

Año 1916

Núm. 3065

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Dr. C. J. M.

**LOS TUMORES PRIMITIVOS
DEL LIGAMENTO ANCHO
EL VARICOCELE PELVIANO**

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

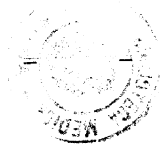
POR

EUSEBIO ALBINA

Ex-ayudante del Laboratorio de Histología de la Facultad
1912 - 13 - 14

Ex-practicante menor interno del Hospital Durand
1913 - 14

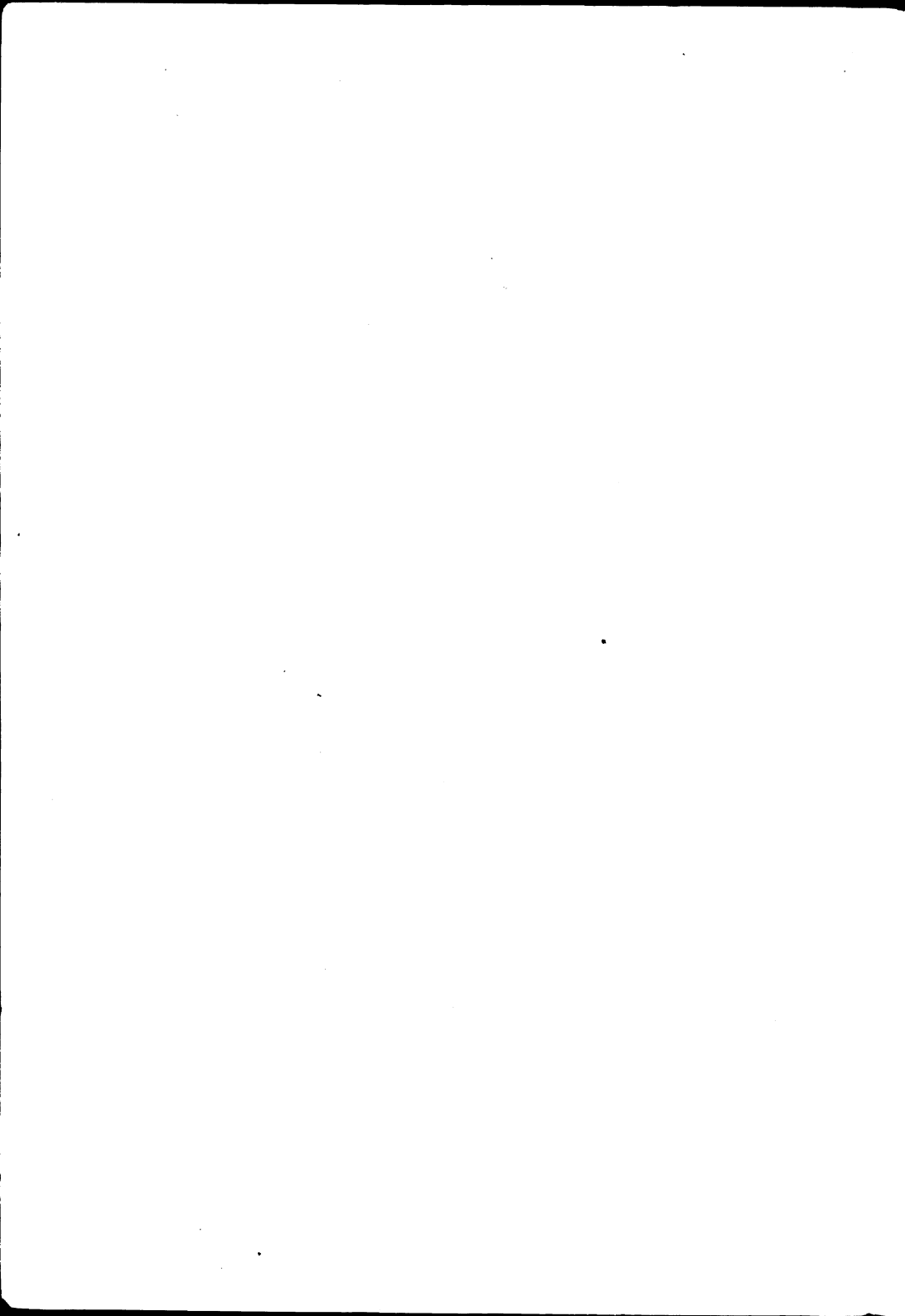
Ex-practicante menor y mayor interno, por concurso de clasificaciones
del Hospital Nacional de Clínicas
1914 - 15 - 16



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA - 1877 BUENOS AIRES

LOS TUMORES PRIMITIVOS ==
== DEL LIGAMENTO ANCHO
EL VARICOCELE PELVIANO



Año 1916

Núm. 3065

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LOS TUMORES PRIMITIVOS
DEL LIGAMENTO ANCHO
EL VARICOCELE PELVIANO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EUSEBIO ALBINA

Ex-ayudante del Laboratorio de Histología de la Facultad
1912 - 13 - 14

Ex-practicante menor interno del Hospital Durand
1913 - 14

Ex-practicante menor y mayor interno, por concurso de clasificaciones
del Hospital Nacional de Clínicas
1914 - 15 - 16



LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"

CASA EDITORA E IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI

1877, CÓRDOBA, 1877 - BUENOS AIRES

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

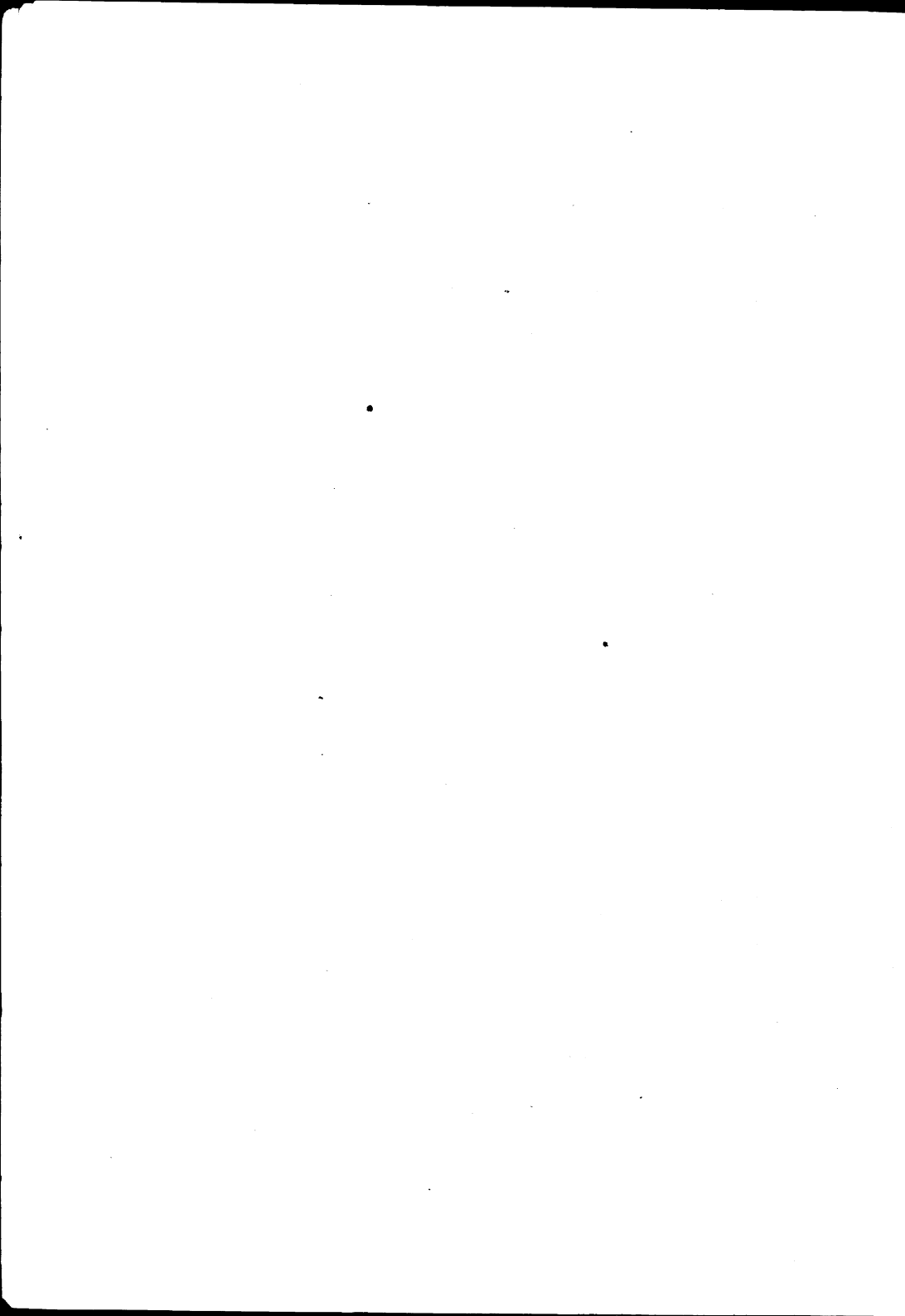
DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

- | | | | |
|-----|---|---|-----------------------|
| 1. | » | » | EUFEMIO UBALLES |
| 2. | » | » | PEDRO N. ARATA |
| 3. | » | » | ROBERTO WERNICKE |
| 4. | » | » | PEDRO LAGLEYZE |
| 5. | » | » | JOSÉ PENNA |
| 6. | » | » | LUIS GÜEMES |
| 7. | » | » | ELISEO CANTÓN |
| 8. | » | » | ANTONIO C. GANDOLFO |
| 9. | » | » | ENRIQUE BAZTERRICA |
| 10. | » | » | DANIEL J. CRANWELL |
| 11. | » | » | HORACIO G. PIÑERO |
| 12. | » | » | JUAN A. BOERI |
| 13. | » | » | ANGEL GALLARDO |
| 14. | » | » | CARLOS MALBRAN |
| 15. | » | » | M. HERRERA VEGAS |
| 16. | » | » | ANGEL M. CENTENO |
| 17. | » | » | FRANCISCO A. SICARDI |
| 18. | » | » | DIÓGENES DECOUD |
| 19. | » | » | BALDOMERO SOMMER |
| 20. | » | » | DESIDERIO F. DAVEL |
| 21. | » | » | GREGORIO ARAOZ ALFARO |
| 22. | » | » | DOMINGO CABRED |
| 23. | » | » | ABEL AYERZA |
| 24. | » | » | EDUARDO OBEJERO |

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» MARCELINO HERRERA VEGAS

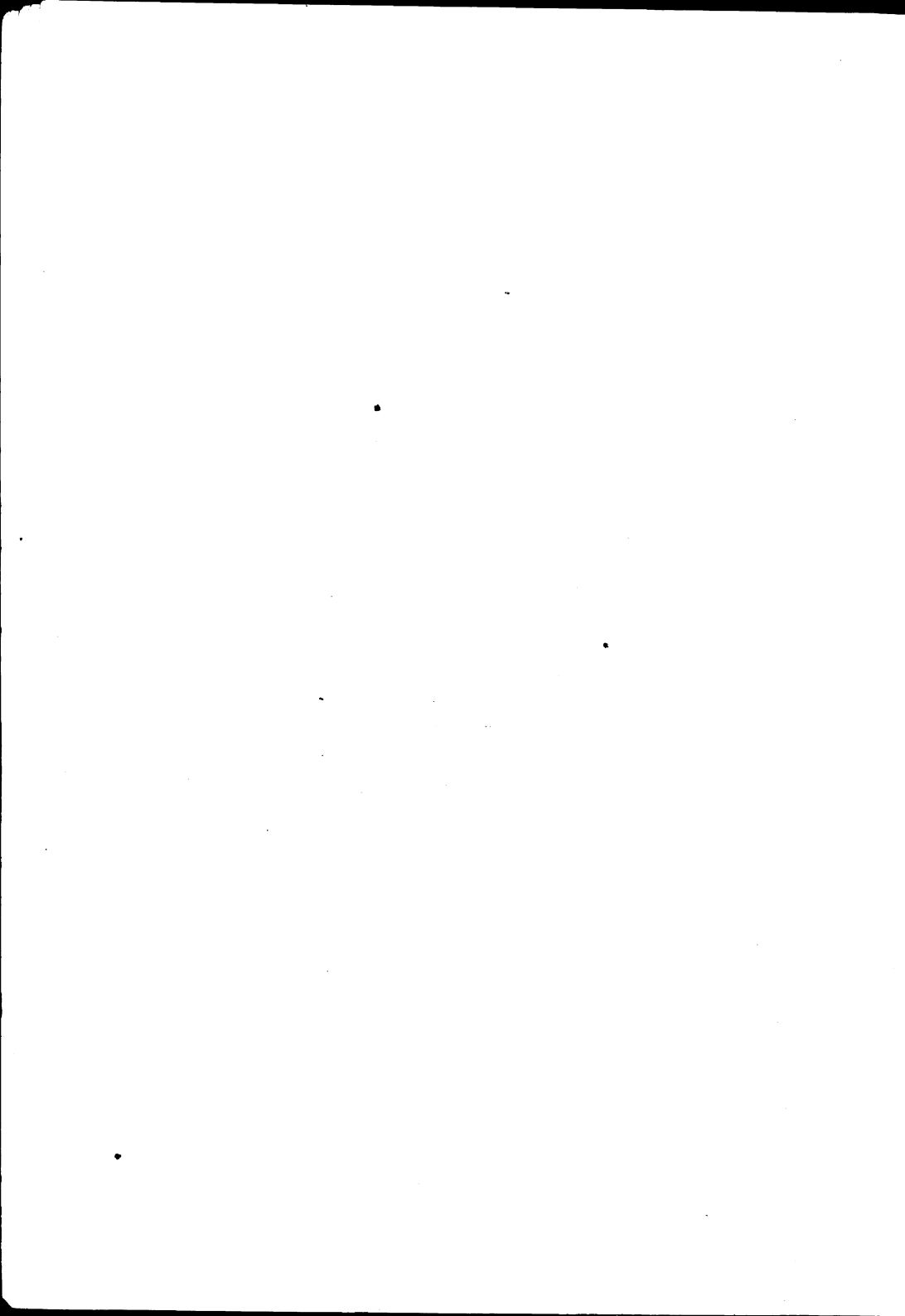


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELEMACHO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONTI
3. » » OLINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO VIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

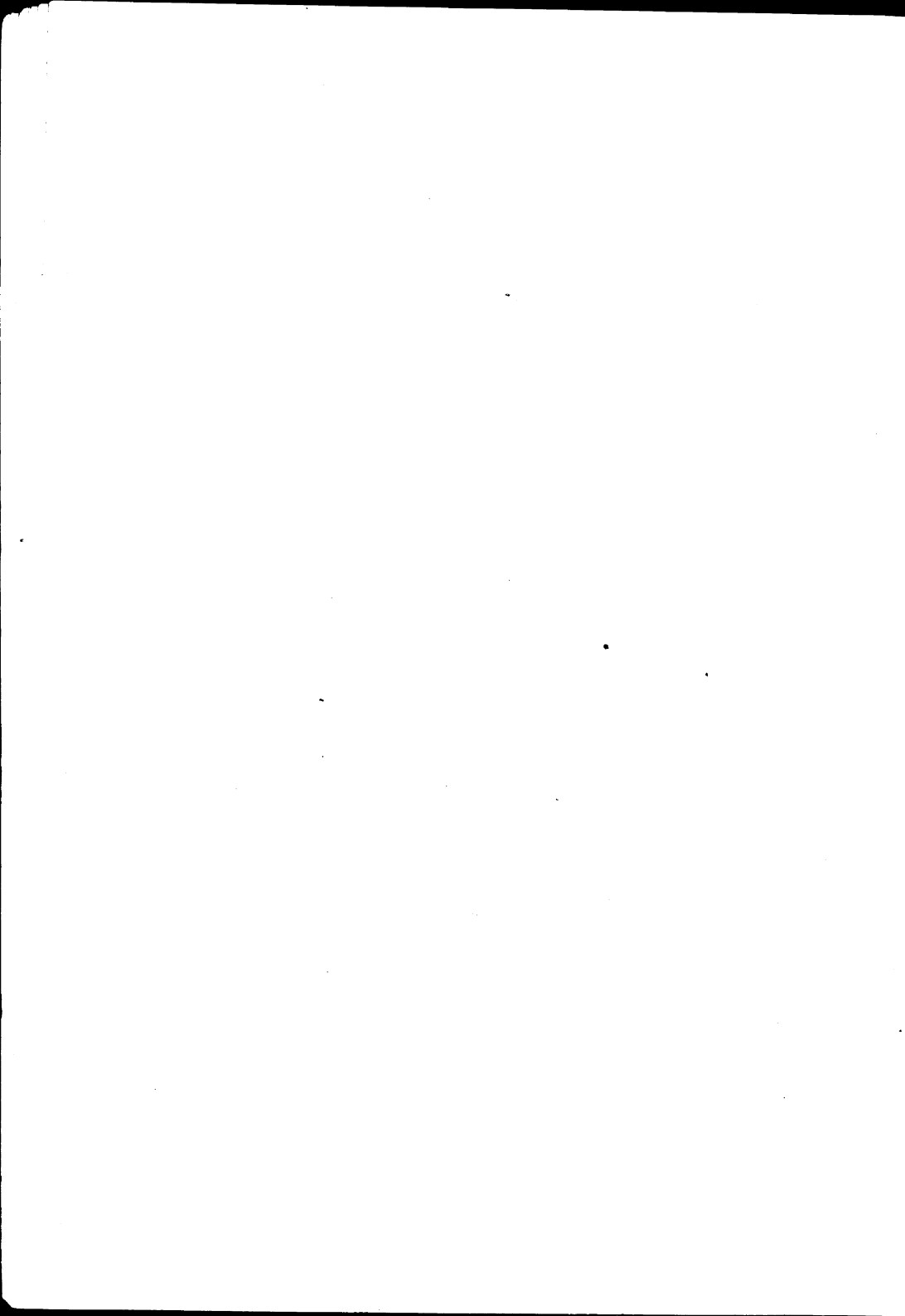
DR. CARLOS MALBRÁN

Consejeros

DR. D. LUIS GÜEMES
• • ENRIQUE BAZTERRICA
• • ENRIQUE ZÁRATE
• • PEDRO LACAVERA
• • ELISEO CANTÓN
• • ANGEL M. CENTENO
• • DOMINGO CABRED
• • MARCIAL V. QUIROGA
• • JOSÉ ARCE
• • ABEL AYERZA
• • EUFEMIO URALLES (con lic.)
• • DANIEL J. CRANWELL
• • CARLOS MALBRÁN
• • JOSÉ F. MOLINARI
• • MIGUEL PUIGGARI
• • ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)

Secretarios

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
• • JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
- » JUVENCIO Z. ARCE
 - » PEDRO N. ARATA
 - » FRANCISCO DE VEYGA
 - » ELISEO CANTON
 - » JUAN A. BOERI
 - » FRANCISCO A. SICARDI

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía descriptiva.....	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Médica.....	» LUIS GUEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Quirúrgica.....	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	" JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	" JUAN JOSE GALLIANO
Bacteriología.....	" JUAN CARLOS DELFINO
	" LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	" JOSÉ BADIA
Clinica Ginecológica.....	" JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Médica.....	" PATRICIO FLEMING
Clinica Dermato-sifilográfica.....	" MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Neurológica.....	{ " JOSÉ R. SEMPRUN
	{ " MARIANO ALURRALDE
Clinica Pediátrica.....	" BENJAMÍN T. SOLARI
Clinica Psiquiátrica.....	{ " ANTONIO F. PIÑERO
	{ " MANUEL A. SANTAS
Clinica Quirúrgica.....	" FRANCISCO LLOBET
Clinica Quirúrgica.....	" MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología interna.....	" RICARDO COLON
Clinica oto-rino-laringológica.....	" ELISEO V. SEGURA
" Psiquiátrica.....	" JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica.....	GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	EUGENIO GALLI
Bacteriología.....	FRANK L. SOLER
Química Biológica.....	BERNARDO HOUSSEY
Higiene Médica.....	RODOLFO RIVAROLA
Semeiología y ejercicios clínicos.....	ALOIS BACHMANN
Anat. Patológica.....	GERMAN ANSCHUTZ
Materia Médica y Terapia.....	BENJAMIN GALARUE
Medicina Operatoria.....	FELIPE JUSTO
Patología externa.....	MANUEL V. CARBONELL
Clinica Dermato-sifilográfica.....	CARLOS BONORINO UDAONDO
» Genito-urinaria.....	ALFREDO VITON
» Epidemiológica.....	JOAQUIN LLAMBIAS
» Oftalmológica.....	ANGEL H. ROFFO
» Oto-rino-laringológica.....	JOSE MORENO
Patología interna.....	ENRIQUE FINOCCHIETTO
Clinica Quirúrgica.....	CARLOS ROBERTSON
» Médica.....	FRANCISCO P. CASTRO
» Pediátrica.....	CASTELFORT LUGONES
» Ginecológica.....	NICOLAS V. GRECO
» Obstétrica.....	PEDRO L. BALIÑA
Medicina legal.....	BERNARDINO MARAINI
	JOAQUIN NIN POSADAS
	FERNANDO R. TORRES
	ENRIQUE B. DEMARIA
	ADOLFO NOCETI
	JUAN DE LA CRUZ CORREA
	MARTIN CASTRO ESCALADA
	PEDRO LABAQUI
	LEONIDAS JORGE FACIO
	PABLO M. BARIARO
	EDUARDO MARIÑO
	JOSE ARCE
	ARMANDO R. MAROTTA
	LUIS A. TAMINI
	MIGUEL SUSSINI
	ROBERTO SOLE
	PEDRO CHUTRO
	JOSE M. JORGE (hijo)
	OSCAR COPELLO
	ADOLFO F. LANDIVAR
	JUAN JOSE VITON
	PABLO J. MORSALINE
	RAFAEL A. BULLRICH
	IGNACIO INAZ
	PEDRO ESCUDERO
	MARIANO R. CASTEX
	PEDRO J. GARCIA
	JOSE DESTEFANO
	JUAN R. GUYENA
	MAMERTO ACUÑA
	GENARO SISTO
	PEDRO DE ELIZALDE
	FERNANDO SCHWEIZER
	JUAN CARLOS NAVARRO
	JAIME SALVADOR
	TORIBIO PICCARDO
	CARLOS R. CIRIO
	OSVALDO L. BOTTARO
	ARTURO ENRIQUEZ
	A. PERALTA RAMOS
	FAUSTINO J. TRONGE
	JUAN B. GONZALEZ
	JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	JUAN A. GABASTOU
	JOAQUIN V. GNECCO
	JAVIER BRANDAN
	ANTONIO PODESTA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía. Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada.....	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas...	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física Farmacéutica.....	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica.....	{ SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas....	„ PASCUAL CORTI
Física farmacéutica.....	„ OSCAR MIALOCK
Química orgánica.....	DR. TOMÁS J. RUMI
Química analítica.....	{ SR. PEDRO J. MESIGOS
Química inorgánica.....	„ LUIS GUGLIALMELLI
	DR. JUAN A. SANCHEZ
	„ ANGEL SABATINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	» LEON PEREYRA
3er. año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos suplentes

DR. ALEJANDRO CABANNE
„ TOMÁS S. VARELA (2º año)
„ JUAN U. CARREA (Protesis)

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.....	Dr. J. C. LLAMES MASSINE
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico	Dr. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clínica obstétrica.....	Dr. FANOR VELARDE
Puericultura.....	Dr. UBALDO FERNANDEZ

Padrino de Tesis:

Dr. CARLOS A. CASTAÑO

Adscripto a la cátedra de Ginecología
Jefe de clínica Ginecológica de la Facultad

A MIS PADRES

... CON TODA EL ALMA

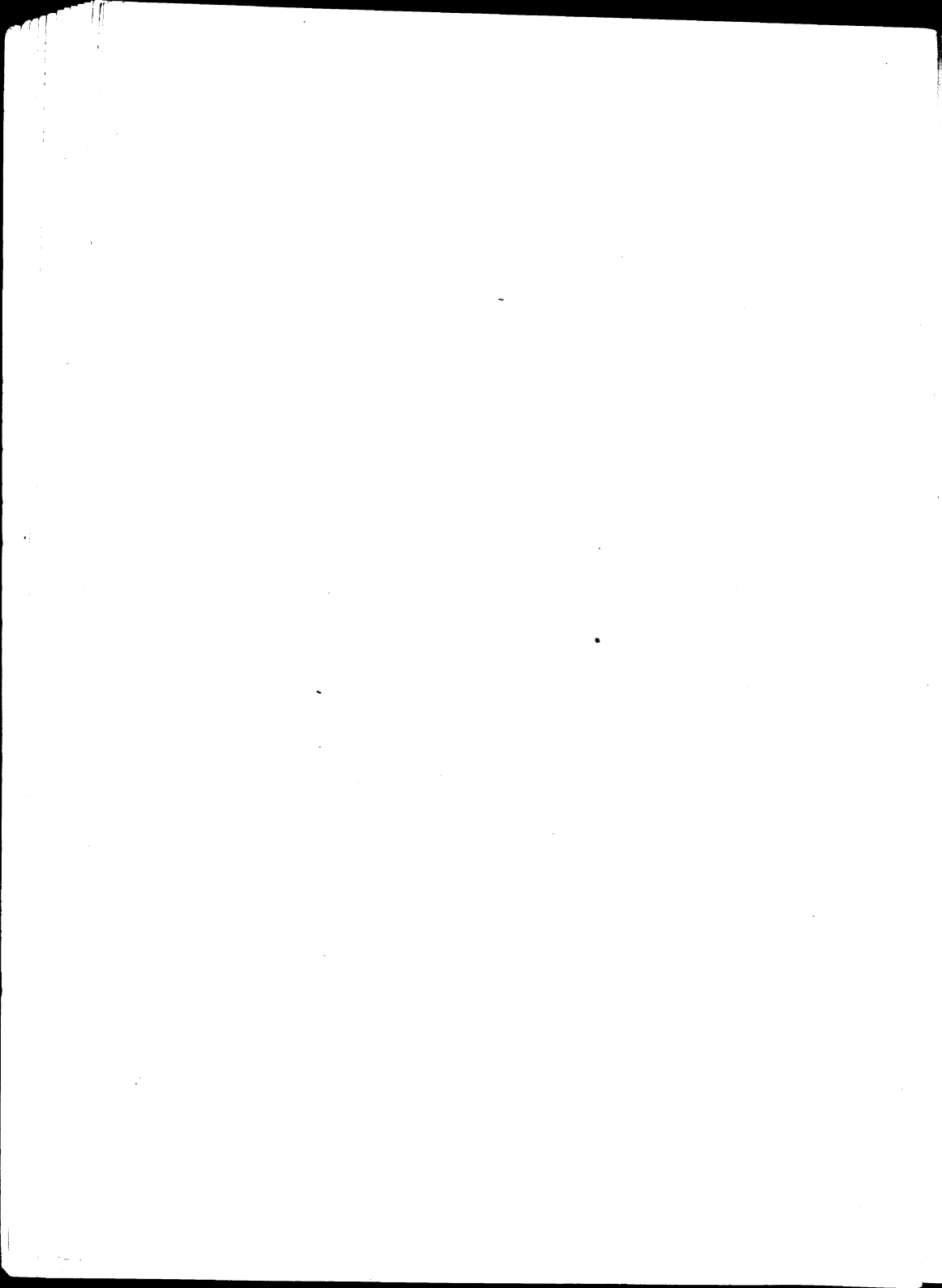
A MIS HERMANOS

A MIS TIOS

A MI NOVIA

AL DOCTOR ENRIQUE BAZTERRICA

RESPECTO Y ADMIRACIÓN

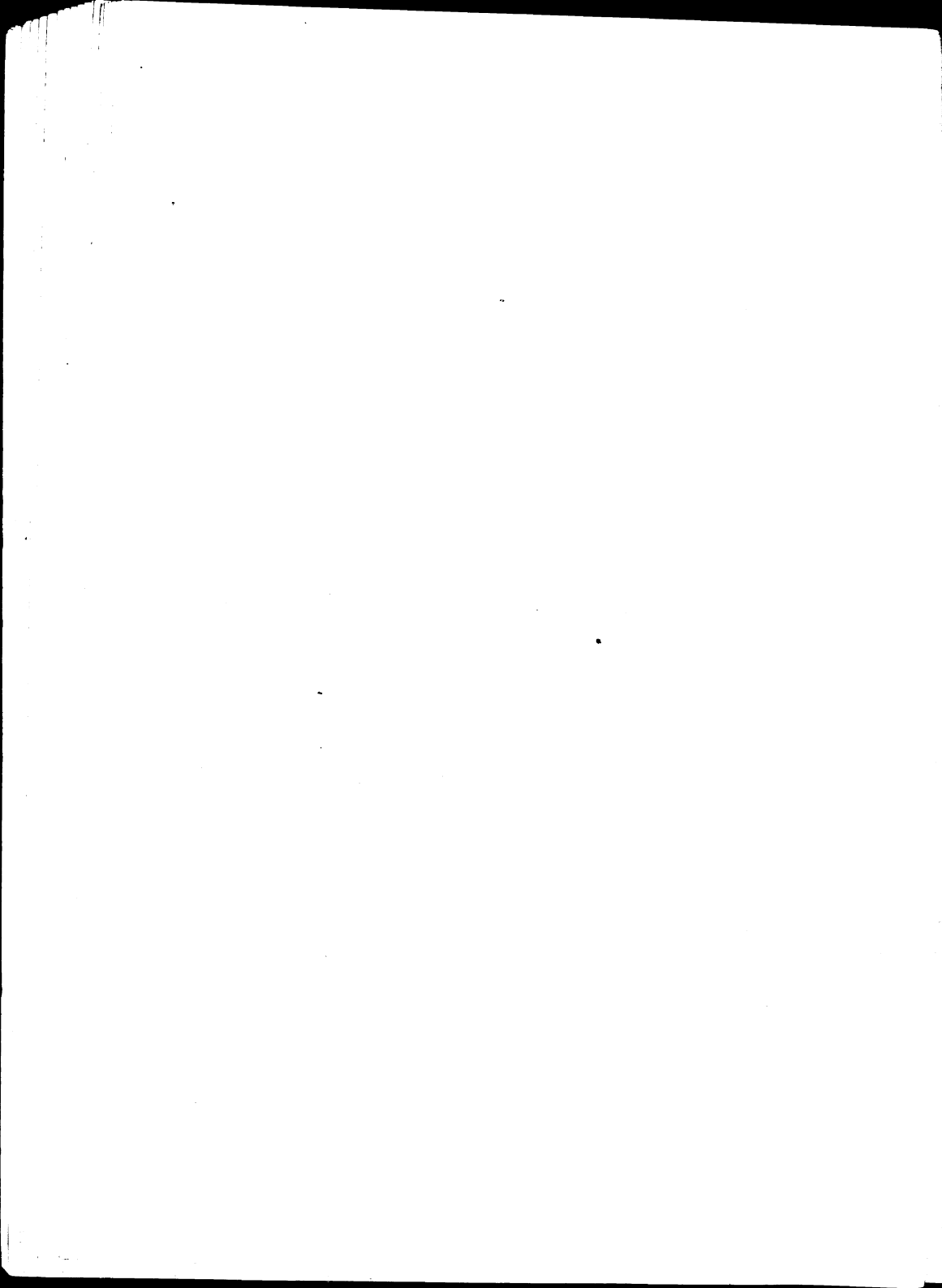


AL DOCTOR MARIANO R. CASTEX

A MIS AMIGOS DE LA SALA X

A MIS COMPAÑEROS DE INTERNADO EN LOS
HOSPITALES DE CLÍNICAS Y DURAND

A MIS AMIGOS



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Con la indecisión y la alegría que se experimenta al comenzar una nueva era en la vida, presento este trabajo que deberá abrimme la barrera de una senda llena de promesas, pero también de incógnitas.

Es de uso en estos renglones, expresar el agradecimiento a quienes nos dispensaron favores en el curso de la vida estudiantil ; yo, en la imposibilidad de reunir sus nombres (son tantos y tan queridos), me limito a repetir lo que oí decir a un distinguido profesor de nuestra Escuela, en su conferencia inaugural : Permitidme que al empezar una vida nueva, estreche en un abrazo a todos aquellos que con sus cariños o sus atenciones, supieron hacerme grata la existencia.

Introducción

Al comenzar este trabajo, pensé en escribir tan solo sobre una afección que en estos últimos años ha venido llamando la atención de los ginecólogos: el varicocele pelviano, pero recorriendo las revistas y tesis nacionales, así como los libros que en nuestro ambiente se han publicado, me llamó la atención la carencia absoluta de toda recopilación sobre las enfermedades de ese segmento del aparato genital femenino que conocemos con la denominación de ligamento ancho.

Animado por un sentimiento demasiado atrevido, planeé mi tesis, que no pretende ser una obra completa, ya que le falta lo esencial, que es la autoridad de un maestro, suscribiendo sus páginas; sino, tan solo un ensayo, en que trataré de resumir las enseñanzas recogidas de mis mentores y lo que dicen las firmas mundiales en ginecología.

No insistiré sobre las afecciones, que como los

flemones, parametritis, etc., están descritas en todos lados y en cuyo estudio consumiría infinidad de páginas sin mayor provecho; en cambio, seré detallista en otras que como el varicocele, por ejemplo, son poco conocidas, y que también como la mayoría de las enfermedades que se dicen nuevas, son tanto más viejas, cuanto mejor se las estudia y se las busca.

Al final expondré en una estadística lo que se ha hecho en materia de ligamento ancho en nuestra sala X del Hospital de Clínicas, bajo la dirección de un hombre que como Bazterrica, llena una era en la historia de la medicina nacional, con una autoridad y un prestigio que difícilmente se podrá igualar y nunca superar.

Ahora, como dijo un autor español, que la comedia está ya hecha..... perdonad sus muchas faltas

CAPITULO I

Anatomía—Histología—Fisiología

Al llegar a los bordes laterales del útero, las hojas peritoneales que tapizan sus caras: anterior y posterior, se adosan extendiéndose en seguida, a manera de un tabique transversal, desde la matriz, hasta las paredes derecha e izquierda de la pelvis. Así quedan constituídas dos láminas cuadriláteras, que contribuyen a sostener el útero y sirven de vector a órganos importantes, aferentes o eferentes de las diversas partes del aparato génito-urinario. La anatomía les designa con el nombre de ligamentos anchos o alas del útero.

Conviene estudiar el ligamento ancho en sí, y en su contenido, dejando para más adelante su constitución histológica y su fisiología.

Del punto de vista de su dirección, conviene

examinarlo como hacen Testut y Jacob en dos cortes : uno horizontal y otro vertical. El primero nos lo muestra en forma de tabique dispuesto en sentido frontal en su parte yuxta-uterina y casi sagital en su porción más externa, pelviana ; describiendo en conjunto y cuando el útero se halla en ligera ante-versión, una curva a concavidad posterior ; afectando naturalmente la forma contraria cuando la matriz está en retroversión.

El corte sagital lo muestra poseyendo igual orientación que la matriz : oblicuo hacia atrás y abajo si ella se halla en anteversión ; oblicuo hacia adelante y abajo si está en retroversión.

En conjunto, se dirige en el sentido de la altura : de arriba abajo y de adelante atrás como el útero mismo ; y algo de dentro afuera y de delante atrás, en el sentido de la anchura ; dividiendo junto con la matriz, en dos cavidades a la pequeña pelvis ; una anterior o pre-uterina ocupada por la vejiga y otra posterior o retro-uterina ocupada por el recto.

FORMA Y RELACIONES — El ligamento ancho ofrece para su estudio dos caras y cuatro bordes.

Cara anterior — Esta cara se halla en contacto con las asas del intestino delgado que la se-

paran de la vejiga, con la que se pone en relación directa en su porción más interna. Presenta un relieve formado por el ligamento redondo y que constituye el alerón anterior del ligamento ancho.

Cara posterior — Se pone en contacto con el recto; también está levantada yendo de dentro afuera, por el ligamento útero-ovárico, el pedículo del ovario (ya que este órgano es extra-peritoneal), y el ligamento tubo-ovárico. En conjunto forman el alerón posterior.

Borde superior — Aquí el peritoneo envuelve la trompa, excepto su pabellón, del que no tapiza sino la cara externa, y luego se adosa a sí mismo, formando una hoja de forma triangular, con base externa, libre, que va de la trompa al ovario y sus ligamentos; y vértice interno que corresponde al cuerno uterino. Esta porción del ligamento cuya altura se extiende de la trompa al ovario y sus ligamentos y va creciendo gradualmente de dentro afuera se llama meso-salpinx; el reborde que forma la trompa es el alerón superior. Sumamente delgado, el meso-salpinx, permite a la trompa caer en el retro-cavum y rapizar así el ovario con su pabellón.

Borde inferior — Corresponde al piso pelviano, y corren por su espesor, el ureter y la porción horizontal de la arteria uterina.

Borde interno — Encierra en su espesor, tejido celular por donde corren las ramas de la uterina y venas que la acompañan.

Borde externo — En su porción superior es libre, corresponde a la base del meso-salpinx; en su porción inferior se relaciona con el músculo obturador interno y su aponeurosis y por intermedio de estos órganos con la pared interna de la pelvis menor.

A partir del punto en que de fijo se hace flotante, el ligamento ancho se prolonga hacia la fosa ilíaca, formando lo que se llama *ligamento ilio o lumbo-ovárico* que cruza los vasos ilíacos y el psoas y que encierra en su espesor, entreveradas, a algunas fibras musculares lisas, los vasos ováricos.

En conjunto vemos que las hojas serosas que constituyen el ligamento ancho se reúnen entre sí, por arriba para envolver la trompa, por adentro, se expanden sobre las caras del útero, por abajo, se reflejan: la anterior sobre la vejiga y la posterior sobre el recto, descendiendo la última a un nivel inferior, ya que debe tapizar la vagina, mien-

tras la primera se detiene en la unión del cuello y el cuerpo uterino ; y finalmente, por fuera se abren para forrar la excavación.

Contenido del ligamento ancho — Entre sus dos hojas, el ligamento ancho encierra una serie de órganos de suma importancia, aparte de los que forman los alerones ya descritos.

En la parte superior o mesosalpinx (verdadero ligamento ancho para algunos), aparte de los vasos que describiré más tarde, encontramos restos embrionarios, que tienen importancia grande en patología. Son estos restos el cuerpo de Rosenmüller y el paraovario ; vestigios de lo que antes fué el cuerpo de Wolff.

El cuerpo de Wolff persiste y se desarrolla en el macho, dando origen a canales flexuosos que forman luego los canales del epidídimo ; mientras el canal principal forma el conducto deferente, las vesículas seminales y el canal eyaculador.

En la mujer, el cuerpo de Wolff se atrofia, no quedando sino los vestigios de los canales flexuosos ; el canal principal desaparece enteramente, excepto en algunos animales y excepcionalmente en la mujer, formando el conducto de Gartner, origen de ciertos quistes vaginales.

Esos canales flexuosos persistentes, son los que

forman el paraovario y el cuerpo de Rosenmüller. Este aparece cuando se mira al trasluz el mesosalpinx, colocado entre la trompa y el ovario; bajo la forma de conductillos tortuosos, en número de 15 o 20; que ciegos en la extremidad inferior, van a desembocar por su extremidad superior en un conducto colector: el *conducto del epoóforo*, que a su vez se halla cerrado en fondo de saco en sus extremos interno y externo. El conjunto afecta, según la comparación clásica, la forma de un peine.

El cuerpo de Rosenmüller sigue creciendo hasta la menopausa en que se atrofia progresivamente. Sus tubos están formados por una túnica fibrosa y un epitelio cilíndrico vibrátil; en el interior encierran un líquido citrino, claro.

El *paraovario* aparece en forma de pequeñas masas amarillentas, colocadas por dentro del cuerpo de Rosenmüller; es constante en el feto; Tourneux dice que desaparece en el adulto.

En la parte inferior del ligamento ancho las hojas serosas se van separando para formar lo que se llama *parametrio*: espacio célula-adiposo en que se encuentran contenidos el ureter, la uterina, los plexos venosos, fibras musculares lisas provenientes del útero, de los ligamentos redondos y útero-sacros (Rouget), nervios y linfáticos.

El tejido del parametrio se continúa directa-

mente con el que envuelve la vejiga y el recto, con el que tapiza la fosa ilíaca interna y la fosa lumbar, con el de la región glútea por intermedio de la escotadura ciática mayor ; comunicaciones que luego nos explicarán como se propagan los procesos supurados del ligamento ancho y porqué sus vías tan distintas de emigración.

VASOS Y NERVIOS — *Arterias* : Son en número de tres : la uterina, la ovárica y la arteria del ligamento redondo.

La arteria uterina, con mucho la más importante, nace de la hipogástrica o ilíaca interna ; en la foseta ovárica, sola o en un tronco común con la umbilical. Surca la base del ligamento ancho y al llegar a la vecindad de la inserción vaginal en el cuello del útero se acoda formando un cayado, para remontar en numerosas sinuosidades los bordes laterales de la matriz y terminar por dos ramas : la *tubaria interna*, que surca el borde inferior de la trompa y se une a la *tubaria media*, y la *rama anastomótica*, que termina uniéndose por inosculación con la parte final de la ovárica.

Ramas colaterales — En el momento de formar su codó la uterina da ramas colaterales que van a irrigar la cara inferior de la vejiga y la por-

ción superior de la vagina : son las *arterias vésico-vaginales* que se anastomosan con las ramificaciones de las vésicales y vaginales, ramas de la hipogástrica, formando así círculos arteriales capaces de restablecer la circulación en el territorio de la uterina, cuando ésta es ligada cerca de su origen. De allí el consejo que da Fredet, de ligar las uterinas en su cayado y no en su origen, cuando se quiere anemiar el útero ; de ese modo se comprende en la ligadura el origen de las vésico-vaginales.

En su porción ascendente la uterina da infinidad de ramas flexuosas que se dirigen al útero y desaparecen en su interior subdividiéndose para nutrir el órgano. Estas ramas son de un volumen insignificante en la línea media del útero, lo que hace factible casi sin sangre la histerectomía por hemisección de Faure, la histerectomía vaginal de Doyen o la de Müller-Quenu. Sin embargo, a nivel de la unión del cuerpo con el cuello del útero hay un círculo arterial más voluminoso, no constante, formado por la unión de las ramas anterior y posterior del lado derecho con las del lado izquierdo : es el *anillo de Huguier*, que, por otra parte, no tiene mayor importancia.

Relaciones — Las relaciones de la uterina son sumamente importantes, del punto de vista de su

ligadura o sus conexiones con el ureter, órgano que siempre hay que tener presente en toda intervención sobre ligamento ancho, especialmente en caso de grandes tumores.

En su nacimiento, corre con la umbilical por el suelo de la foseta ovárica, revestida por el peritoneo parietal y cubierta por el ovario. La relación de vecindad, con la umbilical hace necesario, ligar las dos arterias que se hallan en la foseta ovárica, para tener la seguridad absoluta de haber ocluido la uterina (Hartmann y Fredet).

En esa región está colocada a 3 centímetros debajo del estrecho superior, pasa por debajo del ureter para colocársele en seguida por delante y acompañarlo en su viaje a través del ligamento ancho. En este segmento, la uterina corre por la base del ligamento, aplicada contra la hoja posterior; el ureter va un poco por debajo y por detrás.

Al llegar al codo ambos órganos se separan: el ureter ha de seguir descendiendo en reclamo de la vejiga, mientras la arteria debe ascender para formar su segmento vertical. Dista en ese instante 15 o 20 milímetros de la porción de cuello que corresponde al orificio interno del útero; 10 o 15 milímetros del fondo de saco lateral de la vagina; el ureter pasa por detrás de ella; el conjunto se halla englobado por el tejido celular del parametrio,

Arteria ovárica — La arteria ovárica o útero-ovárica nace de la aorta abdominal, aborda el ligamento ancho en su borde externo y se dirige hacia el ovario, determinando la formación de un repliegue peritoneal, que es el *ligamento lumbo-ovárico*, órgano seroso donde se hallan incluídas fibras musculares lisas y haces conectivos que forman un verdadero gubernáculo del ovario.

La arteria ovárica corre entre la trompa que está por encima y por delante, y el borde adherente o hilio del ovario. En ocasiones se divide en dos ramas, que luego se reunen, formando así un ojal, de donde salen ramúsculos para el ovario y la trompa.

Las ramas colaterales de la ovárica en este punto, están formadas por la o las *tubarias externas*, que se dirigen al pabellón de la trompa, después de haber dado algunos filetes vasculares al ovario, corren por el borde adherente de la trompa y forman una arcada para unirse por inosculación a otra colateral : la *tubaria media*.

La *tubaria media* importantísima, no por su volumen, sino por la poca atención que se le presta, y que puede dar lugar a hemorragias formidables si no se le liga en el curso de la ooforosalingectomía o salpingectomía sencilla ; forma a su vez arcos arteriales de donde salen ramitos tubarios, y

se reune a la *tubaria interna* que nace casi siempre de la uterina, de quien constituye rama terminal.

Aparte de los tubarios, la útero-ovárica da infinidad de ramúsculos que abordan directamente el ovario a manera de arterias helicinas para ir a nutrir los folículos de Graaf.

Arteria del ligamento redondo — La arteria del ligamento redondo nace de la epigástrica en el punto en que el ligamento cruza la arteria. Remonta por él y se anastomosa con otra arteriola descendente, rama de la uterina.

VENAS — Las innumerables venas que surcan el espesor del ligamento ancho forman plexos casi inextricables, en que solo la habilidad y talento de un anatomista como Farabeuf, han podido hacer algo de luz. En su obra sobre «*Les vaisseaux sanguins des organes génito-urinaires*», hemos hallado la mejor descripción de conjunto, por lo cual nos proponemos seguirla casi al pie de la letra.

Los plexos del ligamento ancho desaguan principalmente por tres vías: las *venas del ligamento redondo*, poco importantes que se abocan a la epigástrica y la femoral; las *venas uterinas* que terminan en la hipogástrica, y las *venas útero-ováricas*

que mueren en la cava inferior a la derecha y la renal a la izquierda.

Estas ramas principales y las fuentes que le dan origen, tienen mucha importancia en el estudio del *varicocele pelviano* y su tratamiento, por lo cual las estudiaremos con detalle.

Venas uterinas — Toman su origen en las redes capilares de las tunicas serosa, muscular y mucosa, de donde convergen a la túnica muscular media, para formar los *senos uterinos*, canales reducidos a su cubierta endotelial y enormemente desarrollados durante el embarazo. Sabido es en ese período, el rol nutricional que desempeñan; y después del alumbramiento, el papel que juegan las fibras lisas obliterándolos y haciendo lo que Pinard llama ligaduras vivas; así como las consecuencias, hasta mortales, que puede traer la inercia muscular, dejando abiertas enormes bocas por donde fluye la sangre a torrentes.

Desde esa capa media las venas se dirigen hacia los bordes del útero para formar los *plexos venosos para-uterinos*, situados entre ambas hojas del ligamento ancho, a derecha e izquierda; y que a su vez se resumen en tres colectores sinuosos semiplexiformes: a) las *venas uterinas propiamente dichas*, subdivididas en dos planos: uno *posterior*,

enorme, que va por detrás del ureter, y otro *anterior*, satélite de la arteria uterina y que corre por delante del ureter, desembocando todo el grupo en la hipogástrica ; *b*) las ramas que se dirigen al encuentro de las venas ováricas y salpingeas, para constituir el *plexo útero-ovárico* o *pampiniforme* ; *c*) las *venas del ligamento redondo* que como dijimos terminan en la femoral y la epigástrica.

Venas útero-ováricas — Las venas útero-ováricas son el desagüe del plexo pampiniforme. Este plexo es una enorme encrucijada sanguínea, formada por la convergencia de *venas uterinas, tubarias y ováricas* que traen la sangre de retorno de los órganos respectivos en esta forma : las uterinas del ligamento redondo y de la mitad interna de la trompa ; las tubarias, de las franjas y pabellón (territorio de la arteria tubaria externa) y las ováricas que provienen del bulbo ovárico y parte del útero.

El plexo pampiniforme a su vez parece estar dispuesto en dos planos : uno anterior o *útero-salpingeo* y otro posterior o *útero-ovárico*, cuyas ramas que van poco a poco disminuyendo en número y aumentando en calibre, terminan por resumirse en una vena única : la *útero-ovárica* que se arroja a la derecha en la cava inferior y a la izquierda, en la renal.

CONEXIONES VENOSAS — Este formidable aparato venoso del ligamento ancho, se halla unido aún por anastómosis a los órganos vecinos. Así tenemos, las *venas útero-vaginales* en número de dos : una anterior que corre con la arteria de igual nombre y otra posterior, más voluminosa, que está separada de su compañera por el ureter. Estas venas traen la sangre de la parte inferior del cuerpo y del cuello del útero, de la parte superior de la vagina y del bajo fondo vesical. En su nacimiento también se hallan en dos planos : anterior y posterior. Los troncos colectores se anastomosan entre sí y mueren en las uterinas.

Las venas *vaginales inferiores*, satélites de la arteria de igual nombre, nacen también en capilares dispuestos en dos planos : prevaginales y uretro-vesicales ; y retro-vaginales y hemorroidarias. Pueden permanecer dobles o unirse en un solo tronco de cada lado de la línea media, reciben una vena vesical inferior y finalmente terminan : en una de las útero-vaginales, en una vena visceral o parietal cualquiera, o bien directamente en la ilíaca interna.

PEDICULOS VASCULARES DEL LIGAMENTO ANCHO — Si ahora, echamos una ojeada de conjunto sobre la circulación, tan rica, del ligamento an-

cho, fácilmente nos daremos cuenta que de cada lado podremos resumirla en tres pedículos arterio-venosos : uno que corresponde a la arteria útero-ovárica y situado en el ligamento ilio-ovárico ; otro, que está situado en el ligamento redondo, y un tercero en la base del ligamento ancho, o los bordes del útero, constituido por la uterina.

Este dato tiene considerable importancia en lo que se refiere a la hemostasia, en el curso de una histerectomía o ligadura atrofiante ; sea que se vaya de un lado al otro como en el método americano ; sea que se ejecute metódicamente en cada costado como en el Caruso o Bazterrica. En cualquier forma será necesario ligar pedículo por pedículo para asegurar la isquemia o impedir las hemorragias secundarias.

Pero también las venas pueden pediculizarse en un sistema especial : así ligando la hipogástrica y la útero-ovárica se suprime la circulación de retorno, aunque de un modo incompleto, pues quedan vías colaterales por las hemorroidarias, las vesicales, etc., pequeñas anatómicamente si se quiere, pero bastante grandes para dejar pasar los gérmenes, y ello explica el poco éxito que aún en manos de Freund, Trendelenburg y Bumm, ha tenido su ligadura, como tratamiento curativo o preventivo de la piohemia puerperal.

ESTRUCTURA ANATOMICA DE LAS VENAS—Este parágrafo interesante, especialmente en lo que se refiere a válvulas, etc., lo trataremos al hablar del varicocele pelviano.

NERVIOS — Los nervios del ligamento ancho están destinados al útero, trompa y ovario; provienen del simpático y del tercero y cuarto par sacro. Acompañan a los vasos en su mayoría; formando los plexos uterinos y útero-ováricos; otros discurren independientemente de los vasos y forman en la región lateral del cuello uterino y la parte superior de la vagina, el ganglio o plexo de Frackenhausser, de donde parten filetes destinados al útero, trompa, vagina y recto.

Estos filetes nerviosos simpáticos se originan en los plexos lumbo-aórtico y renal, y por su intermedio en el plexo solar; quien inerva las vísceras abdominales, lo que explica la repercusión de una afección útero-anexial sobre el riñón, estómago, intestino, etc. (Testut y Jacob); y da un fundamento anatómico a la forma clínica que con el nombre de *falsas uterinas* han creado Robin y Dalché, enfermas en que los padecimientos viscerales repercuten sobre el sistema genital, o recíprocamente, las enfermedades genitales sobre el conjunto somático del organismo

LINFATICOS — El sistema linfático del ligamento ancho, pertenece casi en totalidad a los órganos vecinos ; en el sentido de que él, no es más que simple vector de canalículos blancos, que nacidos en la trompa, el ovario y el útero convergerán luego a los ganglios circunvecinos.

Su importancia es capital, pues constituyen la vía común de la infección para-uterina y peri-uterina, y el punto de partida de los flemones y de los abscesos pelvianos, noción hoy adquirida por los trabajos de Siredey y Championnière, contrariando las ideas de Guérin, el que atribuyó la iniciación a adeno-flemones del ganglio obturador ; cometiendo así el error de generalizar un hecho particular observado.

La inoculación del estreptococo, del estafilococo, a nivel de la herida inmensa que presenta la superficie interna del útero después del parto, de un raspado, etc., rara vez la embolia séptica arterial o el acarreo venoso, determina un proceso de linfangitis que en seguida se propaga al tejido celular ambiente, dando lugar a los procesos mórbidos de que hicimos mención : es decir : los *flemones del ligamento ancho* propiamente dicho o los *flemones de la vaina hipogástrica*, cuando queda localizado el proceso ; y la *celulitis pelviana*, cuando se propaga a través de las múltiples comunica-

ciones que la base del ligamento ancho tiene con los espacios celulares vecinos.

En los casos en que la infección se propaga directamente por vía linfática, como lo hace el estreptococo; o mucosa, como lo prefiere el gonococo, al peritoneo peri-uterino y pelviano; sin hacer, por decirlo así, escala en el tejido celular ambiente o en los anexos, el proceso corresponde a la forma clásica, pura, de *pelvipерitonitis*.

Hechas estas consideraciones, volvamos a nuestro tema anatómico. Los orígenes de los linfáticos del ligamento ancho se hallan: 1º en la trompa, de donde nacen, al parecer, en las tres capas: mucosa, muscular y serosa, para descender por el meso-salpinx y unirse a los grupos siguientes; 2º en el ovario, en las paredes de los folículos de Graaf, alrededor de los cuales forman una red completa, salvo en el punto del folículo, que se romperá para dejar escapar el óvulo. También son abundantes alrededor del cuerpo amarillo. De allí, los troncos linfáticos, corren hacia la porción medular y luego al hilio del ovario, reuniéndose en cinco o seis colectores voluminosos; 3º del útero. En el útero, los linfáticos se originan también en las tres capas, los de la túnica mucosa, abundantísimos, forman una verdadera red, que abarca el cuello y cuerpo, trans-

curriendo por el corión y al parecer (Leopold, de Sinéty) formando vainas linfáticas a los vasos. Este plexo, es más abundante en la porción cervical de la matriz; lo que unido a la mayor frecuencia, de las infecciones, aquí; que a nivel del cuerpo, explica porqué es más común el flemón de la vaina hipogástrica (territorio del cuello) que el flemón del ligamento ancho (territorio del cuerpo).

Los linfáticos de la túnica muscular forman tres planos, según Froupe; los de la capa serosa se extienden inmediatamente debajo del endotelio, poseyendo, según afirma Mierzejewski, estomas que se abren en la superficie del peritoneo.

Todos estos orígenes uterinos se dirigen a la superficie externa de la matriz y forman allí otra red: la red subserosa para finalmente llegar a grupos eferentes cuya terminación veremos; 4º del ligamento redondo.

Los linfáticos así originados, surcan el ligamento ancho en tres grupos. El *grupo superior* está formado por los linfáticos del cuerpo del útero; que siguen el trayecto de los vasos útero-ováricos; los que vienen del ovario a yuxtaponérseles, pero sin anastomosarse; y los de la trompa. Según Poirier, a nivel de la 5ª lumbar todos se unen, en troncos comunes, para derramarse en los ganglios lumb-

res, a nivel del polo renal inferior ; Bruhns niega esas anastomosis y cree en la independencia de los linfáticos uterinos y ováricos.

Los linfáticos del *grupo mediano* o del ligamento redondo, siguen a las venas de ese nombre y terminan en los ganglios ilíacos externos, o bien en los del pliegue de la ingle, después de recorrer el conducto inguinal.

Finalmente, los linfáticos del *grupo inferior*, proceden de la red que envuelve el cuello. En número de 3 o 4 se unen al paquete de los vasos uterinos y al llegar a la pared lateral interna de la pelvis, desaguan en un cúmulo ganglionar, situado en la bifurcación de la arteria ilíaca primitiva. Esos troncos blancos, terminan en un ganglio no constante, situado a nivel de la entrada del orificio subpúbico ; otros terminan en un ganglio yuxtacervical, descrito por Championnière, negado o no hallado por Poirier y Sappey, y colocado al lado y por detrás del cuello, un poco por encima del fondo de saco lateral de la vagina, en el punto en que los linfáticos cruzan el ureter. Los hay también que surcan las caras laterales del recto, para morir en los ganglios sacros laterales y también en los más elevados e internos del grupo ilíaco primitivo.

FISIOLOGIA — Ya, por las páginas anteriores, nos hemos dado cuenta del papel importantísimo que como puente de pasaje, tiene el ligamento ancho, conduciendo en su espesor : las arterias ovárica y uterina, los plexos venosos, el ureter, los nervios, los linfáticos y restos embrionarios : cuerpo de Rosenmüller, etc. Veamos ahora, brevemente, su función como órgano de sostén, y factor de importancia en la estática pelviana.

Hay un primer punto a considerar, y es la posición que normalmente guarda el útero para así poder darse cuenta del rol que gozan en el mantenimiento o alteración de esa actitud los ligamentos uterinos.

El útero normal presenta un ligero grado de anteflexión, cuyo ángulo se calcula de 150° a 170° ; en ésto se hallan de acuerdo todos los autores, pero donde las discusiones comienzan es cuando se trata de apreciar qué situación tiene el órgano gestatorio con relación a la excavación.

Testut ha estudiado minuciosamente el punto y dice que las opiniones tan distintas emitidas obedecen a que el útero no tiene una posición fija, inmutable, sino que varía de actitud, solicitado por desplazamiento que le imprimen órganos vecinos : la vejiga que al llenarse le empuja hacia atrás, dejándolo venir luego adelante cuando se vacía ; el

recto que lo propulsa hacia el plano anterior, cuando se acumulan las heces en la ampolla, y las asas de intestino delgado que, o bien vascularan el útero apoyando sobre su polo superior, o bien lo llevan adelante o atrás al insinuarse en el fondo de saco recto-uterino o vésico-uterino, respectivamente.

Por otra parte, la laxitud del aparato ligamentoso que debiera mantenerlo en su lugar es muy grande. Los ligamentos anchos podrán impedir sus movimientos laterales, pero no los ántero-posteriores, como tampoco podrán hacerlo los ligamentos redondos, demasiado flácidos para ello.

Esto explica que, según la actitud en que lo han sorprendido, Schultze diga con His y Waldeyer, que el útero está casi acostado sobre la vejiga, es decir, en el plano horizontal, Sappey y Kölliker opinen que el eje uterino se confunde con el de la excavación, Luchska y Claudius defiendan la retroversión fisiológica y finalmente Tchaussow, para contentar a todos, diga que en las nulíparas el útero cae hacia adelante y hacia atrás en las multíparas.

Testut, buscando poner orden en ese caos, después de indicar los factores de movilidad supra-dichos, cree poder concluir que el útero en la posición de pie, teniendo el sujeto moderadamente llena la vejiga y el recto, con la masa intestinal

sin ejercer mayor presión, adopta un eje, que se confunde con el eje de la excavación pélvica.

Entonces, ¿qué influencia tienen los ligamentos anchos en el mantenimiento de esa posición? Pichevin en su artículo del Tratado de cirugía de Le Dentu y Delbet, dice que en la estática uterina normal, intervienen: un aparato de sostenimiento formado por el periné, un aparato suspensor o ligamentario, adherencias celulosas, y los vasos, que atraviesan los ligamentos en viaje de ida o vuelta de la matriz.

A propósito del papel de los ligamentos, en el mantenimiento de la estática, hay un autor: Richet, que ya de antiguo, en 1856, hizo ingeniosos experimentos que no han sido modificados, en su ejecución ni en sus conclusiones.

En un cadáver cuyos ligamentos estén intactos, se trata de bajar el útero tirando del cuello mediante las pinzas de Museux. Entonces se ve el piso pelviano descender en masa y muy pronto los ligamentos útero-sacros, ponerse tensos, resistiendo con energía la tracción. Si se insiste, son a su turno los ligamentos anchos, los que se oponen y finalmente, el peritoneo pelviano. Soltando el útero, vuelve a su lugar como impelido por un resorte.

Seccionando los ligamentos anchos, vemos que el útero puede flexionarse en todos sentidos sobre

el cuello, el que queda relativamente fijo, por las inserciones de los ligamentos útero-sacros, vesicales, etcétera. En cambio, los ligamentos redondos y útero-sacros, no tienen ningún rol en la producción de esas flexiones. Dejando los ligamentos anchos intactos, las inflexiones laterales no son posibles.

Resumiendo : los ligamentos anchos se oponen al descenso del útero en grado no muy acentuado ; tienen una acción efficacísima, para impedir las látero-posiciones, versiones o flexiones ; y parece que por las fibras musculares lisas y los vasos que contiene, y más que nada, por la colaboración de los ligamentos redondos, tiende a dirigir y reponer el útero en su posición normal, es decir, en el eje de la excavación.

Esto sucede mientras el ligamento ancho, conserva su estado normal, su tonicidad. Pero cuando ha sido cansado y distendido por numerosos embarazos, cuando ha sido trabajado por las inflamaciones repetidas, por las congestiones o invadido por esa relajación general de las vísceras y ligamentos, que constituye la enfermedad de Glénard, entonces cede, y no es más que una tela inerte, que permite al útero bailar en la excavación, esconderse en el Douglas conforme es común observar.

Tampoco el ligamento ancho, aún normal, es capaz de oponerse al movimiento de ascenso del

útero ; lo cual es de utilidad suma en cirugía, porque deja así, que el hysterolabo, o el tirabuzón de Ségond, exteriorice casi la matriz, facilitando de tal modo las ligaduras, etc.

CAPITULO II

Patología y clasificación

Nada más difícil que establecer clasificaciones o divisiones en la patología del ligamento ancho, debido sencillamente a la diversidad de procesos que pueden desarrollarse en él, o propagarse desde órganos vecinos. Pero ni aún adoptando este modo de ver, zanjaríamos la cuestión, porque tanto en las afecciones primitivas como secundarias, tenemos tumores e inflamaciones, colecciones líquidas y neoformaciones sólidas, dando cada uno su sintomatología propia, y adquiriendo vuelos enteramente distintos en la terapéutica y el pronóstico.

Las mismas dificultades se oponen a una clasificación basada en el concepto de benignidad o malignidad; o bien entre tumores sólidos y líquidos, de manera que la vía no queda abierta sino a clasificaciones mixtas y por lo tanto, forzosamente desprovistas de unidad y pasibles de muchas fallas.

La clasificación que a continuación comento y expongo, la hemos hecho casi del punto de vista de la anatomía patológica, y como fácilmente se observa, pueden hacérsele objeciones de peso, como es la de agrupar en el mismo paréntesis enfermedades que presentan tan pocos puntos de contacto en su origen, síntomas, etc., como el varicocele pelviano y los fibromas o quistes hidáticos, el embarazo ectópico y el flemón del ligamento ancho.

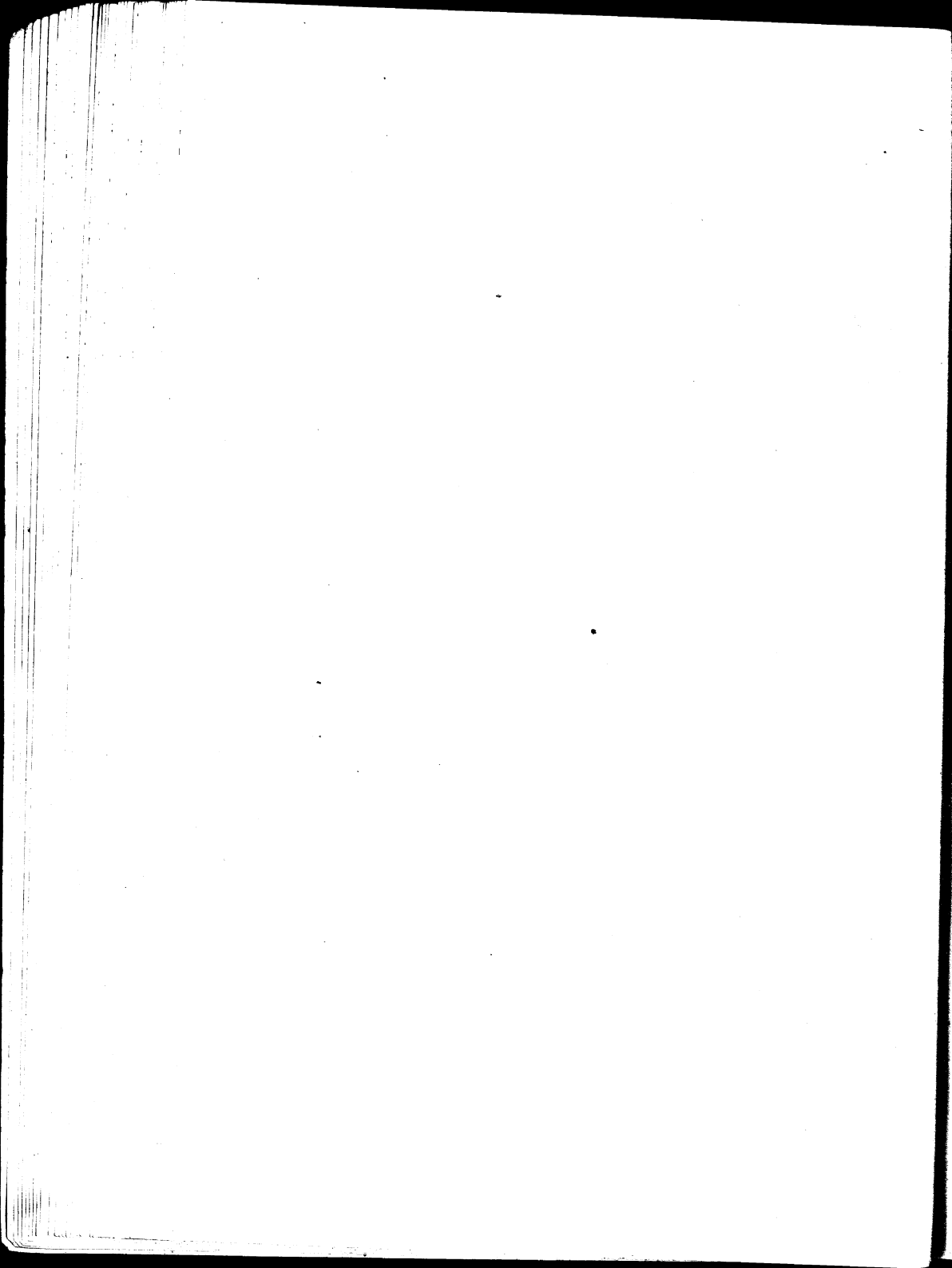
Pero tiene, en cambio, la ventaja de que permite clasificar de una ojeada, la patología propia y la prestada al ligamento ancho; por eso la adaptamos y con esa reserva. Al hacer la exposición clínica entonces seguiremos otro camino, agrupando en un capítulo, aquellas enfermedades que aunque de distinta naturaleza y evolución, pueden presentar casi idéntica sintomatología; dando lugar al diagnóstico diferencial entre sí, que la mayor parte de las veces es imposible o impreciso.

Dividiremos entonces las enfermedades del ligamento ancho, en primitivas y secundarias, y cada una de estas en inflamatorias y no inflamatorias.

En la primera subdivisión irán el flemón, la celulitis pélvica, etc.; en la segunda cabrán en un grupo: los tumores, sólidos o líquidos. En el curso de cada exposición entrará el diagnóstico diferencial, y a continuación, pronóstico y tratamiento.

AFECIONES PRIMARIAS

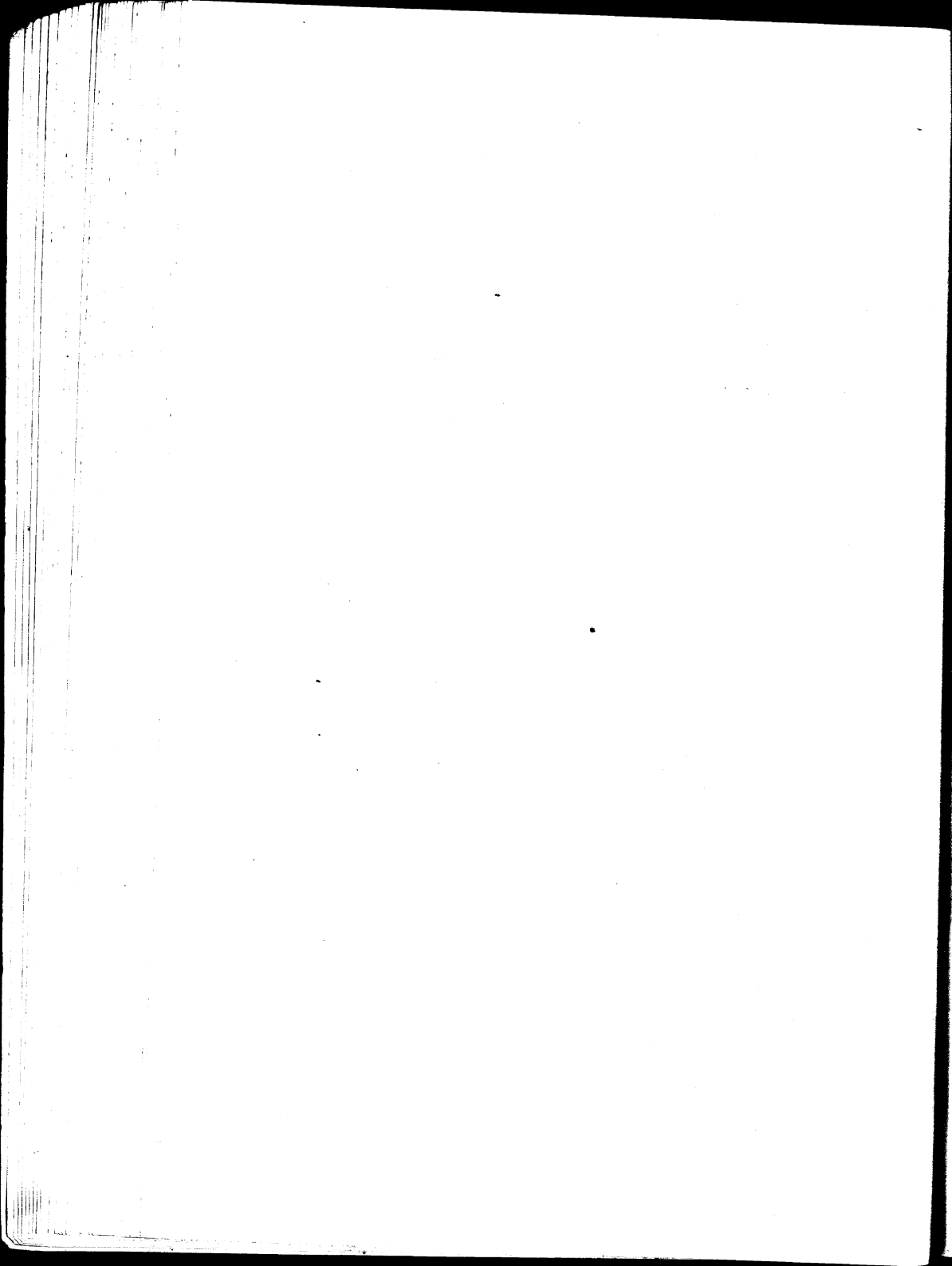
AFECIONES SECUNDARIAS



A nuestro juicio, la clasificación en afecciones inflamatorias y tumorales es suficiente para las necesidades de la clínica. Así pues, la adoptaremos en el curso de nuestra exposición ; comprendiendo en cada capítulo, algunas palabras sobre anatomía patológica, diagnóstico diferencial, evolución y pronóstico de cada tumor, o cada inflamación ; deteniéndonos particularmente en el varicocele pelviano.

Las enfermedades secundarias no nos ocuparon mayormente, pues lo esencial que es el diagnóstico del mal primitivo no entra en el cuadro de nuestra obra. Finalmente, en un capítulo de tratamiento, comprenderemos lo que la terapéutica nos dice al respecto, siguiendo el mismo criterio de inflamación y no inflamación.

Pero este edificio tambalea, si consideramos que aún los tumores son susceptibles de complicaciones infecciosas, lo que haría un grupo mixto ; pero creemos que a falta de otro mejor, el criterio que hemos planteado es suficiente.



CAPITULO III

Los tumores primitivos del ligamento ancho

Al estudiar los tumores que toman su punto de partida en el ligamento ancho, conviene establecer un punto capital, que explica el por qué pueden englobarse en un capítulo afecciones sumamente distintas en su etiología y evolución, a saber: que su sintomatología es idéntica, o por lo menos, que sucede aquí lo que en todos los capítulos de la clínica, en que, al lado de casos cuyo diagnóstico se impone, los hay que presentan nebulosidades y otros en que el clínico más sagaz se equivoca al querer diferenciar un fibroma de un quiste, o de un embarazo ectópico. Solo, y en pocas ocasiones, basados en fútiles detalles podrá aventurarse una suposición, o arriesgar un diagnóstico, que muchas, muchísimas veces, quedará deshecho

por la realidad cruda, puesta de relieve por el bisturí: el clínico más sagaz.

Y esa sintomatología igual, se explica, como dice Deniker, en su tesis de Paris, porque tienen el carácter común de desarrollarse entre ambas hojas del ligamento ancho, lo que les obliga a tener iguales relaciones e iguales vías de expansión; por otra parte, el título o diagnóstico genérico de *tumor intraligamentario* es suficiente para las necesidades de la práctica; además, al querer hacer diagnóstico de tal o cual tumor, ¿quién podrá distinguir un fibroma reblandecido de un quiste, o una colección líquida a paredes espesas y rodeadas de adherencias, de un tumor sólido? (Deniker, tesis de Paris, 1910).

Habíamos dicho que el ligamento ancho podía considerarse anatómicamente dividido en dos segmentos: uno *superior o mesosalpinx*, libre, flotante y otro *inferior*, fijo, doblado por la vaina hipó-gástrica. Los *tumores del primer segmento abren sus hojas*, son móviles, de evolución casi siempre abdominal, pueden pediculizarse y torcerse, son de operación sencilla. Su naturaleza es en la mayoría de las ocasiones quística, y la trompa siempre rodea el tumor a manera de una cinta aplastada.

Los *tumores del segundo segmento, o inferior*, son fijos, su evolución es más a menudo vaginal

que abdominal, contraen relaciones peligrosas de vecindad con el ureter y los vasos, pocas veces se pediculizan o estrangulan, su intervención es peligrosa, su naturaleza casi siempre neoplásica : fibroma, sarcoma, etc., y por fin, *casi nunca desdoblán el ligamento ancho superior o mesosalpinx*. Martel operó en el servicio de Segond un fibroma de útero con un núcleo incluído que pesaba 6 kilogramos y medía 0.25 centímetros de diámetro y que sin embargo respetó íntegro el mesosalpinx.

Deniker en su estudio de estos tumores inferiores, dice que en el curso de su evolución pueden seguir varios caminos : unas veces empujan una de las hojas del ligamento ancho y se pediculizan (Gross y Binaud : Congreso Francés de Cirugía de Paris, 1892); otras se deslizan debajo de una u otra de las hojas y se dirigen hacia adelante, simulando tumores pre-uterinos en relación con la vejiga, o bien corren hacia atrás y contactan con el recto, o la S ilíaca o ciego.

Por último, hay tumores que parecen complacerse en seguir las conexiones del tejido celular del ligamento ancho con las distintas hojas pelvianas y permaneciendo in situ envían prolongamientos ciáticos, isquiáticos, obturadores, etc. (Brin H. en *Revue de Gynécologie et Chirurgie Abdominale*, pág. 305, 1910).

En resumen, según su evolución estos tumores (y esto es igualmente importante en el capítulo de sintomatología), podrán dividirse en :

TUM. PRIMITIVOS	a) Tumores del mesosalpinx	
	b) Tumores de la porción inferior....	Pediculizados
		No pediculizados. { Anteriores Posteriores Con expansiones

Aquí es el lugar de hablar de los pseudo-tumores del ligamento ancho, que tan bien han estudiado Reynier (*Semaine Gynécologique*, 1896) y Laroche (Tesis de París, 1896) con el nombre de falsa inclusión. Se trata de casos en que la intervención quirúrgica muestra tumores ováricos o de otro origen, sobre los cuales se repliegan la trompa con su meso, los rodean de adherencias y les prestan todo el aspecto de intraperitoneales. Así sucedió en el caso de Pichevin que relata Laroche en su tesis. Se trataba de un absceso tubo-ovárico que caía detrás del ligamento ancho, al cual hacía bombear hacia delante, y que pegado por todos lados por fuertes adherencias tenía el aspecto de ser un quiste del ligamento. Esto, por otra parte, no debe llamar la atención, pues es común, y lo hemos visto todos los días en la sala de cirugía, a toda clase de tumo-

res tomar las relaciones y aspectos más extraños y simular perfectamente tumores primitivos o secundarios intraligamentarios.

Pero existe una clase, que podríamos llamar de *pseudo inclusiones clínicas*, es decir, de casos en que la buena clínica hace pensar en tumor del ligamento (primitivo o secundario), por su sintomatología clásica y en que la intervención muestra un tumor de cualquier otra ubicación.

Así sucedió en una enferma de la sala X del Hospital de Clínicas, en que diagnosticamos con nuestro distinguido jefe doctor Carlos A. Castaño, *quiste intraligamentario y embarazo*, no pudiendo ser más clara la sintomatología de tales y en que la intervención mostró un *quiste de ovario, prolapsado en el Douglas y enclavado en él*. El caso se halla narrado con los considerandos pertinentes por nuestro compañero doctor Serfaty, en los Anales del Servicio de Ginecología, año 1915.

OBSERVACION I

Seudo-tumor clínico del ligamento ancho. — Sala X.—Cama 42.—Libro 43, folio 8.

A. F. de G., española, 16 años, casada; in-

gresa el 7 de octubre de 1915; sus antecedentes hereditarios no ofrecen particularidad ninguna.

Se casó hace cuatro meses, y desde hace tres se siente enferma, con dolores en el bajo vientre y fosa ilíaca derecha, que se irradian hacia el muslo del mismo lado impidiéndole en ocasiones caminar. Simultáneamente le faltan sus reglas, que hasta entonces habían sido perfectamente regulares; aparecen mareos, náuseas y vómitos; frecuencia y dificultad en las micciones.

Examen ginecológico: Vulva de nulípara, sin cambio de coloración en las mucosas; vagina libre. Por el tacto asociado a la palpación, se nota el *cuello perdido detrás del pubis, rechazado a la derecha*, reblandecido, de superficie lisa.

La causa de ese desplazamiento es *un tumor quístico, que ocupa los fondos de saco posterior, anterior y lateral izquierdo, haciendo saliencia y muy próximo a ellos, fijo, no desplazable y que rechaza el cuello a la posición ya descrita*. Este tumor que tiene el tamaño de una cabeza de niño, *tiene por delante de él, un cordón sólido, fijo, doloroso, que forma parte de la pared anterior del tumor*.

A más, en la fosa ilíaca derecha se percibe otra tumoración, grande como una cabeza fetal, renitente, móvil, no dolorosa, con un surco que la separa

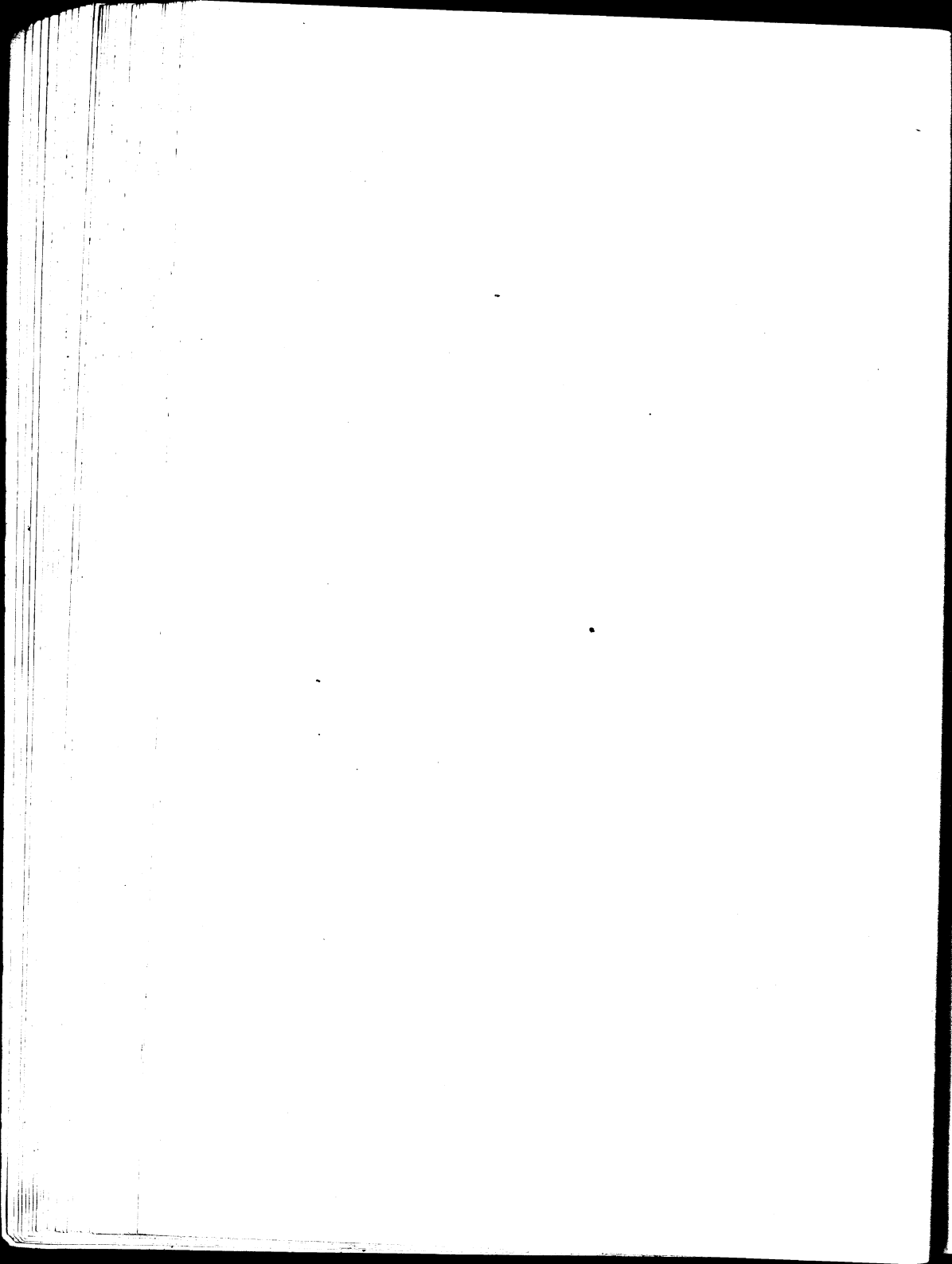
de la masa izquierda. Los movimientos que se le imprimen se comunican al cuello.

Hay línea parda abdominal, pigmentación de la areola, no hay calostro.

Diagnóstico clínico — Por su sintomatología y como hablaremos en páginas posteriores, se imponía el diagnóstico de tumor del ligamento ancho izquierdo, coexistiendo con un embarazo.

Operación (14 de octubre de 1915) — Interviene el doctor Carlos Alberto Castaño, ayudado por el practicante mayor del servicio, Eusebio Albina. Se practica una laparotomía mediana infraumbilical y se halla el útero a la derecha, ocupado por un embarazo como de cinco meses; rechazado a esa posición por un tumor líquido unilocular, del tamaño de una cabeza de niño, a débil tensión, rodeado por la trompa atrófica. Al querer enuclearlo, se desplaza del sitio que ocupaba en el Douglas, y se muestra con los caracteres de un *quistes del ovario* izquierdo; se pediculiza y reseca. Cuidados postoperatorios de rigor.

Alta : curada por primera a los 21 días.



CAPITULO IV

Sintomatología de los tumores intra-ligamentarios

Los síntomas que demuestran la existencia de un tumor intraligamentario, pueden ser divididos en dos grandes grupos: los *signos objetivos o físicos* y los *signos subjetivos*. Los primeros variarán según el período de la enfermedad en que sean explorados y así tendremos síntomas desiguales según que se trate de un tumor aún pelviano o bien de un tumor abdominal.

Comenzaremos por los síntomas subjetivos ya que son casi siempre los que llevan a la paciente a solicitar el auxilio del ginecólogo.

SINTOMAS SUBJETIVOS — En la inmensa mayoría de los casos el *dolor* es lo que despierta la atención de la mujer. Este dolor que casi siempre

radica en la región enferma, reviste grados distintos desde la simple molestia poco perceptible, hasta verdaderos cólicos, que obligan a guardar cama. En ocasiones es fijo, otras veces se irradia a otras regiones, que pueden ser el hombro, el pubis o los miembros inferiores.

En uno de nuestros casos (libro 15, folio 135), la paciente tenía dolores paroxísticos en forma de verdadera ciática, que le martirizaban atrozmente; se trataba de un quiste del parovario derecho.

Las épocas menstruales influyen en su exacerbación, indudablemente por el proceso congestivo que ocurre en la pequeña pelvis; pero también hay desgraciadas que sufren continuamente (como pasaba en las enfermas de los libros 1, folios 8 y 44), sin contar aquellas que llegan a un estado tal que la locomoción y hasta la posición de pie son penosas o imposibles ⁽¹⁾.

Las causas del dolor son variadas; despertados a veces por fenómenos de compresión que el tumor ejerce en el plexo lumbo-sacro, lo que explica la ciática, o la marcha difícil; otros lo son por la concomitancia de un proceso anaxial de orden congestivo, neoplásico o inflamatorio, como también por la existencia de fenómenos de reacción

(1) Libro 1, f. 14—libro 8, f. 116—libro 10, f. 75, etc.

peritoneal que dejan tras sí exudados y bridas. Como antes dije, la menstruación con su plétora sanguínea pelviana influye en el sentido de aumentar el dolor; finalmente, no son raros los casos, en que la crisis depende de una complicación sobrevenida en la marcha del tumor, como ser una infección, la torsión de su pedículo, etc.

En los casos más felices todo se reduce a sensación de pesadez o molestia en la región pelviana; pero tarde o temprano, si la enfermedad es descuidada, llega a revestir los caracteres descritos.

Las *menstruaciones* están, por regla general, poco o nada alteradas, por lo menos en las enfermedades primitivas. Naturalmente que en el caso de que se trate de un quiste de ovario incluído, o un absceso tubo-ovárico en iguales condiciones podrán presentarse metrorragias o amenorrea; como podrá haber menorragias en el curso de un fibroma a núcleos intraligamentarios.

La razón de esa falta de síntomas menstruales es fácil de comprender si se considera que los tumores del ligamento en manera alguna comprometen los órganos de esa función, es decir, el útero o los ovarios.

En nuestras observaciones, de 23 quistes del parovario y sobre un total de 6385 enfermas, no hemos hallado alteración menstrual franca, más que

en una, y eso seguramente porque coexistían ovarios quísticos. Tampoco la había en 2 casos de quistes parováricos bilaterales.

A pesar de ello, todos los autores describen trastornos en la aparición, duración y abundancia de la época catamenial, pero todos coinciden en afirmar que dependen de alteraciones ováricas y tubarias (salpingitis, etc.) o bien de la congestión que el tumor provoca en la pelvis.

Los quistes dermoides, según Beyea, se acompañan frecuentemente de metrorragia; y lo mismo sucedería en los quistes hidáticos. Nosotros tenemos dos casos, sin perturbación alguna, y otros dos en que las reglas se volvieron ligeramente dolorosas, pero sin nada de nuevo, en su duración, etc. En el quinto caso hubo supresión de ellas, pero la mujer tenía 45 años.

Los quistes papilíferos no son mayormente fuente de hemorragias, a no ser que en su proceso se haya tomado el útero.

Los fibromas primitivos, son inconstantes en este punto; los hay que traen menorragias y metrorragias profusas, y otros no influyen mayormente y por fin hasta se citan casos de cesación de reglas, que coincide con su aparición (Dubourg, Saenger, Krönlein).

En realidad, así como los fibromas subserosos

o pediculados, son poco hemorragíparos, también debieran serlos los fibromas primitivos del ligamento que no tienen ninguna conexión con el útero; pero no debe olvidarse, como dice Deniker, que estos tumores provocan la dilatación de las venas del ligamento y un estado congestivo intenso en toda la pelvis menor, fuente de posibles hemorragias. En regla general, los fibro-sarcomas y los fibromas encefaloides son los más hemorragíparos.

La influencia en sentido contrario, no puede explicarse bien, pero es innegable. Hay observaciones netas de amenorrea por fibroma, y existe el caso interesantísimo de Terrier (Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1883, pág. 862), en el que las reglas que habían cesado cuatro meses antes de la intervención quirúrgica, reaparecieron después de ella.

Nosotros poseemos en la estadística de la sala X y sobre 6385 enfermas asiladas en ella desde 1899, sólo 3 casos de fibromioma primitivo del ligamento ancho. El primero fué publicado por el profesor Salvador (Semana Médica, n.º. 31, 1914); habla de una mujer de 41 años, que tuvo siempre menstruaciones abundantes, que se *hicieron más copiosas*, durante su enfermedad, *hasta presentar antes de su intervención una menorragia abundantísima* que puso su vida en peligro y duró 1 mes,

pero que no se acompañó de dolor ni ninguna otra molestia. El segundo que pertenece al doctor Castaño y está publicado en la Revista de la Sociedad Médica Argentina, año 1914, *nunca tuvo hemorragias*, al contrario, las reglas cesaron bruscamente a poco de iniciarse la enfermedad, pero no se debe olvidar, que la paciente se hallaba en la edad de la menopausa. En el tercero, que también es del doctor Castaño (libro 37, folio 31), había menorragias y metrorragias, pero el fibroma del ligamento, coexistía aunque aislado, con otros núcleos uterinos intersticiales y submucosos. En resumen, de nuestras observaciones nada podemos deducir.

La *leucorrea*, es un síntoma frecuente, que se presentó en casi todas nuestras enfermas, reviste caracteres variados, porque en realidad depende casi siempre de la metritis concomitante; aunque es innegable que el tumor influencia en el sentido de aumentar su profusión.

Simultáneamente, *aparecen trastornos por compresión* de nervios, de vasos, de la vejiga y el recto. La enferma además de sus dolores de que hablamos antes, que le dificultan o impiden la marcha, o la postran con una ciática espantosa (libro 15, folio 135 y Stroeheker, tesis de París, 1902), comienza a sentir dificultades, o dolores en los actos de la micción o defecación.

Los trastornos urinarios, que son sumamente comunes, presentan todas las variedades, desde la disuria, hasta la poliuriuria, el tenesmo vesical, la hidro o pionefrosis, y toda la serie de infecciones urinarias ascendentes.

La *disuria* es ocasionada, en la mayor parte de los casos, por la compresión que los tumores a evolución anterior hacen sobre la uretra, aplastándola contra la cara posterior de la sínfisis pubiana; en ocasiones es el mismo cuello uterino el que rechazado por la neoformación, llena el papel de agente compresor.

La vejiga también sufre el contragolpe del desarrollo tumoral. Dada la ubicación, lateral de éstos y las adherencias de la vejiga al útero, resulta que al ser rechazado éste hacia arriba y a un costado, arrastra consigo al reservorio urinario, produciendo un síntoma bastante común, que es el *alargamiento de la cavidad vesical*.

Otras veces, el tumor comprime el bajo fondo, produciendo disuria o por la irritación continua que ocasiona, polaquiuria y tenesmo vesical. Nosotros hemos observado un caso (libro 15, folio 135), en un quiste del parovario derecho que producía una ciática a exacerbación menstrual, producía asimismo en esas épocas crisis dolorosísimas de tenesmo anal

y vesical. Deniker en su tesis trae un caso personal y otro de Fuchs con la citada sintomatología.

Estos fenómenos de tenesmo los explica Zuckerkandl por la congestión que tiene lugar en los ricos plexos venosos del bajo fondo vesical, ya de por sí tanpletóricos de sangre y que aumentados en la menstruación obran a manera de excitante continuo sobre el cuello de la vejiga.

Hasta aquí los trastornos urinarios no tienen mayor trascendencia; se reducen solo a molestias, dolores tolerables y algunas crisis pasajeras de cistitis que ceden al tratamiento sintomático. Otra cosa sucede cuando el tumor comprime el ureter, contra la pared pelviana, produciendo dilatación primero del órgano, luego de la pelvis renal, de los cálices y del riñón en último término. La hidronefrosis o la pionefrosis, cuando la infección se sobreañade, no son muy frecuentes, tanto que Deniker dice no haber hallado ejemplo, y que Hartmann afirma no tener caso de dilatación ureteral por compresión de tumor de ligamento ancho. Sin embargo, hay un caso de Gouget, publicado en los *Annales de Gynécologie et d'obstetrique*, en que un fibroma del ligamento ancho provocaba hidronefrosis. Nosotros, más afortunados, podemos presentar un caso terminante por hidátide pelviana intraligamentario (libro 43, folio 24). La compresión puede ser uni o

bilateral; sus síntomas caen en el dominio de la clínica general.

La *compresión sobre el recto* en los tumores a evolución posterior es sumamente frecuente, ocasiona constipación y tenesmo. En casi todos nuestros casos existe el síntoma.

Por último, puede la enferma acusar un síntoma no muy común: el *edema uni o bilateral de los miembros inferiores*, ocasionado por la compresión que el tumor ejerce en las venas ilíacas, y que puede acompañarse del desarrollo de una red venosa colateral supletoria. En la estadística de la sala X figura un caso (libro 31, folio 95) sumamente demostrativo. La misma compresión provoca la aparición de hemorroides, várices, etc.

En un período aún más avanzado, la enferma presenta el síndrome de los grandes tumores abdominales. Su cara se demacra, toma un tinte especial terroso, se pone anemiada y flaca. Las molestias del lado del vientre llegan a su máximo, siente tironeos y dolores y hacen su entrada fenómenos de compresión de intestino, estómago; tiene disnea, por el rechazo del diafragma, y la ascitis que es común en esta época.

El corazón, se resiente de ese conjunto de malas condiciones orgánicas y del recargo que le impone la circulación tumoral; su fibra se toma y

pronto al cuadro ya tan sombrío se añaden pinceladas terminales de miocarditis y asistolia ; cuando no se encarga de concluir el cuadro, la generalización de un proceso maligno, o la transformación en canceroso, de un tumor antes banal.

SINTOMAS OBJETIVOS — Después de haber hecho el interrogatorio de la enferma, pasamos a efectuar su examen somático y general ; suponiendo que sorprendamos la afección, cosa muy común, en las primeras fases de su producción.

Si de acuerdo con los métodos de investigación semiológica, comenzamos con la *inspección*, poco o nada conseguiremos. Apenas en algunas ocasiones se nota un abultamiento ligero de la pared abdominal, en la región mediana, o mejor y más frecuentemente en las partes laterales.

La *palpación*, practicada con todas sus reglas, es decir, con las paredes abdominales en relajación, intestino y vejiga vacíos, y si es necesario en ligero Trendelenburg, dejará en ocasiones sentir una masa tumoral que ocupa la pequeña pelvis y se halla colocado en posición lateral con respecto al útero. Con este examen se aprecia el grado de consistencia, regularidad, sensibilidad y tamaño aproximado del tumor.

La *percusión* es de enseñanza casi nula. Tan-

to puede darnos matitez a nivel del tumor, como sonoridad si se interponen asas intestinales.

Si pasamos a practicar la *palpación combinada con el tacto vaginal*, las cosas cambian, y podemos casi con seguridad hacer diagnóstico.

La mano vaginal, percibe el cuello, que puede ser normal, invadido por el tumor y de situación variable, aunque muy a menudo rechazado y elevado al lado opuesto por el tumor; es poco común encontrarlo en un sitio, o bien atraído hacia el lado tumoral. Los fondos de saco vaginales, casi siempre bombean, en especial los laterales, aunque también pueden hallarse normales.

Continuando el examen, se busca el útero, rechazado por lo común del lado opuesto, y una vez reconocido su tamaño, forma, consistencia, movilidad, etc., se pasa a explorar los fondos de saco vaginales, en uno de los cuales o en ocasiones en los dos, hallaremos un tumor, más o menos grande, regular y sensible, al que trataremos de delimitar y movilizar de la matriz para resolver así un primer problema fundamental: si pertenece o no a ella, es decir, si se trata de un tumor hecho intraligamentario en el curso de su evolución o bien de una formación nacida in situ.

En la primera suposición, el caso del fibroma uterino con un lóbulo incluido es el más frecuen-

te. Se percibe entonces un tumor lateral con respecto al útero, de caracteres propios variables, pero que, o bien no tiene surco de separación con el cuerpo de la matriz y se siente netamente pegado a él (fibroma de la porción supra-vaginal), o bien percibiendo un surco con nitidez, la mano vaginal siente que los movimientos impresos al útero se transmiten íntegros al tumor y recíprocamente. Estos últimos casos, corresponden a los fibromas, desarrollados en la parte superior del ligamento ancho, que por otro lado, a menos de ser muy grandes, no abomban en el fondo de saco vaginal.

Un signo de diagnóstico interesante es la constatación de la desigualdad de consistencia entre el tumor y la matriz, que habla con mucha probabilidad de tumor independiente, por más que en el caso de igualdad de sensación habría que descartar el fibroma primitivo.

Si por el contrario notamos la presencia de un tumor con surco de separación neto, de movilidad independiente, que abomba en el fondo de saco lateral y a mayor abundancia de consistencia distinta, estamos autorizados a pensar en tumor primitivo del ligamento ancho o bien incluido de ovario o trompa, diagnóstico sumamente difícil de aclarar.

Hay casos de tumor bilateral y entonces el examen es más penoso, aunque en realidad casi siem-

pre se podrá llegar a delimitar el útero entre los órganos que le rodean.

La apreciación de la movilidad es un gran dato, porque los tumores del ligamento ancho son casi fijos, limitado como se halla su desarrollo por un órgano no fácilmente extensible y encerrados por la pared pelviana, el útero y el elevador del ano. Pero siempre debemos tener en cuenta el quiste del parovario que desarrollado a expensas de la porción más móvil del ligamento es también sumamente desplazable, y el tumor pediculado; cuyos diagnósticos serán a menudo difíciles y más a menudo aún, imposibles. A veces la palpación de una cuerda sensible que costea y envuelve el tumor permite pensar en quiste del parovario.

Este mismo examen abdómino-genital suministrará datos interesantes acerca del desarrollo y evolución del tumor. Cuando ésta se hace en el sentido lateral, percibiremos el tumor adosado al útero con o sin surco de separación, móvil con él o independiente y llenando el fondo de saco lateral correspondiente, pero sin que sea necesario que haya saliencia en él. El cuello está dirigido lo mismo que el útero al lado opuesto.

En otros casos, el tumor con los caracteres señalados tiende a hacerse posterior y entonces se percibe en el fondo de saco lateral y parte del Dou-

de divertículos y de la curiosa deformación llamada vejiga intraligamentaria, de que hablaremos en el capítulo de diagnóstico diferencial. Tandler y Halban en su libro llamado «Topographie des Weiblichen Uruters» (1901), tratan este punto y acompañan su descripción de espléndidas láminas.

Finalmente, el *cateterismo ureteral*, servirá para reconocer el estado del riñón en casos de duda y como guía durante la operación, para evitar la herida del ureter. Esta precaución, que ensalza Landau, me parece descuidada sin razón.

En un período más avanzado, la sintomatología toma otro vuelo, de acuerdo con la evolución anatómo-patológica del tumor, que se convierte casi siempre, en abdominal.

La inspección entonces, mostrará el abovedamiento del vientre, hecho en forma asimétrica lo más a menudo; la presencia de saliencias e irregularidades, el desarrollo de edemas, red venosa colateral; y del lado general, la disnea, inflaquecimiento, etc. Es bueno saber, que estos tumores llegan a tener dimensiones enormes; Stroheker cita uno que llegaba hasta las falsas costillas, y las rechazaba ensinuándose entre ellas.

La palpación mostrará la consistencia, regularidad, relaciones, adherencias, y sobre todo hará en-

contrar un buen síntoma : la escasa o ninguna movilidad del tumor.

La percusión, da matitez en la zona tumoral, la forma de ella variará con la forma del tumor, aunque en general responde a la de una zona central mate rodeada en las partes laterales y superior por el timpanismo abdominal. Sin embargo, es bueno saber, que cuando estos tumores adquieren gran desarrollo, producen compresiones vasculares que dan lugar a ascitis ; entonces lógicamente, la matitez típica queda alterada. En algunas ocasiones podrá sentirse el fremito hidático.

El tacto unido a la palpación, informa de la unidad del tumor, que por su parte percibe cada mano y además enseña la evolución abdominal o pelviana de la neoplasia.

Hay casos en que el tumor deprime los fondos de saco, la vagina y hasta llega a ponerse en contacto con la hendidura vulvar, arrastrando por su peso al útero que también desciende.

Otras veces, y son las más, el tumor que no cabe en la pelvis menor, se enuclea de ella espontáneamente, remontando al abdomen y arrastrando consigo al útero y la vagina. Esta última, se alarga y estrecha, tanto que en un caso de Rochard impidió el practicar la histerectomía vaginal. Kerth relata la observación de una enferma en que la

vagina alargada y tensa apenas admitía el dedo, y Guermónprez cuenta de otra en que el cuello inaccesible al dedo, estaba a 22 centímetros del orificio vulvar!!

CAPITULO V

Los tumores quísticos

LOS QUISTES DEL PAROVARIO

Recién en el año 1850, hallamos la primera mención formal de la afección quística del parovario. Vealpeau en su Diccionario (artículo «Ovario», 1825) describe la existencia de pequeñas vesículas, de paredes sumamente delgadas, llenas de líquido seroso transparente, que se adhieren a la trompa o al ligamento ancho por un pedículo. Más tarde, Bright, Gosselin y Cazeaux, hablan a su turno de estos quistes desarrollados en el espesor del ligamento ancho, haciendo notar que no poseen ninguna conexión con el ovario, pero no se preocupan mayormente de averiguar su origen, imbuídos como se hallaban de la idea, de que estos quistes no tenían mayor importancia, pues jamás alcanzaban

proporciones que les hicieran pasibles de intervención.

En una tesis de París del mismo año de 1850, Follin estudia cuidadosamente los canalículos de cuya existencia en el espesor del ligamento ancho hablaba Rosenmüller, y otros restos embrionarios que halla esparcidos en el mismo ligamento o adosados y pendientes de la extremidad de la trompa.

De resultas de sus investigaciones cree poder afirmar que los quistes del ligamento, independientes del ovario, son debidos a la acumulación y retención de secreciones en las cavidades y canales del cuerpo de Wolff.

Más adelante Verneuil, en su memoria a la Sociedad de Cirugía de París (sesión del 3 de noviembre de 1852, publicada en 1857), confirma las investigaciones de Follin, completando la descripción anatómica y patogénica en esta enfermedad.

Pero como dije más arriba, siempre reinaba en los espíritus la creencia de que los quistes del parovario, no alcanzaban mayor volumen que el de un puño, y que los escasos ejemplares de mayor crecimiento se confundían con los quistes propios del ovario, siendo necesario llegar a Spencer Wells, el que en su Tratado de las enfermedades del ovario, establece claramente la analogía existente entre los pequeños quistes de Velpeau y Verneuil y las

grandes colecciones líquidas que él encuentra incluídas en el ligamento ancho, demostrando la identidad de estructura y desarrollo, y llegando a afirmar que «en los casos en que el cirujano se halle en presencia de un quiste a contenido transparente y muy fluído, la punción abdominal sola puede bastar para traer la curación». Cita casos curados por ese método y otros en que error de diagnóstico le llevó a querer practicar la ovariectomía, hallándose con sorpresa suya, en un caso muy claro, en presencia de un quiste perfectamente distinto e independiente del ovario, que contradiciendo las ideas esparcidas, llegaba hasta la altura del ombligo.

Atle, en su obra «Diagnosis of ovarian tumours», trae unos párrafos sobre los quistes del ligamento ancho e insiste en su diagnóstico, anatomía patológica y sencillez del tratamiento; preconiza la punción. Cita un caso punzado (paracentesis) por él en 1847, del cual extrajo 9 litros de líquido claro, peso específico 1.004, alcalino, sin albúmina ni cuerpos compuestos albuminosos, etc., cuyo líquido no vuelve a reproducirse; en otro caso antes de hacer ovariectomía, punza el tumor que creía ovárico, saca 17 litros de líquido con los caracteres descritos, como de quiste perovárico, suspende la operación y el tumor no se reproduce, y por último un tercer caso en que extrae 12 litros de líqui-

do ligeramente albuminoso, y en que tampoco recibió la colección.

Bird (1851), Mathews Duncan (1875), Lawson Tait (1875), estudian también la composición del líquido de punción, extendiéndose en su análisis químico y citológico. Koeberlé, en la Gazette Médicale de Strasbourg (1875-1876), relata tres casos de operación y curación de quistes del parovario. En el primero, se hizo una punción previa, extrayéndose líquido claro, no albuminoso, sentándose el diagnóstico por esos caracteres de *quiste no ovárico*, que confirmó la operación mostrando el ovario sano e independiente del tumor, el que se encontraba incluído en el ligamento ancho. En el segundo, la punción permite retirar líquido claro, pero no se hace examen químico; la operación muestra dos quistes de parovario, uno de cada lado, con ovarios sanos; el examen histológico, muestra además en la pared fibrosa propia, un epitelio cilíndrico simple. En el tercero, se retiran por punción 18 litros de líquido típico, y se interviene con éxito, conservando también los ovarios. Koeberlé, consagra unas líneas a estos quistes, en el artículo «Ovario», de su «Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques».

Más adelante Panas (1875), Duplay (1879), etcétera, avanzan en la vía de estos estudios, Lesavre

escribe una excelente tesis « Contribution a l'étude des kystes parovariques », apadrinado por Guyon (1879), y a poco se inaugura la era antiséptica y aséptica, multiplicándose los trabajos, y disminuyendo paulatina y progresivamente los peligros de la intervención.

DESARROLLO — Al hablar de la anatomía del ligamento ancho en nuestro capítulo I, hicimos la descripción de los restos embrionarios que se conocen con el nombre de *cuerpo de Rosenmüller* y *parovario*; veamos ahora como pueden originarse los quistes a expensas de esos órganos.

Desde el momento del nacimiento, el cuerpo de Rosenmüller se modifica continuamente; debido a que el *conducto colector del epóforo* se va acortando y por ello los canalículos que recibe, parecen ir convergiendo cada vez más a un punto central que deja de ser como antes el hilio del ovario, al mismo tiempo que tienden a obliterarse paulatinamente. Si entonces interviene una causa que haga segregar al epitelio de que están forrados estos restos, como la secreción no tiene vías para reabsorberse, resultará de ello su enquistamiento y la progresiva formación de tumores que desdoblarán el ligamento ancho y no teniendo nada que ver con el

ovario, el que a lo sumo, será rechazado y comprimido.

¿Cuál es la causa que provoca el despertar de la secreción, dormida desde la vida embrionaria? Este es un punto muy oscuro aún hoy. Autores hay que han hallado, durante el curso del embarazo, al órgano de Rosenmüller, rojo y tumefacto, como participando del desarrollo que adquiere el aparato genital femenino durante la gestación. Por ello, y generalizando, dicen que ese latigazo de la preñez, obra haciendo segregar los tubos de Rosenmüller, cuya secreción luego no se detiene sino que se enquistas, por no existir vías de reabsorción.

Pero basta un solo hecho para destruir esta teoría por lo menos en su pretensión de causa única: los quistes del parovario han sido observados en nulíparas, en vírgenes y hasta en niñas. En cuanto a que suceda lo contrario, es decir, que sea más frecuente en las nulíparas que en las múltiparas, es algo aún no bien establecido.

El estado de la función menstrual tampoco tiene interés, porque puede aparecer la enfermedad en mujeres aún no regladas o en plena menopausa, como también durante el período de actividad sexual, trayendo o no perturbaciones en su aparición.

Huguier y Verneuil, haciendo estudios anatómo-patológicos de los ligamentos anchos, han hallado

muchas veces, en los casos de quistes parováricos, vestigios de inflamaciones uterina o ligamentaria de data más o menos reciente. La teoría que de ésto se desprende, es realmente seductora : la patología nos enseña que la inflamación de un órgano en un período inicial sobreexcita su función, por consiguiente, en los quistes parováricos la inflamación intervendría para producirlos, dando un impulso a la función dormida o muy sorda del órgano de Rosenmüller. Más tarde, al entrar en el período cicatricial, la misma esclerosis curativa continuaría el trabajo que iniciara la inflamación, siendo la fuente de estenosis u obliteraciones canaliculares y de retenciones quísticas consecutivas.

Pero igual objección impide prosperar este modo de ver : los quistes del parovario, se observan en niñas, en vírgenes, en quienes la operación y el examen microscópico han sido absolutamente negativos respecto a inflamaciones antiguas o recientes.

El año 1904, en una sesión de la British Gynaecological Society, Macnaughton Jones, presentó una comunicación sosteniendo junto con Doran, Kossmann, Handley, Wells, Shattock y Hamilton Bell, que los quistes del parovario y los hidro-salpinx accesorios (hidátides de Morgagni), no se originaban en restos wolffianos, sino en vestigios del canal de

Müller, que como sabemos da origen a la trompa, el útero y la vagina.

Esa opinión que venía a chocar con todo lo admitido hasta entonces, creaba reales dificultades de interpretación, hasta que, como sucede siempre, intervino un tercero en discordia, demostrando que todos tenían razón. Percival Cole, publicó en el British Medical Journal de Mayo de 1909, un artículo admitiendo la existencia de quistes parováricos wolffianos, pero probando la realidad de los quistes parováricos nacidos a expensas de partes del canal de Müller. Señaló también un cierto número de caracteres diferenciales entre ambos, a saber: que están situados directamente bajo el pabellón de la trompa, que existe comunicación a menudo, entre su cavidad y la luz tubaria y que su pared tiene idéntica estructura histológica que la de los hidro-salpinx, lo que prueba la identidad de origen de ambas formaciones.

Presentó además una pieza muy convincente en que se veía por debajo de la trompa un tubo de 25 milímetros de largo, que comunicaba, según demostró la insuflación, con la trompa por un lado y con la cavidad abdominal, mediante un pabellón accesorio, por el otro.

Si, dice el autor del artículo, bajo la acción

de la causa desconocida que provoca las formaciones quísticas, se obliteran ambos extremos del canal, hábrase originado un quiste subyacente a la trompa, simulando a un parovárico wolffiano, pero nacido a expensas del conducto de Müller, cuyo vestigio era el tubo en cuestión.

Mangini cree que podrían ser exudados coleccionados en el espesor del ligamento ancho, sin tener ninguna relación con el parovario. De Sinéty por su parte, pone también en duda el desarrollo a expensas del órgano de Rosenmüller y cree que su origen es semejante al de los quistes mucoides comunes del ovario ; diciendo, que la diferencia del líquido es debida sencillamente a que el epitelio del quiste parovárico no tiene células caliciformes o las posee muy escasas, y hace notar en apoyo de su manera de ver que los quistes prolíferos del ovario tienen líquido claro y epitelio cilíndrico no caliciforme. Llega este autor a suponer que podría tratarse de formaciones desarrolladas a expensas de ovarios aberrantes, cuya existencia está bien comprobada. Sea como fuera, tal vez la opinión de Pozzi, constituya el término más sensato a esta discusión : basta con llamar a la afección que nos ocupa : quistes del parovario, refiriéndose no a tal o cual resto embrionario, sino a todo quiste desarrollado en el

espesor del ligamento ancho sin tener conexión con el ovario.

ANATOMIA PATOLOGICA — Los quistes del parovario afectan por lo general una forma redondeada, más o menos esférica; pero cuando en razón de su crecimiento tropiezan con órganos vecinos resistentes, se ven obligados a adquirir formas variadas, a pediculizarse, empujando las hojas anterior o posterior del ligamento ancho, o bien a insinuarse por los espacios celulosos contiguos, desdoblando las formaciones peritoneales. Koeberlé vió un quiste con una prolongación que se insinuaba desdoblando el ligamento ancho hasta el mesocolon derecho, Vanverts y Paucot (*Annales de Gyn. et d'Obst.*, Febrero 1911), citan casos en que desdoblan el peritoneo que forma el fondo de saco de Douglas, remontan por la pared pelviana posterior, llegan al origen del mesenterio y se insinúan entre sus hojas, poniendo el intestino delante de sí. En otro caso, han visto a un quiste del parovario desdoblar el ligamento ancho, desprender el peritoneo de la cara posterior del útero e invadir el ligamento ancho vecino, enclavando así la matriz en una especie de herradura tumoral. Basten estas dos citas para dar una idea de los aspectos que puede tomar un tumor a evolución tan caprichosa.

Su volumen es variable, desde los pequeñísimos que se encuentran en el curso de una operación abdominal cualquiera, hasta otros que contienen 11 litros (Lesavre). 12 litros (Atlee), 23 litros (Forgue).

Su situación es variable también. Al principio están contenidos en el ligamento ancho, y dentro de la pelvis menor, a la que abandonan en el curso de su evolución, para ocupar la pelvis mayor y la cavidad abdominal, afectando relaciones y formas variadísimas, conforme vimos en párrafos anteriores. Su crecimiento es lento; en regla general tardan años antes de causar molestias.

En el interior del ligamento se hallan rodeados de una atmósfera celular laxa, que los separa de las hojas peritoneales. En general, no hay adherencias muy fuertes entre ambas formaciones, y con una gasa o el dedo puede enuclearse el quiste en el curso de la intervención.

La pared propia del quiste consta de dos capas: una exterior conjuntiva entremezclada a fibras musculares lisas y una interior epitelial.

La capa conjuntivo-fibrosa es de débil espesor; por ella corren escasos vasos arteriales y venosos, últimos ramos de la red exterior de que luego hablaremos. La capa epitelial, que reposa sobre una membrana basal anhistá, se halla a su vez formada por

una hilera única de células epiteliales cilíndricas, con un núcleo, desprovistas de granulaciones y coronadas muchas por pestañas vibrátiles. La superficie interna del quiste no contiene las vegetaciones o vellosidades de observación común en los quistes simples del ovario, cuya constitución histológica y concepto patogénico es enteramente distinto.

Los quistes del parovario son uniloculares, carácter que los distingue también de los ováricos, cuya tabicación es constante, aunque más o menos aparente, según los casos. Malassez y de Sinéty nunca han hallado ejemplo de quiste ovárico unilocular. En cambio cuando se ha creído hallar parováricos tabicados siempre han sido dos o más quistes contiguos, pero nunca comunicantes.

Atlee, en su libro *Diagnosis of ovarian tumours*, señala casos curiosos de lo que denomina *quistes concéntricos*. Dentro de un saco muy vascularizado, halló nadando, en medio de un líquido de cuya composición no habla nada un segundo quiste, de contenido hialino, envuelto en una pared sumamente delgada, independiente por completo del tumor exterior. Lástima grande que no haya hecho estudio histológico, y se limite a dar una explicación bastante fantástica, diciendo que el quiste primitivo dejó *exhalar* cierta cantidad de líquido a través de su pared, cuyo líquido no siendo reabsorbido se

enquistaría en el ligamento ancho, dejando incluido y nadando al primer formado (11).

La nutrición del quiste del parovario, se efectúa mediante una red vascular sumamente intrincada que lo rodea por el espesor del ligamento, penetrando en seguida para extinguirse en la capa fibrosa.

El contenido es un líquido claro y transparente, opalescente en ocasiones, de densidad variable, no pasando nunca de 0.010 según Heilk, Lesavre cita un caso de 1.012 (1). La albúmina falta o es sumamente escasa: el ácido nítrico apenas lo enturbia, lo mismo que el calor; la paraalbúmina falta en todos los casos (Thornton y Koeberlé), y ésto parece constituir un medio de diagnóstico con los quistes del ovario incluidos.

El líquido encierra sales sódicas, en especial cloruro de sodio, en cifras variables hasta 10 y 15 gramos por mil, sulfatos, carbonatos, etc. El centrifugado no muestra más que escasas células vibrátiles y cilíndricas desprendidas de la pared; microorganismos y leucocitos no se hallan a menos de complicación infecciosa.

K. Heil publica en Centralblatt für Gynäkologie de Noviembre de 1897 un trabajo llamado « Bei-

(1) La reacción es alcalina debido al Cl Na y $\text{Co}^3 \text{Na}^2$.

trag zur Chemie der Parovarialcysten», y llega a estas conclusiones: El peso específico del líquido parovárico es débil, no pasa de 0.010, hay casi siempre ausencia de albúmina y sus derivados; es muy rico en cloruro de sodio, y contiene en proporciones variables, pero siempre escasas, carbonato sódico, mucina y coleslerina; en cambio nunca hay fosfatos.

En nuestra estadística tenemos un solo caso en que se haya hecho análisis del líquido; y el resultado fué el siguiente: densidad 1.008, reacción: ácida; albúmina: 0.24 por mil; cloruro de sodio: 4.65 por mil; residuo seco: 12.48 por mil; cenizas: 4.86 por mil. Se observan escasas células cilíndricas ciliadas (libro 15, folio 98). Se trataba de un quiste del parovario derecho.

Veamos ahora qué relaciones afectan con los órganos vecinos. La trompa se halla extendida sobre el tumor abrazándolo en semicírculo, aumentada de longitud y sin formar cuerpo con él; naturalmente que puede encontrarse sana o afectada de una enfermedad cualquiera. Lehmann, en un artículo publicado en 1901 (Zeitschr. f. Heil Wien. u. Leipzig), dice que el aumento de longitud de las **trompas** en las afecciones quísticas del ovario y parovario, no puede deberse únicamente al efecto me-

cánico de la elongación que el crecimiento del tumor ejerce sobre ellas. Este aumento que llega a quintuplicar y sextuplicar su tamaño primitivo, no puede, en efecto, ser un fenómeno puramente físico, porque entonces el estiramiento mecánico artificial, haría extenderse las trompas y desaparecer sus flexuosidades, cosa que está en contradicción con los datos de la experiencia y la clínica.

Lehmann, en una serie de 23 preparaciones microscópicas, muestra que las trompas aumentan en longitud y también en grosor, por hipertrofia de la túnica muscular, especialmente de las fibras longitudinales. Según el autor, los quistes provocan este fenómeno, por acrecentamiento de la energía nutritiva de toda la región; los pocos casos observados de atrofia tubaria, serían debidos a crecimientos tumorales demasiado rápidos que ejercerían tironeos, los cuales a su vez perjudican y comprometen la vitalidad del órgano.

El ovario, es independiente del quiste parovárico y, por consiguiente, también puede encontrarse sano o enfermo de degeneración escleroquística o con quistes mucoides y dermoides voluminosos. En nuestra casuística poseemos ejemplos de quistes parováricos coincidiendo con piosalpinx, con quistes papilíferos, etc.

Pozzi describe además de los quistes hialinos

mencionados, en los cuales admite tabicamientos, citando en su apoyo la opinión respetabilísima de Lawson Tait y Spencer Wells; describe, decíamos, los *quistes del parovario papilíferos* y los *dermoides*.

Los quistes papilíferos, llamados así, porque existen en su superficie interna brotes papilares, son bastante comunes. El líquido que contienen es con frecuencia viscoso, albuminoso, coloreado por derrames sanguíneos; pero como dice Pozzi, el examen detenido no dejará confundir estas formaciones, con los vulgares quistes mucoides del ovario, que son siempre multiloculares, mientras que los quistes parováricos son en la enorme mayoría, uniloculares.

El origen de estos quistes papilíferos es discutido: Lawson Tait, cree que no son más que una faz más adelantada de la evolución de los quistes hialinos; Doran opina que los papilíferos, son los verdaderos quistes del parovario, nacidos a expensas de restos embrionarios, mientras que los hialinos, no serían sino colecciones líquidas del ligamento ancho.

Los quistes dermoides han sido hallados indudablemente en el parovario, pero como es imposible, según nuestros conocimientos embriológicos, aceptar su desarrollo a expensas del conducto de Wolff, debemos admitir que han nacido a expensas de ovarios

aberrantes ; pueden ser uni o bilaterales, simples o múltiples.

Al llegar a este punto, no podemos resistirnos al deseo de hablar (apartándonos un tanto del hilo de nuestra exposición) de un caso interesante que muestra la independencia absoluta de los quistes del parovario y los del ovario, y el desarrollo de los primeros, después de la extirpación de los últimos.

Se trata en el caso, de una enferma (libro 17, cama 32, folio 76) que es intervenida en Junio de 1900, practicándosele una ooforosalingectomía por quiste del ovario derecho ; y una resección de Pozzi en el ovario izquierdo ; en Junio de 1907, segunda operación : por quiste del parovario izquierdo ; en Mayo de 1913, tercera laparotomía por quiste del ovario derecho : resección de ovario y trompa ; y finalmente en Julio de 1915, cuarta operación por salpingoovaritis quística izquierda y fibroma de útero : resección de anexo, histerectomía. Prueba bien evidente de independencia patológica y pequeño flechazo a la *cirugía* conservadora..... entiéndase bien : *no a la ginecología conservadora.*

Volviendo al tema, haremos notar la importancia trascendental de la relación que tienen estos quistes con el ureter, con el que llegan a contactar, corriendo el canal urínifero por la parte lateral e inferior del tumor, adosado pero no adherido a la pared

quística. A pesar de esta circunstancia, en el curso de la enucleación tumoral puede ser fácil herirlo y desgarrarlo; de allí el truc operatorio que aconseja Albertin en su comunicación a la Société de Chirurgie de Paris (1907), y que veremos al hablar de tratamiento.

Respecto del útero, afectan relaciones de vecindad variables. Unas veces lo rechazan lateralmente contra una de las paredes de la excavación, otras lo levantan y echan a un lado, otras, en fin, lo aplastan contra la sínfisis. Recordemos también el caso de Vanverts y Pancot, antes citado. En nuestra casuística figura un caso a desarrollo intra-mesentérico (libro 1, folio 117).

Mientras permanecen intrapélvicos, comprimen la vejiga y el recto, ocasionando como veremos en la sintomatología, trastornos de la micción y defecación, los plexos sacros (libro 15, folio 135), causando dolores ciáticos y locomoción penosa; los vasos ilíacos, trayendo edema de los miembros inferiores y red venosa colateral (libro 31, folio 95).

También es rechazada la vagina, haciendo prominencia el tumor en cualquiera de los fondos de saco y hasta puede escaparse, como veremos en complicaciones, por el orificio que da salida a una hernia inguinal (Weber, Amer. Journ. of Obstetrics, 1895, página 377), o hacer hernia el solo después de di-

secar el peritoneo, apareciendo sin saco (Ragone, La Ginecologia, 1907).

Más tarde, cuando el tumor se hace abdominal se pone en contacto con la pared anterior y lateral, los colones, etc., según su desarrollo, trayendo entonces trastornos digestivos, respiratorios y cardíacos que son del resorte de otro capítulo.

La frecuencia, no es posible darla con exactitud; vemos en una estadística de Koeberlé, sobre 293 casos de quistes operados, 13 del parovario; Bomet en 100 quistes halla 7 del parovario, proporción más o menos igual a la anterior, aunque peca fundamentalmente del defecto de haberse hecho el diagnóstico solo por punción.

Olshausen en 284 ovariomas, tiene 32, o sea alrededor del 11 por ciento, Jayle presenta sobre 500 casos de enfermedades útero-anexiales 24 casos de tumores clínicamente benignos del ovario, es decir, quistes, fibromas, etc., y 6 tumores del ligamento ancho puros, de los que 5 eran quistes del parovario; ésto da una proporción de 1,20 por ciento para esta afección y de 16.60 por ciento sobre el total de las enfermedades quísticas del ovario. Es de notar que los 5 casos, son tomados de aquellos que no tenían más lesión genital que esa, es decir, prescindiendo de los casos mixtos.

Markowsky en el Vº Congreso internacional de Obstetricia y Ginecología, reunido en San Petersburgo (sesiones del 22 al 28 de Setiembre de 1910), presenta una serie de 390 colpotomías por lesión anexial, practicadas en un intervalo de 14 años. En este total entran 334 casos de afecciones quísticas, y entre éstas, 38 quistes del parovario, o sea poco más de 11 por ciento.

El profesor Bazterrica el año 1905, tiene en su estadística (*Revue de la Clinique Obstétricale et Gynécologique*, 1906), sobre 323 enfermas internadas en la sala, 20 casos de afecciones quísticas de anexos, y de éstos 6 quistes del parovario, lo que hace un porcentaje de 2 por ciento sobre el total, y 30 por ciento sobre los quistes, lo que indudablemente es una racha muy favorable.

QUISTES HIDATICOS

Han sido los parteros quienes primero observaron los quistes hidáticos de la pelvis (Park, 1817), Puchelt (1840), que describieron más tarde en forma de casos aislados Basset, Roux, Leudet, etc. Charcot (1852) publica un buen resumen de la cuestión, y en esa vía le siguen Villard (1878),

Porack (1884) y Freund (1885), quien escribe el mejor artículo de conjunto. Más tarde tenemos las observaciones y tesis que sobre el tema escriben Lemonnier (1896), Frauta (1902), Savariaud (1903), Gau (1904), Cullingworth (1904), Oliver (1911), Minervini (1911).

Entre nosotros poco o nada hay publicado ; yo sólo he hallado el caso que comunicó el doctor Passeron a la Sociedad Médica Argentina en 1908, y el artículo del doctor Salvador, en la Semana Médica (1912).

Se observan los quistes hidáticos, a cualquier edad, tanto en vírgenes como en multíparas, con más frecuencia en los países que podríamos llamar de quistes : Islandia, Australia y el nuestro.

Su desarrollo puede hacerse en dos formas : unas, y es lo más frecuente, se producen secundariamente a la siembra por ruptura, punción u operación, de otro quiste abdominal (hígado, bazo) ; otras son primitivos, habiendo sido llevado ahí el embrión hexacanto por la sangre o la linfa ; más discutible es la hipótesis de inoculación directa, por travesía de la pared rectal ; o bien la penetración por la vagina, que dice Freund.

De todo el aparato genital femenino, el ligamento ancho y el fondo de Douglas son los más atacados. Una estadística de Dermigny, basada en

26 casos de quiste primitivo (Labadie-Lagrave y Legueu), da la siguiente distribución :

Mesocolon ilíaco	3
Ligamento ancho	7
Excavación entera	1
Retrovesical	1
Douglas y ligamento ancho	1
Douglas solo	12

Los quistes hidáticos desarrollados primitivamente en el ligamento ancho no son muy frecuentes. Labadie-Lagrave y Legueu dicen que sólo hay dos casos bien probados : los de Walther y Schatz. Nosotros podemos añadir el de Minervini (1911), Oliver (1911), Passeron (1908), en que había un quiste en cada ligamento ancho, y los de nuestro servicio.

Bland Sutton al notar esta frecuencia opina que el equinococo, parece amar al tejido celular subseroso ; por eso, dice, son frecuentes los quistes en el ligamento ancho, mesenterio, atmósfera peri-renal, y tan raros, por ejemplo, en el ovario.

Los quistes secundarios por siembra peritoneal o por una especie de septicemia, son más comunes, y por otra parte, en lo que nos interesan, es decir, referente al ligamento ancho, se confunden con los

primitivos, por lo que uniremos a todos en una sola descripción.

Su forma es casi siempre esférica, pero se hace irregular, cuando el crecimiento le hace ser comprimido por planos resistentes; el volumen varía desde el tamaño de un huevo hasta el de una cabeza de adulto; su contenido varía según el estado de septicidad, pudiendo ser el líquido hialino común, o bien purulento. Son tan frecuentes los quistes con vesículas hijas, como los que no las tienen, Oliver (1911) cita un caso muy interesante de quiste alveolar.

En el curso del desarrollo de estos tumores los órganos próximos sufren desplazamientos y compresiones. El útero es llevado hacia arriba y del lado opuesto al tumor, la vejiga y vagina aplastadas contra la sínfisis; el recto y los anexos, también son víctimas de desplazamientos y compresiones. Las poussées agudas son frecuentes, con su cortejo obligado de adherencias y bridas que tanto dificultan las intervenciones ulteriores.

El ureter mismo sufre desviaciones y aplastamientos que traen trastornos secundarios del lado de la pelvis renal y el riñón: hidronefrosis, pionefrosis, etc., como hemos visto en la enferma, que es objeto de descripción en el libro 43, folio 24

(caso publicado por el doctor Castaño en los Anales del Servicio, año 1915).

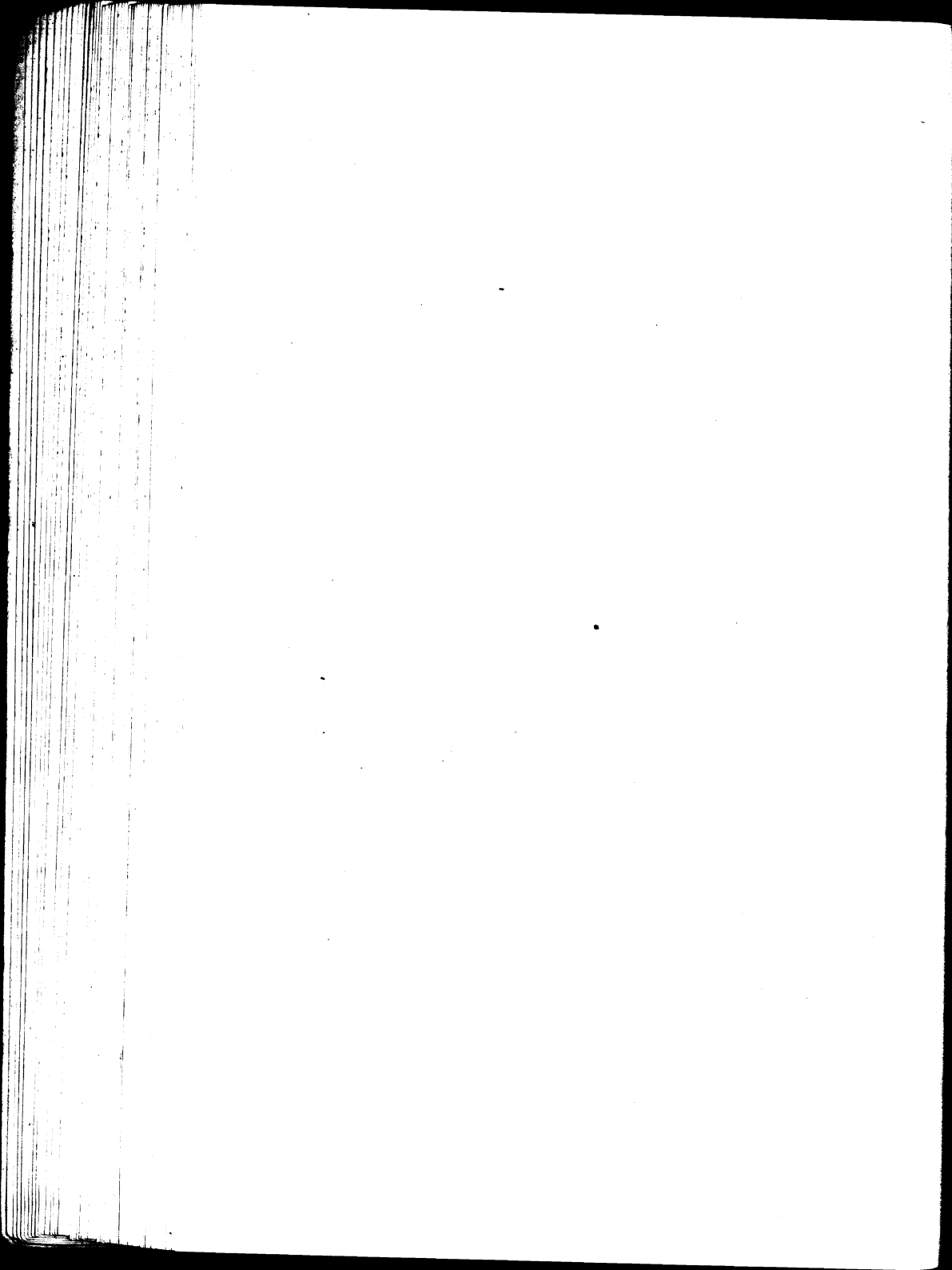
La sintomatología de estos tumores, es idéntica a la de todos los bultomas del ligamento ancho, lo que nos ahorra una descripción detallada. Sólo llamaremos la atención, sobre el dolor muy intenso que producen y las alteraciones menstruales tan frecuentes. El tacto permite sentirlos renitentes, tensos, pero nunca ha podido hallarse frémito, la aparición de poussées de urticaria, la reacción de Ghedini positiva y la presencia de hidáticos en otro punto de la economía darán el diagnóstico. Como recíproca curiosa, mencionaremos que en la enferma de Passeron ya citada, la operación de quiste hidático del ligamento ancho, permitió afirmar días después, que un dolor en el hipocondrio derecho, acompañado de ictericia, era causado por un quiste hidático de hígado obrando sobre vías biliares. La operación confirmó esas presunciones.

Los quistes hidáticos, pueden curar espontáneamente por muerte de los hidatides, o bien dar lugar a trastornos gravísimos, que es lo más frecuente, por ruptura en la cavidad abdominal, el recto, la vagina o la vejiga, o por infección y supuración consecutiva.

Su pronóstico es grave como se ve, y esta gravedad aumenta si se ve bajo la perspectiva de una

eventualidad tan frecuente en la vida genital de la mujer : el embarazo. Los quistes hidáticos por las compresiones y rechazos viscerales que originan son causa frecuente de aborto, y si el embarazo llega a término, son de temer la estrechez pélvica relativa, el tumor prævia, que obligan a la cesarea o cualquier otra intervención ; y si pensamos que Frauta ha visto morir un 30 por ciento de paridas por infección post-partum del quiste, tendremos una idea de la seriedad de esta enfermedad.

El tratamiento de las complicaciones obstétricas no entra en esta tesis ; el tratamiento ginecológico está comprendido en el de los tumores en general.



CAPITULO VI

Los tumores sólidos

LOS HIPERNEFROMAS

Los *hipernefromas* perfectamente descritos y documentados por Allamartine y Maurizot, en la Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, 1912, son tumores embrionarios, que pueden hallarse en muchos puntos de la economía, tanto en hombres como mujeres, afectando con cierta frecuencia, tanto en uno como en otro sexo, la esfera genital.

Desarrollados a expensas de glándulas suprarrenales aberrantes, su diagnóstico hasta la hora actual, sólo puede hacerse de un modo retrospectivo en la platina del microscopio; pero como dicen muy juiciosamente en su artículo los autores mencionados, posiblemente llegará día en que mejor conocidas las funciones suprarrenales, pueda pensarse en esos tumores, gracias a los disturbios humorales que

su presencia debe producir ; recordemos (por analogía) el caso de Lécene, quien halló un tumor, que resultó ser un caricepitelioma, y que provocaba signos reflejos de embarazo.

Los casos que cita la literatura, de hipernefomas del ligamento ancho, son debidos a Weiss (1898), a Pick (1901), Sternberg (1907), Gaudier (1908), Gardner y Mac Cleary (1908), Delore y Allamartine (1909). Los demás se refieren a casos de tumores desarrollados en el ovario u otros puntos del aparato genital. La existencia de glándulas suprenales aberrantes, ha sido denunciada por Marchand (1884) en el *Virchow's Archiv*, Warthin en el *American Journal of Obstetrics* (1900) y toda la serie de anatomistas, quienes las han se-
lor que varía desde el amarillo sucio, hasta el rojo parduzco casi negro, o sea el mismo que la glándula suprenal. Su superficie está recorrida por pequeños vasos y cortada por bandas conjuntivas muy vasculares, de cuya ruptura resultan pequeñas hemorragias en la superficie del tumor. También suelen verse quistecitos, llenos algunos de una sustancia blanca amarillenta y otros de sangre líquida o coagulada.

Su localización, como dije, es variable, pueden hallarse en muchos puntos de la economía, pero son

más abundantes a nivel de la zona genital. Sobre 10 casos que citan Allamartine y Maurizot de hipernefoma genital, 3 eran de ligamento ancho puramente, 5 de ovario, en 1 era dudoso y en el último, de un lado era ovárico y del otro intraligamentario.

Cómo puede producirse el enclavamiento de tales restos ? Sabemos que la cápsula suprarrenal se compone de dos partes : una cortical y otra medular. La porción cortical deriva del epitelio del celoma que cubre la cara interna del mesonefros, el cual se espesa en la zona llamada suprarrenal, que se extiende sobre toda la altura de la mitad superior del cuerpo de Wolff y sobrepasa por arriba la zona genital, aunque no alcanzando el pronefros.

El epitelio así espesado emite brotes que se pediculizan, adhieren en seguida a las venas renales eferentes anteriores del mesonefros y a la vena del cuerpo de Wolff y se condensan finalmente en una masa homogénea que contrae relaciones con los glomérulos, los tubos wolffianos, el hígado, etc. Toda esta cantidad de elementos epiteliales que formarán después el riñón, glándulas genitales, suprarrenales, hígado, etc., se hallan amontonados en un espacio relativamente pequeño, de modo que no es extraño que los brotes suprarrenales penetren en su creci-

miento, en los órganos antes nombrados y queden en ellos al estado de glándulas corticales suprarenales aberrantes, cuando la emigración de las glándulas genitales por un lado y el crecimiento del cuerpo por otro, dislocan las primitivas relaciones de las vísceras embrionarias.

En cuanto a la porción medular, sabemos que deriva de los ganglios simpáticos y que penetra en la substancia cortical en época muy temprana, aunque posterior a la brotación de que hicimos mentas, y por eso es que las glándulas aberrantes son casi siempre de tipo cortical; raramente se han visto tumores del tipo cromafino.

Recordando lo que dijimos arriba de las relaciones entre los brotes suprarenales y los tubos de Wolff, nos daremos cuenta de cómo es más frecuente su presencia a nivel de ese órgano que en cualquier otra parte del aparato femenino, y por consiguiente, su cantidad mayor en el espesor del ligamento ancho, que en otras partes.

Su punto de elección es el sitio en que los vasos útero-ováricos penetran en el ligamento ancho. Al microscopio se los ve constituidas por substancia cortical típica, envuelta de una cápsula conjuntiva y provista de sus tres zonas: arciforme, fascicular y reticulada. Los casos de aberrantes medu-

lares, se han hallado sólo en los plexos solar y renal y ganglios semilunares, nunca en la esfera genital.

La frecuencia de esas formaciones es variable, Archel en 1900 presentaba 24 casos; Aschoff y Mayer las hallaron 12 veces en 100; Mayer las ha visto 10 veces sobre 42 autopsias.

Cuando las cápsulas suprarrenales abeyrantes son sitio de crecimiento anormal, se transforman en verdaderos tumores malignos que se designan con el nombre de hipernefromas.

Los hipernefromas aparecen en todas las edades, desde 4 años (Gaudier) hasta 56 años (Delore y Allamartine), y como dijimos parecen ser más frecuentes a nivel del ligamento ancho, por razón de las conexiones que las suprarrenales aberrantes tienen con el cuerpo de Wolff.

Su aspecto macroscópico es el de una suprarenal gigante; el color amarillo sucio o rojo parduzco, con abundante circulación periférica y manchas hemorrágicas es característico, lo mismo que los quistes serosos o hemáticos, de que en párrafos anteriores hicimos mención.

Su estructura histológica es típica también. Se ven al lado de islotes, en que la estructura cortical es neta, otros en que la proliferación celular activísima ha vuelto desconocida la región. Existe una armazón conjuntivo-vascular compuesta por un eje

que es un vaso, y a cuyo alrededor se agrupan células embrionarias del tejido conjuntivo, en vías de proliferación. Es en las mallas de la red antedicha, que se ubican las células neoplásicas, con su aspecto poligonal y sus núcleos dentellados bañándose en el protoplasma claro, vacuolado. En otros sitios se ven células voluminosas de núcleo redondo y protoplasma granuloso, que se asemejan muchísimo a las células de la capa fasciculada de la zona cortical.

El ácido ósmico o bien el sodio, ponen de manifiesto en su interior grasas fosforadas y lecitinas bastante estables, ya que aún después de soportar la acción del xylol, es posible mostrarla en los cortes tiéndola con la hematoxilina cúprica de Régaud. En ningún caso ha podido hallarse vestigios siquiera de substancia cromáfina, que serían el indicio de la presencia de elementos de tipo medular.

Yendo ahora a un punto importante: ¿puede hacerse el diagnóstico o plantear la posibilidad de un tumor suprarrenal, antes de la operación?

En realidad, hasta hoy sólo podemos afirmar la existencia de tumor intraligamentario, porque la naturaleza íntima de él, sólo podría indicarla el conocimiento exacto de las substancias segregadas por la cápsula suprarrenal y de las alteraciones que un

hipernefroma, produjera en los humores del organismo, por exceso, falta o viciación de las sustancias en cuestión.

Sin embargo, conforme dicen Allamartine y Maurizot, en su excelente monografía de que tomamos casi todos estos datos, hay algunos indicios, vagos es cierto por hoy, pero cuyo estudio podrá ser muy útil mañana. Estos signos se refieren a todo o parte del síndrome addisoniano: la *pigmentación*, la *hypertrichosis*, especialmente del pubis, a la que Goldschweud, Tilleston y Walbach, dan gran valor, y que puede presentarse aún en niños de 1 a 8 años, que se muestran con la cara y el pubis llenas de pelos como un adulto; la *obesidad* y *desarrollo en estatura*, el *carácter cretinoide*, *taquicardias*, *vómitos*, etc.

En realidad, es de notar que estos síntomas, son de hipopinefria, cuando la lógica indica que debían ser de hiperepinefria; pero se sabe tan poco de todo lo que es secreción interna y secreción tumoral!.... Puede que se halle un signo que permita diagnosticar la naturaleza suprarenal de un tumor genital, así como ha podido sospecharse la existencia de un tumor a estructura tiroidea, estando la estruma intacta por la aparición de síntomas basedowianos.

El pronóstico de malignidad del hipernefroma

se basa tan solo en el aspecto macroscópico, invasión, metástasis, adherencias, etc., porque el examen histológico no dice nada de particular. En efecto, aún en casos de extrema celeridad mórbida, se hallan zonas grandes del tumor con células perfectamente (?) normales, idénticas a las de la cápsula suprarenal normal, no viéndose esas carioquinesis atípicas, esa proliferación enorme que son en otros tumores el índice de un proceso bravío.

En general, puede afirmarse que el pronóstico es serio. Las metástasis gástricas, vertebrales, hepáticas, son muy frecuentes, y cosa curiosa, parecen ser de peor vuelo los capsulados del ligamento ancho, que los ováricos, la recidiva se operó en un caso de Pick al año. Sacando un caso de Gaudier y otro de Vonviller (que eran ováricos y recientes), el resto han muerto por recidiva local o general, o por operación incompleta debida a lo extenso del tumor. Las metástasis se hacen por vía sanguínea casi siempre.

FIBROMIOMAS

Los fibromiomas y fibromas del ligamento ancho, constituyen una afección poco frecuente, pero de la que sin embargo, casi todos los ginecólogos

han tenido ocasión de observar ejemplos. La tesis de Ströheker (Paris, 1902) resume los 200 casos que constituyen la casi totalidad de la literatura sobre ese tópico, y forma posiblemente el mejor trabajo de conjunto. Entre nosotros existen dos casos publicados: el del doctor Salvador (Semana Médica, 1914) y el del doctor Castaño (Revista de la Sociedad Médica Argentina, 1914), aparte de otro caso del doctor Castaño no publicado. De esas observaciones clínicas exponemos en su debido lugar la síntesis.

Las dimensiones que pueden adquirir los fibromas son sumamente variables, desde nódulos que constituyen hallazgos operatorios, hasta enormes ejemplares de 15 kilos (Ridgier), 18 kilos (Bilroth), 20 kilos (Rossa). Aparecen en todas edades si bien son más frecuentes en las mujeres adultas; su estructura es idéntica a la de los fibromas uterinos, y sufren iguales transformaciones que ellos; así puede vérselos terminar por calcificación, degeneración sarcomatosa o mixomatosa, como también originarse edemas, porciones telangiectásicas, quísticas, hemáticas, etc.

Desdoblando las hojas del ligamento ancho pueden en el curso de su evolución, y conforme dijimos en el capítulo de anatomía patológica, afectar tres tipos: uno, *abdominal*, al que pertenecen los fibro-

mas originados en el mesosalpinx ; un segundo, que podíamos llamar *indiferente*, situado más abajo, y en cuya circunstancia se dirigen, bien al abdomen, bien a la pelvis ; y el tercero, *pelviano*, que se enclava en la excavación, y que cuando ésta no le da espacio, en un segundo tiempo invade el abdomen formando así la categoría de los fibromas *abdomino-pelvianos*.

El desarrollo de los vasos es enorme como en todos los fibromas, y constituye un obstáculo serio en el curso de la operación, que obliga muchas veces a ligar el pedículo útero-ovárico y uterino de la trompa sacrificando el anexo inútilmente.

En cuanto a los fenómenos de compresión, etc., sobre los órganos vecinos, son iguales aquí que en los demás tumores y se hallan enumerados en su correspondiente capítulo.

Como los demás tumores del ligamento ancho, pueden ser primitivos o secundarios. Estos últimos originados en la trompa, el ligamento redondo o el útero, no entran en nuestro plan, por lo cual los dejaremos de lado, ocupándonos sólo de los primitivos, cuyo origen ha dado lugar a muchos escritos y discusiones.

Virchow dice que estos fibromas son primitivos del útero, pero que se pediculizan y luego el pedículo se rompe y reabsorbe. Esta teoría ado-

lece de un serio defecto, y es que nunca se ha hallado ni siquiera vestigio del pedículo, y en que en muchas ocasiones la matriz está indemne de todo otro núcleo fibroso. Bielfinger y Sängner creen, en cambio, que no tienen absolutamente nada que ver con el útero, y que su nacimiento es en las fibras musculares lisas que Rouget ha descrito en el ligamento ancho. Cita en apoyo de su tesis el hecho de que hay fibromas pediculados, que se insertan en el ligamento por un tallo muy fino y que nada tiene que ver con el útero.

Su punto de origen preferido es el ángulo infero-interno del ligamento ancho, en el sitio en que las fibras lisas son más abundantes y mayor la irrigación sanguínea, debido a la vecindad de la arteria uterina.

OBSERVACION II

Fibromioma de la base del ligamento ancho izquierdo. Ovaritis quística del mismo lado (libro 24, folio 77).

T. F., 41 años, española. Ingresa a la sala X, cama 24, el 19 de Enero de 1910.

Antecedentes hereditarios — Nada de particular.

Antecedentes personales — Regló a los catorce años; sus menstruaciones al principio eran escasas, de 3 días de duración y dolorosas; más tarde se hicieron abundantes. Ha tenido tres hijos en dos partos; no hay abortos.

- *Enfermedad actual* — No puede precisar bien cuando comenzó a sentirse enferma; sólo recuerda que sus menstruaciones han venido haciéndose cada vez más abundantes, hasta la última que duró casi un mes con interrupción de pocos días. La menorrágia se hizo sin dolores, ni molestias. Orina bien, se alimenta perfectamente.

Estado actual — Vulva de múltipara, con pequeño desgarro del periné y prolapso poco acentuado de las paredes vaginales.

Cuello duro, sin desgarros; orificio no entreabierto. El cuerpo del útero es grande, en anteversión y látero-posición derecha, móvil, no doloroso.

En el fondo de saco vaginal izquierdo, se palpa un tumor duro, elástico, liso, poco móvil, indoloro, del tamaño de una naranja. Por arriba se extiende este tumor, hasta el reborde púbico, e invade por los costados, los fondos de saco anterior y posterior sin llenarlos en totalidad. No parece pertenecer al útero, entre ambos hay un surco de separación no muy neto.

Diagnóstico clínico — Tumor sólido, probablemente intraligamentario.

Operación (enero 24 de 1910) — Doctor Salvador. Incisión suprapúbica transversa, de Rapin-Kütsner. Se halla la matriz en la posición descrita, sin núcleos fibrosos intersticiales o sub-serosos, rechazada a ese sitio por un tumor que ocupa la base del ligamento ancho izquierdo. Los anexos de este lado, se encuentran situados por detrás del tumor, la trompa es normal, el ovario quístico y escleroso.

Se incinde la hoja anterior del ligamento ancho, entre el ligamento redondo y la trompa, enucleándose con toda facilidad el tumor, debido a la capa de tejido laxo que lo rodea. Se halla situado entre las dos hojas del ligamento ancho, sin ninguna conexión con el útero, los anexos o el ligamento redondo. Ligadura de los vasos que sangran, sutura con catgut del ligamento ancho y cierre del vientre en tres planos. La herida cerró por primera y la enferma es dada de alta el 16 de febrero de 1910.

Examen del tumor : Tumor redondo, liso ; peso : 80 gramos. Seccionado preséntase formado por tejido denso, homogéneo, de coloración blanco-grisácea y consistencia dura. Al microscopio, muestra la estructura de un fibromioma típico.

OBSERVACION III

Fibroma del ligamento ancho. Quiste dermoide del ovario derecho (libro 36, folio 50).

A. B., 49 años, argentina. Ingresa a la sala X, cama 10, el 12 de Mayo de 1914.

Antecedentes hereditarios — Sin interés.

Antecedentes personales — Regló a los 13 años, no recuerda si eran o no periódicas, le duraban 2 o 3 días, poco abundantes, indoloras. Se casó a los 16 años; ha tenido un hijo que vive, ningún aborto.

Enfermedad actual — Dice que viene sufriendo de muchos años atrás, por dolores en el bajo vientre, que se exacerban en la estación invernal, obligándola a guardar cama. Desde hace un año comenzó a notar que sus micciones se hacían frecuentes, acompañándose de dificultad en la emisión de las orinas y dolor, hasta que hace dos meses tuvo un ataque de retención. Un médico la sondó y le indicó la conveniencia de operarse, pues tenía un tumor en el vientre. Las reglas no han aparecido desde hace dos años.

Estado actual — Desgarro del periné en los

planos profundos, vagina libre. Por el tacto y palpación combinadas se nota un tumor que ocupa toda la pelvis, de consistencia dura, superficie lisa, inmóvil y que parece pertenecer al útero, a expensas de cuya porción supravaginal se ha desarrollado, borrando por completo el cuello, al que no es posible delimitar.

La evolución de este tumor es francamente abdominal, se extiende por el hipogastrio y las fosas ilíacas, llegando hasta dos traveses de dedo por debajo del ombligo. Comprime también la vejiga y la rechaza por detrás del pubis.

Al espéculo, no se ve cuello, que está perdido en el tumor, sólo consigue percibirse su orificio rechazado a izquierda. La histerometría, es muy difícil de practicar, pues la cavidad uterina sigue un trayecto tortuoso hacia la izquierda; sin embargo, consíguese penetrar 8 centímetros.

Operación (15 de Marzo de 1914) — Doctor Carlos A. Castaño. Laparotomía mediana infraumbilical. Se halla la vejiga adherida al peritoneo parietal y al útero. Prosiguiendo el examen, se nota la presencia de dos tumores, uno anterior que se desprende de la vejiga, y otro posterior, adherido al ligamento ancho íntimamente y que resulta ser un quiste dermoide del ovario derecho. A causa de

las adherencias formidables no se consigue desprender la bolsa íntegra, por lo cual se toma en un clamp resecaando en lo posible.

Del lado izquierdo se halla el útero pequeño, inmovilizado y elevado hacia la izquierda y arriba, por el otro tumor ya desprendido a medias y que resulta ser un quiste tubo-ovárico. Se concluye de liberar y se reseca junto con la matriz.

Entonces, y ya libre la pelvis, al abrir las hojas del ligamento ancho izquierdo se apercibe un tercer tumor, del tamaño de una cabeza de feto a término, duro, liso, sin adherencias, de aspecto fibromatoso. Se toma con tirabuzón de Ségond y se enuclea fácilmente, pues se halla libre entre las hojas del ligamento ancho, al que pertenece primitivamente, ya que el útero no tenía conexión con este tumor y era pequeño, sin núcleos fibrosos.

Se peritoniza suturando las dos hojas del ligamento entre sí y se drena con tubo la cavidad del tumor, que era muy grande. Taponaje con gasa a la Mikulicz de la cara posterior del ligamento ancho, que sangra por adherencias rotas; cierre en tres planos.

La enferma se levanta a los 22 días, curada. Alta el 25 de Junio de 1915.

OTROS TUMORES

Los *sarcomas* del ligamento ancho, muy a menudo propagados de los órganos vecinos : útero, ovario, etc., pueden, sin embargo, originarse primitivamente en él. En este caso pueden ser debidos a la degeneración de un fibroma, como lo mostraron Rokitsansky y Martin, o bien nacer primitivamente a expensas del tejido conjuntivo, que existe entre las dos láminas peritoneales del ligamento.

Los sarcomas primitivos, nacidos en el tejido conjuntivo, son raros : Péan en sus « Leçons cliniques de l'Hôpital Saint-Louis », Chénieux, Polaillon, Playfer y otros citan ejemplos ; Martini en un artículo aparecido en los « Annali de Ostetricia e Ginecologia » (Diciembre 1910), hace una buena descripción de ellos, remarca las dimensiones enormes que suelen alcanzar ; su extraordinario poder de propagación, tanto que han llegado a veces al orificio vulvar y su extremada malignidad por como las recidivas frecuentes ; dice que en total habrá 30 casos publicados. Duplay en la « Gazette des Hôpitaux » (1880), tiene un caso de sarcoma quístico, al que añadió Wack otro en 1908. Son igualmente interesantes las observaciones de Jones (American Jour. of Obs., 1890), Janomi (ibid, 1892), Pla-

ner (Wiener Med. Presse, 1905), etc. Nosotros en la estadística sólo contamos con uno.

Los *lipomas* también son raros : en un total de 6385 enfermas internadas en la sala X del Hospital de Clínicas desde 1898 hasta la fecha, no hemos hallado ningún caso.

Estos tumores, lo mismo que los sarcomas, fibromas, etc., pueden desarrollarse directamente en el ligamento ancho, o bien incluirse en él secundariamente.

Pozzi cita uno enorme, que llenaba el vientre y al que tomó por quiste a causa de su fluctuación, Terrillon (1885) habla de un lipoma secundario originado en el mesenterio. Middelschute y Vernice han visto ejemplares de 15 kilos de peso ; Martin (1906) uno grande como un huevo de paloma ; Klein cita otro (Monat, f. Geb. und Gyn., 1909).

La evolución de estos tumores es benigna ; todas sus molestias son debidas a compresiones viscerales.

Los *mixomas* tienen poco interés, y nada hay que añadir a lo que en general dijimos de los otros tumores. De los casos más interesantes, nos parece el de H. Brin (Revue de Gyn. et de Chir. abd., 1910, pág. 305) : se trataba de un enorme mixoma sub-peritoneal que invadía la región glútea, metiéndose por las escotaduras ciáticas, y te-

nía asimismo prolongaciones vaginales, que bombeaban en los fondos de saco.

Los *angiomas* parecen ser rarísimos; sólo citaremos el caso de Pautzer publicado en The American Journal of Obstetrics de Noviembre de 1911 y comentado en la Revue de Gynécologie de Pozzi en 1912, pág. 537; que cubría el útero, vejiga y ligamento ancho.

Tal vez en estos angiomas hallemos explicado el origen de los *hematomas* del ligamento ancho, no consecutivos a embarazo ectópico. El caso de Gordon Fitzgerald, presentado a la North of England, etc., en la sesión del 11 de Abril de 1905, es muy interesante. Se trataba de una múltipara de 42 años, en menopausa hacía un año, que se presentó a su clínica quejándose de que 3 meses antes había tenido una metrorragia. El examen mostraba el útero rechazado hacia adelante, por un tumor del tamaño de una naranja, redondeado, elástico. Se hace una laparotomía, hallándose la pelvis menor con muchas adherencias viejas, la trompa derecha del grosor de un dedo y torcida.

La masa que se sentía por el tacto era un hematoma del ligamento ancho, no adherente a la trompa, la cual no presentaba huella de ruptura, bien que conteniendo en su interior, coágulos. No había sangre libre, ni huellas de embarazo ectópico.

Teller, en el *Centralblatt für Gynäkologie* de 1910, trae un interesante trabajo sobre el punto; estos hematomas, que antes se citaban pero confundiendo con las rupturas de embarazo ectópico, son de origen muy obscuro. Podríamos atribuirlos a traumatismos, o bien a rupturas espontáneas de várices, bajo el influjo de una poussée congestiva, como también a ruptura de aneurismas o angiomas.

La frecuencia de esta curiosa enfermedad es escasa. Martin la ha hallado 10 veces en 8000 partos, Stadfeld 4 en 5000. Respecto a la relación de frecuencia entre el hematoma enquistado en el ligamento y aquel que se derrama en la cavidad peritoneal es según Kuhn 14:5 y según Weber 23:5.

Sostiene Veit que como causa predisponente a esta complicación, debe tenerse en cuenta la presencia de várices en el ligamento ancho, más grandes aún durante la gestación y que muchas veces coexisten con las várices de los miembros inferiores. Asimismo figuran como circunstancias predisponentes, todas aquellas susceptibles, directa o indirectamente de provocar congestiones pelvianas: las enfermedades cardíacas o renales, la insuficiencia ovárica, el hipotiroidismo, etc.

La sífilis, que produce alteraciones en los vasos, es también un factor que facilita su ruptura;

las enfermedades discrásicas de la sangre ; en algunas ocasiones hasta hemorragias intraováricas, se han abierto camino a través del ligamento ancho, formando así hematomas.

Ahora la causa determinante, por excelencia, es el parto. Rara vez tendremos que inculpar a desgarraduras del tejido celular pelviano producidas por el parto natural, la producción del hematoma ; porque en la mayoría de las ocasiones, son los partos forzados, el forceps mal usado, su causa.

Admítense además como etiologías posibles del hematoma intraligamentario : la caída a horcajadas sobre objetos punzantes, la ruptura durante el parto del tejido celular pelviano, especialmente en las primíparas viejas o cuando ha habido parametritis anterior, causas ambas de pérdida de elasticidad y por consiguiente, de inextensibilidad y desgarro ; el uso de maniobras abortivas, que pueden perforar la matriz ; y la dilatación forzada en úteros esclerosos, que trae aparejada a veces el desgarro de la matriz.

Como situación anatómica, es con mucho el más frecuente el hematoma en el ligamento ancho, luego vienen el retro-uterino, el ante-uterino y el del ligamento redondo.

La sintomatología, que es análoga en muchísimos puntos a la de el resto de los tumores ligamen-

tarios, podemos resumirla en el siguiente esquema :

1º—Comienza en forma de ataque : *a)* coincidiendo con la menstruación ; *b)* después de la menstruación ; *c)* faltando de tiempo atrás esta última.

2º—El dolor pelviano es muy agudo.

3º—Cuadro clínico de anemia aguda.

4º—Trastornos urinarios y rectales.

5º—Aparición de un tumor pelviano.

6º—Búsquense los signos de un embarazo tubario, cuya coincidencia con el hematoma es sumamente común, y en mil ocasiones su origen.

En el capítulo de diagnóstico diferencial hay que hacer una distinción importantísima con el hematocele enquistado ; punto al que Veit consagra varias páginas de su *Handbuch für Gynäkologie*, que resumimos aquí.

El hematoma es unilateral o bilateral, el hematocele en cambio es mediano, retro-uterino y llena el Douglas.

El primero está unido a la matriz y a la pared pelviana ; el útero tiene escasa movilidad, especialmente cuando quiere atraérsele hacia el tumor ; se limita muy bien hacia arriba, debido a que está limitada su expansión por el borde superior del ligamento ; en cambio, hacia la vagina sus límites son oscuros, imprecisos. El hematocele está situa-

do detrás del útero, al que rechaza hacia adelante ; los ligamentos se hallan libres ; es común hallar signos de embarazo ectópico ; su límite superior es vago, debido al paquete intestinal ; en cambio, el inferior bombea netamente el Douglas.

El hematoma al principio es tenso, después duro, casi nunca trae fiebre, es doloroso al tacto y espontáneamente, se reabsorbe después ; el hematocele al comienzo es poco tenso, luego aumenta en dureza ; trae alguna fiebre ; hay *signos de peritoneo* : vómitos, colapso, facies, etc., y se reabsorbe a menudo con rapidez. Es frecuente que el útero quede algo alterado en su movilidad más tarde ; cosa que no sucede en el hematoma, donde la *restitutio ad integrum* es la regla.

También podríamos confundirlo con una parametritis, pero en ésta el comienzo es lento ; hay datos de una infección puerperal o metroanexitis antigua, no se ven signos de anemia aguda, hay fiebre y pulso de infección.

El hematoma puede extenderse muy lejos, disecar el tejido celular pelviano por completo, bajar a la fosa isquiorectal, o bien llegar a la región renal y hasta al diafragma ; se infecta a menudo y entonces se transforma en enorme colección de pus, que se abre en el recto, vejiga, peritoneo, etc.

El pronóstico varía según la cantidad de san-

gre perdida, y según que se infecte o no la enferma. El tratamiento será expectante al principio, si el tumor no aumenta y la enferma se halla bien; más tarde se laparotomiza y extirpa el tumor que se forme. En los casos graves, de hemorragia intensa, habrá que laparotomizar para buscar y ligar el vaso herido. Naturalmente que en ocasiones se impondrán intervenciones serias y hasta la histerectomía.

Corioepitelioma maligno

En 1911 publicó Lécene en los Anales de Ginecología y Obstetricia, un artículo interesantísimo titulado «Un cas exceptionnel de chorioépithéliome malin, primitif du ligament large», conteniendo, como el título lo enuncia, el relato de un caso curioso y tal vez único en su género.

Se trataba de una mujer de 54 años, en plena menopausa por consiguiente, raspada dos años antes por aborto; que es operada, hallándose la matriz fibromatosa, y a su izquierda, por debajo de los anexos que están sanos, en plena base del ligamento ancho; un núcleo, de aspecto vascular que a simple vista parecía ser un angioma con un proceso trombosante.

El examen histológico lo muestra con el aspecto típico de un corioepitelioma, que trombosaba las venas del ligamento ancho, llegando hasta la vena hipogástrica. No fué posible hallar núcleos primitivos en el útero, como tampoco focos secundarios en los anexos o vagina, pareciendo tratarse pues de un proceso primitivo de las venas del ligamento ancho.

¿Cómo se explica la aparición de este tumor en un sitio que dista de ser el habitual? Lecéne cree que dos teorías resuelven el problema: sea que se admita, que hubo en el útero un núcleo primitivo extirpado dos años antes con el raspado; sea que se considere como primitivo, y en este caso hay que buscar una explicación patogénica.

La primera suposición es poco admisible, dice, dado el intervalo transcurrido entre su fecha de aparición y el raspado, y también por la ausencia de núcleo vaginal, uterino o anexial, como lo mostró la intervención. En la segunda hipótesis, que es la que admite Lecéne, se puede pensar que durante el embarazo, que dió lugar al aborto citado, hubo células coriales que emigraron al torrente sanguíneo, radicándose y permaneciendo inactivas en las venas del ligamento ancho, hasta que una influencia cualquiera, posiblemente la menopausa, las hizo despertar.

Una circunstancia curiosa lo constituye el hecho de que la enferma tenía *síntomas reflejos de embarazo*, explicables plausiblemente por la secreción del neoplasma que al fin era compuesto de células corioepiteliales, como las hay en el embarazo normal.

Este hecho, no debe llamar la atención, aunque no sea muy común. Ya Eiselsberg vió desaparecer una caquexia estrumipriva por tiroidectomía con la aparición de un cáncer tiroideo. Lo mismo pudo suceder en el caso de Lecène.

Como se ve, la exposición del caso da margen a muchas dudas y preguntas, que no creemos del caso formular, por la autoridad del maestro que expone y nuestra pobre preparación.

Actinomicosis

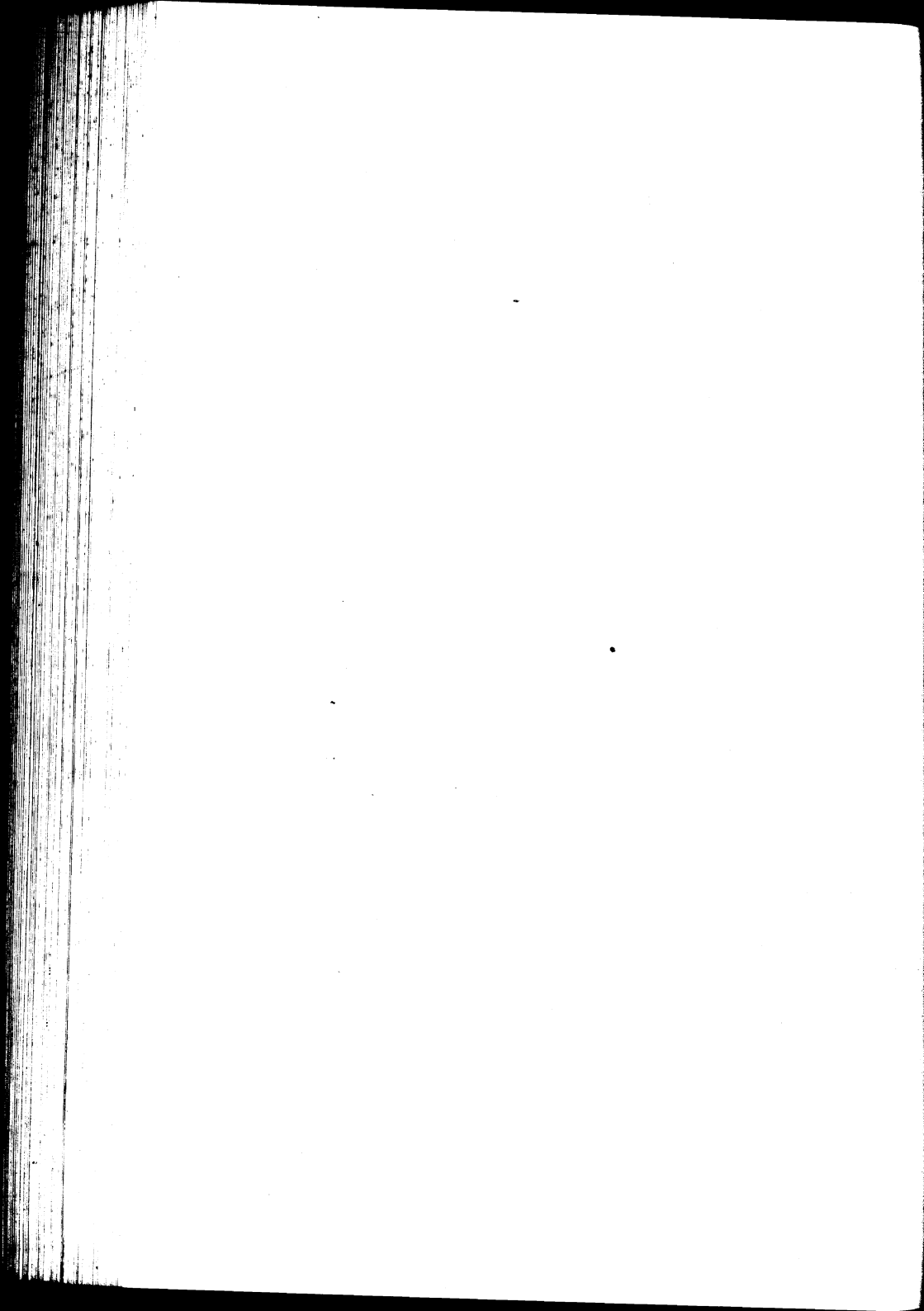
Es una enfermedad, raras veces primitiva, del ligamento ancho; originada en casi todos los casos, en el apéndice, ciego, colon ílaco y emigrada más tarde por fistulización al órgano citado.

Veit, que dedica un interesante capítulo al tema, menciona una serie de enfermas donde se han visto actinomicosis, emigradas al ligamento, abrirse des-

pués en la vagina, ombligo, recto, etc., y atravesar el útero y la vejiga. El diagnóstico seguramente que es difícil, pero Veit dice, que siempre que se toque un empastamiento leñoso de los fondos de saco, con dolor, y se pueda descartar una parametritis, o una lesión gonorreica, debe pensarse en actinomicas, pero solo la incisión dando salida al pus con gránulos típicos, dilucida la cuestión.

Sin embargo, se recomienda no contentarse con solo el examen microscópico del preparado, sino hacer también cultivos, pues muchas veces en las formas crónicas de la tuberculosis, pueden verse iguales figuras en clavos.

El tratamiento consiste en la incisión, yoduro de potasio al interior y yoduro como tópico local; hoy día el Salvarsán.



CAPITULO VII

Diagnóstico

En este capítulo es necesario hacer dos divisiones : una comprendiendo los datos que permitirán establecer el diagnóstico de tumor intraligamentario, y otra en que se trate del modo de diferenciar los diferentes procesos que pueden desarrollarse entre las hojas del ligamento ancho.

Cuando hallemos un tumor lateral en su mayor extensión, independiente del útero, del que lo separe un surco ; poco móvil ; que rechaza la matriz hacia un costado o bien lateralmente y arriba, raramente hacia adelante ; contenido casi por completo en la pelvis menor ; bombeando el fondo de saco vaginal ; que desvíe y aleje la cavidad vesical, podemos sospechar que nos hallamos en presencia de una neofórmación intraligamentaria. Interrogando a la enferma podremos obtener datos de interés, pues

aparte de los síntomas de compresión nerviosa, vascular, rectal o vesical, comunes a todos los tumores intrapélvicos, la paciente nos dirá, en regla general, que apenas tiene trastornos menstruales, que no ha padecido de menorragias, ni metrorragias o amenorreas. Apenas una leucorrea persistente o algún pequeño desarreglo en su menstruación le habrá molestado. La enfermedad data siempre de fecha antigua.

Establecido el diagnóstico de tumor intraligamentario, se trata de saber si es primitivo o secundario. Los *quistes del ovario incluidos*, se acompañan casi siempre de alteración quística de su congénera del lado opuesto, y traen trastornos menstruales que llegan a la amenorrea por insuficiencia ovárica; los *quistes dermoides incluidos*, son de evolución lenta, pequeños, sensibles al examen y la enferma tiene muchas veces alguna deformación congénita (quiste dermoideo de las cejas, etc.). Como se ve, el diagnóstico entre el quiste de parovario (primitivo) y del ovario incluido (secundario) es casi ilusorio.

Sólo la punción dándonos líquido poco o nada albuminoso, sin paralbúmina, con mucha cantidad de cloruro de sodio, etc. (véase anatomía patológica), puede hacernos creer con cierta razón en quiste parovárico. Sin embargo, este medio de explo-

ración es peligroso y vale más no usarlo, pues en cualquier caso, la terapéutica es la misma : operación.

Los *fibromas del útero* a evolución intraligamentaria, se reconocerán por estar unidos por un pedículo a la matriz, la cual casi siempre presentará accidentes propios de la fibromatosis : menorragias ; aumento de volumen ; aumento de la cavidad, apreciable perfectamente al histerómetro.

Sólo en el caso de un núcleo único intraligamentario, podrán faltar estos otros síntomas, y entonces el diagnóstico es difícil o imposible.

Los *tumores sólidos del ovario*, se caracterizan por su indolencia al comienzo, los pocos trastornos menstruales los acompañan, son muy móviles, más tarde traen ascitis ; su situación es muy lateral y alta.

El *embarazo ectópico* se caracteriza por su unilateralidad, sensación renitente especial, sensibilidad al tacto, reblandecimiento del cuello, aumento de cavidad uterina, con expulsión a veces de caduca ; coloración violácea de las mucosas, síntomas reflejos de preñez, falta de menstruación o metrorragias persistentes, etc.

Las *salpingitis* y *salpingoovaritis* son casi siempre bilaterales, se acompañan de dolor e irregularidades menstruales, son muy sensibles al tacto,

al cual se muestran como un tumor más o menos redondo, móvil, que ocupa el fondo de saco lateral. Cuando son agudas se acompañan de temperatura, leucocitosis, etc.

Por último, nos quedaría esa variedad de quistes pseudo-ligamentarios de que hablamos y en que el diagnóstico puede llegar a ser imposible y siempre muy difícil. También podrán dar lugar a dudas, las *retroflexiones* o *retroversiones* del útero normal o grávido, los *tumores de la trompa*, que se incluyen, en el curso de su evolución. Estos tumores tienen el aspecto clínico de una salpingitis, no habiendo más que un solo síntoma, que bien constatado, pueda hacer sospechar el diagnóstico, a saber: un derrame vaginal, abundante, seroso o purulento intermitente, debido a que cuando el orificio uterino de la trompa queda permeable, el líquido acumulado en la bolsa tubaria y en la cual bañan las vegetaciones tumorales es expulsado por el útero y la vagina.

En suma, vemos que el diagnóstico de tumor primitivo del ligamento ancho es difícil de hacer, o mejor dicho: que en él no hay términos medios, pudiendo según los casos ser sumamente sencillo, imponiéndose al clínico, o bien presentarse erizado de inconvenientes que impiden reconocerlo.

Ahora, debemos considerar qué clase de tumor

es el que tenemos entre manos. Si se trata de una colección renitente, blanda, de consistencia igual en todas sus partes, nos hallaremos en presencia de un quiste del parovario o bien de un quiste hidático. La punción exploradora, caso de que nos decidiéramos a practicarla, podría ser muy útil. Líquido claro sin albúmina, ni paralbúmina y rico en cloruro de sodio, es un quiste del parovario; si tuviese los elementos citados antes, y el líquido fuera citrino o parduzco, sería un quiste ovárico incluido, sin contar con que la palpación y el tacto nos hubiera permitido reconocerlo como multilocular; si fuera claro como cristal de roca, y a mayor abundancia, halláramos en el sedimento ganchos de equinococos, sería un quiste hidático. Este último diagnóstico, sería aún confirmado por dos hechos: el descubrimiento del frémito hidático, en el caso de que el tumor se hace abdominal y la existencia de quistes hidáticos en otros órganos de la economía.

En casos más favorables, la aparición de urticarias y la reacción de Ghedini, no dejarán lugar a dudas.

Sin embargo, aquí tenemos un primer escollo, a saber: que la sensación de renitencia y hasta de fluctuación, puede pertenecer a tumores sólidos. Testigo el caso que presentó Delaunay a la Société des Chirurgiens de Paris el 20 de Octubre de 1911.

Se trataba de un fibroma intraligamentario que pesaba 40 kilos, y que al examen daba una sensación de fluctuación tan neta, que se pensó en quiste del ovario, mostrando la operación el error, que se producía debido a una zona edematosa periférica que presentaba el fibroma. En esa misma sesión Dartigues narró un caso, en que presentó un tumor escondido debajo de una servilleta, y donde todo el mundo por la palpación diagnosticó quiste, viéndose luego ser un fibroma.

El medio de diagnóstico entre quiste de ovario y tumor del ligamento ancho de sensación quística, podría hacerse por el cateterismo de la vejiga, que en los quistes del ovario queda indemne, mientras en los otros, debido al rechazo hacia arriba del órgano, muestra un aumento de la cavidad.

Los tumores sólidos, pueden ser : el quiste dermoide, el fibroma, sarcomas, etc. El primero es de caracterización difícil y raro por otra parte ; podrá sospecharse en presencia de un tumor, de consistencia desigual en varios puntos, doloroso, de crecimiento lento y con más razón, cuando la paciente presente otras deformaciones congénitas. El fibroma, es un tumor duro, abollado, de superficie desigual, que no trae trastornos menstruales, y que puede o no acompañarse de núcleos uterinos. En cuanto al diagnóstico del sarcoma, epitelioma, etc.,

es imposible en realidad; sólo cuando la malignidad del tumor resalta a ojos vistas podrá pensarse en ellos, es decir, cuando fenómenos de crecimiento rápido hagan su aparición, así como dolores intensos, adherencias, ascitis, caquexia, metástasis, etc.

Lo mismo podremos decir, de los hipernefomas, corioepiteliomas, etc., en los cuales no se piensa nunca, por razón de su rareza y de la imposibilidad material de diagnosticar su naturaleza histológica.

No queremos cerrar este capítulo sin hablar de un diagnóstico, seguramente más útil de hacer, que no estas divagaciones sobre exquisiteces — nos referimos a la *vejiga intrafagamentaria* cuya descripción, acompañada de excelentes láminas, se halla en el Atlas de Tandler y Halban, intitulado: «Topographie des weiblichen Ureters». Estos autores dicen más o menos textualmente:

«Esta particularidad tuvo ocasión de ser observada por nosotros, haciendo una autopsia. La vejiga estaba llena al máximo; el útero en siniestro versión y rotación sobre el eje, de modo que el polo derecho estaba un poco atrás y el izquierdo algo hacia delante. El útero se hallaba de una parte, entre la pared izquierda de la pelvis y el recto, y de otra rechazado por la pared posterior de la vejiga llena, que dejaba asomar solo su fondo. En

este lado derecho, la trompa y el ovario quedaban sobre la cara superior de la vejiga, y se formaban en total tres compartimentos, el primero entre ambos ligamentos redondos, ocupado por la vejiga normal; el segundo entre los ligamentos redondos y las trompas de cada lado, lleno el derecho por la vejiga anormal, y un tercer departamento entre las vejigas anormal; y un tercer departamento entre las trompas y el sacro ocupado asimismo a derecha por

En un corte sagital, la vejiga se extendía del pubis al sacro, la vagina estaba aplastada contra el suelo pelviano. Debido a la penetración de la vejiga en el ligamento ancho el cavum preuterino y el retrouterino se hallaban unidos y por encima de ellos estaba el mesosalpinx no desdoblado por el tumor y conteniendo los anexos. Desde el mesosalpinx ambas hojas se abrían circundando la vejiga.

El diagnóstico sería sencillo si se practicara el examen después del cateterismo vesical o bien si se hiciese sistemáticamente cistoscopia. Pero supóngase el caso de que se encontrara este tumor intraligamentario, en el curso de una operación, y no reconociéndolo o no pensando en él se quisiera enuclearlo, pediculizarlo y hacer su resección.....

CAPITULO VIII

Evolución y complicaciones

En casi todos los casos, la evolución de los tumores intraligamentarios, se hace de un modo lento e insidioso ; tanto, que cuando las enfermas acuden al médico por trastornos en sus reglas, micciones, locomoción, etc., ya el diagnóstico de tumor es sencillo, tal es su volumen.

De por sí solos, poca sintomatología dan ; las molestias que ocasionan las producen órganos vecinos comprimidos o desplazados ; o bien brotes inflamatorios que se ingertan sobre el útero y anexos. Es así que una salpingitis o salpingoovaritis cuyo estallido favorecen las malas condiciones de nutrición en que por el hecho mismo del tumor se halla el aparato genital, traerá fenómenos de temperatura, dolor, etc., enteramente extraños al quiste o fibroma coexistente, pero que sin embargo, serán origen de su descubrimiento.

Esas mismas poussées, originan reacciones peritoneales, que luego terminan en bridas y adherencias, fuentes de nuevos dolores, y ocasión de complicaciones sin cuenta, en el acto operatorio.

Comencemos el estudio de la evolución de estos tumores y las complicaciones que en su curso pueden producirse, dividiéndolas en tres grupos: las que pertenecen al mismo ligamento ancho, las que se producen en los quistes y las que aparecen en el ciclo de los tumores sólidos.

1º—En la revista inglesa «The Lancet», mes de Enero de 1911, hallamos referida una observación clínica interesantísima, que relata un caso hasta el presente único de torsión del ligamento ancho normal, es decir, sin que hubiese tumor ni nada que pudiera haberla provocado.

Se trataba de una niña de 11 años, que presenta de repente un ataque doloroso en el bajo vientre, siendo cuando la ven Cassidy y Norbury (autores del artículo), el segundo ataque. El tacto rectal revela en el Douglas la presencia de una masa blanda y edematosa un poco a izquierda de la línea media. Temperatura 39°4, pulso 120; se piensa en abceso apendicular a evolución pelviana, por lo que se decide operar, hallándose el ovario izquierdo li-

teralmente estrangulado por el ligamento ancho y la trompa izquierda que se hallaban enroscados uno sobre la otra. Se practica una ooforosalingectomía izquierda; el examen histológico del tumor, muestra todo normal.

Según manifiestan los autores antedichos, se trata de un caso único en la literatura, ocurrido en niños; en los demás, existían tumores ováricos o hernias inguinales productoras de la torsión. En el caso actual no pudieron explicarse cual podía ser el origen de la afección.

2º *Quistes* — Una de las complicaciones frecuentes en la evolución de los quistes es su torsión. La torsión de un quiste del parovario necesita como condición previa indispensable, su pediculización, y además el que no haya adherencias que lo fijen.

La pediculización es bastante poco frecuente. Los quistes desarrollados a expensas de los tubos más externos del parovario tienen marcada tendencia a hacerlo y cuando lo consiguen tuercen en el 27 por ciento de casos (Fossatto G.: *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1908), siendo el accidente más frecuente en las múltiparas y netamente favorecido por el embarazo.

Aquellos otros quistes que se desarrollan doblando el ligamento ancho en dirección a su base,

también se tuercen previa pediculización, la eventualidad es más rara. En un caso de Mouchotte el quiste había empujado la hoja anterior del ligamento y se había torcido vasculando por encima de la trompa.

El pedículo es de variaciones muy grandes; sus dimensiones, de pocos milímetros casi siempre, llegaba a 4 centímetros en un caso de Binoz y Chavanay, y a 6 centímetros en una observación de Vanverts. El número de vueltas de espiral, varía de $1/2$ a 5 o 6. Las alteraciones que sufre el tumor y los órganos vecinos son de intensidad variable, pero en general no son tan acentuadas, como cuando sucede eso en los del ovario; debido posiblemente a dos factores: el primero que la trompa forma parte del pedículo y hace, como dice Boursier, de cojinete que impide el estrangulamiento de las arterias, y el segundo su longitud muy grande en ocasiones.

Las alteraciones anátomo-patológicas varían, desde la congestión ligera hasta el edema y el escabelo, con líquido negro pútrido (Lawson Tait).

Entre estos extremos existen todos los intermedios: hemorragias de la pared e intraquísticas, hematomas y necrosis, descamación y degeneración grasa de los elementos celulares. La trompa y el ovario participan a menudo de esas alteraciones. El

contenido del quiste puede tener su aspecto claro y transparente habitual o bien presentarse con aspecto hemorrágico y hasta francamente pútrido. La producción de ascitis es rara; en cambio, las adherencias con el epiplón y las asas intestinales son frecuentes, y no es nada raro verlas dificultar extremadamente la operación.

La sintomatología de esta complicación es sumamente distinta; hay casos en que la extrema longitud del pedículo, impide todo trastorno circulatorio en el quiste y su torsión pasa desapercibida. Hay más: existe el caso de Vanverts en el que ningún síntoma se presentó y en que al ser intervenida la enferma cuando el cirujano quiso enuclea el tumor, éste dió aún dos vueltas más sobre el pedículo.

En otras ocasiones, los síntomas revisten un carácter más agudo, y se presentan sea como cólicos dolorosos, que se exacerban en ocasión de las menstruaciones, sea como fenómenos intensos de reacción peritoneal: dolor lateral fuerte, náuseas, vómitos alimenticios y biliosos, vientre retraído o hinchado, constipación, pulso débil y frecuente, temperatura normal o bien fiebre ligera de 38°; facies grippé.

A la palpación, que siempre es difícil por el dolor que despierta y el meteorismo abdominal, se

apercibe una tumoración muy sensible en la fosa ilíaca; dura, mate, que bombea los fondos de saco.

Es en estos casos agudos, que se plantean los diagnósticos más variados: cólico hepático, oclusión intestinal, hernia estrangulada y apendicitis. Este error fué cometido por Lucas Championnière y Filhoulaud (Bull. et Mém. Soc. Anat. Paris, 1904), quienes operaron con tal diagnóstico, hallando en el anexo derecho un tumor negruzco del tamaño de un puño, implantado a nivel de la trompa y con el pedículo de unos 3 centímetros de longitud dando vuelta y media sobre su eje. Más afuera estaba el ovario de color negruzco, por la apoplejía que a su nivel se había producido.

Fossatti cree que el diagnóstico sólo puede hacerse fuera de los accesos agudos y se basa en la constatación, en la zona anexial, de un tumor independiente del útero, redondeado, móvil, fluctuante, doloroso. Habrá que eliminar la salpingitis torcida y los tumores del ovario; la constatación del ovario adosado al tumor, decide el diagnóstico.

Cuando el quiste del parovario es pediculado y se tuerce el diagnóstico con quiste de ovario torcido, es imposible y por otra parte, no tiene mayor interés, porque el tratamiento es igual (Vanverts: Le Nord Médical, 1905).

El pronóstico de esta complicación es relativa-

mente benigna ; operada la enferma a tiempo, cura (Goldberg : 1 muerte en 23 casos). El caso de Lawson Tait, quien operó en 1879 un quiste esfacelado y a contenido pútrido, es muy ilustrativo.

Hemorragia — Este incidente puede producirse en la evolución del quiste, debido a la torsión del pedículo, que trae consigo congestión pasiva y ruptura de capilares. Pero también puede producirse de un modo distinto, sin torsión, y Finaz en su tesis de Lyon (1898), así como Deniker en la suya, presentan excelentes observaciones de hemorragia intraquística sin causa aparente.

Verosímilmente el fenómeno es debido a las poussées congestivas menstruales, que se traducen por crisis dolorosas y aumento de volumen del tumor, que se hace muy sensible. También podría invocarse causa nerviosa (?), en casos como el de Nélaton, que relata Cocquelet (tesis de Paris, 1897), quien halló en una virgen, un quiste del parovario con su pared externa y el ovario lleno de manchas equimócticas, mientras la endoquística estaba sana y el líquido normal. Como sintomatología y diagnóstico, es imposible dar nada.

La *gangrena* sólo se produce en los casos de torsión del pedículo. La *supuración* es también po-

co común. Raimondi en su tesis de Paris (1897), reúne una cantidad de casos publicados por Izénard, Baer, Terrier, Monnet, etc., y Deniker añade los de Mauclaire, Winaver, Watten, Legueu. El origen de la supuración puede ser una infección sanguínea, como en las enfermedades infecciosas (tifoidea, etc.) o en la fiebre puerperal (Morinet). Otras veces tiene una vía de invasión linfática, que por vecindad transmite la infección desde un anexo enfermo (piosalphinx) o sino cuando se trata de quistes que desdoblán el mesenterio o mesocolon, o bien que merced a poussées inflamatorias se adhieren al recto o intestino delgado, los mismos linfáticos de neoformación serán camino de infecciones colibacilares.

Mauclaire (Ann. de Gyn. et d'Obs., 1901) tiene un caso de quiste parovárico a contenido purulento y aséptico, probablemente por un proceso de autoesterilización tan común en las colecciones anexiales.

Su sintomatología es la de toda supuración: dolor, calofríos, sudores, fiebre y crisis de reacción peritoneal; más tarde aparecen signos de septicemia y agotamiento; muriendo la paciente, si no se abre y drena a tiempo. En casos menos comunes, cura sin intervención bajo la influencia del reposo, hielo, etcétera, pero es una eventualidad con la que conviene no contar.

La *ruptura* de los quistes del parovario es poco común; la Deutsche Zeitr. f. Chir., 1909, traduce un artículo de Matti al respecto, donde narra un caso de quiste derecho roto y cuya sintomatología simuló una apendicitis aguda. Puede producirse por un traumatismo en ocasión de un esfuerzo, etc. La terapéutica más prudente es intervenir lo antes posible.

La *hernia* ha sido descrita por Weber en 1895 en el Am. Jour. of Obst., y por Ragone en la Ginecología (1907). Este autor vió producirse una hernia inguinal de la trompa y el quiste, sin que se notara saco.

La *degeneración* maligna puede ingertarse en la bolsa quística, ensombreciendo terriblemente el pronóstico. Goldschmidt en la Monat. für Geb. und Gynäk., 1911, trae una observación de sarcoma fusiforme ingertado en la pared de un quiste wolffiano papilomatoso. Rara es también la evolución espontánea a la curación, como podría serlo el caso de Concato y Taruffi (Rivista Clinica di Bologna, 1871), quienes hablan de un quiste óseo del parovario izquierdo; a menos que no hubiesen tomado por degeneración calcárea u ósea, lo que podría ser un quiste dermoide del parovario. Los ingertos cancerosos son rarísimos, pero posibles.

A su vez los quistes del parovario pueden pro-

ducir accidentes graves, no sólo de compresión, sino también de oclusión intestinal (Rémy: *Médical News*, 1891), hidronefrosis y pnonefrosis; dificultar el parto, encajándose en la pelvis o bien haciéndolo simultáneamente con la parte fetal, produciéndose con tal manera estrecheces relativas, presentaciones viciosas, procidencias del cordón, rupturas uterinas que obligan a intervenir al cirujano.

En los fibromas, la *torsión* es mucho más rara, se necesita también que el tumor no posea adherencias, que se halle pediculizado. La sintomatología es variada: unas veces se anuncia el mal con dolores sordos, tórpidos, otras tiene comienzo agudo, simulando una apendicitis o una oclusión intestinal (Cullingworth, 1896; Barette, 1904; Berers, 1909).

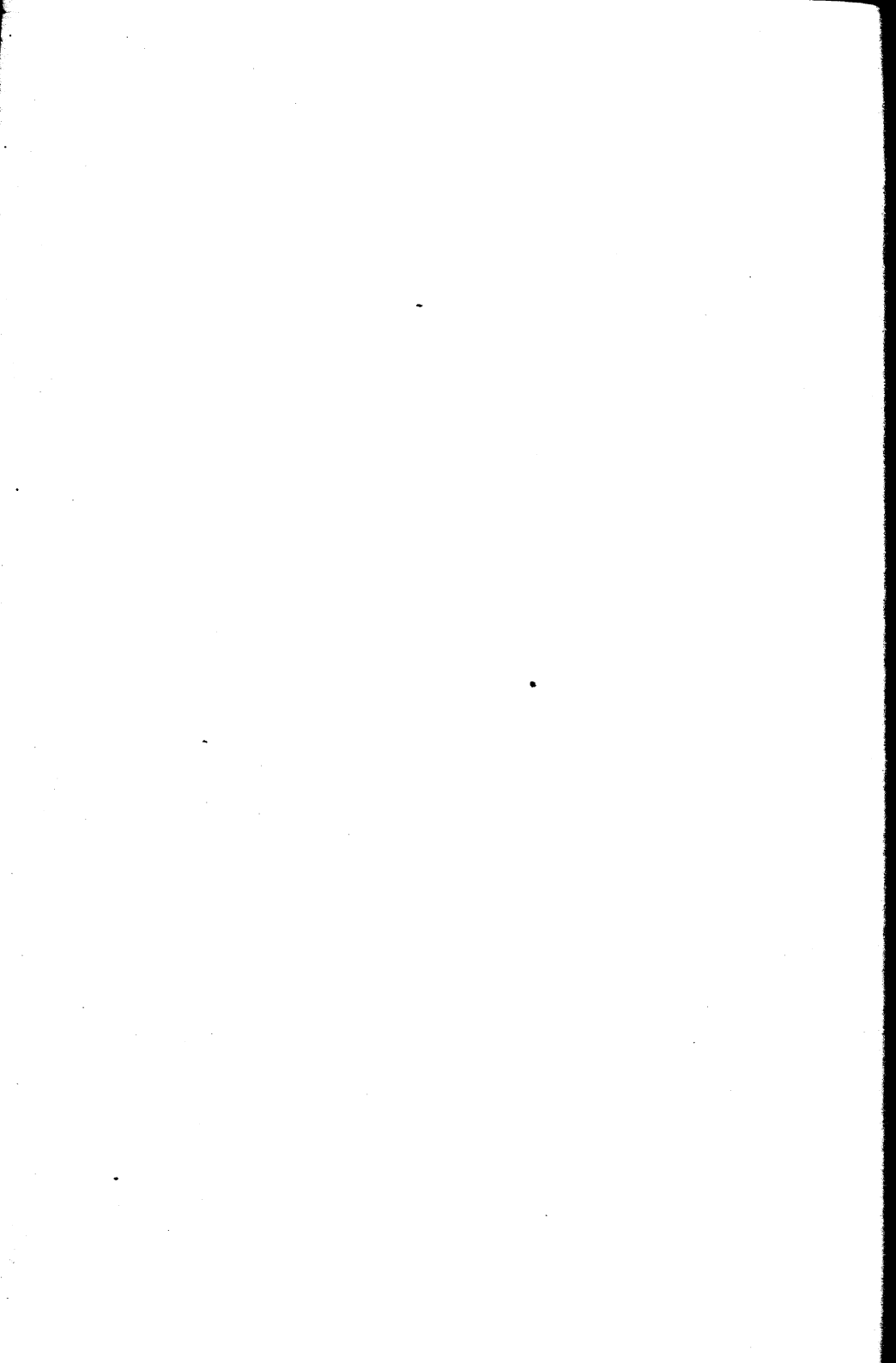
El diagnóstico es muy difícil; sólo podría basarse en el conocimiento anterior del tumor, cosa que ya sabemos no es nada sencillo.

La *hemorragia* se produce como en los quistes: por torsión y congestión, especialmente por congestión ovárica; la *gangrena* por torsión, nunca ha sido observada; en cambio hay un caso de Bisch (1902) de gangrena por infección.

La *supuración* de los fibromas primitivos existe, como lo prueban las observaciones de Cohn (1903) y de Rubert (1899). Los gérmenes llegan

al tumor por vía sanguínea, en el caso de una infección generalizada : piohemia ; o por vía linfática, siendo en esta ocasión su origen, una metritis, un piosalpinx.

La *calcificacóin* es frecuente (Foerster, 1894), y la *degeneración maligna* puede verse también (Orthmann, 1908 ; Jacob, 1913).



CAPITULO IX

Pronóstico y tratamiento

PRONOSTICO

El pronóstico de los tumores del ligamento ancho reposa, casi siempre, en dos factores : el diagnóstico y el tratamiento. Cuanto más pronto se haga uno y más temprano se efectúe el otro, mayores son las probabilidades de curación.

La operación, en efecto, permitirá eliminar junto con el tumor, las molestias que ocasiona, como ser retención de orina, dificultad en la defecación, dolores, locomoción difícil, o sean todos fenómenos de compresión ; en caso de tumor maligno, impedirá dentro de lo posible su extensión y metástasis ; prevendrá la torsión, hemorragia, infección, etc.

A pesar de esas ventajas, el pronóstico depende siempre de la naturaleza del tumor, los fenómenos locales de adherencias, infección, etc., el estado

general y las complicaciones que puedan aparecer intercurrentes.

TRATAMIENTO

En términos generales puede afirmarse que todo tumor del ligamento con diagnóstico seguro o de presunción muy autorizada debe operarse. Sólo se admitirán como contraindicaciones, la edad avanzada, el pésimo estado general o el hecho de que tratamientos médicos (rayos X-radio) beneficien a la enferma.

Las operaciones podrán hacerse por vía abdominal, vaginal o mixta, es decir, abdómino-vaginal. Decir cual es mejor y cual debe preferirse sería reanudar la eterna discusión de todas las épocas, entre los partidarios de la vía alta y la vía baja. Todos los métodos operatorios son buenos, dice Faure, cuando se saben manejar bien.

Séanos permitido, sin embargo, hacer notar que a medida que los cirujanos validos de la asepsia, van perdiéndole miedo al peritoneo y considerándolo como su mejor amigo, la vía abdominal conquista ardorosos partidarios. Su inocuidad, su sencillez y el hecho de que permite explorar bien la pelvis para hacer, según el caso, cirugía radical o

parcial, sacrificando sólo lo enfermo, justifican ese modo de pensar.

La vía vaginal podrá usarse en los casos en que el mal estado de la paciente, su edad avanzada o su *oposición decidida* a que se abra el vientre, nos obligue a abandonar la vía alta. Por la vagina podrán abrirse y drenarse los quistes hidáticos (Salvador); los quistes supurados, o bien los tumores que hacen prominencia en el fondo de saco, aunque sean muy grandes (Segond, 1895); pero el hecho de ser un camino ciego, en que no puede muchas veces verse bien lo que se hace, condición indispensable de toda cirugía, las dificultades enormes que pueden crear las adherencias y bridas, han hecho que la falange de vaginalistas vaya raleando en beneficio de los laparatomistas.

La vía mixta podrá usarse cuando en el caso de una intervención vaginal, surge un incidente que obligue a poner pronto remedio por un camino más cómodo y seguro; como ser: la ruptura de la uterina, herida del ureter, etc., o sino cuando por razones de poca movilidad se comienza por desprender la vagina de su inserción cervical, a fin de permitir el ascenso del útero y su fácil extirpación junto con el tumor ligamentario.

No creemos necesario hablar mucho de la vía para-vulvar o para-rectal, que sólo tendrían indica-

ciones reducidísimas, tratándose por ejemplo de tumores situados en el tejido celular pelviano (que en realidad no son tumores del ligamento). La vía extraperitoneal de Polosson (1893) que levanta el peritoneo siguiendo la incisión de la ligadura de la ilíaca, no tiene razón de ser con la antisepsia y la asepsia actual.

La punción, que se usó en el tratamiento de los quistes intraligamentarios y de los parováricos en particular, está hoy abandonada.

Preconizada por Bard, fué adoptada con entusiasmo por Duplay y Panas, que le añadió la inyección de tintura de iodo intrasacular, con los resultados que pueden imaginarse. En 1880, aparece la tesis de Castañeda y Triana, en 1887 la de Gautry, quienes no hicieron otra cosa que completar la obra iniciada por Atlee, Lawson Tait, Kœberlé, etc, partidarios irreductibles de la punción vaginal o abdominal, según el tamaño y evolución del tumor; poco a poco los fracasos y la oposición de cirujanos como Lucas Championnière, Terrillon y Terrier fueron desplazándola de un sitio que había ido a ocupar inmerecidamente. Actualmente sólo se practica con fin explorador, o sino, como un recurso de urgencia, en el caso supuesto, de un quiste impidiendo el parto (Lea, 1904).

Por nuestra parte, en el servicio del profesor

Bazterrica sólo hemos visto usar la vía abdominal en todas las intervenciones, y la punción como exploradora en casos donde se sospechó pus.

La laparotomía mediana infraumbilical será, pues, la incisión clásica; abierto el vientre y separado los intestinos con compresas, puesta o no la valva de Doyen, se pasará a reconocer el aparato genital para tomar una decisión.

En el caso de hallar un tumor pediculado, líquido o sólido, la cosa es sencilla. Basta con ligar ese pedículo y seccionarlo; en seguida se completa el examen de los anexos y el útero para corregir cualquier afección que pudiese haber en ellos.

Si el tumor fuese algo móvil, no pediculado, podría practicarse la operación de Hégar y Kaltenbach, tratando de pediculizarlo mediante ligaduras por debajo de él, de manera a hacer un nudo entre el tumor y el cuerno uterino y otro entre el tumor y el ovario; de paso se reseca la trompa. El inconveniente de este modo de hacer es que el pedículo resulta demasiado grueso y los nudos corren peligro de aflojarse, de donde la producción de hemorragias secundarias.

Hoy día se trata de ser más anatomista y de respetar la trompa; para ello se incinde el peritoneo del ligamento en su hoja anterior, por debajo de la trompa, sobre el tumor y se va a buscar el

plano de clivaje celuloso que lo envuelve. El dedo envuelto en una gasa lo enuclea y cuando no queda más que el pedículo se liga y corta. La bolsa peritoneal que lo contenía, si es pequeña bastará con suturar sus labios abandonándola, si fuera grande podría hacerse un capitonnage o reseca el exceso de peritoneo y en seguida suturar.

El capitonnage en estos casos tiene un inconveniente muy serio sobre el que insiste nuestro maestro el doctor Bazterrica, y es el ureter, que corre por la parte inferior y externa de la bolsa y puede ser comprendido en un punto de sutura o acodado al apretar los nudos. Lo mejor es reseca el peritoneo en lo posible, cerrar por surget la incisión de la serosa, dejando un tubo o un Mikulicz si sangra mucho.

Cuando tengamos que enuclear un quiste, su evacuación previa tiene ventajas e inconvenientes. Ventajas, porque lo reduce de volumen, haciéndolo más manuable, y porque disminuye la tensión intraquística, alejando así la posibilidad de ruptura, incidente desagradable siempre y peligroso cuando el quiste esté supurado; e inconvenientes, porque hace más difícil la enucleación y expone a dejar pedazos de pared. Albertini en la sesión de la Sociedad de Cirugía de Paris, del 6 de Junio de 1907, aconsejó enuclear los quistes sin punción, para evi-

tar los ingertos del tumor en la pared y el herir el ureter. En el caso que narraba, veía el ureter correr en echarpe sobre el quiste, pero pudo separarlo sin inconveniente, pues siempre es fácil aislarlo sobre un tumor distendido.

Los quistes del parovario son de fácil enucleación; en cambio aquellos que se encaminan hacia la base del ligamento ancho, son de intervención penosa, pero con paciencia y habilidad siempre puede salirse a flote.

En el caso de que por razón de las adherencias, o cualquier otra causa fuera imposible extirpar la bolsa íntegra, podrá marsupializarse. Esta solución tiene el inconveniente de crear una cavidad fistulosa que se infecta, supura y es de curación lentísima; entonces para evitarla, si la mujer es joven y tiene sus anexos y matriz sanos, se puede hacer una ooforosalingectomía, comprendiendo en ella el tumor, por debajo del cual pasará la sección y siempre le queda el otro anexo. Si por el contrario hubiese lesiones dobles de anexos, o la mujer fuera de edad avanzada, se puede hacer una histerectomía supravaginal con extirpación de anexos por cualquiera de los métodos comunes.

La histerectomía se impondrá: cuando el quiste adhiera íntimamente al útero, cuando no pueda hacerse hemostasia, cuando haya lesiones anexiales o

uterinas que no dejen pensar en conservación y cuando se trate de quistes papilíferos, para impedir así en lo posible la recidiva.

El curetaje de la bolsa, seguido de capitonnage, que preconizó el americano Stehmann en 1901, no tiene ningún valor.

Supongamos ahora un tumor enclavado en la base del ligamento, sin pedículo y no pediculizable. ¿Qué hacer? Si el tumor es independiente del útero, se incide la hoja anterior del ligamento y se enuclea a dedo; si estuviera muy adherido entonces se impone la histerectomía por cualquiera de los procedimientos comunes: el de decolación posterior de Faure, el de Kelly, el de Terrier, o bien aquella que hemos visto practicar con más frecuencia y mejor éxito: la histerectomía subtotal Bazzerrica, conocida en el extranjero con el nombre de procedimiento Caruso. Naturalmente que en presencia del caso, tan sólo, podremos resolver esa cuestión de método, ya que cada uno tiene sus indicaciones, sobre las que no es éste el lugar de insistir.

Supongamos que nos hallásemos, en cambio, ante un *quiste hidático*. Cuando no se ha hecho diagnóstico anteoperatorio, la operación puede terminarse de dos modos: o se continúa por vía abdominal, o se sigue por vía vaginal.

En la primera emergencia, el quiste hidático se trata como un quiste vulgar, evacuando previa formalización y luego extrayendo la membrana fértil. La periquística puede o no extraerse según el caso; así en la comunicación del doctor Passeron a la Sociedad Médica Argentina sobre un caso de quiste hidático pelviano (1908), se lee que el cirujano, se vió obligado a no proseguir la extirpación por la hemorragia que las primeras tentativas produjeron.

El doctor Salvador, por su parte, en esa misma sesión, sostuvo que era inútil tal extirpación, acompañándole en esa opinión el doctor Boero, diciendo éste que la periquística es un proceso defensivo del organismo, que una vez extraído el quiste no tiene ningún rol que llenar y se atrofia.

Citó además el hecho de haber visto en el servicio del profesor Palma, abandonar la periquística abierta, sin ningún incidente. A todo ésto replicó el doctor Passeron, que la periquística siendo fibrosa es un obstáculo a la cicatrización y que juzga peligroso abandonarla en el vientre (1).

Cuando se haya hecho diagnóstico anteopera-

En el segundo caso, se puede cerrar el vientre y hacer la colpomotía. No es de aconsejar a

(1) En caso de resolverse a abandonar la periquística se cierra en lo posible y se deja un drain.

menos de juzgar imposible la enucleación por vía alta.

torio lo mejor será hacer una colpotomía, que evita el derrame posible de líquidos quísticos en el vientre y la contaminación o siembra del peritoneo. Es la vía que sigue el doctor Salvador, y que hemos oído decir haber empleado a nuestro maestro el doctor Bazterrica. Sin embargo, en el caso que citaba el doctor Passeron, la vía vaginal hubiese impedido hallar y extirpar otro quiste que estaba situado en el ligamento ancho del lado opuesto.

Supongamos el caso de tumor bilateral del ligamento ancho; circunstancia en que también hay varios caminos y varias situaciones.

Si los quistes son pequeños y aislados, se enuclean según técnica ya expuesta, y siempre en el caso de que no hubiese lesión anexial o uterina.

Cuando los tumores están formados por quistes grandes, poco adherentes, pueden también punzarse y enuclearse en seguida; pero si se trata de tumores inmóviles, enclavados, se practicará la histerectomía por cualquier método, y junto con ella la extirpación del tumor, respetando o no el ovario, según el caso.

Los casos supurados responderán mejor, cualquiera que sea su naturaleza, a la colpotomía.

Accidentes operatorios — En muchas ocasiones, los tumores ligamentarios, se acompañan de un desarrollo vascular exagerado, que hace su tratamiento quirúrgico, un tanto arriesgado. Cuando se teme que pueda haber una hemorragia grande, podrá, si el tumor no es muy voluminoso, aislarlo por medio de clamps, que pasados por debajo de él, aseguran la hemostasia a corta del sacrificio de la trompa. Si en razón del volumen del tumor, no fuese posible ensayar ese truc, no habrá más remedio que tomar entre pinzas o ligaduras, el pedículo útero-ovárico y el uterino. Muchas veces resulta difícil hallar el pedículo útero-ovárico, porque éste se encuentra laminado y distendido por el tumor; entonces se recomienda (Descamps : Arch. Mens. d'Obs. et de Gyn., 1912) abordar el tumor por abajo, o por el extremo uterino, ir colocando pinzas o ligaduras, y seccionar de modo que al fin, gira y vascula sobre el ligamento útero-ovárico solamente. En ese momento nada más fácil que colocar una pinza o una ligadura.

La *herida de la vejiga*, se tratará haciendo sutura en dos o tres planos, y poniendo una sonda permanente.

La *herida del ureter*, es un incidente mucho más serio, y por desgracia, no muy raro en el curso de la intervención. Siempre debe pensarse en él

(Terrillon), y a la menor duda, lo mejor será buscarlo. Ver, es el procedimiento más seguro para no herir.

En realidad, el peligro existe en los tumores grandes, situados en la base del ligamento, y que lo desdobl原因 extensamente. Amam, aconseja colocar siempre una sonda ureteral en caso de tumor ligamentario. Albertin opina que no deben punzarse los quistes, para poder aislar mejor el ureter sobre un plano resistente; Vanverts y Paucot, insisten en el peligro de herir el órgano en caso de quistes retroperitoneales. Sin embargo, autoridades como Potherat, niegan la frecuencia de la aparición del ureter, al paso que Strohker dice que se ha visto 23 veces en 204 casos, es decir, en un 10 por ciento de sujetos.

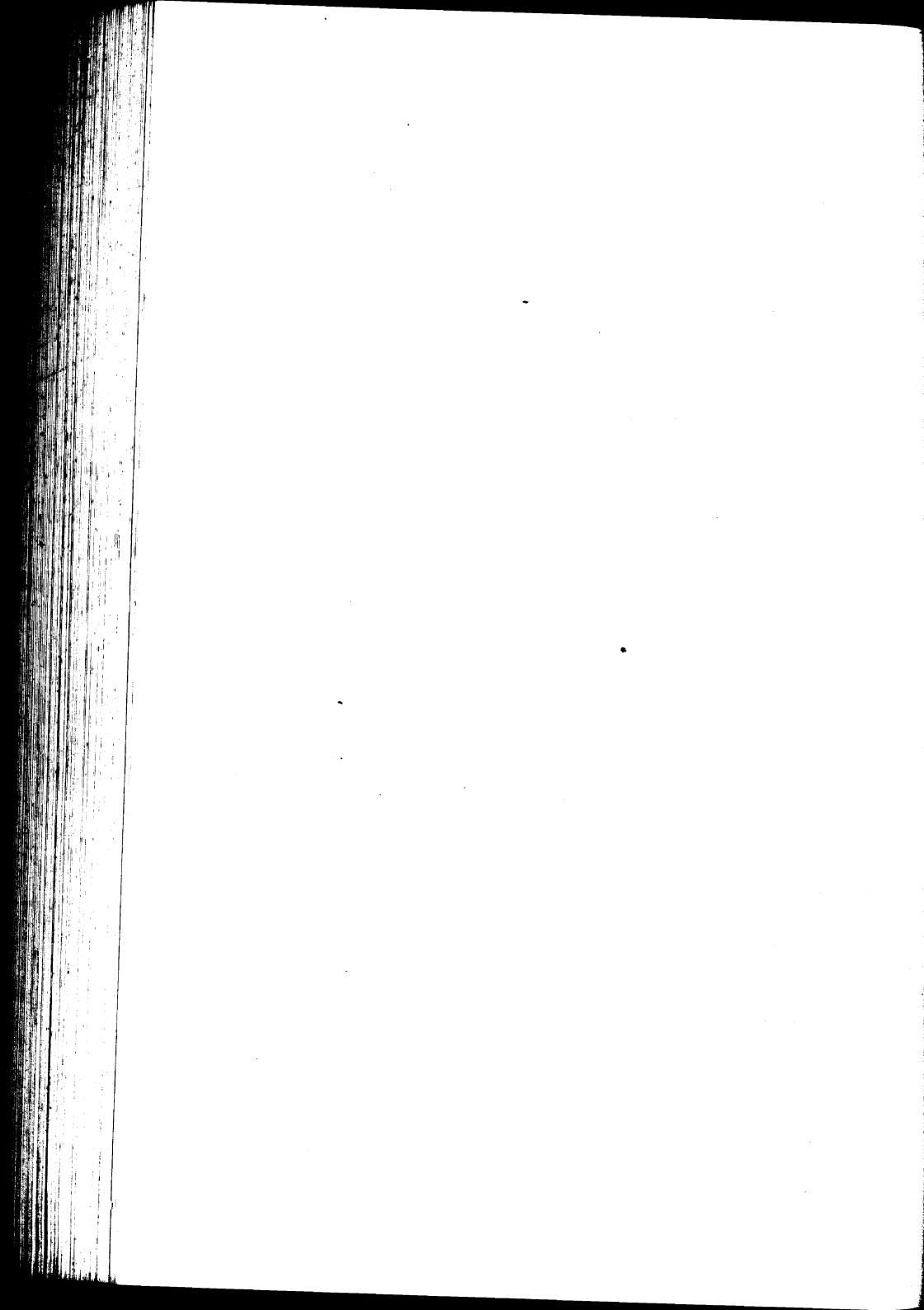
Si por desgracia, se hubiera herido el ureter, podrá intentarse, según el caso, la sutura lateral, la urétero-anastomosis lateral o terminal, o la abocadura en la vejiga según la técnica habitual, y de que se coupan Proust y Bouquet, en su comunicado a la Soc. Anat. de Paris, 1911. Hagamos notar por lo interesante un caso de Thiéry presentado a la Société de Chirurgie de Paris (1906), en que se produjo una fístula urinaria hipogástrica que cerró espontáneamente. Esta terminación dista mucho de ser frecuente y casi siempre, las fístulas son in-

terminables y obligan a hacer una nefrectomía para curarlas (Blumenfeld : Munch. Med. Woch., 1898).

La *herida del intestino* es un accidente cuya gravedad varía según la extensión del daño. En los casos de simple rasguño o desgarro poco extenso bastará una sutura en dos planos ; en casos de grandes desgarros o sección casi completa, se hará la sutura, o la entero-anastomosis. Parece exagerada la conducta propuesta por Bérard y Patel, en el Congreso de Cirugía de 1905, quienes aconsejan, hacer una enterectomía, cuando la denudación de la S ilíaca sea superior a 10 centímetros. La enterectomía es una operación sumamente grave para que pueda ser propuesta como sistema de conducta.

Finalmente, puede ser una complicación enojosa, el que quede una superficie muy extensa sin peritonizar después de la extirpación del tumor. En tal emergencia se tomará el peritoneo de donde se pueda, vejiga, recto, S ilíaca, etc., dejándose, si la superficie, aún cruenta es muy extensa, un taponamiento y drenaje.

Si al enuclear una colección purulenta se derrama pus en el vientre, lo mejor será dejar un buen drenaje abdominal y hasta llegar a hacer una colpotomía para drenar por la vagina si se temiera la virulencia del pus ; cosa que no debe suceder, pues aquí, como en toda cirugía ginecológica, deben operarse colecciones enfriadas.



CAPITULO X

El varicocele pelviano

Este capítulo, de los más imprecisos y vagos de la ginecología, es ocupado por una afección poco frecuente; tal vez porque se olvida su existencia y no se piensa en ella, al hacer diagnóstico de ovaritis escleroquística, de salpingoovaritis y de muchas salpingitis crónicas, irreductibles al tratamiento médico. Es en estos casos que, cuando desesperada la paciente por su vida de sufrimiento y martirio, se decide a ser operada, halla el cirujano, trompas y ovarios casi sanos, y a su lado, serpenteando por el espesor del ligamento ancho, enormes paquetes varicosos, causa única y real de esos trastornos.

Relegado el varicocele tuboovárico, a un rincón en los tratados de ginecología, es pasado de alto por el estudiante, olvidado por el médico, y

comentado, con sarcasmo muchas veces, por el especialista. Sin embargo, constituye una afección con derechos propios y bien adquiridos, con sintomatología precisa y neta cuando se la sabe buscar y de existencia muy frecuente. Seguramente que hay que huir, aquí como en todo, de la exageración, pero tampoco convendrá obstinarse, negando cosas, que si no se creen, es porque no se han visto o no se han querido ver.

Por otra parte, los grandes tratadistas, especialmente los franceses : Labadie - Lagrave, egueu, Pozzi, Faure y Siredey, y tras ellos una pléyade de autores de segundo orden, se limitan a copiarse, unos a otros, trayendo sus artículos cortados por el mismo molde, con las mismas citas bibliográficas y casi las mismas palabras. ¿Qué extraño podría ser que menospreciada por las cabezas, pasara desapercibida para el resto, a pesar de muchos artículos franceses, como los de Michel y Bichat, Petit, Herbet, etc., alemanes de Rossa, Herrmann, americanos de Dudley, Kelly-Noble, que caen casi en el vacío ?

Entre nosotros reina el más absoluto silencio, no habiéndose publicado ningún trabajo ni observación, probablemente por nuestra indolencia clásica, que esteriliza tantos y tan nobles esfuerzos.

HISTORIA

Richet, en su «Tratado de anatomía médico-quirúrgica», pág. 753, 1854, hace la primera mención sobre el particular, que comenta y amplía su alumno Devalz, en su tesis de París (1858).

Estudiando Richet las venas del ligamento ancho, escribe acerca de sus particularidades anatómicas algunos párrafos interesantes que transcribo casi textualmente: «Una particularidad notable es que ellas (las venas útero-ováricas) no presentan sino raras válvulas, o por lo menos válvulas insuficientes para oponerse al reflujo de sangre en su interior; cosa de que es fácil asegurarse haciendo inyecciones por las venas ováricas, o más simplemente, haciendo refluir por presión la sangre de la vena cava inferior. Se ve entonces las mallas del plexo útero-ovárico hincharse y en algunos casos, de un modo bastante grande para que las hojas del ligamento ancho se levanten y separen visiblemente». Siguen después algunas páginas, donde hace la descripción anatómica de los plexos dilatados, así como su sintomatología y condiciones patogénicas, tópico en que lo citaremos cuando de ellos hagamos estudio.

Devalz (1858) y Parmentier, siguen investigan-

do, y el primero en su tesis, afirma que sobre 12 mujeres autopsiadas en el anfiteatro de Clamart, encontró 3 atacadas de dilatación del plexo útero-ovárico. Parmentier por su parte disecó un caso, que depositado en el museo de anatomía de Clamart, sirvió de modelo a la descripción de la tesis de Devalz, quien afirmó junto con su maestro Richet, que una de las causas más frecuentes del hematocele retrouterino era la ruptura por una causa cualquiera de esas venas dilatadas y varicosas.

Budin, en 1875, habla en su tesis de agregación, del varicocele en las mujeres embarazadas; de Sinéty (1878) hace la anatomía patológica, que completan Paul Petit (1891), Roussan (1892) y Herbet (1893).

En forma de exposición de casos aislados, tenemos las publicaciones de Dudley (1888), Coe (1889), Malins (1889), Winckel (1890), Hirst (1890), Baldy (1896 y 1897), Herrmann (1908), Crámer (1910), Dittel (1913), y finalmente como artículos o memorias dignas de ser leídas con atención, las publicaciones de Michel y Bichat (1903), Sensent (1914), Castaño (1915) y los capítulos que en sus obras consagran al tema Lawson Tait (1886), Farabeuf (1905), Pozzi (1907), Kelly y Noble (1915). Además todos los textos de ginecología

traen datos más o menos extensos, sobre el particular.

ANATOMIA PATOLOGICA

Recordando las pocas palabras que ~~sobre~~ anatomía normal de las venas ligamentarias hemos dicho, fácil será darse cuenta, de cual es la forma que adoptan los plexos al ser dilatados por la sangre dificultada en su circulación.

En virtud de causas que se ignoran, la dilatación puede hacerse sobre las venas del meso-salpinx y tendremos formado el *varicocele tuboovárico*, propiamente dicho, o sino afectar las venas que corren con la uterina, será en este caso el *varicocele para-uterino*. En otros casos, y son los más, es todo el sistema venoso el afectado (*varicocele pelviano*); y nosotros le hemos visto tomar las venas del ligamento redondo y de los útero-sacros.

Las venas útero-ováricas tienen pocas o ninguna válvula, y en todo caso insuficientes para resistir la columna de sangre cava o renal que sobre ellas gravita. La existencia de una válvula perfecta, mostrada por Gray (1864) y Brinton, de Filadelfia, en el punto en que la útero-ovárica derecha se arroja en la cava, y la no existencia de tal obs-

táculo en la desembocadura de la izquierda en la renal, dan la razón de como es más frecuente el varicocele a izquierda que a derecha, imitando así lo que sucede en el hombre.

Richet al hacer la autopsia de una mujer de cuarenta y seis años, madre de ocho hijos, muerta por cáncer de estómago, dice que halló, de cada lado del útero, un tumor irregular, abollonado, blando, fluctuante, que ocupaba el espesor de los ligamentos anchos, siendo el del lado izquierdo mucho más voluminoso que el del lado derecho.

Al intentar disecar la hoja anterior del peritoneo ligamentario para aislar el tumor, no pudo conseguirlo sin desgarrar unas cuantas bultuosidades que tenía dicho tumor y por los que se escapó gran cantidad de sangre negruzca que inundó el tejido celular de la pelvis. A pesar de este incidente prosiguió la disección y puso a descubierto las venas útero-ováricas desde la región genital hasta su desembocadura en la renal y la cava, respectivamente; constatando que si se colocaba una ligadura en la cava por encima de la terminación de dichas venas, y en seguida se ejercían presiones sobre el tórax o el abdomen, la sangre refluía, llenando los tumores varicosos del ligamento ancho.

Estudios más extensos le permitieron constatar, que los plexos varicosos eran los útero-ováricos enor-

memente agrandados, presentando además coágulos en su interior y núcleos apoplécticos que se extendían al tejido celular ligamentario, mostrando por su color, tratarse de lesiones ya viejas. De allí deducía Richet que muchos de los hematomas del ligamento ancho o hematoceles peri-uterinos, y el hematocele retro-uterino, podían reconocer como causa la ruptura de alguna de esas venas enormemente agrandadas, con paredes enfermas, en ocasión de la poussée congestiva menstrual.

Las alteraciones histológicas de las paredes venosas, son iguales a las de las várices vulgares de la pierna, por ejemplo. Se ven en los cortes, bandas de tejido fibroso que disocian las fibras musculares lisas propias de la vena, y que espesan según Cornil, la parte más interna de la túnica mediana, o bien como sostiene Ebstein, la parte más exterior de la túnica interna, tratándose pues de una endoflebitis, ya que según opina y ha demostrado este autor, Cornil se equivoca al vincular a la túnica mediana esas capas neoformadas. También se ven las dilataciones de los vasa-vasorum, que vienen a formar verdaderas várices capaces a su vez de romperse en el espesor de la pared venosa; se aperciben depósitos granulosos entre los haces fibrosos, la coagulación in situ de la sangre y la formación de flebolitos (Klebs). En grado más avan-

zado la vena entera se transforma en un tubo conjunto rígido y se fusiona con el tejido celular vecino invadido por un proceso de periflebitis.

Las lesiones de los nervios que tan frecuentes son y tienen tanto interés en las várices de los miembros inferiores, no han sido descritas aún en el varicocele pelviano.

Otro tema tal vez más interesante, es la investigación de las lesiones anátomo-patológicas que secundariamente se producen en el ovario, puestas de manifiesto por Pablo Petit en 1891 (*Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie*, pág. 488) en una interesante comunicación titulada «*Des lésions de l'ovaire dans le varicocèle pelvien*» y que dió lugar a animadas controversias con Delèris, Budin, Pajot y Guèniot. Dice Petit, que ya Devalz presumía la existencia de alteración fundamental en el ovario, a tal punto que escribía en su tesis: «No he podido examinar el tejido del ovario, de manera que forzosamente tengo que ser incompleto en este punto y lo que escribo a continuación, no es el relato de lo que he visto, sino de lo que creo. Pienso que el tejido del ovario debe estar profundamente alterado, cuando hay trastornos en su circulación venosa. Juzgando por analogía con lo que pasa en una pierna varicosa, pienso que el ovario debe sufrir extensas modificaciones en su nutrición, ta-

les como edemas, infartos, etc., y hasta puede ser que el varicocele a causa de la acumulación sanguínea que provoca, no sea extraño al desarrollo de esas colecciones hemáticas intraováricas, conocidas con el nombre de quistes sanguíneos y que serían verdaderas apoplegías por exceso de presión de la columna de sangre ».

Budin en su tesis, se ocupa más bien de las várices de la mujer embarazada y habla poco del varicocele pelviano; en cambio, Dudley, que estudia cuatro casos laparotomizados por él trae un examen microscópico del tercer caso, en el que halla lesiones de ovario consistentes en un ligero aumento de volumen, y la presencia de pequeños quistes llenos de líquido claro o de una substancia gelatinosa. Las paredes de las arteriolas estaban algo espesadas, algunas tenían su luz disminuída y otras por el contrario aumentada.

El estroma ovárico se presentaba normal, lo mismo que la trompa de Falopio. En cambio los plexos venosos del ligamento ancho eran sitio de lesiones acentuadas: se veían enormemente dilatados, tortuosos y de paredes muy espesas. Los capilares que ordinariamente se borran y no pueden ser distinguidos del tejido conjuntivo ambiente, estaban distendidos y en sus paredes se hallaba san-

gre en degeneración pigmentada ; indicio de una estasis antigua.

A pesar de que el examen histológico era negativo respecto al ovario, Dudley creyó poder sostener que podía terminar este órgano en la atrofia, como sucede en el varicocele masculino con el testículo ,dando así origen a una interesantísima discusión en que tomaron parte Coe, Buckmaster, Pryor, etcétera, sosteniendo unos y negando otros la atrofia ovárica. De este punto nos ocuparemos con detención al hablar de la evolución de la enfermedad.

El edema ovárico que presumía Devalz fué hallado por Lawson Tait, y considerado extensamente por Conzette (tesis de Paris, 1890 : *De l'ovaire à petits kystes*), quien escribe : «A menudo se encuentran los ovarios edematosos, sin quistes superficiales o profundos. Estos ovarios se encuentran especialmente en los fibromiomas del útero, los tumores del ligamento ancho, los quistes dermoides, en una palabra, en todo aquello que pone un obstáculo a la circulación de retorno del ovario ». ¿Y acaso un varicocele no es una *entrave* formidable a la buena excursión de la sangre ?

Más adelante, haciendo el estudio microscópico, dice que a nivel del hilio ovárico, y hasta en plena masa del órgano se encuentran focos de edema en que el estroma conjuntivo del ovario, se halla

disociado en fibrillas y presenta bien netas sus células redondas y granulosas.

Paul Petit trae en su artículo tres observaciones sumamente interesantes. En el primer caso que fué operado por Pozzi, debido a los dolores y metrorragias casi continuas, halláronse los plexos venosos de ambos ligamentos anchos muy dilatados, las trompas turgescen-tes, congestionadas; los ovarios de aspecto blanquecino y como lavado, rênitentes bajo el dedo, de tamaño normal y llenos de quistecitos, como flictenas y del tamaño de lentejas, repletos de un líquido seroso que al ser evacuado por punción o corte no dejan ver una cavidad lisa, neta, como sucede en los quistes foliculares comunes. Al microscopio, se notaban las venas del hilio flexuosas, dilatadas y llenas de sangre. La capa ovígena del ovario, era muy rica en óvulos y presentaba algunos quistes foliculares; en la región intermedia entre el hilio y la capa ovígena existía un edema muy desigualmente repartido, más acentuado alrededor de los vasos varicosos, que disociaba las fibrillas conjuntivas, hasta formar verdaderas areolas en ciertos puntos llenas del tal líquido edematoso.

Esta observación fué muy criticada por Doléris, quien dijo, que la dilatación de los vasos tubo-ováricos no era nada rara; y que más aún, casi

podía considerarla como fisiológica. Además sostuvo que no se trataba de un varicocele idiopático, pues la matriz era grande, pesada; la histerometría daba 10 centímetros, datos éstos que unidos a las metrorragias, debían hacer pensar más bien en fibromioma, y por consiguiente, en varicocele sintomático, afección que los cirujanos ven todos los días. Pero, y aquí está lo importante, creía como Petit que «debía hacerse una distinción capital entre el ovario edematoso y el ovario quístico»; el primero consecutivo al varicocele y a todo obstáculo en la circulación de retorno, y el segundo, casi siempre inflamatorio.

En el segundo caso el examen microscópico mostró idénticas lesiones. Las venas del hilio esclerosadas, sus paredes gruesas, su trayecto tortuoso, en la cercanía de la capa ovígena se veía un edema que separaba las paredes vasculares del resto del estroma ovárico, y éste a su vez estaba disociado en muchas partes, pudiéndose apereibir numerosas células migratrices y las fibrillas del armazón conjuntivo netamente aisladas entre sí.

En otros puntos el líquido edematoso se coleccionaba en lagunas pseudo-quísticas, de forma ovalar, cuya pared estaba formada por tejido celular, tanto más disociado cuanto más se aproximaba uno a la cavidad; de manera que en resumen, podía-

mos decir, que las cavidades donde se depositaba el edema no tenían pared propia, sino que éste se hacía un lecho entre los elementos de la región cercana al hilio.

En cambio, la capa ovígena está muy poco o nada infiltrada. debido tal vez a que los vasos son de menor calibre y menos numerosos y a que la densidad del tejido es mayor. A pesar de esa aparente indemnidad, deben seguramente existir profundos trastornos funcionales, porque los ovisacos en reposo han desaparecido casi completamente, y los cuerpos amarillos están en degeneración hialina o quística.

Finalmente en un tercer caso, los ovarios grandes, se muestran llenos de quistes foliculares y en plena fibrosis; hay ectasias vasculares y linfáticas, infiltraciones sanguíneas parenquimatosas, debidas todas ellas, al tejido cicatricial fibroso que forma un magma donde se ahogan los elementos todos, constitutivos de la glándula genital.

Resumiendo : vemos que el proceso degenerativo de los ovarios en el varicocele pelviano, comienza por una faz de ectasia venosa, a la que sigue el edema, el cual se colecciona en cavidades que se forman por un proceso mecánico de disociación, o tal vez por distensión de las lagunas linfáticas (carácter distintivo con la hidropesía folicular que se

hace en el interior de los ovisacos). Simultáneamente comienza el trabajo de esclerosis por irritación (?) a nivel del hilio, que en seguida invade el tejido noble, ahogándolo.

Compl.

Además de estas lesiones, se han constatado : rupturas de las venas varicosas del ovario (Rollin), flebolitos y cálculos, que Brandt ha visto del tamaño de un poroto en las venas del ligamento ancho, y a los que Barnes atribuye un papel en la atrofia prematura del útero.

Nosotros en la observación V hemos visto varicosidades del ligamento redondo y de los ligamentos útero-sacros.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

La congestión crónica de la pelvis, reconoce como causa, todo estorbo a la circulación de retorno de esa región. Así pues, a priori, debemos distinguir dos clases de varicocele : el varicocele primitivo y el secundario.

El varicocele secundario es el más común, el que han visto todos los cirujanos, por poca práctica que tuvierén. Acompaña formando enormes troncos venosos, a los fibromas uterinos, a los tumores

intraligamentarios, de cualquier naturaleza que sean. También es común verlo en las afecciones cardíacas mal compensadas, y la dilatación de las venas del ligamento ancho con su sintomatología dolorosa, podría ser el signo de una asistolia genital, que entraría en el grupo de las falsas uterinas, creado por Robin y Dalché. Las enfermedades pulmonares, crónicas, las cirrosis del hígado poniendo una rémora a la circulación del departamento inferior del cuerpo, también podrían entrar en línea de cuenta como causas productoras de esta enfermedad; los embarazos repetidos, como lo hacen notar Dolérís, Michel y Bichat y Budin, porque dejan un estado de debilidad de los planos pelvianos, y con ella ptosis ligeras y congestiones pasivas que conducen a la dilatación varicosa de las venas.

Otras veces, el varicocele tubo-ovárico se presenta como lesión principal; tenemos entonces constituido el grupo de los varicoceles primitivos, cuya existencia se discute sin embargo.

En la producción del varicocele primitivo, se achaca el primer rol, a las congestiones activas repetidas, dependientes a su vez del temperamento neuroartrítico peculiar a casi todas estas enfermas, y que las predispone a las várices, a la congestión uterina con todas sus secuelas. De este modo por repercusión mutua va cerrándose un círculo vicioso,

en que las várices favorecen la congestión crónica genital y las lesiones útero-ováricas que ésta produce, predisponen a la estasis y la dilatación de las venas correspondientes.

De manera pues, que la etiología del varicocele tubo-ovárico debe buscarse en la etiología de la congestión, que en estos casos obra intensamente, favorecida por disposiciones anatómicas especiales, que más adelante estudiaremos.

Las fatigas, la estación de pie sostenida horas enteras, como lo hacen las vendedoras; las marchas prolongadas, la máquina de coser, el abuso de la bicicleta, del baile, el tennis, etc., son todas causas propicias de congestiones pelvianas intensas. Claro es, como dicen Faure y Sirédey, que no debe llevarse el terror a la congestión hasta prohibir el movimiento o el sport, y creer que la casi inmovilidad es el mejor preservativo. No. Entre el uso y el abuso hay un amplio margen, donde puede aprovecharse sin temor, y el abuso comenzará únicamente, cuando con el uso, se presentaran reales inconvenientes.

También tienen un papel importantísimo las excitaciones genitales sostenidas; el abuso del acto sexual, los baños calientes o muy fríos, que determinan vivas reacciones nerviosas, de temer en las mujeres de temperamento congestivo. Otras veces

podrán ser los climas de mar, el abuso de vinos, licores y condimentos, las ptosis gastro-intestinales, la constipación crónica, causas todas regidas como dije más arriba, por el terreno neuroartrítico en que actúan. Todas estas mujeres presentan, por poco que se las examine, los estigmas personales o hereditarios que caracterizan lo que Bouchard llamó « ralentissement de la nutrition », y es así que son comunes en ellas las poussées hemorroidarias, las congestiones pulmonares, laringeas y faringeas, las diasis exudativas, etc. Conste de paso, que al hablar de neuroartritis, no pretendemos sostener una doctrina, sino representar en una palabra el síndrome que magistralmente creó Bouchard, y al que hoy atacan el hipotiroidismo, las discrinias, etc.

Dije también antes, que se discutía el varicocele como entidad primitiva, basándose en que siempre es consecutivo a la congestión pelviana, que gozaría el rol de causa prima.

Natural es que pensando con ese criterio, tienen razón los que tal opinan, pero nosotros, sin entrar en cuestiones doctrinarias, para las que no tenemos autoridad ni estamos preparados, seguiremos llamando varicocele primitivo o idiopático a aquel en que la lesión venosa es el punto capital, con síntomas propios y sin que pueda hallarse en el aparato genital causa a la cual achacarlo.

Michel y Bichat (1903) hablan del posible origen infeccioso del varicocele tubo-ovárico, citando un caso, en que a raíz de un parto se desarrollan los primeros síntomas de la enfermedad. El examen de la enferma mostró una desgarradura en el costado izquierdo del cuello uterino, o sea del lado que correspondía al varicocele, y además, el examen histológico reveló una gran dilatación de los linfáticos del hilio ovárico. Se preguntan entonces los autores, si no se habría producido, a consecuencia del parto y favorecida por el desgarro cervical, una infección atenuada, que localizada al principio a los linfáticos del ovario, repercutió secundariamente sobre los vasos venosos vecinos, trayendo el espesamiento de sus tunicas, la periflebitis y la varicosis. El hecho es lógico, pero sería atrevido generalizar.

¿Cómo podrán actuar estas causas primordiales para producir las várices ligamentarias y por qué es más común y más grande el varicocele izquierdo que el derecho? Es indudable que para que las causas que en unas mujeres producen tales efectos y en otras son inocuas, actúen, se necesita un terreno predispuesto orgánicamente o por una afección anterior. Existe una verdadera diatesis varicosa en esas enfermas, cuyas piernas presentan los cordones venosos típicos, hemorroides, etc.; una debilidad

funcional de sus paredes, que hace de ellos tubos inermes, incapaces de llenar su misión. Añádase a ello las deficiencias valvulares de que hice men-
ción más arriba, cuya consecuencia es hacer gra-
vitar sobre los plexos venosos la columna sanguínea renal o cava; el escaso sostén que en las mujeres a órganos relajados, ptósicos, presta a las venas el
tejido celular del ligamento ancho y tendremos ex-
plicado el cuadro. Las congestiones menstruales in-
tensas y repetidas van también dejando huellas que se suman y multiplican con la influencia del em-
barazo.

Es de notar el hecho de que el varicocele fe-
menino, lo mismo que el masculino, son más fre-
cuentes e intensos a izquierda. La causa es múlti-
ple: primero la falta de válvula en la desembo-
cadura de la útero-ovárica siniestra en la renal, en
seguida la confluencia en ángulo recto de ambos
vasos, que dificulta el libre desagüe de la mitad
izquierda de la pelvis y también posiblemente la
constipación crónica de que sufren todas estas pa-
cientes. En este caso, las materias residuales, acu-
muladas en la S ilíaca, comprimen la vena útero-
ovárica izquierda que pasa por debajo del segmento
intestinal.

Pero, ¿y en el caso observado por nosotros de
varicosidades del Douglas, ligamentos útero-sacros

y ligamentos redondos, a qué causa atribuir las ? La compresión debía haber sido bilateral, pero el examen directo no nos la mostró ; tampoco había una enfermedad general, a que atribuir la, y por eso creemos, era un caso de varicocele primitivo, idiopático, bien manifiesto, en un terreno neuroartrítico, congestivo.

SINTOMATOLOGIA

Los síntomas subjetivos del varicocele pelviano, pertenecen casi todos al elemento *dolor* ; la paciente se queja de sensación de peso y molestias en el bajo vientre, o bien de verdaderos dolores, que nacidos del hipogastrio o de una o ambas fosas ilíacas, se irradian a las caderas, la cintura, los hombros y los muslos.

Estas crisis dolorosas se apaciguan mucho en la estación acostada ; se exacerban por el contrario con la permanencia en pie, las marchas y las fatigas. Van aumentando en intensidad a medida que se aproxima la época menstrual ; y en los dos o tres días que la anteceden, así como en los dos o tres primeros de su instauración, se convierten en un martirio para la pobre enferma, cesando des-

pués y dejando sensación de alivio y bienestar hasta la época siguiente.

Naturalmente, que por estos solos datos sería difícil distinguir el varicocele pélvico de la ovaritis esclero-quística, pero precisamente creemos que el síndrome dolor se produce por la congestión y el edema del ovario, como en la segunda enfermedad nombrada. Todas nuestras pacientes acusaban el síntoma dolor, en la forma dicha.

Las menstruaciones se hacen irregulares, casi siempre más abundantes y de duración mayor. En otras ocasiones aparecen dos veces por mes, o bien, más adelante cuando la destrucción ovárica adelantada, se hacen escasas o desaparecen (amenorrea congésiva), en cuyo caso son reemplazados por una leucorrea abundante.

Existe (y este síntoma es muy importante siempre que se descarte una retroflexión o un prolapso ovárico), existe, decíamos, dispareunia muy acentuada. El acto sexual resulta insoportable muchas veces para estas pobres pacientes, que se prestan de mala gana a las exigencias de sus maridos o se niegan terminantemente, trayendo tal cosa, la desdicha y el trastorno en el hogar y sumando a su mal físico, el malestar moral, tal vez peor y más insufrible. La dispareunia es debida a las várices del

Douglas y a que muy a menudo el ovario se prolapsa y es maltratado durante la aproximación.

Son frecuentes también la disuria o la polaquiuria y el tenesmo vesical, por la irritación que ejercen los plexos venosos sobre el sistema vascular y nervioso del reservorio urinario; los pujos y tenesmo rectal, por la misma causa, y las crisis colíticas, dispépticas, hemorroidarias, debidas al estado diaté-sico general.

Los síntomas objetivos, son capitales para el diagnóstico. Por el tacto y la palpación combinadas, se siente el útero pesado, grande, sensible, congestivo en una palabra. El cuello está blanduzco, grande. En los fondos de saco y con mayor frecuencia en el fondo de saco vaginal izquierdo, se palpan cordones sinuosos, blandos, sensibles que aumentan de volumen en la estación de pie, y se borran casi en el decúbito.

Esos cordones pueden sentirse también en el Douglas siguiendo el trayecto de los ligamentos útero-sacros. Hay siempre un empastamiento de los fondos de saco, aún en el caso en que el tacto no permita sentir los cordones varicosos.

Muy a menudo podrán sentirse los anexos, quísticos, grandes, doloridos al extremo y prolapsados, envueltos en los cordones venosos típicos. El exa-

men general de la enferma mostrará la presencia de hemorroides o várices de las piernas.

Tampoco es rara la circunstancia de que el tacto no deje percibir nada, pero en ese caso, el síndrome : dispareunia, alteración menstrual, dolor que se calma acostándose y aumenta en el caso contrario, presencia de hemorroides o várices, permitirán sospechar con fundamento, el diagnóstico.

El espéculo muestra el cuello violáceo, congestionado ; el histerómetro acusa un ligero aumento en la cavidad. //

El diagnóstico diferencial se basa sobre todo en la constatación de los síntomas clínicos y de examen que hemos expuesto. Debemos descartar la congestión uterina, o mejor dicho, tenerla muy en cuenta, porque suele ser el primer peldaño. La retroflexión uterina se reconoce al tacto y no trae menorragias o metrorragias ; el prolapso del ovario también es fácil de diagnosticar y por otra parte, coexiste muy a menudo con el varicocele.

Las anexitis, aparte de los signos físicos algo distintos, son febriles, a menudo han sido precedidas o son acompañadas de flujo y no ofrecen las alternativas de replección o vacuidad del varicocele.

La ovaritis esclero-quística, es la entidad de diagnóstico diferencial más difícil, tanto que a menos de palpar bien netos los cordones venosos, y

de curar o mejorar muchísimo la enferma con tratamiento médico, no podríamos alejarla, aunque no con seguridad. Y, por otra parte, si consideramos que el término del varicocele es precisamente una forma de ovaritis esclero-pseudo-quística, nos daremos cuenta de que el diagnóstico es inseguro. Y necesario, será. . . . ?

Todavía nos quedarían por mencionar las neuralgias ováricas, las afecciones extragenitales, pero son lujos inútiles, porque si no se diagnostican d'emblée a nadie se le ocurrirá pensar tan luego en varicocele pelviano.

En resumen : cuando en una mujer de cualquier edad, de temperamento congestivo o neuroartrítico, se constaten dolores que se exacerban en la época menstrual, dispareunia, alteraciones en sus reglas, se está en el derecho de afirmar el varicocele, se toquen o no los cordones varicosos. Ya he dicho varias veces, que el hallazgo de várices en otras partes robustece esa presunción.

EVOLUCION Y PRONOSTICO

El varicocele pelviano, es una enfermedad seria ; abandonada a sí misma, sigue una marcha pro-

gresiva y creciente, siendo susceptible de acarrear los mayores trastornos en el organismo femenino.

No insistiremos sobre los dolores y las hemorragias, que hacen intolerable la vida a la enferma, limitándonos a tratar un punto muy discutido e interesante, a saber : la influencia del varicocele sobre la función ovárica.

Es indudable que al principio, como todo órgano irritado, produce una mayor suma de trabajo, pero luego cuando lo invaden la esclerosis y el edema, las cosas cambian radicalmente y su secreción se hace cada vez menor y más defectuosa, terminando con la atrofia del órgano, como sostuvo por primero Dudley en 1888 y como lo sospechó Devalz en 1858.

Sin embargo, Coe en 1889, salió a la palestra diciendo que le extrañaba que las ideas de Dudley, hubiesen sido aceptadas sin más, por todos los ginecólogos. Decía Coe que la atrofia del testículo por varicocele le parecía rara, que la atrofia del ovario, caso de producirse, nada tenía que ver con las várices del ligamento ancho y que la causa habría que buscarla en el aprisionamiento de la glándula por neomembranas peritoneales.

Este trabajo de Coe hizo gran ruido en la Sociedad Obstétrica de Nueva York, dividiéndose las opiniones en dos grupos adversos. En uno figuraba

Buckmaster, quien defendió la importancia del varicocele ya mostrada por Emmet; y en el campo contrario Pryor. Este sostuvo que el varicocele masculino no traía nunca la atrofia testicular sino por el contrario su hipertrofia, y que en el caso de Dudley la atrofia debía atribuirse a la menopausa. Porter ha encontrado la atrofia y la degeneración quística del órgano, y piensa que la esclerosis ovárica es debida al estasis y la hipernutrición que provoca. Añade en seguida que muchas de las afecciones dolorosas crónicas de los ligamentos anchos, son debidas a inflamaciones sordas de los vasos y al desarrollo progresivo de tejido conjuntivo, que comprime los nervios y los irrita.

Sea lo que fuera, en ese caos de opiniones, nosotros de acuerdo con lo que hemos observado podemos sostener que, si no la atrofia ovárica, que no hemos visto nunca, al menos el varicocele abandonado a sí, termina en la degeneración quística del ovario, con su secuela de dolores y trastornos generales, que hacen insoportable la vida a las pacientes. Y además, hoy día que la atrofia testicular por varicocele es un hecho, ¿qué razón habría para que con el ovario no sucediera igual cosa?

Otra complicación, discutida por cierto, es la ruptura de las venas varicosas. Richet cita el caso de una enfermera de su sala, congestiva de antiguo,

en que a consecuencia de un esfuerzo al lavar un parquet, se produjo la ruptura de una vena y un hematoma del ligamento ancho izquierdo que poco después se abrió espontáneamente por la vagina. Tampoco sería raro que se produjera una hematocele retro-uterino por ruptura de una várice en el peritoneo, pero en todos los casos sería conveniente averiguar si no se trataría más bien de un embarazo extra-uterino.

TRATAMIENTO

El tratamiento del varicocele sintomático, radica en la cura de la enfermedad primitiva, es decir, ablación del tumor cuando le haya, regularización del curso sanguíneo en los estados cardíacos, estimulación de la glándula urinaria en los renales, etc., con el arsenal terapéutico conocido.

El varicocele idiopático es susceptible de dos tratamientos, que deberán sucederse rigurosamente y en ginecología conservadora más que en otra parte: el tratamiento médico y el tratamiento quirúrgico.

Tratamiento médico — Dijimos en capítulos anteriores que la congestión pelviana era el factor más

eficiente en la producción del varicocele tubo-ovárico ; por consiguiente, a suprimirla deben tender nuestros esfuerzos, que se encaminarán por dos sendas : la profilaxia y la terapéutica.

El tratamiento profiláctico de la congestión, se hace suprimiendo las fatigas físicas inmoderadas, la estación de pie prolongada, el abuso de la bicicleta y la máquina de coser, etc., sin que ésto quiera significar que deba condenarse a la mujer a la quietud absoluta ; por el contrario, el ejercicio moderado, inteligente, tonificando el cuerpo, es el mejor estímulo de la circulación. El uso de una faja hipogástrica que levante el vientre sin oprimirlo es de rigor.

La alimentación deberá cuidarse mucho, suprimiendo de ella las especies, los guisados fuertes, la carne en demasiada cantidad, los alcoholes y el café. Las funciones eliminadoras han de cumplirse con toda regularidad y a ello propenderán el uso de vegetales, frutas y los laxantes en caso necesario : la fenoltaleína, cáscara sagrada, aloes, podofilina, etc., y los compuestos farmacéuticos : corectona, píldoras alófenas de Parke Davis, etc.

El sueño tranquilo en un lecho más bien duro ; la supresión de excitaciones morales fuertes y la moderación de las funciones sexuales ; en una palabra : la higiene del cuerpo y del alma, serán uno

de los agentes terapéuticos, que podrán darnos los mejores resultados, cuando se sepan usar bien.

Como medicamentos destinados a actuar directamente sobre la circulación genital apelaremos en primer término : al *hammamelis virginica*, usado en tintura o extractos fluídos, recordando que si se quiere dar en la última forma combinado a otros extractos fluídos, habrá que añadir unas gotas de ácido clorhídrico, para evitar precipitados. Se prescribirá así :

Rp. :

Extracto fluído de *hammamelis virginica*... 20 grs.

dando a tomar 20 gotas a la mañana y 20 gotas a la noche en un poco de agua azucarada y durante los 10 días que anteceden a la aparición del derrame menstrual. Instaurado éste, la enferma debe quedar si es posible y por lo menos el primer día, en cama ; cuidar su vientre extremando el régimen higiénico. Si el derrame menstrual dura más de cuatro días, tomará de nuevo el medicamento a la dosis de 30 a 40 gotas dos veces al día, si es tintura ; o bien 60 a 120 si se trata de extracto fluído.

El *hammamelis* es un excelente sedante cuya acción decongestiva, hemostática y regularizadora de la circulación se conocía ya en las várices de las piernas y hemorroides.

El *viburnum prunifolium*, goza de iguales propiedades que el anterior, aunque las emplea de un modo más suave; las dosis son las mismas; casi siempre se administra asociado en esta forma:

Rp.:

Tintura de *viburnum prunifolium* ,
Tintura de *piscidia eritrina* aa 30 grs.
Tintura de *cannabis indica*... ..

XXX a XL gotas por día, y del modo que indicamos en los párrafos destinados al *hamamelis*.

La *piscidia eritrina* es analgésica, hipnótica, y es un calmante excelente del sistema nervioso; no causa perturbaciones gástricas. El polvo se prescribe en dosis de 2 a 4 gramos, el extracto fluído 2 a 6 gramos, la tintura 40 a 50 y más gotas al día.

El *cannabis indica* es un precioso antiespasmódico, anestésico, cuyo empleo en las congestiones y dismenorrea da éxitos muy satisfactorios; se usa casi siempre en tintura (10 a 20 gotas) o extracto (0.01 a 0.10 gr.); puede darse en supositorios cuando hay mucho dolor.

Rp.:

Extracto de *cannabis indica* 0.02 gr.
Extracto de *belladonna* 0.01 gr.
Codeína 0.01 gr.

para 1 supositorio que se coloca a la noche. En píldoras se prescribe.

Rp. :

Extracto de cannabis indica 0.01 gr.

1 píldora = X tomando una cada día, durante los diez antecedentes a la menstruación.

El hidrastis canadiensis y su alcaloide la hidrastinina, y el gossypium herbaceum no se usarán como anticongestivos, porque actúan directamente sobre la fibra lisa uterina, provocando contracciones dolorosas, sumamente molestas.

En caso de sospecharse un hipotiroidismo o un hipotiroovarismo, se emplearán los medicamentos específicos : la glándula tiroides en cualquiera de sus formas : cuerpo fresco, Thyrenina, Tiodina, Tabloids de Burroughs y Wellcome, en las dosis que indican los respectivos prospectos.

En la sala X, hacemos esta medicación : se comienza tres semanas antes de que aparezca el flujo menstrual, dando durante tres días y en ayunas un papel con 3 gramos de bicarbonato de sodio. Realizada esa alcalinización previa, suministramos las tabloides de tiroidina de Burroughs y Wellcome a tomar en la sopa, dando en la primera semana una pastilla de 0.05 gr. día por medio ; en la segun-

da una todos los días y en la tercera dos por día, suspendiendo la cuarta semana que corresponde a la época menstrual, vigilando atentamente el estado general, el pulso, etc., para suspender al primer síntoma de hipertiroidización.

La ovarina se usará cuando hay síntomas de hipoovarismo: bouffées de calor en la cara, cefaleas, trastornos psíquicos, mareos, tendencia al engorde, hipertrichosis y amenorrea o menstruación escasa, dando nosotros preferencia a la ovarina de Burroughs y Wellcome (Varium Tabloids), que suministramos en pastillas correspondiente a 0.30 gramos de glándula fresca, dando una o dos por día, en los diez o quince que anteceden a la menstruación. Igualmente buenas son las preparaciones farmacéuticas, que fabrican Merck, Dessy, Bouty, etc., y llamadas luteoovarina Dessy, ovarina Nelson, ovarina Merck, ovigenina Bouty, ocreina Gremy, en forma de píldoras, comprimidos, sellos, inyecciones, etc.

A este tratamiento general, uniremos muy eficazmente el tratamiento local consistente en lavajes alcalinos o astringentes, con cualquiera de los cuerpos habituales, teniendo cuidado de instruir bien a la enferma acerca de las minucias de posición, temperatura del agua, precauciones antisépticas, cántula a orificios laterales, etc., que son descuidadas siempre y que, sin embargo, tanta influencia tienen

en el éxito final. Los tópicos locales, con iodo, glicerina ictiolada al 10 por ciento, thigenolada al 30 por ciento, los tapones colocados noche por medio, los óvulos Chaumeul, el tampol Roche, son excelente ayuda y su uso es de rigor.

También acudiremos al masaje ginecológico vibratorio decongestivo, excelente para reforzar el aparato ligamentario uterino, dar consistencia al tejido celular sostén de los vasos varicosos y borrar las huellas, exudados, bridas, que pudiesen haber dejado infecciones añadidas.

Si durante la menstruación hubiese elemento dolor predominante, acudiremos a la terapéutica curativa en forma de sedantes: cloral, láudano en bebida, enemas o pomadas; los enemas calientes, la aspirina, morfina, etc., prefiriendo siempre la vía que da acceso más próximo a la región que sufre, es decir, las vías vaginal o rectal.

Las menorragias o metrorragias se combatirán con los medios usuales: los lavajes abundantes y calientes a base de astringentes: tanino, alumbre, sulfato de cinc o de cobre, todo al 10 por mil, más o menos. La gelatina al 5 o 10 por ciento, el percloruro de hierro en lavajes vaginales o uterinos, los enemas de Reclus, y en caso necesario el taponamiento vaginal gelatinado, los toques intrauterinos con percloruro de hierro al 20 por ciento, con ni-

trato de plata al 10 o 20 por ciento, adrenalina, tintura de iodo, ferripirina, las inyecciones de ergotina, gelatina, suero de caballo, etc., o bien el taponamiento intrauterino.

Como medicación adyuvante usaremos la ergotina, cuya acción hemostática por excitación directa de la fibra muscular lisa conocemos; sola o combinada en la siguiente fórmula:

Rp.:

Elixir de Garus	100 grs.
Ergotina	2 grs.
Extracto fluido de hidrastis canadiensis.	} aa 5 gr.
Extracto fluido de viburnum prunif.....	
Extracto fluido de gossypium herb.....	

A tomar de una a tres cucharaditas por día. Puede igualmente administrarse en píldoras acompañada de otros hemostáticos, como, por ejemplo:

Rp.:

Ergotina	0.10 gr.
Sulfato de quinina	0.02 gr.
Polvo de hojas de digital	0.01 gr.

Tómese 6 en el día: una a la mañana, dos a mediodía, dos a la tarde y una a la noche, media hora antes de las comidas.

El cloruro de calcio (2 a 4 gramos), la gelati-

na 10 gramos, el gui (de 0.10 a 0.40 diarios), el opio, se tentarán, aunque sería raro que no cediera la hemorragia a los medicamentos antes citados, si se combinan al reposo absoluto y el hielo al vientre.

En las vírgenes podrá usarse la inmersión de las manos en agua bien caliente durante cinco minutos, repetida a cortos intervalos, los lavajes vaginales con sonda Nelaton, los enemas de Reclus (500 gramos de suero fisiológico a 55° y resistidos media hora), y la medicación interna de que hemos hablado.

Cuando se presentara, en cambio, un caso de amenorrea congestiva, apelaremos al masaje decongestivo, baños calientes de asiento, sangría, reposo absoluto, purgantes, y al senecio vulgaris suministrado en forma de extracto fluído a las dosis de LX gotas a tomar en 3 horas. También serán útiles los hemostáticos anticongestivos suaves que mencionamos : hammamelis, viburnum, etc., rechazando siempre el hidrastis y la ergotina que empeorarían la situación.

Tratamiento quirúrgico — Al comenzar este capítulo se impone una cuestión previa de suma trascendencia : deberá insistirse mucho tiempo en el tratamiento médico o por el contrario, habremos de

plantear la operación desde el primer instante, una vez bien sentado el diagnóstico ?

La cuestión es compleja, porque si somos partidarios de los que piensan que el varicocele lleva a la atrofia del ovario, debemos indiscutiblemente intervenir pronto, y en cambio colocándonos entre los que opinan que la tal atrofia no existe, la operación podría ser postergada mucho tiempo.

Es indudable que aquí, como en infinitad de puntos de la medicina, el término medio es el más sensato. El tratamiento médico es capaz de dar mucho, cuando se sabe llevar bien y cuando se trata de casos ligeros. Es increíble como se modifican las lesiones, como disminuyen las metrorragias y como se calman los dolores, bajo la influencia sabiamente combinada del masaje, el reposo y la medicación interna ; por ello, y siguiendo el consejo, nunca bien ponderado de nuestro maestro Bazterrica, debemos hacer ginecología conservadora, insistiendo en el tratamiento médico, antes de plantear una operación ; que si obramos bien, no deberá ser conservadora sino radical.

Pero cuando los dolores persisten y el estado congestivo no mejora, cuando las reglas se hagan muy abundantes, anemiando a la mujer, o por el contrario disminuyan, atestiguando la insuficiencia ovárica que se instaura, no debe vacilarse más y

hay que abrir el vientre. Esta conducta será más precoz y bien racional, en aquellas mujeres, que en razón de su oficio o su indigencia no podrían tratarse como sería debido.

Y hay otra razón más de peso. Operando pronto, se hallarán aún los ovarios sanos, pudiéndose entonces ser conservador. Si, empeñados en medicaciones dejamos pasar el tiempo, se producirá la esclerosis del ovario, su edema enquistado, y entonces, si la cirugía ha de ser realmente curativa tendrá que reseca glándulas genitales imposibles de conservar, porque seguirían siendo fuente de sufrimientos y molestias, que llevarían a la reoperación.

¿Qué procedimiento seguir en la intervención? Laparotomizada la mujer, se debe hacer un minucioso examen de su aparato útero anexial. Si constatáramos la lesión irreparable del ovario, entonces la ooforosalingectomía a pedículo, tendrá la ventaja de extirpar dos males a un tiempo. En caso de haber lesión anexial doble, entonces las opiniones se dividen; hay quienes hacen la castración bilateral y una histerectomía subtotal, basados en que la matriz sin ovarios es un órgano inútil y peligroso por sus infecciones, tumores, etc, otros hacen histerectomía total, por razones de drenaje mejor por la vagina y de que así no se guarda el muñón cervical, fuente de dolores y peligroso de degene-

rar, y otros, entre los cuales se cuentan los médicos del Servicio, dejan la matriz, porque un 30 por ciento de las castradas totalmente siguen menstruando posiblemente debido a la conservación de fragmentos ováricos en los muñones, o la presencia de ovarios aberrantes.

Si la suerte nos ayudara, y hallásemos lesiones en comienzo (varicocele simple, edema ovárico), entonces haremos operaciones conservadoras.

Nosotros en uno de los casos que operamos hallamos un anexo muy enfermo, y nuestra operación consistió en ligar el pedículo útero-ovárico y el extremo uterino de la trompa, resecaudo entonces el anexo y las várices y ligando en seguida los extremos de catgut de modo a reconstituir una especie de ligamento ancho.

Del lado opuesto hicimos una operación típica de várices. Colocamos una ligadura en el pedículo útero-ovárico y otra en el ángulo tubo-uterino, sin tomar la trompa, cerrando de tal modo el paquete del mesosalpinx o tubo-ovárico. En seguida abrimos la hoja anterior del ligamento ancho, disecamos el paquete venoso resecaudolo y cerramos la brecha peritoneal mediante un surget de catgut fino. Sin embargo, la abertura del ligamento ancho y la disección del paquete es un trabajo inútil y se puede resecar en bloc suturando después el peritoneo

que se halla en el borde inferior de la trompa, al que viene a formar ahora el borde superior del ligamento ancho.

La nutrición del ovario y la trompa no sufre nada ; queda asegurada por ramos de la tubaria interna y las anastomosis que presenta la circulación ovárica, con la tubaria externa y la media.

Kidd practica ligaduras aisladas de los paquetes, que abandona sin resecar.

Una vez terminada la operación se cierra el vientre, y más tarde se somete a la enferma al tratamiento anticongestivo de rigor que completará la curación.

Cuando las várices perteneciesen al sistema uterino, no nos quedaría otro recurso que ligar la hipogástrica. No sabemos si la ligadura doble es factible en caso de varicocele uterino bilateral y si serían capaces de suplirla las anastomosis con los otros territorios venosos.

En un caso nuestro hallamos várices de los ligamentos útero-sacros, a los que no tocamos y que desaparecieron por el solo hecho de resecar las várices tubo-ováricas ; sin embargo, en caso de que se creyera conveniente, nada impediría colocar una ligadura en ellos.

OBSERVACION IV

Varicocele del mesosalpinx izquierdo. Retro-versión. Ovaritis quística derecha.

Libro 29, folio 34. T. S., 27 años, sirvienta, española; ingresa a la sala X, cama 43, el 27 de Febrero de 1912.

Antecedentes hereditarios y personales — Sin interés. Desde hace 7 meses, fecha en que tuvo un aborto de 1 mes y medio, ha comenzado a sentir dolores en el bajo vientre y en la región lumbar. Tiene dificultades para orinar, haciéndolo en pocas cantidades y en repetidas ocasiones.

Sus reglas se han hecho escasas.

Estado actual — Utero en retroversión, móvil, de consistencia normal, tamaño común, algo doloroso. En el fondo de saco vaginal derecho se palpa el anexo doloroso, poco movable, irregular, del tamaño de un huevo de paloma, pegado al útero. El fondo de saco izquierdo está libre; no se delimita anexo.

Operación (Abril 11 de 1912) — Doctor Salvador. Laparotomía mediana infraumbilical. Resección parcial del ovario derecho. Anexo izquierdo con

fuertes adherencias al colon pelviano que se seccionan a bisturí: Las venas del mesosalpinx están dilatadas y tortuosas. Histeropexia de Legueu. Cierre en tres planos.

OBSERVACION V

Apendicitis crónica. Quiste hemático del ovario izquierdo. Varicocele tubo-ovárico izquierdo. Ovaritis microquística derecha.

C. F., 42 años, argentina; ocupa la cama 22, sala X, el 17 de Junio de 1912 (libro 29, folio 180).

Antecedentes hereditarios — Sin interés. En los personales se anota que regló a los 16 años; sus menstruaciones son dolorosas, duran 5 días. Ha tenido 3 hijos y últimamente dos abortos de 1 y 6 meses, respectivamente.

Enfermedad actual — Desde hace tres meses, comienza a sentir alteraciones en sus reglas, que se hacen muy dolorosas y van acompañadas de flujo amarillento. Los dolores se hacen intensos por veces, en la fosa ilíaca derecha.

Estado actual — En la fosa ilíaca derecha hay contractura de defensa e hiperestesia de la pared.

El útero se halla en anteversión ligera, es móvil y doloroso a la presión; el cuello está dirigido hacia abajo y atrás; su orificio es de múltipara.

En el fondo de saco vaginal izquierdo, se palpa el ovario prolapsado, movable, doloroso; en el fondo de saco derecho, sólo hay un compartimento doloroso y no hay anexo perceptible.

Operación (Julio 4 de 1912) — Doctor Salvador. Laparotomía mediana infra-umbilical. Se halla el útero con manchas rojo-oscuras dispuestas como un mosaico en la cara anterior y fondo del cuerpo. Varicocele tubo-ovárico izquierdo. El ovario del mismo lado es microquístico y tiene un quiste hemático roto; se hace ooforosalingectomía.

El anexo derecho sólo posee un quiste seroso, pequeño, que se punza. Se practica una apendicectomía y luego se cierra en tres planos.

OBSERVACION VI

Ovaritis esclero-quística y várices del ligamento ancho izquierdo.

Libro 30, folio 142. A. M., de 30 años, italiana; ingresa a la sala X, el 9 de octubre de 1912.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia. Menstruó a los 15 años, sus reglas han sido desde entonces muy dolorosas, abundantes, de cinco días de duración. Se casó en esa época y ha tenido un aborto de tres meses y un hijo que vive. Desde su último parto siente dolores en la fosa ilíaca izquierda y tiene flujo amarillo-verdoso.

Examen ginecológico — Vulva rojiza, cuello blando, en látero-posición derecha, lo mismo que el cuerpo. El fondo de saco derecho es corto, doloroso a la presión; el fondo de saco izquierdo es amplio, doloroso, se percibe en él, un anexo aumentado de volumen.

Operación (octubre 26 de 1912) — Doctor Piccard. Laparotomía mediana infraumbilical; se halla el anexo izquierdo con el ovario quístico prolapsado en el Douglas. Se hace resección cuneiforme de Pozzi. Las venas del ligamento ancho están dilatadas y flexuosas; se ligan ambos extremos del paquete. El anexo derecho está sano.

Se trata de un varicocele primitivo, y lo que lo prueba es la unilateralidad de la lesión ovárica.

La oovaritis escleroquística unilateral, no es nada común, y este caso debe hacernos pensar, con toda

justicia, que la degeneración quística del ovario es consecutiva a la lesión vascular.

Además, el caso es interesante, porque por vez primera hallamos mencionado un manual operatorio destinado a combatir las várices respetando el ovario.

OBSERVACION VII

Tumor sólido de la pared abdominal. Retroflexión móvil. Ovaritis quística izquierda. Varicocele tubo-ovárico izquierdo.

Libro 30, folio 191. M. S., 29 años, francesa; ingresa a la cama 30 el 6 de Noviembre de 1915.

Dice que comenzaron sus menstruaciones a los 12 años y que siempre fueron regulares, abundantes, dolorosas y de 3 a 4 días de duración. Ha tenido un aborto y un parto de término. El resto de la enfermedad actual corresponde a su tumor de la pared abdominal, en cuyo relato no entraremos.

Examen ginecológico — No se obtiene más datos que el hallazgo en el fondo de saco posterior, de un tumor, de superficie convexa e irregular, móvil en sentido transversal, doloroso y que no tiene conexión con el tumor abdominal.

Operación (Noviembre 12 de 1915) — Doctor Salvador. Laparotomía mediana infraumbilical. Se halla el útero grande, blando, en retroflexión móvil. Los anexos están congestionados y edematosos, las venas del mesosalpinx izquierdo son de un desarrollo exagerado. El ovario del mismo lado tiene un quiste hemático del tamaño de un huevo de gallina en el polo uterino. Se hace la resección de dos tercios del ovario izquierdo y una ligamentopexia por el método Baldy-Dartigues, pasándose en seguida a extirpar el tumor parietal.

Tampoco es muy clara ni detallada la historia clínica de la enferma. Un dato interesante para anotar : sus menstruaciones dolorosas desde el comienzo y sin mayor lesión ovárica, pues el quiste hemático debe ser de fecha reciente y la enferma hace ya 17 años que regla siempre con molestias. Su clasificación entre los primitivos o secundarios es pues indecisa, aunque de atenerse a los antecedentes optaríamos por la primera eventualidad, teniendo además en cuenta, la lesión congestiva y de edema ovárico que mostró la intervención ; signos que sabemos corresponden en propiedad al varicocele primitivo.

OBSERVACION VIII

Varicoccele pelviano.

Libro 40, folio 92. D. P., española, de 29 años ;
ingresa a la sala X, cama 8, el 15 de Abril de
1915.

La enferma menstruó por vez primera a los 15
años ; sus reglas han sido siempre dolorosas, abundantes, periódicas y de 3 a 4 días de duración. Ha
tenido dos hijos, que viven.

Su enfermedad actual data de dos meses atrás,
fecha en que sus reglas se hicieron abundantísimas,
constituyendo verdaderas menorragias ,que aún du-
ran.

Estado actual — Vulva de múltipara, con pe-
queño desgarro perineal, vagina libre.

Por el tacto y la palpación combinadas, se nota
el útero en anteflexión y látero-posición izquierda,
aumentado de tamaño, blando, de superficie lisa,
indoloro ,movible. El cuello pequeño, superficie re-
gular, consistencia normal.

En el fondo de saco vaginal izquierdo, se pal-
pa adelante y arriba, el ovario quístico, doloroso,
del tamaño de un huevo de gallina, movable, colo-

cado por delante del útero, no pudiéndosele reponer en su posición primitiva.

En el fondo de saco vaginal derecho, se palpa el anexo, constituido por el ovario, empastado, de superficie irregular, adherente a la pared pelviana derecha; y la trompa que es gruesa y dolorosa.

Al espéculo: se ve el cuello, sin erosiones, violáceo, con sangre líquida, que sale en abundancia por su orificio. Histerometría: 8 centímetros.

En esta enferma se pensó que podía ser una específica y su enfermedad una sífilis uterina, pero el tratamiento mercurial no dió resultado y la reacción de Wassermann fué negativa en dos ocasiones (19 de Abril y 22 de Mayo).

Exámenes ulteriores permitieron apreciar, en los fondos de saco laterales, paquetes venosos, ingurgitados y los anexos pequeños y móviles, casi indoloros, por lo que se asienta el diagnóstico de varicocele pelviano y se instituye tratamiento adecuado, consistente en lavajes, tapones ictiolados, hamamelis, viburnum, reposo en el lecho y régimen alimenticio, logrando que el cuadro doloroso desaparezca y que la enferma tenga en el servicio dos

menstruaciones, cada una de 4 días de duración, abundantes e *indoloras* por primera vez en su vida. Los paquetes varicosos apenas se aperciben a su salida el 14 de Junio de 1915.

OBSERVACION IX

Varicocele pelviano. Ovaritis esclero-quística. Estrechez e insuficiencia mitral.

Libro 42, folio 16. J. de M., de 26 años, uruguay; ingresa al servicio, el 13 de Julio de 1915, ocupando la cama 30.

En sus antecedentes hereditarios no hay nada de particular. Comenzó a menstruar a los 13 años, durándole sus reglas alrededor de 3 días, siendo indoloras, regulares y periódicas. Ha tenido un hijo; durante el embarazo padeció de edemas en los miembros inferiores y cara.

Enfermedad actual — Desde hace 2 años, sufre de fuertes dolores en la fosa ilíaca derecha, que se irradian a los miembros inferiores y en ocasiones se generalizan a todo el vientre. Sus menstruaciones desde esa época son irregulares, faltándole a veces hasta 2 y 3 meses. Ultimamente ha tenido una suspensión de 6 meses, que terminó por una meno-

rragia de 10 días de duración y sumamente dolorosa.

Examen ginecológico — Vulva normal, vagina libre. Por el tacto y palpación combinadas, se nota la matriz pesada, grande, sensible al peloteo y ligeramente desviada a la derecha. El cuello es grande, de superficie irregular, dividido por una escotadura en dos lóbulos desiguales, anterior y posterior.

En el fondo de saco vaginal derecho se palpa la trompa engrosada, fija, quística, sumamente dolorosa y que puede seguirse con facilidad, de uno a otro extremo.

En el fondo de saco izquierdo, no hay nada anormal; el examen al espéculo muestra el cuello congestivo, violáceo, erosionado, dividido por dos desgarros laterales. Histerometría : 8 1/2 centímetros

Aparato circulatorio : Corazón, área aumentada, roulement presistólico en la punta. A la auscultación, se nota en la punta la existencia de un soplo presistólico, rudo, que se propaga a la axila. En medio del área cardíaca se oye el 2º tono desdoblado. En la base del corazón, se perciben los dos tonos, siendo el segundo aórtico ruidoso, intenso. Pulso : 80 por minuto, poco tenso, amplio, rítmico.

Pulmones : Rales húmedos, de vértice a base en ambos lados, bases libres y móviles.

Operación (agosto 24 de 1915) — Operador : doctor Carlos A. Castaño ; ayudante : practicante mayor Albina. Anestesia, éter y 1 centígramo de morfina media hora antes.

Laparotomía mediana infraumbilical. Se encuentra la matriz en buena posición y de tamaño normal. El ovario derecho presenta degeneración quística, la trompa se ha permeabilizado con el tratamiento ; el ovario izquierdo también está degenerado, pero presenta en su base una porción sana al parecer.

Hay amplias venas que surcan ambos ligamentos anchos. Se practica una ooforosalphingectomía derecha con ligadura de las várices y una resección del ovario izquierdo con extirpación de trompa.

Egresas en perfectas condiciones el 13 de Septiembre de 1915.

El caso presente, no es de los más claros en cuanto a sintomatología subjetiva de várices pelvianas, porque como hemos visto, el examen ginecológico no permitía sospecharlo, pero nos muestra esta afección producida en una mujer congestiva a causa de su lesión cardíaca. Esa congestividad era la

causa de sus amenorreas, y de sus menorragias, y posiblemente ella fué la que determinó la dilatación varicosa de las venas pelvianas, la que con seguridad provocó la enfermedad quística de los ovarios.

El temperamento operatorio se imponía, para terminar con un estado de cosas, que no hacía sino agravar, la lesión cardíaca de que se quejaba la paciente. En cuanto a las operaciones practicadas, creo que no podía estar más patente su indicación, porque el anexo derecho no era conservable y en el lado izquierdo, a pesar de la repugnancia que inspira en el servicio la cirugía conservadora, no convenía ser radical, pues de efectuar la castración bilateral, hubiésemos sumado a la congestión por el corazón, las congestiones tan grandes de la menopausa artificial y por ende precipitado a nuestra enferma en la asistolia.

En cambio, la resección de la trompa tenía un doble objeto : impedir la fecundación, cosa loable, pues la mujer tenía ya un hijo y otro embarazo podría haberle sido fatal, y ligar, resecando en seguida las várices pelvianas.

Esta conducta, no podía dejar de producir resultados satisfactorios, y en efecto, hemos visto en varias ocasiones a la enferma, en inmejorables condiciones, libre de sus molestias genitales, aunque,

por desgracia, el corazón vaya decayendo irremediablemente en sus energías.

OBSERVACION X

Várices del fondo de saco posterior y de los ligamentos anchos. Ovaritis quística derecha. Apendicitis crónica.

Libro 42, folio 81. L. de B., 32 años, argentina; ingresa a la cama 30, el 14 de Septiembre de 1915, no ofreciendo nada de notable en sus antecedentes hereditarios. Manifiesta que tuvo su primera menstruación a los 12 años, siendo en esa época sus reglas de 6 a 7 días de duración, indoloras, periódicas, abundantes. Ha tenido 3 hijos, a término.

Su enfermedad actual, se inicia hace dos años con dolores intensos en el bajo vientre, que aparecen días antes de la menstruación y la acompañan. Esta se ha hecho irregular en la fecha de aparición y cantidad. Sufre de cólicos dolorosísimos y pujos que le obligan a guardar cama. Las relaciones sexuales son muy dolorosas.

Estado actual — Vulva con ligero desgarramiento del periné y prolapso de las paredes vaginales anterior y posterior; vagina libre.

Por el tacto y la palpación combinadas, se encuentra el útero en anteflexión, móvil, cuello de superficie lisa, de múltipara. El tacto es sumamente doloroso en el Douglas, donde se palpan dos cordones muy sensibles que parten de la cara posterior del útero y van hacia el recto. El fondo de saco vaginal izquierdo es también sumamente sensible y en él se tocan paquetes de cordones flexuosos, irregulares y no puede precisarse anexo.

En el lado derecho se halla la trompa engrosada, quística, irregular, dolorosa, dura y un ovario quístico. Al espéculo, cuello sin erosiones, la histerometría da 7 1/2 centímetros.

Operación (Septiembre 16 de 1915) — Interviene el doctor Carlos A. Castaño, ayudado por el practicante mayor Albina. Anestesia : éter.

Laparotomía suprapúbica de Pfannenstiel, se encuentra la matriz en buenas condiciones. El anexo derecho es del tamaño de un huevo de paloma, se halla afectado de degeneración quística, trompa con los caracteres descritos; hay várices del ligamento ancho; se practica una ooforosalingectomía.

Del lado izquierdo el anexo está sano; hay várices muy grandes del ligamento ancho; en el Douglas aparecen enormes várices, palpándose en especial dos cordones venosos, que van por los costados

en el espesor de los ligamentos útero-sacros. Ligadura de los paquetes del ligamento ancho, los demás se dejan por ser su ligadura imposible en la profundidad del Douglas. Appendicectomía. Cierre del vientre en tres planos, sin drenaje.

La enferma sale de alta el 10 de Octubre de 1915, en perfectas condiciones. La hemos vuelto a examinar en varias ocasiones y no pudimos constatar novedad en el sentido de molestias o dolores. El acto sexual es perfectamente normal, las várices del Douglas han desaparecido y lo mismo sucede con las del ligamento ancho izquierdo.

OBSERVACION XI

Varices pelvianas. Metritis crónica.

Libro 42, folio 90. F. G., 40 años, italiana; entra a la sala X, cama 7, el 24 de Septiembre de 1913.

Antecedentes hereditarios — Sin interés. Regló a los 17 años, sus menstruaciones han sido siempre irregulares, dolorosas, escasas, de 3 días de du-

ración ; ha tenido 2 hijos a término y en Marzo próximo pasado, un aborto de 3 meses y medio.

Enfermedad actual — Desde hace dos meses, sufre de dolores pelvianos, más acentuados del lado izquierdo, punzantes, que aumentan con las fatigas, irradiándose entonces a las regiones lumbares o bien a todo el abdomen.

Tiene polaquiuria intermitente.

Estado actual — Vulva normal, vagina libre. El útero en anteflexión y retroposición, móvil, aumentado de tamaño, de superficie irregular en especial a nivel del cuerno derecho, donde se toca una saliencia y empastamiento difuso. En los fondos de saco no se palpan anexos, pero es fácil apreciar en ellos la existencia de cordones flexuosos, sensibles, irregulares.

El cuello del útero es duro, grande, de superficie desigual ; al espéculo, se le ve erosionado y con desgarraduras transversales de múltipara. Histerometría : 8 1/2 centímetros.

Tratamiento — Se tiene a la enferma en reposo, haciéndosele lavajes diarios calientes, tapones de glicerina ictiolada al 10 por ciento día por medio.

Se prescribe régimen alimenticio adecuado, la-

xantes para regularizar el intestino y tintura de hamamelis, cuarenta gotas al día.

A su salida, el 6 de octubre del mismo año, a pesar del corto tiempo que lleva tratándose, ha mejorado sensiblemente, sus dolores cesaron por completo, tanto los espontáneos como los que despertaba el tacto. Los fondos de saco estaban más libres y despejados.

OBSERVACION XII

Retroflexión. Várices del ligamento ancho izquierdo.

Libro 42, folio 92. J. C., argentina, de 22 años ; ingresa a la sala X, cama 11, el 28 de Septiembre de 1915.

La enferma comenzó a reglar a los 15 años ; sus menstruaciones fueron siempre dolorosas, especialmente el primer día, abundantes y de 8 días de duración.

Actualmente dice que siente molestias continuas y dolorosas en el hipogastrio y que sus menstruaciones se han hecho más dolorosas y abundantes durándole hasta 9 y 10 días.

Estado actual — Vulva normal, himen íntegro,

que permite pasar con dificultad un dedo. Por el tacto y palpación combinadas, se nota la matriz en retroflexión fija, pesada, de superficie irregular, grande, dolorosa. Cuello cónico, orificio puntiforme. Los fondos de saco están libres, pero son muy sensibles.

Operación (Octubre 2 de 1915) — Practicante mayor Albina.

Laparotomía mediana infraumbilical. La matriz se halla en retroflexión, movilizable, caída en el Douglas. El ovario y la trompa son normales del lado derecho, hay paquetes venosos en el ligamento ancho. En el lado izquierdo hay grandes paquetes varicosos que corren por el espesor del ligamento ancho, ovario quístico. Se practica una oöforosalpingectomía.

En seguida, se corrige la retroflexión suturando los ligamentos redondos entre sí y luego al peritoneo parietal (operación de Beck). Cierre en tres planos.

Esta enferma *curó de su operación, pero no de su enfermedad*. Hace dos meses nos escribió diciendo que sentía las mismas molestias que antes de ser operada, a pesar de que había seguido escrupulosamente el régimen indicado (decongestionante,

etcétera). El examen de salida, había mostrado el útero en perfecta posición, los fondos de saco indolores, libres.

¿A qué debemos atribuir este fracaso curativo? Dos pueden ser las causas: la operación sobre la matriz o esas venitas del ligamento a las que no se hizo nada en la intervención, abandonándolas a su suerte. No creemos que la operación sea causante de los dolores, porque no es ésta cosa común en las correcciones de desviaciones uterinas, sino que nos parece un caso claro de varicocele pelviano, en que suprimimos el mal a medias, porque recargadas las venas del lado derecho con parte de la sangre del lado izquierdo en que faltaban anexos, forzosamente debieron exagerar sus varicosidades y el síndrome por ellas producido. Por ésto, y aunque mortifique un tanto el amor propio, publicamos el caso.

OBSERVACION XIII

Várices pelvianas. Hemorroides externas.

Libro 43, folio 56. A. C., francesa, de 35 años; ingresa a la cama 28, el 11 de Noviembre de 1915.

Sus antecedentes tienen poco interés. Regló a los 16 años, sus menstruaciones siempre han sido

indoloras, regulares, escasas, de 3 a 4 días de duración. Ha tenido un hijo y un aborto.

Desde su último parto (10 años), viene sufriendo de dolores en la fosa ilíaca derecha, en forma de puntadas, que no le causan mayor molestia y simultáneamente han aparecido paquetes hemorroidarios, muy sensibles, que sangran en abundancia.

Estado actual — Vulva y vagina normales. Por el tacto y palpación combinadas, se nota el útero en anteflexión móvil, sensible. Cuello de consistencia normal, superficie lisa, orificio de múltipara,

En el fondo de saco vaginal izquierdo se palpa un ovario quístico del tamaño de un huevo de paloma, doloroso y rodeado de paquetes varicosos muy sensibles. En el fondo de saco derecho se palpa la trompa, en forma de una cuerda irregular y también se encuentran paquetes varicosos junto con un ovario quístico, pequeño. Histerometría : 8 centímetros.

En el ano se ven paquetes hemorroidarios externos, ulcerados, y por el tacto rectal se percibe un engrosamiento varicoso de la pared del recto.

Ptosis renal derecha.

Operación (23 de Noviembre de 1915) — Doctor Carlos A. Castaño : Dilatación forzada del ano, termocauterización de las fisuras y paquetes.

Operación (18 de Diciembre de 1915) — Practicante mayor Albina.

Laparotomía media infraumbilical. Se halla la matriz congestionada, el ovario izquierdo quístico, grande, con la trompa cerrada, habiendo várices tubo-ováricos y del ligamento redondo. Entonces se procede a resecar en block, el anexo y los várices, para lo cual se liga el cabo uterino de la trompa y el pedículo útero-ovárico, anudando los catguts entre sí, una vez extirpados la trompa, el ovario y las várices.

Del lado derecho se ven várices enormes del ligamento redondo, el paquete útero-ovárico y las venas uterinas; el anexo está sano, por lo cual se resuelve resecar solo las várices, ligando el paquete útero-ovárico, a nivel del ligamento ilio-ovárico y del cuerno uterino, y en seguida abriendo el ligamento ancho en su hoja anterior. Luego se anudan los catguts de los extremos. Cierre en tres planos sin drenaje.

Examen anátomo-patológico — Las piezas extirpadas están constituidas por un anexo y un paquete varicoso. El anexo, que es del lado izquierdo, está formado por un ovario quístico, conservando aún el cuerpo amarillo de la última menstruación, y una trompa cerrada en el pabellón, quística, si-

nuosa. Hay adherencias laxas entre el ovario y la trompa, que se desgarran con toda facilidad. Se ven, asimismo, paquetes venosos dilatados, que dibujan perfectamente el territorio de las venas tubo-ováricas, tubaria media y tubaria externa.

El paquete venoso derecho, también se halla lleno de sangre, formado por infinidad de vasos a paredes delgadas, sinuosas, dilatadas por partes, no adherentes entre sí y con numerosas anastomosis.

Se sacan los puntos a los 10 días, herida cerrada por primera. A su salida, el fondo de saco izquierdo está deprimido, libre, indoloro. En el fondo de saco derecho hay un anexo grande poco sensible; el Douglas libre, no duele. Se prescribe régimen, curaciones y hammamelis.

Marzo 15 de 1916: La enferma vuelve a ver-
nos diciendo que no ha vuelto más a sufrir en sus
menstruaciones.

Bibliografía del varicocele pelviano

Baldy — A case of varicose veins of the broad ligament. — American Journal of Obstetrics, páginas 310 y 364, 1897.

Budin — Tesis de Agregación de Paris, 1875.

Castañó C. A. — Anales del Servicio de Ginecología de la Facultad de Medicina, pág. 44, 1915.

— Extracto del curso complementario de Terapéutica Clínica Ginecológica, pág. 85, 1915.

Coe — So called «varicocele» in the female. — American Journal of Obstetrics, pág. 504, 1889.

Conzette — De l'ovaire a petits kystes. — Tesis de Paris, 1870.

Crámer — Varicocele graviditatis. — Monat. f. Geb. und Gyn., 1910.

De Sinéty — Société de Biologie, 1878.

Devalz — Du varicocèle ovarien et de son influence sur le développement de l'hématocèle. — Tesis de Paris, 1858.

- Dittel* — Varicosidad del ligamento ancho, simulando un embarazo ectópico. — Rev. Méd. de Egipto, febrero 1913.
- Dudley* — Varicocele in the female. What is its influence upon the ovary? — New York Medical Journal, 11 y 18 abril 1888.
- Farabeuf L.* — Les vaisseaux sanguins des organes génito-urinaires du périnée et du pelvis, pág. 156, 1905.
- Fowler* — Ruptur of ovarian pamp. plexus. — Ann. anat. and surg. Soc. Brooklyn.
- Herbet* — Bulletin de la Soc. Anat., p. 913, 1896.
- Herrmann* — Ueber varicocele muliebris. — Münchener Med. Woch., n.º. 21, 1908.
- Hirst* — Three cases of varicose veins of the broad ligament. — Medical News., 1890.
- Kelly-Noble* — Ginecología y cirugía abdominal, tomo I, pág. 285, 1913.
- Lawson Tait* — Traité des maladies des ovaires, página 13.
— Traité clinique des maladies des femmes.
- Malins* — On varicose veins of the broad ligament. — American Jour. of Obst., octubre 1889.
- Michel et Bichat* — Contribution a l'étude du varicocele tubo-ovarien. — Archives Gén. de Médecine, 1903.
- Petit P.* — Des lésions de l'ovaire dans le varico-

cele pelvien. — Nouv. Arch. d'Obs. et de Gynéc., 1891.

Proust y Maurer — Contribution a l'étude de la ligature des veines iliaques internes. — Journal de Chirurgie, n^o. 1, enero 1914.

Richet — Traité d'anatomie médico-chirurgicale, página 753, 1854.

Rollin — Des kystes sanguins de l'ovaire. — Tesis de Paris, 1889.

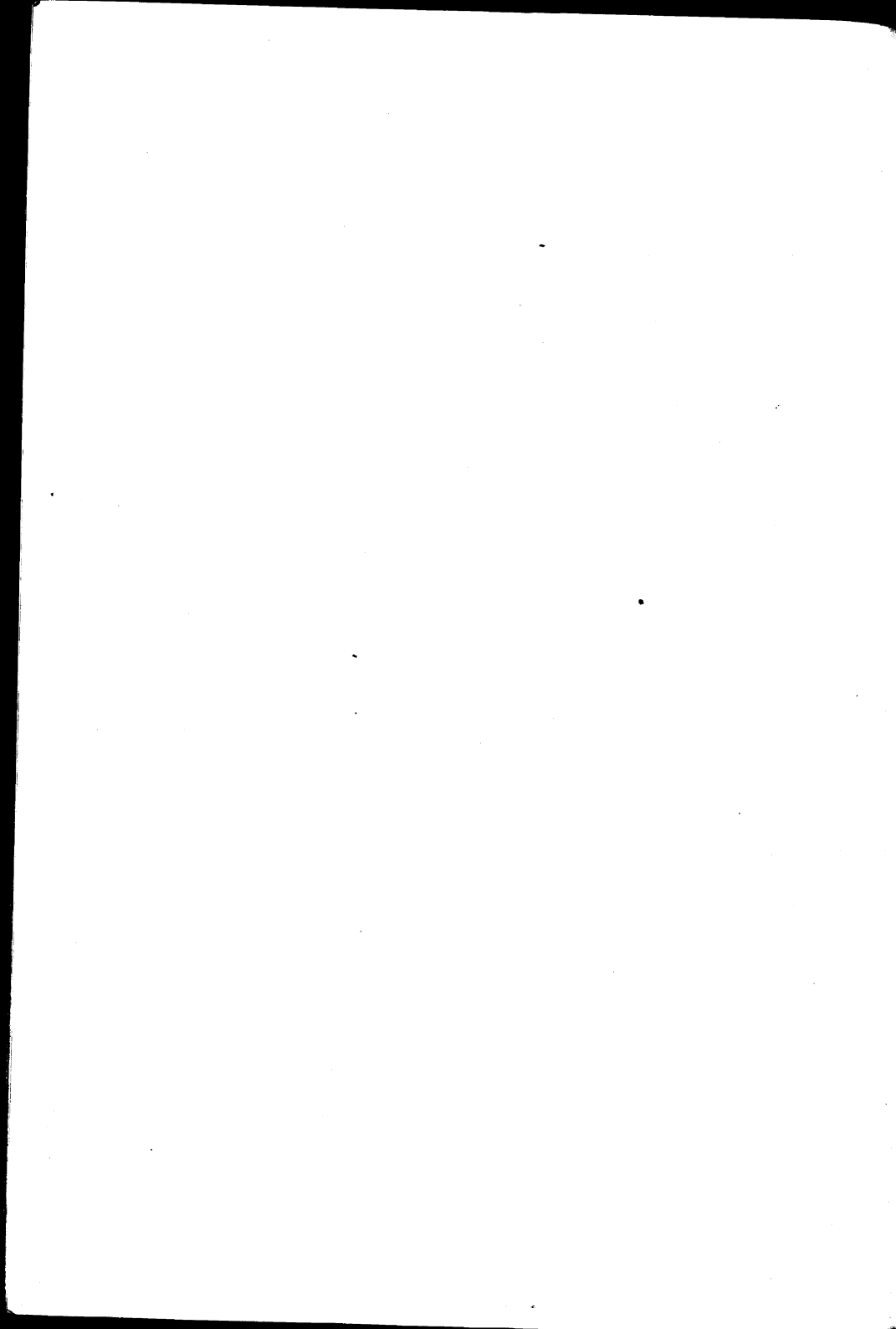
Roussan J. — Observations pouvant servir a l'étude du varicocèle pelvien. — Tesis de Paris, 1892.

Sensent D. — Le traitement du varicocèle tubo-ovarien intraligamentaire. — Arch. Mensuelles d'Obst. et de Gyn., enero 1914.

Winckel — Lehrb. der Frauenkr., 1890.



30623



Buenos Aires, Marzo 20 de 1916.

Nómbrese al señor Consejero doctor Enrique Zárate, al profesor titular doctor Fanor Velarde y al profesor suplente doctor Jaime Salvador, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la « Ordenanza sobre-exámenes ».

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou

Secretario.

Buenos Aires, Marzo 31 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3065 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou

Secretario.

1890

El presente documento tiene por objeto
informar al público sobre el estado
de la obra que se está ejecutando
en el presente momento y sobre el
progreso que se ha hecho en la
realización de la misma.

En consecuencia, se ha acordado
que el presente documento sea
publicado en la forma que se indica
en el presente momento.

El presente documento es el resultado
de la investigación que se ha hecho
en el presente momento y sobre el
progreso que se ha hecho en la
realización de la misma.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

La flegmasia alba dolens puerperal y el varicocele pelviano.

Zárate.

II

Tumores del ligamento ancho y embarazo.

F. Velarde.

III

Tratamiento de los quistes hidáticos de la excavación de la pelvis en la mujer.

Jaime Salvador.



