

No cabe duda que en este caso las contusiones determinaron la ruptura del quiste hácia la vejiga, con la cual probablemente habia contraído ya adherencias bastante sólidas. ¿Pero por qué no se ha vuelto á llenar despues? Tres esplicaciones pueden darse. 1ª El quiste pertenecia á aquellos que una vez vaciados no se vuelven á llenar. 2ª La abertura, quedando abierta, pasó la orina á la cavidad del quiste, y siendo un líquido irritante, hizo el oficio de una inyeccion iodada, por ejemplo. 3ª Habiendo quedado abierta la abertura, el líquido que secreta el quiste se derrama poco á poco en la vejiga, y se espulsa mezclado con la orina.

La primera esplicacion es admisible, porque efectivamente se han visto algunos quistes que una sola puncion los ha curado radicalmente; sin embargo, es necesario confesar, que siendo estos casos raros, hay pocas probabilidades de que sea esto lo que ha pasado. La segunda no se puede admitir, porque despues del golpe no sobrevino ningun accidente inflamatorio, como hubiera sucedido si en las paredes del quiste se hubiera desarrollado la flegmasia adhesiva. La tercera hipótesis tiene mas visos de probabilidad; y si las cosas se pasan de esta manera, no será estraño que no estando ya distendidas las paredes del quiste por el líquido que contenian, se vayan retrayendo poco á poco, hasta que la cavidad llegue á desaparecer completamente.

México, Agosto 22 de 1865.

MANUEL M. CARMONA.

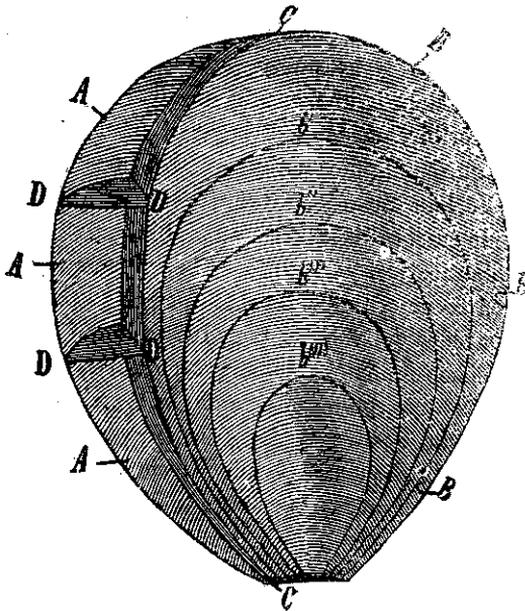
QUISTE MULTILOCULAR DEL OVARIO IZQUIERDO.

María Antonia Trinidad Banda, soltera de 40 años de edad, y natural de San Antonio de las Huertas, entró el dia 11 de Abril de 1865, á ocupar la cama núm. 10 de la sala de San Miguel en el hospital municipal de San Pablo. Hace más de dos años, sin que pueda fijar la época precisa, que el vientre se le empezó á abultar poco á poco hasta llegar al volúmen que tiene actualmente. La menstruacion no ha aparecido en estos últimos meses; pero no dice la enferma cuándo le vino por última vez. Tampoco determina el tiempo que lleva de padecer una diarrea bastante abundante que la ha enflaquecido agotándole las fuerzas. Cuando la examiné estaba acostada sobre el lado derecho, el enflaquecimiento era bastante notable y la enferma no podia sin mucho trabajo y no poca fatiga, cambiar de posicion; la respiracion era corta y frecuente; el pulso lento y la piel fresca. Las estremidades inferiores estaban infiltradas; pero lo que mas llamaba la atencion era el abultamiento del vientre, que no medí por no tener inmediatamente con que hacerlo y porque no quise diferir la

puncion, atendiendo al estado que guardaba la paciente; pudiendo asegurar solamente que sobrepasaba con mucho al de un embarazo de término. Acostada la enferma sobre el dorso y palpando las paredes del vientre, se encuentran estas sumamente tirantes y no se toca dureza ni abolladura en ningun punto de su estension. La percusion da un sonido mate en todas partes, exceptuando las regiones renales y una parte de los flancos, en donde el sonido es claro. El cambio de posiciones no modifica la relacion de estos lugares, y por último, se obtiene una fluctuacion manifiesta en toda la estension del vientre; sintiéndose la oleada del líquido en todos sus puntos, sea cual fuere el lugar en donde se diera un ligero golpe. Se diagnosticó un quiste unilocular, probablemente de alguno de los ovarios y se procedió en el acto á hacer la puncion, practicándola en el lugar de eleccion como si se tratase de una simple ascitis. Salieron 13 cuartillos de una serosidad rojiza; viniendo entonces un cuerpo duro á colocarse contra la abertura de la cánula impidiendo la salida del líquido. Prudentemente se le imprimieron á la cánula diversas posiciones, y se trató de desviar dicho cuerpo de su abertura, por medio de un estilete; todo fué inútil, pues no se pudo conseguir que el vientre se vaciara, aunque sí disminuyó la tension, encontrándose la enferma bastante calmada. Se le puso á dieta y se le prescribió una pocion opiada. La diarrea continuó; las fuerzas se fueron agotando y la enferma murió en la madrugada del dia 22 del mismo mes.

La autopsia se hizo en la mañana del dia 23, y al abrir el vientre se encontró un derrame medianamente abundante en la cavidad del peritoneo; siendo el líquido enteramente igual al que salió por la cánula el dia que se hizo la puncion. Habia ademas un gran quiste del ovario izquierdo, cuyas paredes no se habian interesado con el trócar que sirvió para la puncion; su cavidad estaba dividida en dos laterales, por un tabique que se dirigia de arriba á abajo y de adelante á atras. La cavidad derecha, menos grande que la izquierda, se subdividia en tres celdillas por medio de dos tabiques horizontales; siendo la inferior la mas amplia y la superior la mas pequeña, y conteniendo las tres serosidad de color cetrino. La cavidad izquierda mas voluminosa que la anterior, tenia en su conjunto una forma periforme y encerraba otro quiste de la misma forma; abriendo éste, se encontró un tercero; el cual encerraba un cuarto, y este á su vez un quinto. Todos se confundian en el pedículo por su estremidad inferior que era la mas estrecha; mientras que sus paredes y estremidades superiores, que eran abovedadas, estaban separadas unas de otras por la serosidad que cada quiste contenia. La de los cuatro primeros era rojiza y enteramente igual á la que se hallaba en la cavidad del peritoneo; mientras que la del quinto era cetrina, como la de las cavidades derechas.

Figura schemática de un corte vertical representando la mitad posterior del quiste.



A—Cavidad derecha. B—Cavidad izquierda. C—Tabique vertical que separaba una de otra cavidad. D—Tabiques horizontales que subdividian la cavidad derecha. b', b'', b''' y b'''' quistes contenidos los unos en los otros y que estaban encerrados en la cavidad izquierda, confundiendo en el pedículo.

Se puede ver, por la historia que acabo de trazar, que en el caso presente hubo un error de diagnóstico, supuesto que si bien se trataba de un quiste del ovario, este no era unilocular como se habia supuesto. La complicacion de la ascitis y la grande distension de las paredes del vientre ocasionaron indudablemente este error. La primera, produciendo la manifiesta fluctuacion, ó mas bien dicho, la facilidad con que la oleada líquida producida por una ligera percusion se comunicaba á todos los puntos opuestos del tumor; y la segunda oponiéndose á la palpacion profunda, en cuyo caso podria haberse tocado el tumor formado por el quiste.

La configuracion ó estructura de éste, debe llamar tambien la atencion; porque siendo un solo quiste en la apariencia, se componia de dos grandes cavidades diversamente conformadas; estando la derecha dividida en pisos, por decirlo así, mientras que la izquierda estaba formada por diversos quistes, engastados unos en los otros.

Supongamos, lo que es muy posible, que un quiste del ovario tenga la conformacion que tenia la gran cavidad izquierda del que acabo de describir y que llegara á tal grado de desarrollo que distendiese las paredes del vientre,

haciéndose así bastante superficial. ¿Qué sucedería en ese caso? Sucedería, evidentemente, que sin que hubiese ascitis, sería muy fácil caer en el mismo error en que se cayó en la observacion presente; porque estando el primer quiste separado del segundo por una buena cantidad de líquido libre, sería muy fácil que la fluctuacion se propagase á todos los puntos del vientre, sin que por esto el tumor fuese unilocular. Debe, pues, tenerse presente en la práctica, que no solamente la complicacion de una ascitis, sino la existencia de un quiste como el que acabo de describir, pueden dar lugar al error de que nos ocupamos.

Creo, sin embargo, que en algunos casos se podrá llegar á establecer el diagnóstico diferencial. Ya han dicho los diversos autores que se han ocupado de la materia, que cuando existen á la vez una ascitis y un quiste del ovario, se puede establecer el diagnóstico, por medio de la palpacion profunda, en cuyo caso se puede llegar á tocar el tumor formado por el quiste, el cual se encuentra separado de las paredes del vientre, por el líquido derramado en la cavidad del peritoneo. Este mismo fenómeno debe presentarse en el caso de quistes engastados los unos de los otros, pues que estando las paredes del primero en contacto inmediato con las del vientre, éstas se encuentran separadas del segundo por el líquido que contiene el primero, viniendo entonces á representar el mismo papel, que en el caso de ascitis representa el líquido derramado en la cavidad del peritoneo.

Siendo uno mismo el fenómeno que se presenta en uno y otro caso, ¿será imposible llegar á distinguirlos?

Yo creo que algunas veces se ha de poder fijar el diagnóstico diferencial; porque si se atiende á que los quistes del ovario son, por regla general, estrechos en su pedículo y ensanchados en su parte superior, es claro que en el caso de ascitis, la capa de líquido que los separa de las paredes del vientre es mas gruesa hácia el pedículo ó abajo que hácia arriba; por consiguiente en este caso ha de ser mas fácil llegar á tocar el tumor mientras mas arriba se haga el exámen. Lo contrario debe suceder en el caso de quistes engastados; porque como estos se confunden en el pedículo y se separan hácia la parte superior, la capa de líquido que los separa es mas gruesa hácia arriba que hácia abajo, y por lo mismo el tumor se ha de tocar con tanta mas facilidad cuanto mas abajo se haga la exploracion.

México, Agosto 22 de 1865.

MANUEL M. CARMONA.
