnostica un quiste del ovario, y como esta sensación de elasticidad puede encontrarse en todos los puntos del tumor explorado, se llega hasta producir que es un quiste unilocular. Pero nunca la *percusión, practicada ligeramente*, deja percibir la menor fluctuación, y la ausencia completa de esta última en un punto cualquiera de los tumores, es ya una gran prevención para creer que no existe ningún líquido en el tumor, y que está formado de un tejido

(1) Bois de Loury, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, t. V, año de 1858, p. 490.

duro y compacto. Si como consecuencia del error de diagnóstico cometido, se hubiese decidido la puncion (que en semejante caso no ha producido nunca funestas consecuencias), la penetracion del trócar en el espesor del tumor haria percibir á la mano que conduce el instrumento una sensacion especial que vendria muy pronto á esclarecer el diagnóstico. (Boinet.)

A veces se encuentran complicaciones accidentales que solo pueden describir una atenta observacion; tal es, por ejemplo, la *coincidencia de un embarazo* (1) y de un *quiste ovárico* (Boinet, Bretonneau, Trousseau, Dicharry, Legroux, J Cruveilhier).

La *ascitis*, y en particular la *crónica con engruesamiento del peritoneo*, coincide á veces con *hidropesía del ovario* (2). En un caso semejante observado por Boinet (3), la enferma, estando acostada en decúbito supino, la fluctuacion era muy evidente en todo el vientre, no se percibia ninguna sonoridad en los ovarios, y apenas se notaba entre el ombligo y el hueso epigástrico. Si se hacia acostar á la enferma alternativamente del lado derecho ó del izquierdo, el líquido se dislocaba, y la percusion daba á la izquierda sonoridad, mientras que en la derecha existia una macidez muy pronunciada; habia tambien infiltracion incipiente en los miembros inferiores. Estos signos indicaban, pues, la existencia de una ascitis. La macidez encontrada á la derecha dependia de la presencia de un tumor fluctuante, además los datos suministrados por la enferma, que aseguraba que el tumor se habia producido en el lado derecho, no dejaban duda ninguna; habia, pues, una hidropesía ascitis consecutiva á un quiste del ovario. Además, cuando la enferma se acostaba de espaldas, deprimiendo fuertemente el vientre para rechazar el líquido de la ascitis, se percibia distintamente un tumor bastante voluminoso situado mas profundamente en el lado derecho. Si en ciertos casos, á pesar de un exámen atento hay duda sobre la naturaleza de la enfermedad, la puncion puede esclarecer el diagnóstico, pudiendo estudiar los caracteres propios del líquido. Además, cuando la puncion ejecutada á la casualidad en el quiste ó en la cavidad peritoneal, el vientre conserva siempre cierto volúmen que hará reconocer el estado de las cosas. En efecto, si le ha punzado y variado el quiste, la ascitis persiste; si el líquido evacuado es el que constituia esta, desembarazado el quiste del líquido que se rodeaba, aparece en toda su extension y con sus caracteres particulares.

(1) Si el tumor ovárico es totalmente ó en gran parte elevado en el abdómen, el parto, no solo es posible, sino que puede llegar á término el embarazo sin perjuicio por el feto; si por el contrario ocupa el quiste la escavacion de la pélvis, el embarazo tendrá mas ó menos obstáculos en general, y la vida de la madre y la del hijo se verán mas ó menos comprometidas.

(2) J. Cruveilhier, casos de coincidencia de un quiste multilocular del ovario y una hidropesía ascitis (*Traité d'anat. path. gén.*, t. III, p. 425. Paris, 1856).

(3) Boinet, *Du diagnostic différentiel des tumeurs du ventre*, etc., p. 39.

J. Cruveilhier refiere un caso, seguramente raro, en el cual se «tuvo la desgracia de tomar *quistes acefalocistos desarrollados en el epiplon mayor*, por un quiste ovárico multilocular. Una peritonitis aguda determinada por la puncion produjo la muerte de la enferma (1).»

En fin, en algunos casos se puede confundir un quiste del ovario con una hidropesía enquistada del peritoneo (2).

Otra cuestion referente al diagnóstico es la relativa á la posibilidad de saber si existen adherencias entre los tumores ováricos y las paredes abdominales. Haciendo, mediante movimientos de deslizamiento, moverse las paredes abdominales sobre las partes anteriores y laterales de los tumores, ó elevando estas paredes si están relajadas se puede hasta cierto punto demostrar la movilidad que existe entre estas diversas partes, pero si existen adherencias entre las partes laterales y posteriores del tumor es completamente imposible comprobarlo. Sin embargo, si no existen adherencias, el tumor puede descender de 5 á 6 centímetros, durante una profunda inspiracion; si, por el contrario, existen adherencias entre el tumor y el peritoneo parietal, se percibe palpando los tegumentos que cubren el tumor una sensacion particular como de crepitacion y de frote. La existencia de estas adherencias no tienen gran interés, sino cuando se trata de practicar la ovariectomía. (Boinet.)

§ VII.—Tratamiento.

La curacion por los medicamentos internos es, cuando menos, muy difícil de obtener, y hasta Velpeau llega á poner en duda que exista un solo caso bien comprobado. Por consiguiente nos bastará hacer una mencion muy rápida de los medios que constituyen la medicacion interna, y que, como vamos á ver, no se diferencian de los que se emplean contra las hidropesías y los infartos de los diversos órganos.

1.º *Medicacion interna*.—Se recomiendan los *antiflogísticos*, y sobre todo la *sangria local*, cuando la afeccion parece ocasionada por una violencia exterior, y sobre todo al principio de la enfermedad; pero ya hemos dicho en el párrafo correspondiente á la *etiología*, cuán hipotética es la existencia de semejante causa.

Si hubiese motivo para creer que la enfermedad depende de la supresion de las reglas, se recurrirá á los medios que hemos indicado en otro artículo (véase *Amenorrea*), y que tienen por objeto restablecer el flujo menstrual.

Despues «se ha intentado sucesivamente la administracion de

(1) J. Cruveilhier, *loc. cit.*, p. 426.

(2) J. Cruveilhier, *loc. cit.*, p. 431.—Véase tambien el artículo HIDROPESÍA ENQUISTADA DEL PERITONEO. t. IV.