Lección LXVII

Síntomas y diagnóstico de los quistes del ovario.—Diagnóstico de la variedad á que pertenecen.—Diagnóstico diferencial.—Diagnóstico de las complicaciones.

Los síntomas que pueden determinar los quistes del ovario son subjetivos y objetivos. Bien escasos son los síntomas funcionales y para su estudio recordemos la división de los quistes según su volumen: si el quiste es pequeño apenas si da síntomas funcionales y aún ninguno de éstos es característico, además de que aquél puede existir sin que la mujer sospeche nada ni advierta ninguna molestia. Se comprende este hecho por la regularidad con que puede efectuarse la menstruación y todas las funciones genitales, incluso el parto, si el tumor tiene una determinada topografía, y tanto es así, que se ven muchas mujeres con quiste del ovario que están embarazadas. Cierto que á veces hay alteraciones menstruales, pero si se examina bien el caso se verá que aquéllas más bien dependen de lesiones del útero. No son, pues, los síntomas funcionales lo más interesante y por ellos la enferma no nos consultaría; lo que llama la atención es el abultamiento de su vientre y si después de un embarazo, v. gr.; ve que aquel no disminuye de volumen acaba por alarmarse y acude al ginecólogo. Claro está que cuando el abdomen está muy abultado, produce fenómenos de compresión los cuales originan serios trastornos, pero este hecho es ya consecutivo. No sólo no acostumbran á faltar los síntomas funcionales, sino que la ausencia de éstos sirve para diagnosticar los quistes del ovario, y para diferenciar el caso de las demás enfermedades. Así pues, como el interrogatorio no nos dará dato alguno, debemos guiarnos por lo que nos indique la exploración; si el tumor radica en la pelvis no puede apreciarse al exterior, puesto que no llega á adquirir gran tamaño. En cambio los quistes abdominales llaman ya la atención de la enferma por el abultamiento que dan al vientre.

Por poco desarrollado que esté el tumor, si exploramos la pelvis por la palpación abdominal, algo encontraremos profundamente en una fosa ilíaca ó en ambas, según sea bilateral ó no la neoplasia; comprimiendo la fosa ilíaca encontramos, pues, el tumor, pero si el abdomen es de paredes gruesas por contener mucha grasa y la neoplasia es de pequeño volumen, nuestra exploración puede ser negativa. No puede decirse lo mismo respecto al tacto vaginal, el rectal ó la exploración combinada; desde luego el tumor no puede escaparnos por arriba ni por abajo, pues por un sitio ú otro le debemos encontrar. Al practicar el tacto vaginal nos fijaremos de preferencia en los fondos de saco laterales y en el posterior, donde hallaremos un abultamiento que no deja lugar á dudas, y al

tocarlo, como su volumen acostumbra á ser considerable, podemos hacernos cargo del estado de su superficie. Mediante el tacto rectal podemos comprobar lo mismo, y recurriendo á la exploración combinada cogeremos el tumor entre las manos, buscando más síntomas para el diagnóstico. Como importa mucho averiguar si el tumor es intra ó extra-uterino, nos valdremos de la exploración combinada para saber si el tumor descubierto forma cuerpo ó no con el útero, lo cual se conseguirá imprimiendo movimientos al cuello del útero y viendo si el tumor los sigue ó no. En el primer caso, es decir, si el tumor sigue los movimientos del cuello uterino, sospecharemos que la neoplasia radica en el útero, advirtiendo que algunas veces ocurre aquel fenómeno sin que el tumor sea uterino. Si podemos hacer salir el tumor de la pelvis y luego no vuelve á caer con facilidad, podemos afirmar que aquél no es uterino. Estos dos fenómenos, movilidad aislada del tumor y del útero, debemos investigarlos con cuidado para saber si la neoplasia es ó no uterina.

Existen también otros síntomas que sirven para conocer si el tumor es ó no uterino; así cuando aquél es blando tendremos probabilidades de que sea extra-uterino, porque si bien hay tumores uterinos blandos, nunca son de pequeño volumen. Los tumores blandos del fondo de la pelvis son en general extra-uterinos. Con estos síntomas bastará casi para saber si el tumor forma ó no parte del útero; en una palabra, siempre que aquél sea pequeño, blando, movible independientemente del útero, debemos hacer aplicación de aquella regla general ya indicada, referente á que un tumor pélvico ó abdominal sin antecedentes morbosos puede considerarse como un quiste del ovario. El hematocele, como los nódulos de inflamación pelviana y la peri-salpingitis, pueden existir simulando la enfermedad que estudiamos; pero en todos estos casos hay un conmemorativo, han ocurrido trastornos del aparato genital, lo que no pasa en las neoplasias ováricas. Habiendo diagnosticado del modo debido los quistes del ovario no cabe confundirlos con los miomas ni con el embarazo; pero de todos modos y por lo que pudiera suceder recuérdese que en los miomas la menstruación peca por exceso y por defecto en el otro caso, lo cual no ocurre en los quistes ováricos. Claro está que hay sus excepciones, pues un tumor enclavado en el ligamento ancho puede alterar la menstruación por poner dificultades á la circulación de retorno. Con lo indicado basta para tener idea del modo de establecer el diagnóstico de los quistes y de diferenciarlos de otros casos que pudieran inducirnos á error.

El diagnóstico de los quistes ováricos de gran desarrollo que han salido de la pelvis para entrar en la cavidad abdominal, no presenta por lo común grandes dificultades, pero en ocasiones es sumamente difícil y no faltan casos en que por mucho que se esfuerce el ginecólogo no puede hacerse un diagnóstico seguro. El procedimiento que debe seguirse para establecer el diagnóstico de un quiste ovárico de desarollo abdominal consiste en diagnosticar primero un tumor del abdomen y asegurarnos después de su naturaleza quística. Para ello

nos valdremos de la inspección, palpación, percusión y auscultación; por la primera apreciamos el abultamiento del abdomen mayor ó menor, según los casos, y su figura simétrica ó no, si el tumor afecta una forma irregular, abultando más de un lado que de otro y presentando abolladuras bien manifiestas, tendremos mucho adelantado para inclinarnos al diagnóstico de un tumor abdominal. Pero como muchas veces el abultamiento es regular, no podemos esperar nada de la inspección y nos valdremos de la palpación, que nos dirá que el abultamiento del abdomen se debe á una masa sólida, fibroma, v. gr.; y si ésta se mueve ó no fácilmente, ó bien si en vez de una masa sólida existe un tumor limitado pero de consistencia blanda. Debe advertirse que muchas veces la palpación produce escasos resultados, pues no encontramos ninguna induración, ningún sitio donde la consistencia sea distinta del resto del tumor, lo cual sería de mucha utilidad para el diagnóstico. Pero en bastantes ocasiones podemos descubrir un tumor limitado, de consistencia dura ó bien de consistencia blanda, y en ambos casos tenemos una base firme para diagnosticar un tumor abdominal. Con todo, como á veces no podemos precisar nada por la palpación y debemos preguntarnos á qué se debe el abultamiento, recurriremos á la percusión. Si por este procedimiento encontramos sonoridad acentuada en todas las regiones del abdomen, lo mismo en las partes altas que en las bajas, y lo mismo que en la línea media que hacia los lados, vacíos y fosas ilíacas, debemos afirmar que el abultamiento se debe á la existencia de gases en el tramo intestinal. Sea cual fuere la forma y extensión del abultamiento abdominal, si hallamos sonoridad notable en todas las zonas, debemos desechar el diagnóstico de tumor abdominal; esta regla no tiene excepción, porque aun cuando puede existir un tumor abdominal con gases en su interior, al percutirlo no encontraríamos una sonoridad uniforme como en el caso antes citado, sino que unas zonas serían mates y otras sonoras. Esta exploración es quizás la más importante en el diagnóstico de un tumor abdominal, y para realizarla bastará, una vez colocada la enferma en decúbito supino, percutir el abdomen abultado, y si se trata de un tumor abdominal encontraremos la zona correspondiente á la línea media de sonido mate y en cambio las partes laterales serán sonoras. Otras veces hallamos la macidez casi limitada á una mitad de abdomen, permaneciendo sonora la otra mitad; en tales casos es lícito diagnosticar un tumor abdominal, teniendo en cuenta un hecho, y es que la macidez se presenta invariable, sea cualquiera el decúbito que la enferma adopte. Cambiando los decúbitos no variará el lugar de las zonas mates y sonoras, lo cual no sucede en otros afectos del abdomen. Con lo dicho basta para diagnosticar un tumor abdominal y no hay estado patológico dependiente de dicha neoplasia que no averigüemos por este medio. Pero aquí queremos significar que el tumor es patológico y hay estados en los que por todos los medios apuntados descubriremos los síntomas de un tumor abdominal, y sin embargo éste no existirá, habiendo sólo un embarazo. En tales casos, sólo la auscultación puede sacarnos de dudas, y aún habrá

casos, como en el feto muerto en el útero, en los que ni la auscultación sirve para orientarnos. Vese, pues, que el diagnóstico de un tumor abdominal no será difícil en la generalidad de los casos.

No puede ocultársenos que en ocasiones el diagnóstico será muy dificultoso, tal ocurrirá cuando exista gran cantidad de grasa en las paredes abdominales, y haya un abultamiento que haga sospechar el tumor. No hay más remedio entonces que recurrir á la anestesia, por medio de la cual podemos verificar la exploración oportuna. Otro punto hay que resolver frente á un tumor abdominal, y es averiguar si aquél es sólido ó líquido, lo cual se investiga por medio de la palpación, advirtiendo que si con ella no lo averiguamos, difícilmente lo averiguaremos por cualquier otro procedimiento. El dato principal que por este medio reconocemos es la dureza ó blandura del tumor, pero á veces, aun tratándose de un quiste, puede éste contener tan gran número de cavidades en distensión exagerada, que produzca la impresión de un tumor sólido á causa de la dureza que en él puede reconocerse. Pero en tales casos puede comprobarse más que nunca un síntoma propio de los tumores quísticos, á saber: la fluctuación; apréciase ésta percutiendo ó empleando la succusión, que se realiza, ya colocando la mano plana en la superficie del tumor y golpeando suavemente por el lado opuesto del abdomen ó de la neoplasia, con la cual veremos que el movimiento se transmite de un lado á otro. Tratándose de un tumor sólido, claro está que no habrá fluctuación, aunque hayamos reconocido en él cierta blandura. En cambio, al aparecer la fluctuación bastante manifiesta, podemos asegurar que el contenido es líquido. No acaba aquí la cosa, pues como en ciertos casos pueden existir tumores quísticos en el abdomen de distintos orígenes y procedencias, pero que dejan el ovario íntegro, es preciso afinar más el diagnóstico diferencial. Recuérdese, sin embargo, que todos los estados patológicos que mencionamos tienen una historia morbosa más ó menos notable, mientras que los quistes ováricos aparecen sin que la enferma cuente antecedente alguno.

Con todo, la dificultad de adquirir estos datos, la poca precisión con que á veces las enfermas refieren sus padecimientos y otras circunstancias, hacen que la historia de la enferma no pueda establecerse del modo debido, y claro está que siempre es conveniente proceder á la exploracion clínica. Los quistes abdominales pueden originarse en el riñón, en el hígado, bazo y mesenterio, y son por lo general hidatídeos; también pueden confundirse con los quistes ováricos, los fibromas que han sufrido la degeneración quística. En general, el diagnóstico diferencial puede establecerse, y para ello recordemos que los diversos quistes enunciados arrancan de la parte alta del abdomen, mientras que los ováricos proceden de la parte baja; además la enferma tendrá historia patológica que inclinará al ginecólogo á examinar los órganos que supone afectos. Sea como sea, el diverso crecimiento de los tumores de una y otra clase, imprime cambios notables en la serosidad de las diversas regiones del abdomen; los quistes ováricos, como crecen de abajo arriba, empujan las asas intestinales en

esta dirección y encontramos todo el abdomen macizo, menos el epigastrio y los vacíos, que se conservan sonoros. Por mucho que crezca un quiste del ovario, encontraremos zonas de refugio de la sonoridad hacia los vacíos; en cambio, cuando el tumor viene de arriba abajo, las asas intestinales descienden, las zonas de refugio de la sonoridad ó de las asas intestinales se hallan en la parte baja, ó sea hacia las fosas ilíacas. Si el tumor proviene del hígado ó del riñón derecho, será el vacío del mismo lado que estará mate, y lo mismo ocurrirá si la neoplasia arranca del lado izquierdo. Las zonas de refugio de la sonoridad cambian, pues, por completo, según la procedencia del quiste, y este dato, junto con la historia de la enferma ó su falta, auxilian eficazmente al ginecólogo para establecer el diagnóstico diferencial.

Pueden desarrollarse en la pelvis otros tumores quísticos, además de los del ovario, los hidatídeos, por ejemplo, y los tumores fibro-quísticos del útero. El diagnóstico diferencial de estas variedades respecto de los quistes ováricos es relativamente fácil cuando los primeros han adquirido cierto volumen, pues quedan enclavados en la pelvis, al revés de lo que ocurre en los quistes ováricos, que la dejan libre una vez han salido de ella para entrar en el abdomen. La exploración por la vagina será útil en tales casos, porque el tumor, si es hidatídeo, puede quedar algo enclavado en la pelvis; lo difícil será diferenciar un quiste ovárico de pequeño desarrollo, de otro hidatídeo. Tratándose de un tumor fibro-quístico, hay casos en que es absolutamente imposible establecer el diagnóstico diferencial, porque procede de la misma región que el quiste ovárico; se desarrolla poco á poco, ofrece los mismos síntomas, no hay á veces historia de sufrimientos uterinos, y por añadidura puede dejar la pelvis libre, lo cual, unido á la falta de otros tumores uterinos, puede hacer que el diagnóstico resulte difícil ó imposible.

Por lo que toca al diagnóstico diferencial del quiste ovárico con el embarazo, si el feto vive saldremos del paso con la auscultación; si ha muerto, el caso será más difícil, pero no tanto como en los fibromas. Lo que más conviene averiguar es si el tumor es ó no uterino, y para ello nos valdremos del tacto vaginal ó imprimiremos al tumor movimientos de elevación y descenso, teniendo una mano en la vagina y observando si el cuello sigue ó no los movimientos del tumor, lo cual no será posible en los quistes del ovario porque llenan todo el addomen. Con esto podemos asegurarnos de si el tumor es ó no uterino, pero con todo habrá sus dificultades, aunque no llegaremos al caso de no poder hacer el diagnóstico como en los fibromas. Algunas veces, sin embargo, deberemos diferir el diagnóstico hasta transcurrido un período de observación; tal ocurre en las peritonitis tuberculosas de forma enquistada, en la cual aparece una ascitis acentuadísima pero aislada por falsas membranas, de modo que permanece en las mismas condiciones que un quiste del ovario. No hay medio alguno de establecer el diagnóstico diferencial, pues hasta el examen microscópico puede resultar negativo, y en cuanto á antecedentes de la enferma, diremos que la peri-

tonitis tuberculosa aparece de preferencia en jóvenes de 16 á 20 años, al parecer frescas y rollizas. Lo que procede en tales casos es aguardar diez ó doce días, como hacemos cuando se trata de embarazo con feto muerto, pues el abdomen disminuirá de volumen durante este tiempo si se trata de una peritonitis tuberculosa, mientras que si existe un quiste del ovario, como seguirá creciendo, no observaremos que el abdomen haya rebajado en su abultamiento. Así, pues, la edad de la enferma, la rapidez en el desarrollo del mal, y finalmente el hecho de variar el volumen del vientre en pocos días, pueden servirnos de guia para diagnosticar la peritonitis tuberculosa. Respecto á las otras formas de peritonitis enquistadas, como no hay ninguna tan acentuada como la tuberculosa, ni que pueda desarrollarse con tanta rapidez con absoluta falta de antecendentes patológicos, la confusión no es tan fácil.

Se incurre algunas veces en un grosero error, confundiendo una senclla retención de orina con una neoplasia ovárica, y para evitar este accidente lo mejor es practicar el cateterismo antes de operar cualquiera enferma que creamos afecta de quiste del ovario.

El diagnóstico diferencial entre los quistes del ovario y la ascitis, es sencillo por regla general, pues las zonas mates y sonoras ocupan sitios diametralmente opuestos en el primer caso á los del segundo. Colocada la enferma en decúbito supino, si se trata de ascitis, comprobaremos que hay sonoridad en la línea media y en la parte más proeminente del abdomen; en cambio encontraremos macidez en las partes bajas hacia los vacíos, precisamente todo lo contrario de lo que ocurre en los quistes ováricos donde la zona más proeminente abdominal ocupada por el tumor, se presenta mate, y en cambio los vacíos son sonoros, pues constituyen las zonas de refugio de las masas intestinales. Con estos datos podemos establecer el diagnóstico diferencial, pero todavía tenemos otro medio de comprobación, y es hacer que la enferma cambie de decúbito; en los casos de ascitis, una vez puesta la enferma en decúbito lateral derecho ó izquierdo, al cambiarlo y dirigirse, v. gr., hacia la parte izquierda, la sonoridad viene á ocupar el lado derecho; en cambio las líneas medias se hacen mates, porque colocada la enferma del modo antedicho, el líquido ascítico que pesa más que las asas intestinales, se dirige hacia las partes declives, en tanto que estas últimas flotan y acaban por ocupar la parte alta del abdomen. En cambio, tratándose de quistes ováricos, observamos que las zonas mates y las sonoras no cambian de sitio, sea cualquiera el decúbito que guarde la enferma, lo cual se comprende, pues la neoplasia no podrá desplegarse con el líquido que contiene. El vacío es sonoro hacia atrás, y buscando el modo de percutir el vacío del lado opuesto al mismo del decúbito, encontraremos allí una sonoridad dependiente de las asas intestinales aprisionadas por el quiste.

A veces coexiste la ascitis con el tumor ovárico, tal sucede con los quistes papilares, que al llegar á cierto período la desarrollan casi con seguridad, y en algunos quistes dermoideos que pueden provocar peritonitis exudativa con as-

citis más ó menos graduada. El diagnóstico de tumor ovárico complicado con ascitis, no es difícil en tales casos y sólo puede serlo cuando la cantidad de aquélla es enorme, y, distendiendo considerablemente las paredes del vientre, impide la palpación; pero estos casos son raros, y fuera de ellos el diagnóstico no es difícil, porque el líquido ascítico va hacia las partes declives, mientras que la neoplasia sigue ocupando la línea media, y no es extraño encontrarla, mediante la palpación, ya debajo de las paredes abdominales, ya al través del líquido derramado. Entre el tumor y la pared abdominal queda más ó menos líquido que se retira al hacer la palpación brusca, apareciendo un síntoma igual al que estudiaremos en el capítulo del embarazo con el nombre de peloteo. Cuando el tumor sea abdominal y la ascitis sea enorme, pero las paredes abdominales estén tan tensas que no permitan el peloteo, no tenemos más remedio que puncionar el vientre para que sea fácil la palpación; de este modo veremos que el addomen se deprime, sólo que en una parte ú otra del mismo se conserva cierta proeminencia que palpamos perfectamente. En todos estos casos, es preciso que el tumor sea abdominal; si no lo es, pasará como en los quistes papilares que alcanzan poco volumen, habrá ascitis dependiente del tumor ovárico, pero no podremos establecer el peloteo; es necesario entonces examinar la pelvis y proceder del modo que dijimos al tratar de los tumores pélvicos; esto es, buscar el tumor por los fondos de saco posterior y laterales y verificar la percusión, lo cual será muy útil, junto con cierto peloteo que podremos apreciar por la palpación combinada, y mucho será que por encima del arco de Falopio no podamos apreciar, separando los órganos que sobre él gravitan, el quiste papilar del ovario. A esto debe unirse la falta de anamnesis que caracteriza los quistes del ovario, pues en la ascitis dependiente de afectos renales, hepáticos ó cardíacos, hay antecedentes patológicos. La falta de antecedentes en una ascitis nos hará sospechar, por lo tanto, una neoplasia del ovario, distinguiendo el caso que presenciemos, de una peritonitis tuberculosa por los medios ya indicados. En cuanto á diferenciar el quiste ovárico del embarazo, sabemos ya que la auscultación ha de servirnos de guía, á menos que se trate de embarazo con feto muerto, en cuyo caso no hay más recurso que esperar algunos días para ver si el abdomen disminuye ó no de volumen.

¿Es posible el diagnóstico de embarazo con quiste ovárico á la vez? Cierto que sí, y el diagnóstico se funda en la existencia de dos tumores, uno formado por el útero, en el cual conoceremos el feto por el ruido cardíaco, y que se encuentra en la línea media; otro hacia el lado derecho ó izquierdo, según el ovario de que se trate y en dirección del vacío correspondiente. Tratándose de embarazos de poca fecha, el útero parece dirigirse hácia el vacío y afecta una forma irregular; para distinguir el caso de un quiste ovárico conviene establecer el tiempo que cuenta aquél y averiguar si es posible que el útero en tales condiciones alcance la altura que observamos. A medida que adelanta el embarazo el útero se dirige hacia el lado opuesto, y en los últimos tiempos todo re-

sulta difícil, porque el abdomen está completamente lleno y sólo cierta irregularidad á la inspección puede hacernos sospechar el diagnóstico. En cambio, durante los primeros tiempos la cosa es muy sencilla, teniendo en cuenta los datos indicados.

¿Puede diagnosticarse la clase de quiste ovárico que tenemos á la vista? En general no es difícil dilucidarlo y el diagnóstico se establecerá entre un quiste uni ó multi-locular y un quiste papilar del ovario. Llama la atención en los quistes uniloculares, la uniformidad del abdomen, la claridad de la fluctuación y finalmente el crecimiento lento, de lo cual ofrecen el mejor tipo los para-ováricos. Por el contrario, el crecimiento rápido, la forma irregular del abdomen, la fluctuación obscura, imperceptible á veces, abonan en favor de un quiste multilocular; la falta de uniformidad no se encuentra en todos los casos, pues á veces la superficie del tumor puede presentarse lisa; pero cuando el crecimiento del quiste ha sido rápido, no encontramos la fluctuación bien patente, ó bien demostramos que existen zonas fluctuantes sin comunicación entre sí, diremos que se trata de un quiste multi-locular. Los quistes papilares se distinguen fácilmente; en primer lugar no alcanzan nunca un gran volumen, van complicados casi siempre con ascitis y hemos de hacer el diagnóstico mediante la exploración combinada. Tan general es esta regla, que siempre que encontremos ascitis con un tumor pelviano diagnosticaremos un papiloma. Las dificultades son casi insuperables tratándose de diferenciar un quiste papilar de otro dermoideo; si fuese posible observar las enfermas largo tiempo y comprobáramos que el tumor permanece estacionario, habríamos dado un gran paso para diagnosticar un quiste dermoideo, pero como esto no nos es dable, debemos fiarlo todo á la anamnesis, por lo cual el diagnóstico referido es sólo de probabilidad y nunca se establece de una manera segura.

Otra circunstancia que importa diagnosticar en los quistes del ovario, es si existen ó no adherencias. Puede diagnosticarse este punto en general, pero á veces creyendo que han de existir muchas no hallamos ninguna, y en otras ocasiones ocurre todo lo contrario. Ya conocemos la patogenia de tales adherencias y su relación con las peritonitis adhesivas; en unos casos la enferma no tiene antecedentes y nada nos hace sospechar que el tumor esté adherido; en cambio, en otras ocasiones la enferma refiere que ha tenido dolores localizados ó generalizados; es decir todos los síntomas de una inflamación peri-quística, la cual, conforme sabemos, es causa de adherencias. Cuando haya tales antecedentes sospecharemos que puede haber adherencias, pero el caso es que sin aquéllos pueden presentarse también, y de aquí la conveniencia de recoger todos los síntomas que puedan revelar si aquéllas existen ó no; pocas veces son éstos tan evidentes que disipen todas las dudas, algunas veces observamos edema de la piel del pubis y otras señales que acusan linfangitis profundas, y en tales casos los quistes ováricos tendrán adherencias. Si no existen tales síntomas, nos referiremos á los antecedentes de la enferma y á un dato que puede faltar; co-

locada la enferma en decúbito supino, la examinaremos horizontalmente y haremos que practique inspiraciones profundas, y si el quiste no es enorme podremos observar cómo se levanta la tapa torácica y arrastra la pared abdominal anterior, descendiendo el diafragma: el estómago y el colon transverso descienden asimismo, insinuándose el colon entre la pared abdominal y la del quiste; con todo debe observarse que á veces existen muchas adherencias, sin faltar este síntoma. Algo parecido á este fenómeno podemos buscar en la parte baja, buscando la movilidad de las vísceras que rodean el quiste por la parte inferior; así, mediante el reconocimiento vaginal, encontramos el útero móvil, el otro ovario quizás movible también. La enferma no acusa fenómenos pelvianos y quizás ofrecerá libre el fondo de saco; lo probable entonces es que el quiste quede suelto y móvil por la parte inferior, pero de todos modos el diagnóstico no es más que de probabilidad.

Lección LXVIII

Curso y complicaciones de los quistes ováricos.—Inflamación, torsión de pedículo, roturas y hemorragias.—Quistes del ovario complicando el embarazo.—Diagnóstico de estas complicaciones.

Correspóndenos ahora tratar de los fenómenos que ocurren en el curso de los quistes ováricos, los cuales pueden imprimirle modificaciones, influyendo en el crecimiento, duración y fin de las referidas neoplasias. Puede suceder lo que indicamos en la anatomía patológica, es decir, la inflamación del quiste, la hemorragia intra-quística, la supuración, todo lo cual modifica el carácter de la dolencia, y como quiera que muchas veces estas complicaciones dependen de un accidente muy notable que puede ocurrir en el curso del quiste ovárico, empezaremos por estudiar el accidente referido. El hecho á que me refiero es la torsión del pedículo, el cual ocurre en los tumores de tamaño menor y mediano, nunca en los tumores de grandes dimensiones; es inútil añadir que los tumores deben ser además pediculados para que se verifique el accidente. Con estas condiciones, todo lo que puede favorecer la rotación del tumor dentro del abdomen es capaz de producir la torsión del pedículo; Lawson-Tait cree que el paso de los bolos fecales con cierta dificultad puede determinar el mencionado fenómeno de torsión, de manera que las enfermas que sufriesen de estreñimiento habitual estarían más expuestas á él que las demás. No sabemos hasta dónde puede tomarse esta afirmación, lo que sí puede establecerse es que todo movimiento brusco por parte de la enferma, cualquier trabajo corporal excesivo, ciertos decúbitos que se adoptan, las exploraciones ginecológicas atrevidas, pueden hacer que el tumor ruede dentro del abdomen, obrando como causa del accidente que

estudiamos. Sin embargo, el hecho que provoca la torsión del pedículo, no sólo con facilidad sino de un modo casi seguro, es el parto; después de la expulsión del feto sobreviene una enorme vacuidad en el abdomen y una considerable retracción del útero, cayendo el tumor en el vacío que se produce, apoyándose en la columna vertebral y viniendo la torsión del pedículo. En el puerperio con quiste ovárico prodúcese además otro hecho que casi creo de regla, y es que si encontramos el tumor abdominal en la parte izquierda el tumor es de la derecha y viceversa, lo cual se comprende, pues al vaciarse el útero que ocupa el lado izquierdo cae el tumor y va á parar al lado opuesto, viniendo la torsión del pedículo y adquiriendo adherencias el tumor con la fosa ilíaca donde ha caído.

Al estudiar la torsión del pedículo debe tenerse en cuenta que sus fenómenos pueden ser más ó menos acentuados, pues aquél puede dar una ó varias vueltas. Algunos autores describen la torsión por el número de vueltas del pedículo, lo cual no es práctico porque no lo diagnosticamos nunca; además debe tenerse en cuenta la longitud de aquella parte del tumor, pues si tiene el pedículo dos centímetros y le damos una vuelta ocurrirán fenómenos más graves que si tiene ocho y da dos vueltas sobre sí mismo. Lo más importante de estos hechos reside en las alteraciones circulatorias, en virtud de las cuales estableceremos tres grupos. En el primero, lo que sufrirá ante todo será la circulación de retorno que no está tan protegida como la circulación arterial por ser más depresibles las túnicas venosas que las arteriales, y así habrá una estancación de sangre venosa, independientemente del número de vueltas que puede dar el pedículo. En el segundo grupo la torsión es bastante acentuada para comprimir las arterias que corren por el espesor del pedículo, quedando el tumor casi exangüe. Finalmente, en el tercer grupo puede ser tal el número de vueltas que el pedículo se rompa y el tumor quede aislado en el abdomen. Respecto á las consecuencias de estos fenómenos diremos que en el primer caso, sobreviene un éxtasis sanguíneo en el tumor, seguido de hemorragia intra-quística que puede ocasionar la muerte de la enferma; frente á una complicación de esta naturaleza sospecharemos una torsión de pedículo del primer grupo, pues si se hubiese interrumpido la circulación arterial no hubiese podido haber hemorragia. Al mismo tiempo que esto ocurre, las paredes del quiste pierden su vitalidad y se inflaman fácilmente las partes vecinas, de manera que no sólo pueden observarse hemorragias sino fenómenos de inflamación peri-quística, por lo que el tumor crece rápidamente. Como la torsión del pedículo obra sobre los nervios ocasiona dolor más ó menos agudo y localizado en el sitio del pedículo, creciendo velozmente la neoplasia y propagándose á todo el abdomen los fenómenos dolorosos. La enferma, con todo, puede tolerar dicho estado. En el segundo grupo que hemos señalado, obstrúyense ambas circulaciones venosa y arterial, arreciando los fenómenos locales, particularmente los dolorosos, pero no hay hemorragias intra-quísticas; el hecho culminante es la mortificación de la neoplasia que puede efectuarse lenta ó rápidamente, lo cual determina síntomas

notables que luego se generalizan por todo el abdomen, ya que el quiste mortificado se convierte en cuerpo extraño que tiende al esfacelo más ó menos lento, provocando una peritonitis peri-quística que no tarda en generalizarse y así aparece todo el cuadro de una fuerte infección. El quiste presenta el color de hoja seca y por el pedículo no circula sangre. Lo propio ocurre en el tercer grupo pero con más exageración, pues aparecen intensos fenómenos infectivos de los que raras veces la enferma se defiende, ni aún por breve tiempo. En el primer grupo la enferma puede salvarse porque lucha su organismo, y hasta en el segundo, gracias á la formación de adherencias por la mortificación lenta del tumor, podemos abrigar alguna esperanza, pero en el tercero una muerte rápida es casi segura.

Sea porque ocurra una torsión del pedículo, sea porque el roce entre las superficies del quiste y la superficie peritoneal produzca fenómenos irritativos, sea porque venga un traumatismo ó una enfermedad intercurrente que dé al peritoneo una susceptibilidad especial, con frecuencia aparece la inflamación del quiste que más bien debiéramos llamar peritonitis porque esta complicación comunmente se extiende más allá del tumor. A veces la flogosis es puramente limitada, en ocasiones preséntase en una superficie más ó menos extensa, y no faltan casos en que es generalizada; según el grado de extensión é intensidad que ofrezca la inflamación peri-quística, así serán los síntomas que determine. Así, mientras unas veces el proceso se desarrolla sin que aparezca síntoma alguno, otras, y esto es lo ordinario, se revela el mal por un cuadro remiso de peritonitis consistente en un dolor más ó menos intenso en los puntos inflamados; si la inflamación se generaliza va acompañada de inapetencia é intolerancia gástrica junto con vómitos de carácter peritonítico y cierta frecuencia de pulso. Esta complicación ofrece sus peligros, sobre todo si se generaliza á toda la serosa peritoneal, pues la enferma corre los riesgos de una peritonitis; por lo general sigue un curso lento, agrava el estado de la enferma, pero pocas veces termina por la muerte. Debe tenerse presente todo lo que indicamos, pues tiene sus aplicaciones prácticas; frente á esta complicación nos limitaremos á esperar, pues aquélla ha de disminuir de intensidad y una vez haya ocurrido así, podemos decidirnos á intervenir, lo que no podíamos hacer antes, pues nos expondríamos á agravar el estado de la enferma. Si la complicación enunciada amenaza la vida de la enferma, ya la cosa cambia, de manera que el mismo fenómeno puede presentar diversos matices.

La inflamación quística y peri-quística llevada al extremo, sea por una torsión del pedículo, sea por una afección infectiva intercurrente, puede terminar por supuración, lo cual se comprende porque llevados los gérmenes patógenos por el torrente circulatorio, encontrarán condiciones aptas para desarrollarse. Al supurar el quiste todas sus cavidades se funden en una sola por destrucción de los tabiques, y en vez de existir en el interior de la neoplasia un líquido seroso ó gelatinoso hallamos una enorme colección purulenta. Si el comienzo de

la supuración ha venido por la necrosis del quiste, aparecerán los ostensivos y estrepitosos fenómenos de una torsión de pedículo; en cambio, si aquello se debe á una enfermedad intercurrente desarróllase insidiosamente, con dolores vagos en el abdomen, inapetencia y pulso frecuente. A veces, después de pasado el período agudo, el pus enquistado pierde sus propiedades y hasta llega á esterilizarse, y encontramos enormes cavidades llenas de pus, pero sin microbios virulentos; cuando esto ocurre los fenómenos generales disminuyen, la enferma puede cobrar apetito y adquirir cierto buen color, pero conserva el pulso frecuente (110 y 116 pulsaciones por minuto), aunque sin carácter peritonítico. Todo esto debe tenerse en cuenta para sentar la oportunidad de la intervención, ya que no será lo mismo operar cuando el quiste supurado está en su período virulento, que intervenir una vez éste ha pasado ya y se han atenuado los fenómenos indicados anteriormente. Ya se comprende que por más que se atenúe el quiste supurado, fácilmente puede adquirir virulencia, y claro está que el quiste en tales condiciones se acompañará de peritonitis, formándose adherencias con los órganos vecinos; por esta razón hay que estar prevenidos, respecto de las adherencias parietales y viscerales que en los quistes supurados del ovario suelen encontrarse. Casi puede decirse que no existe un quiste supurado del ovario que no determine adherencias.

Otra circunstancia que modifica el curso de los quistes del ovario, es la hemorragia intra-quística relacionada generalmente con la torsión del pedículo; pero á veces se trata de un quiste multi-locular que crece rápidamente, y destruyéndose los tabiques que separan las diversas cavidades que lo componen, puede rasgarse un vaso ocasionando el fenómeno que estudiamos. La enferma siente malestar general, puede sufrir un desvanecimiento, y sin embargo, el hecho no tiene nada que ver con la torsión del pedículo, lo cual debe tenerlo en cuenta el ginecólogo para sentar la oportunidad de la indicación. Otro accidente puede ocurrir aún, durante el curso de los quistes ováricos, me refiero á su rotura, que podrá ser espontánea por haber destruído el pus la pared del quiste, pero que en ocasiones se debe á un reconocimiento mal dirigido. Los síntomas en este caso son los de una rotura interna, se derrama gran cantidad de líquido en el peritoneo y según sea aquél, así serán los síntomas y su intensidad. El vientre cambia de forma, aparecen vómitos, intolerancia gástrica y todo el cuadro del peritonismo. Siempre que se trate de una rotura expontánea no debe creer el ginecólogo que el líquido es claro y transparente y se reabsorberá con facilidad, sino que por el contrario, en tales casos el quiste es casi siempre supurado, y el cirujano sólo debe establecer una indicación.

Ya dijimos en otro capítulo, que el embarazo modificaba los quistes del ovario en el sentido de cambiar su situación en el abdomen. El curso de los quistes ováricos resulta agravado por el solo hecho del parto y del puerperio, lo cual debe tenerse en cuenta porque si frente á estos fenómenos los quistes cambian de curso, podemos demostrar que el embarazo no es una contraindicación, y

podemos prevenir los accidentes empleando el tratamiento oportuno. Notemos además que los quistes del ovario en su último período producen trastornos á distancia, así no es raro observar alteraciones renales determinadas por la persistencia de los fenómenos comprensivos del quiste que interesan los uréteres é impiden el desagüe del riñón, el cual acaba por afectarse. Los trastornos renales acaban por interesar el corazón y de aquí que sobrevengan afectos cardíacos consecutivos, siempre notables y dignos de atención. Hay que estudiar en alguna variedad de los quistes ováricos, fenómenos de compresión pelviana que alcanzarán la vejiga, el uréter y el recto, así observaremos retención de orina y hechos mecánicos de dificultad en la defecación porque el quiste comprime el tramo intestinal. De aquí que la oclusión intestinal pueda presentarse en el curso de un quiste ovárico abdominal, y más en el de un quiste ovárico pelviano; se comprende que los fenómenos compresivos sean más notables en la pelvis porque el cinturón óseo que la constituye opone obstáculo al crecimiento del tumor. Los referidos actos de compresión existen en la vejiga, recta y S ilíaca con carácter de agudez, mientras que los fenómenos compresivos que ocurren en el abdomen ofrecen el sello de la cronicidad, lo cual se explica porque en el abdomen, cediendo su pared anterior, todo ocurre de un modo lento y se establece el hábito, mientras que en la pelvis los fenómenos referidos sobrevienen en un momento dado por la disposición anatómica antes enunciada. Los quistes que más frecuente y fácilmente producen estos fenómenos de compresión intra-pelviana son los retro-uterinos.

Lección LXIX

Tratamiento de los quistes ováricos.—Id. paliativo.—Id. curativo.—Indicaciones y contraindicaciones de la ovariotomía.—Intervenciones paliativas.

Gracias á los esfuerzos de los ginecólogos y al mejor conocimiento de la enfermedad, es cosa por demás sencilla el tratamiento de los quistes del ovario, no pasando hoy como treinta años atrás en que aún se discutía la oportunidad de la intervención, puesto que se han demostrado sus excelentes efectos cuanto antes se practica. Toda indicación terapéutica en los casos de quiste del ovario queda reducida á esta proposición «una vez establecido el diagnóstico de quiste del ovario, cuanto antes operemos mejores resultados podremos esperar.» La indicada regla se aplica á todos los quistes del ovario, sea cual fuere su forma, y tiene un carácter indiscutible, pues no existe otro tratamiento que la intervención quirúrgica. Unicamente podemos apelar á los medios higiénicos para llegar al momento de la intervención sin accidente alguno que pueda variar el pronóstico de aquélla. Digamos, sin embargo, que en determinados casos debe

emplearse el tratamiento paliativo, pues el radical no puede ser objeto de aplicación por estar contraindicado.

La proposición mencionada se funda en hechos reales y positivos bien conocidos hoy día; recordemos primeramente que si bien el tumor es tolerado muchas veces, puede sufrir multitud de accidentes que se presentan del modo más inesperado, lo cual demuestra la necesidad de la intervención. Además, los quistes ováricos deben operarse sin esperar que *maduren*, como se hacía antes, pues entonces, siendo más graves que hoy las operaciones, se aguardaba á que por efecto de las inflamaciones crónicas el peritoneo se hiciese tolerante; había que buscar todos los medios de defensa orgánica para que la enferma resistiese mejor los peligros de la intervención, peligros á la sazón muy considerables por no conocerse la asepsia. Pero hoy día, que poseemos los medios de que el peritoneo no sufra por nuestra intervención, ¿qué vamos á obtener con la madurez del quiste? Tan sólo malas condiciones locales y generales que agravarán los efectos del traumatismo. Pero además los hechos de observación corroboran lo que teóricamente deducimos; ya Thorton, que fué de los más partidarios de operar los quistes ováricos antes de su *madurez*, pudo observar muy buenos resultados ¿qué no sucederá ahora contando con los poderosos medios que nos ofrece la Cirugía contemporánea? En la actualidad, desde un 20 y 16 por 100 de mortalidad que se observaba en épocas anteriores, hemos venido á parar á un 4, 2 y hasta un 1, en países más adelantados quirúrgicamente que el nuestro. La ovariotomía precoz da mejores resultados que la tardía; no es esto decir que la última no puede practicarse, pero entonces obraremos con más desconfianza. Demostrado como está que el operar precozmente hace la operación más benigna y sabiendo como sabemos que en cualquier momento, durante el curso del mal pueden ocurrir accidentes graves y hasta mortales, debe afirmarse la verdad de la proposición enunciada. Sólo que en algunas ocasiones debe ésta apresurarse en su aplicación, como en otras debe retardarse.

Establecida la proposición anterior, hay que tener en cuenta su oportunidad, pues al paso que la indicación puede ser urgente y hasta vital en algunos casos, no faltan otros en que viene modificada por circunstancias accesorias. De aquí que para cada caso concreto, se admitan condiciones que modifican la indicación fundamental, en el sentido de exigir su pronta aplicación ó en el de demorarla. Las primeras son aquellas que influyen en el curso de la neoplasia quística, acentuando su malignidad; así, cuando diagnosticamos un quiste ovárico en el que no ha existido complicación alguna y el tumor es de mediano volumen, teniendo la enferma buenos antecedentes, y no habiendo aparecido complicación alguna, la indicación queda planteada en los términos expuestos. En cambio, si ha ocurrido cualquier contingencia, como la inflamación quística ó peri quística, la indicación es perentoria, pues el curso de la dolencia se precipita. Tratándose de hemorragias intra-quísticas, la indicación es urgente, y en caso de torsión del pedículo adquiere el carácter de vital; una vez bien diag-

nosticado este accidente, debe aplicarse inmediatamente la indicación, variando algo, según el grado que revista aquel accidente. Aquí podemos repetir lo que dijimos al hablar de las intervenciones de los anexos, á saber, que no debían practicarse en períodos de flogosis aguda, pues aquéllas estaban entonces más expuestas á complicaciones y malos resultados. De todos modos, digamos también lo que hemos indicado en aquel lugar, que si el accidente compromete la vida de la enferma, amenazándola directamente, debe operarse á pesar de todo, mientras que si la complicación flogística ha de ser pasajera, más vale aguardar para hacer la operación *en frío*. Así, cuando el curso de la neoplasia quística aparece complicado con una estrangulación interna, ó con fenómenos de compresión, debe pasarse por encima de todo y extraer el cuerpo extraño que sostiene aquellos hechos. El punto más discutible es aquel en que, junto con el quiste hay un embarazo; después de lo dicho acerca de la manera como este último influye en los quistes del ovario, bien se nos alcanza que la indicación será perentoria y que deberemos operar prontamente para no exponer la enferma á las complicaciones que por parte de la neoplasia pueden ocurrir, después de la expulsión del feto. La indicación, como se ve, es muy clara, sólo falta demostrar si en el período de embarazo cambian las condiciones de la intervención, si ésta resulta más grave ó si el producto de la concepción sufre graves alteraciones por los traumatismos operatorios. Creíase antes que toda intervención estaba contraindicada durante el período de embarazo, pero á medida que se han ido practicando operaciones durante el mismo, se ha visto que éste era realmente tolerante, puesto que se han realizado intervenciones quirúrgicas en el útero mismo, sin que éstas tuvieran mayor gravedad, ni se resintiera el órgano, ni se modificara en nada el curso de la gestación. Por lo que se refiere á ovariotomía, está bien demostrado que puede practicarse sin peligro durante el primer trimestre de la gestación, pues la referida operación se ha verificado en casos que se ignoraba la existencia de un embarazo, y, sin embargo, aquélla no ha sido más accidentada que de ordinario, ni el producto de la concepción ha sufrido en lo más mínimo. Durante el segundo trimestre, tampoco ocurre nada de particular, por lo común, y la gestación ha seguido su curso normal, hasta parece que en estos casos el organismo de la mujer resulta más tolerante, y el aparato genital resiste mejor tales actos quirúrgicos. Por lo que toca al tercer trimestre, diremos que todavía debe tenérsele cierto respeto, pues no hay datos bastantes para resolver el asunto, quizás cuando se haya operado más durante el mismo, veremos que no hay motivo para aquel respeto, sucediendo con él lo que con los otros períodos. Hoy por hoy, en este período dejamos planteada la indicación, aguardando el momento del parto, pero *á mano armada*, y así que se haya realizado aquél, vigilamos atentamente y tomamos precauciones para que el vacío formado entonces en el abdomen, no sea perjudicial para el quiste del ovario; hecho esto dejamos pasar el período puerperal, para intervenir después del mismo.

Aparte de lo dicho, ¿existen contraindicaciones de la operación? Los ginecólogos anteriores á nuestra época las aceptaban, dividiéndolas en unas de orden local y otras de orden general. Las primeras dependían de ciertas circunstancias que hacían la operación difícil y hasta imposible, por la antigüedad del tumor ó por los accidentes que puede sufrir; fuerza es confesar que no pueden admitirse hoy día, pues á medida que los ginecólogos se han hecho más valientes y han ido conociendo la manera de vencer las dificultades, ha disminuído hasta desaparecer el número de casos *inoperables* por aquel motivo. Además, como las circunstancias locales que dificultan la operación, sólo pueden apreciarse en el momento de practicarla; de aquí la necesidad de operar á todo trance. Hoy día, ni por el volumen del quiste, ni por sus adherencias, ni por la ascitis, podemos desechar la operación. Si no hay contraindicaciones de orden local, ¿existen algunas de orden general? Cierto que sí, tal ocurre en la tuberculosis pulmonar en un período adelantado, y lo mismo pudiéramos decir de cualquier afección orgánica que amenace la vida de la mujer, pues en tales casos nuestra intervención sería inútil. Las alteraciones en la composición de la orina, que suponen lesiones graves del parénquima renal, pueden también contraindicar la intervención quirúrgica en los quistes ováricos; así, en la diabetes, sólo tratándose de cumplir una indicación vital, nos decidiremos á operar, pues si el quiste es de poco tamaño y no tiene complicaciones, nos abstendremos de intervenir. La albuminuria abundante llega casi á contraindicar la intervención quirúrgica, no así cuando aquélla es poca, porque se debe á los trastornos renales que el quiste ha ocasionado, y entonces lo que procede es separar la causa que los ha producido. Como se ve, no existen contraindicaciones absolutas, pero las hay relativas; hasta parece que las mujeres afectas de quistes del ovario tienen el privilegio de gozar de cierta integridad del resto del organismo.

Después de lo dicho, ¿cabe establecer un pronóstico al sentar la indicación quirúrgica? Sí, y éste puede ser general ó especial para ciertos casos. El primero es verdaderamente halagüeño, pues hoy estamos lejos de aquellos tiempos en que se obtenía una mortalidad de 16 y 20 por 100; en la actualidad, gracias á la perfección en el modo de operar, y á la oportunidad con que se interviene, el pronóstico general ha cambiado por completo, y así vemos que la mayoría de las estadísticas dan un 6 ó un 4 por 100 de mortalidad. Respecto al pronóstico en concreto, diremos que hay circunstancias que agravan la operación, y ya comprenderemos que no será igual operar una neoplasia sin complicaciones, que otra en la cual hayan aparecido. La inflamación peri-quística y la hemorragia intra-quística agravan el pronóstico, como la caquexia ovárica, los quistes supurados, la diabetes y la albuminuria dan un contingente más crecido de mortalidad. Por lo que toca al pronóstico post-operatorio, la mortalidad oscilará entre un 5 ó 6 por 100.

De lo que hemos dicho, se desprende que el único tratamiento de las neo-

plasias quísticas del ovario, es la operación conocida con el nombre de ovariotomía. ¿Hay otros medios que puedan ponerse en práctica con esperanzas de éxito? Para curar radicalmente el mal no, en cuanto á medios paliativos se habrán empleado algunos que hoy han caído en desuso. Desde luego tenemos la punción, que también se empleó como medio diagnóstico y que en la actualidad no se emplea en ningún concepto, pero que es conveniente recordar, porque á veces puede ser útil. Tal sucede, cuando no ha llegado el momento de practicar la operación decisiva y la enferma está en peligro por agobio circulatorio ó respiratorio; en este caso la punción, quitando cierta cantidad de líquido y desahogando á la enferma, prepara la ovariotomía. En ocasiones, miramos con reserva el acto quirúrgico por existir un embarazo adelantado, y entonces, dado el volumen enorme del quiste y del útero, la punción es un gran medio paliativo. Así pues, siempre y cuando el volumen excesivo de la neoplasia quística amenaza á la enferma y en aquel momento no podemos operar, debe recurrirse á la punción, que sirve admirablemente como un recurso paliativo. Otro tratamiento de los quistes del ovario que debemos mencionar, es el que se practica mediante su incisión y desagüe; este medio no se dirige á extirpar la neoplasia y puede estar indicado en algunos casos, v. gr., cuando el quiste se halla enclavado en la pelvis durante el período de embarazo, y su extirpación resulta contraindicada por condiciones topográficas del tumor; en este caso, como no podemos permanecer inactivos, lo más conveniente sería incindir el tumor y desaguarlo. Pero como quiera que la curación del quiste por este medio es larga y accidentada, sustituiremos la incisión por la punción. Este recurso se empleaba antes en los casos calificados de *inoperables*, pero hoy en que estos casos no se aceptan y en que el quiste puede operarse ocupe el lugar que ocupe, es difícil que aquel medio pueda estar justificado. Queda, finalmente, un recurso, que es la punción seguida de inyecciones en el quiste practicado cuando la ovariotomía revestía mucha gravedad; aunque de este modo quizás se retardaba la enfermedad, debemos decir que este medio es reprobable. Sólo nos queda, pues, la intervención llamada ovariotomía, que se realiza practicando la laparotomía previa y extirpando el tumor, y como éste recae en el ovario, lo que procede es extraer el órgano. Esta operación, practicada por Mac Dowell á principios del presente siglo, es una de las mayores conquistas de la Ginecología y ha contribuído en gran manera á sus asombrosos progresos.

Lección LXX

Ovariotomía.—Técnica de la operación en sus distintos tiempos.—Pronóstico de la ovariotomía.—Curso post-operatorio inmediato y lejano de la ovariotomía.

Consiste la operación de la ovariotomía en la extirpación del ovario, pero estando este órgano en ciertas condiciones, de manera que al hablar de ovario-

tomía entendemos siempre que la operación se realiza á causa de una de las neoplasias estudiadas. Como quiera que esta operación fué la primera que se practicó en Cirugía abdominal, adquiriendo carta de naturaleza, se comprende que el nombre de ovariotomía haya venido perpetuándose, ligado siempre con la idea de que el motivo de la operación era una neoplasia quística del ovario. Claro está que la extirpación de un ovario normal por una ovaritis supurada ó quística merece también el nombre de ovariotomía, pero lo cierto es que no se les aplica dicha denominación. Así es que siempre entendemos por ovariotomía, la extirpación del ovario afectado de una neoplasia quística. La primera operación de este género fué practicada por Mac-Dowell en 1809, yendo seguida de éxito; posteriormente se realizó varias veces en Inglaterra y en los Estados Unidos hasta generalizarse, gracias á los buenos resultados que algunas veces se obtuvieron, á pesar de la extraordinaria gravedad que entonces revestían las heridas peritoneales. La introducción de esta maniobra quirúrgica en el Continente europeo fué bastante tardía, pues no se practicó hasta la mitad de este siglo, y aun se llegó á calificar de *asesinato* el referido acto operatorio. Así es que cuando Nélaton realizó su primera ovariotomía fué unánimemente criticado, y así siguió el anatema que había caído sobre la ovariotomía hasta que fué rehabilitada por Koeberlé y Péan. Sus progresos fueron lentos en un principio, tanto en Francia como en Alemania y demás países del Continente, pero en el espacio de veinticinco años se perfeccionó y generalizó de tal manera, que llegó á constituir una operación casi corriente. Sin embargo, durante cierto número de años la operación parece reservada á unas pocas personalidades eminentes en Cirugía, permaneciendo los demás cirujanos en actitud expectante. Hoy día han desaparecido estos privilegios, y la intervención se practica, no sólo en todas las grandes capitales, sino en poblaciones secundarias, pues aquélla ha entrado ya en la práctica corriente de la Cirugía.

Respecto al modo de realizar la ovariotomía, diremos que la enferma no necesita de más preparación que la que expusimos al hablar de la laparotomía en general, así aquélla se someterá á la antisepsia intestinal, á baños generales y á la limpieza de la región anatómica. El momento de practicar la operación, es indiferente, con tal que no sea el período menstrual y aun durante éste se ha llevado á cabo algunas veces; éste, sin embargo, no autoriza para prescindir en absoluto del período menstrual, y lo mejor que podemos hacer será operar en los días que preceden al período menstrual. El fundamento de este consejo estriba en un fenómeno que ocurre en la convalecencia de la laparotomía, me refiero á la *metrorragia* ó *metrostaxis*, que suele acaecer á los pocos días de la operación; como es conveniente que aquel fenómeno coincida con la menstruación para evitar las pérdidas de sangre sucesivas y para que ésta favorezca la metrostaxis, bien se comprende la ventaja de operar en los tres ó cuatro días que preceden al período menstrual. El instrumental que necesitamos es el de toda laparotomía; instrumentos de corte, pinzas de Péan de modelo menor y mayor,

y por fin, instrumentos especiales que son los trócares de grandes dimensiones, y de los cuales citaré dos variedades, el de Spencer Wells y el de Koeberlé; el primero, va provisto de una garra en su parte media para sujetar la pared del quiste y de un tubo grueso en el otro extremo para asegurar el desagüe; el segundo, no tiene garra para aquel objeto.

El primer tiempo de la operación es el de toda laparotomía, incisión de las paredes abdominales, que se practica siempre en la línea media y que cuenta 10 ó 12 centímetros estando situada entre el pubis y la región umbilical; se abre el abdomen y se llega hasta el peritoneo, incindiéndolo; este tiempo de la laparotomía es igual al de toda otra y no presenta diferencia ninguna. Abierto el peritoneo, comienza el segundo tiempo, que consiste en el reconocimiento del quiste y desprendimiento de adherencias. Generalmente no hallamos ninguna dificultad, se abre la serosa y se encuentra el peritoneo parietal separado del quiste, el cual aparece al través de la incisión; es fácil entonces reconocer este último, introduciendo la mano al través de la incisión entre el quiste y la pared abdominal y siguiendo la superficie de aquél para saber si tiene ó no adherencias. Si no las tiene, se pasa al tercer tiempo de la operación, pero si las tiene debe procederse á su desprendimiento; la primera dificultad que podemos hallar es que en el sitio donde debe practicarse la incisión, haya adherencias con el peritoneo parietal. En general, podemos apreciar cuando nos hallamos en el intersticio de las dos hojas del peritoneo, pero en ocasiones la cosa es tan difícil que cabe desprender extensos colgajos de peritoneo parietal. Para evitar este error, lo más conveniente es prolongar la incisión hasta el ombligo, y ver si se encuentra el intersticio pasando el dedo entre la superficie del quiste y el peritoneo; si hemos procedido bien, al llegar al ombligo no encontraremos dificultades; si por el contrario nos hemos introducido entre el peritoneo y la pared abdominal, y desprendemos el peritoneo en vez del quiste, no es posible desprender aquél al llegar al ombligo. Aun así, en casos difíciles es bueno prolongar más la incisión, pues las adherencias pueden estar más extendidas; prolongando la incisión llegamos á un sitio donde termina la adherencia, y encontramos libre la cavidad del peritoneo, donde podemos insinuar fácilmente la mano entre el quiste y la pared Vencida esta dificultad, procede el desprendimiento de adherencias, y para ello, descubierto el intersticio, se insinúa la mano y se van separando; la tarea es fácil, no parece sino que se separen hojas de papel pegadas con cierta intimidad. Pueden encontrarse adherencias ó bridas fuertes, que se romperán con la mano, no asustándonos de la hemorragia que puede ocurrir. Esta maniobra resulta algo difícil, tratándose de quistes enormes adheridos á la pared abdominal anterior y á los bordes falsos de las costillas, pasando por debajo de la cara inferior del hígado y adhiriéndose á ella; por todo lo expuesto, hay que proceder con cautela, y á veces es conveniente esperar otro tiempo operatorio, para desprender dichas adherencias. Una vez hemos desprendido las adherencias anteriores, quedan las viscerales;

si el ginecólogo encuentra adherencias viscerales algo resistentes, con el epiploon ó los intestinos, debe abstenerse de removerlas. Adviértase que esta maniobra es conveniente hacerla antes del tiempo que vamos á describir, por la sencilla razón de que en el primer caso todo es más fácil, aunque puede romperse el quiste y derramarse su contenido, lo cual el ginecólogo procurará evitar por todos los medios; vaciado el quiste, como éste se arraiga resulta más difícil su desprendimiento.

Procédese después al tercer tiempo de la operación: vaciar el quiste, porque la incisión que hemos hecho no permite extraerlo; llega entonces el momento de aplicar el trócar para puncionar el quiste y desaguarlo, lo cual se hará en un sitio bien visible, no cuidando más que de prevenir ciertos fenómenos que pueden presentarse en la enferma, si el quiste es muy grande, como resultado de la rápida depleción del mismo. Algunos autores rechazan el uso del trócar y se valen de la incisión, comprimiendo las paredes abdominales de la enferma sobre la parte media del quiste, para que éste se vacíe prontamente, lo cual debemos rechazar porque el contenido del quiste puede derramarse en el peritoneo, lo cual debemos evitar mientras sea posible. De aquí que lo mejor sea vaciar el quiste por medio de la punción que permite el desagüe rápido de aquél. El trócar sirve también para estirar el quiste á medida que va apareciendo, y el ginecólogo, valiéndose de las pinzas de Nélaton, estira el quiste al través de la abertura abdominal; como lo que retendrá el quiste serán las adherencias viscerales, el quiste sale completamente, y una vez vaciado, protegiendo siempre la cavidad abdominal para que no se derrame en ella el contenido del quiste, separamos el tumor de las vísceras con que está adherido, y así se procede con la mayor rapidez posible, de manera que sólo colocaremos pinzas para separar las adherencias y llevar el quiste al exterior. Ya libre el tumor de adherencias, sólo queda retenido por su pedículo.

Durante estas maniobras pueden ocurrirnos algunos percances. Tratándose de un quiste unilocular, no tendremos dificultades, pero si el quiste es multilocular ó reticulado, podrá suceder que sólo se vacíe alguna de las cavidades que lo forman, ó que el líquido sea tan espeso que no pueda salir por el trócar. En este caso, debe retirarse el instrumento é incindir las paredes del quiste, en una extensión suficiente para introducir la mano, y cogiendo las paredes tirarlo hacia afuera, de modo que venga á corresponder á la incisión del abdomen y caiga su contenido fuera de la cavidad peritoneal. Con la mano dentro del quiste, se van rompiendo tabiques, y así vamos á diferentes sitios del abdomen, disminuyendo el volumen del quiste á medida que sale más y más contenido. Puede ocurrir al salir el quiste y desprenderse adherencias, que por ser alguna muy vascular ocurra una hemorragia, que desde luego no tendrá gran importancia y que cohibiremos con una pinza si es necesario. También puede suceder que una vez vaciado el quiste, quede retenido por las adherencias, que será preciso ir á desprender en su sitio.

El cuarto tiempo ó tratamiento del pedículo se verifica de distinto modo, según los casos. El tratamiento actual del pedículo es sumamente sencillo; cuando se creía que aquél no debía volverse á introducir en el abdomen, se hacía uso del *clamp*, que hoy sólo tiene interés histórico, ó se cogía el pedículo ligándolo y sujetándolo con agujas. Hoy día tratamos el pedículo por medio de la ligadura, procedimiento muy racional, con el cual sólo puede parangonarse el de Backer-Brown ó cauterización del pedículo; si hubiese medios de obtener una hemostasia perfecta, la elección no sería dudosa, pero como no podemos evitar que una vez introducido el pedículo en el abdomen pueda venir una hemorragia, de aquí que no podamos tener una absoluta confianza en este método. En cambio, la ligadura de seda se enquista en el abdomen y es muy bien tolerada, no habiendo grandes dificultades para tratar el pedículo del quiste, pues todo se reduce á la manera de ligar. La seda es preferible al catgut, primero porque con ella la ligadura será más fuerte y después porque como el catgut se reabsorbe nos expondría á hemorragias secundarias. Para que la ligadura sea firme es preciso emplear hilos de seda delgados, pues con ellos comprimiremos más el pedículo; los cordonetes gruesos están contraindicados. Si el pedículo es largo y delgado no debe preocuparse el ginecólogo, pues sólo con aplicar una ligadura sencilla hay lo suficiente. Hecha la ligadura puede cortarse el pedículo é introducirlo en el abdomen, procurando ligarlo lo más cerca posible de su punto de origen. También puede cauterizarse la superficie del pedículo, con lo cual, además de dejar el tejido como escarificado é impropio para que se deslice la ligadura, hace que la infección no se produzca, gracias, á las condiciones en que queda el pedículo. No siempre el caso es tan sencillo, pues á veces el pedículo es muy grueso, llegando á comprender todo el ligamento ancho, y de aquí han salido distintos procedimientos para la ligadura. Cuando el pedículo es ancho y corto, debemos desprenderlo y arreglarlo de manera pue pueda ligarse, recurriendo al procedimiento de Lawson-Tait ó nudo de Staforshire ó al de Doyen: aquél consiste en atravesar el pedículo por el centro con una aguja de pediculizar, que se retira luego, dejando el asa del otro lado; se coge ésta y se le hace dar la vuelta al punto de entrada, pasando los dos extremos uno por encima y otro por debajo del asa, se tira fuertemente de dichos extremos y se anudan sobre el asa, con lo que el pedículo queda ligado en dos mitades por un solo cordonete, aprieta por igual todo el espesor del pedículo y no puede deslizarse: la ligadura de Doyen consiste en una ligadura simple alrededor del pedículo, y luego ligaduras parciales pasando uno de los cabos al través de parte del pedículo con la aguja de pediculizar, que se liga fuertemente con el otro cabo. Si el pedículo es ancho, membranoso empleamos la ligadura escalonada ó en cadena de Sweiffel, dividiendo el pedículo en distintas porciones con la aguja de pediculizar y teniendo cuidado de que cada ligadura se entrecruce con la vecina.

Después de tratar el pedículo debe hacerse la hemostasia de las adherencias,

aplicando ligaduras pequeñas y retirando las pinzas, etc. En los casos más sencillos aquí termina la operación, viniendo el quinto tiempo ó sea la sutura de la pared abdominal; pero antes veamos lo que puede ocurrir durante la operación y digamos dos palabras respecto á la manera de aplicar la *toilette* del peritoneo y el drenaje. En algunos casos debe limpiarse el peritoneo con compresas secas ó haciendo el lavado cuando hay indicación; el drenaje se empleará según el caso lo requiera ó no. El lavado de peritoneo y drenaje consecutivo estarán indicados después de la ovariotomía, siempre que se haya derramado contenido quístico en el peritoneo ó existan enormes superficies de desprendimiento que puedan rezumar. También estará indicado el drenaje simple en los casos acompañados de abundante y antigua ascitis, y practicaremos este drenaje por medio del taponamiento abdomino-peritoneal de Miculieckz después de la enucleación de quistes pélvicos, enclavados ó incluídos en el ligamento ancho ó cuando queden grandes superficies de desprendimiento que rezuman más ó menos sangre. Durante el cuarto tiempo habrá grandes modificaciones, según la clase de quiste de que se trate; los más difíciles de extirpar son los enclavados, los retro-uterinos y los incluídos en el ligamento ancho. Para estos casos y para buscar con mayor facilidad el pedículo, que en algunas ocasiones está situado muy profundamente, hacemos que la enferma adopte la posición de Trendelenburg, con la cual el fondo de la pelvis se hace más asequible. Respecto al tiempo que dura una ovariotomía, es variable, como se comprende, pues mientras en unos casos se practicará en siete ó diez minutos, en otros se necesitarán una ó dos horas, advirtiendo que quien no se crea capaz de terminar una ovariotomía en este tiempo vale más que no comience la operación. A todo esto puede rasgarse la vejiga ó un intestino, lo cual entretiene el acto operatorio; en una palabra, cuando el caso es sencillo la operación es fácil de realizar, pero cuando no es así requiere mucha habilidad y destreza. No se cierre nunca el abdomen sin averiguar cómo está el ovario del otro lado, porque muchas veces sufrirá una neoplasia quística en su principio. Respecto á los fenómenos de la convalecencia, diremos que la enferma está molesta, intranquila y en mal estado hasta que se regulariza el movimiento intestinal. Al tercero ó cuarto día de la operación se presenta *metrostaxis*, por lo cual es bueno operar á la enferma en los días que preceden al período menstrual. A los ocho días se quita la sutura y á los quince la enferma puede levantarse. Nada diremos de los accidentes que ocurren ó pueden ocurrir en pos de la ovariotomía, porque ya los hemos estudiado en otro lugar y sólo hablaremos del modo como quedan las funciones genésicas de la enferma. Si se han extirpado ambos ovarios, la esterilidad es de rigor; si se ha extirpado uno solo, la mujer queda en las mismas condiciones que una mujer sana, verificándose lo concepción con toda felicidad y siguiendo su curso normal el embarazo, así como el parto y el puerperio. Como la mujer continúa fecunda y puede tener hijos de ambos sexos, se demuestra la falsedad de la teoría que atribuye el sexo del nuevo ser al ovario de

que procede el germen. Por lo demás, aparte de las facilidades para una hernia consecutiva, la enferma queda en excelentes condiciones.

Hay casos en los cuales la operación indicada no puede acabarse, y hay que dejarla incompleta; esto ocurría antes con más frecuencia que ahora, en que se ha demostrado que la valentía en la extirpación de estos tumores va coronada de éxito muchas veces. Con todo, á veces hay imposibilidad material de terminar la operación, y entonces lo que procede es incindir el quiste, vaciarlo y limpiarlo dejándolo abierto todo lo posible, suturándolo á las paredes del vientre, con el fin de obtener una cavidad que luego se cauteriza y se tapona. De este modo el quiste disminuye de volumen, su superficie granula y su cavidad acaba por cicatrizar, obteniéndose así la curación de la neoplasia. Este procedimiento llamado *marsupialización*, es sólo de recurso en caso de grandes adherencias, y aun para aplicarlo hay que tener en cuenta las condiciones del quiste, pues al paso que los resultados son favorables cuando aquél es unilocular, si aquél es multilocular, sólo obtendremos efectos paliativos, porque siempre quedarán cavidades pequeñas que al hacerse mayores reproducirán la neoplasia y aún habrá algunas, á las cuales no llegaremos, y claro está que éstas impedirán la curación.

Todo esto nos conduce á hablar de un hecho referente á las neoplasias quísticas del ovario, me refiero al curso que siguen las enfermas después de la operación. Generalmente la curación es radical y el mal no recidiva, pero algunas veces se reproduce la neoplasia, justificando el calificativo de malignos que dimos á estos tumores al tratar de la Anatomía patológica. La neoplasia no se reproduce en la misma forma, sobre todo si se han extirpado los dos ovarios, sino que en la herida del abdomen, en el pedículo, en el mesenterio y en otros puntos donde el tumor ha contraído adherencias, aparecen nódulos epiteliales con todo el carácter de epiteliomas. Afortunadamente esto ocurre pocas veces, sólo lo suficiente para justificar el carácter maligno de estas neoplasias, aunque prácticamente cabe considerarlas benignas.

Lección LXXI

Tumores sólidos del ovario.—Fibroma, sarcoma y carcinoma del ovario.—Estudio de dichas neoplasias.—Neoplasias de las trompas.—Estudio de las mismas.

Sabemos ya que las neoplasias ováricas pueden ser quísticas y sólidas; estudiadas las primeras vamos á ocuparnos de las segundas, entre las cuales hay el fibroma del ovario que es el que primero estudiaremos. Ante todo diremos que es una enfermedad rara, á pesar de que su existencia está hoy bien recono-

cida; como el ovario no tiene fibras musculares, el tejido de la neoplasia proviene del estroma conjuntivo, que se hipertrofia en forma de hacecillos. A veces obsérvanse en el tumor nódulos de infiltración calcárea, lo cual se explica gracias á la escasa vascularización del mismo. El curso del fibroma ovárico es lento y se caracteriza por el desarrollo de ascitis, lo cual se debe á un hecho puramente mecánico, como es el roce del tumor con la superficie del peritoneo. Añadiendo, pues, al curso lento la presencia de ascitis por lo común, tendremos el cuadro de un fibroma del ovario que por lo demás será muy difícil de diagnosticar y distinguirlo del mioma subperitoneal, pues ambos ocupan el fondo pelviano, en la línea media y todos sus caracteres son comunes. En tales casos, lo que haremos será diagnosticar sencillamente un tumor de la pelvis. El pronóstico de los fibromas ováricos queda equiparado al de los quistes, teniendo en cuenta la lentitud que aquéllos ofrecen en su curso, aunque éste es también progresivo y fatal para la enferma. Como indicaciones en este tumor no hay más que una, la extirpación.

Hasta aquí las neoplasias benignas del ovario; vamos á tratar ahora de las malignas, entre las que ocupa el primer lugar el cáncer, luego el sarcoma y á veces el mixoma del ovario, el cual sólo es un epitelioma de forma mixomatosa, quizás una variedad de la que estudiamos en el quiste glandular ovárico. Sea como fuere, lo que conviene saber es que hay dos tipos de neoplasias malignas, el cáncer y el mixoma. Respecto al primero, en el concepto etiológico, sólo sabemos que es enfermedad más frecuente en ciertas edades que en otras, así parece presentarse hacia los 40 ó 50 años, en las proximidades de la menopausia, aunque esta época no tiene la exclusiva, pues el tumor puede aparecer en edades tempranas. El cáncer ataca los dos ovarios de una manera casi constante y puede ser primitivo ó consecutivo; el primero, pues el último no nos interesa gran cosa, se manifiesta por un aumento de volumen del órgano que no es extraordinario, pues llega á alcanzar el del puño, conservando el ovario su forma y ofreciéndose muy vascularizado, presentando la superficie rugosa ó á veces lisa. El carcinoma glandular y el papilar son las dos variedades más importantes y que deben tenerse en cuenta. En estos casos, por lo general, la trompa está sana y sólo sufre este órgano en un período muy adelantado de la afección. Al principio todas estas neoplasias se limitan al órgano en que se desarrollaron, pero no tarda en presentarse la infiltración de los tejidos vecinos, en particular el meso-ovario, que se engruesa. Los ovarios cancerosos tienen un pedículo cortísimo y se ponen edematosos, apareciendo placas de induración en el peritoneo y mesenterio, generalizándose así la neoplasia. El curso del cáncer del ovario ofrece algo que es característico; desde luego llama la atención el desarrollo precoz de ascitis, y así, cuando en una mujer entrada en años se presenta la ascitis sin causa apreciable, yendo acompañada de dolores vagos en el bajo vientre, si podemos excluir las enfermedades del resto de la economía, capaces de determinar tales síntomas, sospecharemos que se trata de una neo-

plasia maligna. El desarrollo de la ascitis es precoz y rápido, apareciendo luego los edemas en las extremidades inferiores, tejido celular del abdomen, etc., raramente en el tórax, ni en las extremidades superiores. Al generalizarse la neoplasia y llegar á los plexos venosos de la fosa ilíaca se presenta la flebitis, causa eficiente de los edemas en las extremidades inferiores. De este modo se explica la muerte repentina por embolia de las enfermas de cáncer ovárico. La ascitis presenta un carácter especial, y es que no tiene transparencia, sino que ofrece un color rosado, lo cual se debe á alguna hemorragia intraperitoneal.

Frente á un cuadro de esta naturaleza, claro está que no diagnosticaremos un cáncer del ovario, pero si mediante el reconocimiento hallamos un útero relativamente sano, poco móvil y descubrimos un tumor duro que no podemos creer sea una púo-salpingitis, por no haber historia morbosa del aparato genital, si además hallamos el ovario engrosado y sensible, no puede cabernos duda acerca del diagnóstico clínico, pues en todos casos se tratará de una neoplasia maligna. Algunas veces podemos recoger otro síntoma y es una metrorragia ligera que no se explica por lesiones del cuello ni del cuerpo del útero. Si junto con esto hay ascitis, edema de las extremidades inferiores y lesiones periuterinas, podemos diagnosticar una neoplasia maligna del ovario. El pronóstico de la enfermedad es fatal, pues al fin ha de sucumbir la enferma.

Por lo qué atañe al tratamiento, debemos intervenir ó permanecer expectantes, según los casos; algunas veces nuestra convicción clínica de que el acto operatorio ha de ser inútil, es tan profunda que vale más abstenernos. Caso de intervenir, importa recoger todos los datos posibles para evitar el error de diagnóstico en el cual es sumamente fácil incurrir, pues la neoplasia en su comienzo no ofrece caracteres que la individualicen y separen de las demás. Lo que deberemos hacer no es, por lo tanto, practicar la ovariotomía sino la incisión exploradora, y si vemos que los tejidos vecinos al órgano afecto están infiltrados, presentándose con señales de induración los circunvecinos, no nos esforzaremos en practicar la operación. Aunque se citan casos en que la enferma ha sobrevivido á la operación durante mucho tiempo, no olvidemos que el error de diagnóstico es muy posible, y así cabe tomar un quiste papilar del ovario por un cáncer del mismo. Por fin, diremos que hay que ser oportunista, según los países, así en el nuestro, donde el vulgo tiene poca ilustración quirúrgica, raras veces será aceptada la incisión exploradora, pues el vulgo atribuye más bien á ignorancia del profesor lo que es hijo de conocimientos positivos. La incisión exploradora no es perjudicial y alivia en gran manera á la enferma, que se ve libre por una temporada de la ascitis.

Aparte del carcinoma pueden presentarse en el ovario el sarcoma y el mixoma. En este último predomina el tejido conjuntivo y es de consistencia blanda, mientras que aquél es duro. Distínguense ambos neoplasmas del carcinoma en que aparecen en épocas tempranas de la vida, antes de los treinta años

por lo general, al revés del cáncer, que se presenta en edades avanzadas. Además, los tumores citados, diferéncianse grandemente del carcinoma por su volumen, que es mucho mayor en los primeros, sobre todo en el mixoma que no ha sufrido complicaciones. Por lo demás, aparte de estas diferencias, ofrecen iguales los demás caracteres: desarrollo precoz de la ascitis, decaimiento general del organismo, caquexia, edema de las extremidades inferiores, etc. Así, pues, cuando aparece el cuadro sindrómico en esta forma, la mujer es joven y podemos tocar el tumor, sospecharemos que éste tiene la forma sarcomatosa ó mixomatosa. El tratamiento de estas formas y las indicaciones son iguales á los del cáncer ovárico, con una pequeña salvedad, referente á las formas mixomatosas, y es que éstas quizás dan más pie para la intervención que las otras, lo cual tal vez se deberá á que permanecen más tiempo localizadas sin ofrecer síntomas locales de difusión ni síntomas generales de caquexia. Respecto al sarcoma, diremos, que si bien es verdad que permanece más tiempo localizado, como se generaliza con facilidad por el sistema venoso, las indicaciones y el modo de verificarlas son en un todo iguales á las que hemos expuesto al tratar del cáncer del ovario.

Aunque en la trompa pueden presentarse neoplasias, como su importancia no es mucha, bastará con que las mencionemos. Su curso, sintomatología y tratamiento, son iguales á los de las neoplasias ováricas. En cuanto á su frecuencia, diremos que son mucho más raras que las neoplasias del ovario. Hablando de algunos tumores en particular, diremos que los miomas y los fibromas pueden aparecer en la trompa. Respecto á su curso, síntomas y tratamientos, hemos de atenernos á lo dicho en las neoplasias ováricas, advirtiendo que nunca debe diagnosticarse *a priori* una neoplasia de la trompa. Puede haber asimismo neoplasmas malignos de la trompa, el cáncer, por ejemplo, ó el sarcoma: pero la neoplasia más importante es el papiloma de la trompa, negado por algunos autores, pero que yo debo admitir, pues he visto alguna trompa llena de excrescencias papilomatosas, cuyo carácter no se ha podido comprobar que sea específico, como el de los papilomas vulvares y vaginales. Su relación con la gonorrea es improbable, pues la infección blenorrágica de la trompa es muy frecuente y los papilomas de la misma son muy raros. Los síntomas que la enfermedad determina, su diagnóstico, curso, pronóstico y tratamiento, son iguales ó parecidos á los que presentan los papilomas ováricos.

Después de hacer constar la dificultad que hay para diferenciar en el diagnóstico las neoplasias de la trompa de las del ovario, diremos que en la práctica sólo diagnosticaremos neoplasias de los anexos, ya que la diferenciación precisa entre unas y otras enfermedades, sólo puede hacerse en el acto operatorio ó en la autopsia.