

Si alguna forma merece, bajo este punto de vista, mención especial, es la forma tubárica intersticial. En algún caso he podido comprobar el cuadro y síntomas que describe Kelly (1): dolores agudos, metrorragias y un tumor en uno de los cuernos del útero, completamente separado del órgano, al que está adherido por una ancha base; á veces existe el cuadro de una rotura intra-peritoneal con formación de hematocele, como he podido verlo en un caso, pero más tarde el embarazo se hace uterino y acaba por tener lugar un parto normal. Recuerdo algunos casos, además del citado, en que así los interpreté. El diagnóstico debe basarse exclusivamente en el examen físico y en la comprobación de un tumor sesil en uno de los cuernos del útero; á veces termina con todo el cuadro de un aborto usual y eliminación del huevo por la vagina.

Pronóstico.—Nada más difícil que establecer el pronóstico general del embarazo ectópico, por la sencilla razón de que es difícil, si no imposible, recoger en una estadística comparativa todos los casos de embarazo ectópico que pueden presentarse desde los primeros accidentes, como la mola tubárica y el aborto, hasta la eliminación tardía de los quistes fetales, á la vuelta de algunos años de iniciada la preñez ectópica.

Las estadísticas formadas por Pozzi, Parry, Schauta y otros, son muy ciertas, pero adolecen todas del defecto de comprender tan sólo casos graves ó ruidosos, pero no el sinnúmero de embarazos ectópicos que terminan con episodios relativamente benignos.

Podemos dejar sentado que no existe episodio en la historia natural del embarazo ectópico que no sea susceptible de conducirlo á una curación espontánea, como no deja de ser cierto lo contrario, esto es, que no existe episodio ni forma de preñez ectópica que no pueda conducir á la muerte de la enferma. Cuanto más adelanta la preñez en su curso y más tardíos son los accidentes propios de la misma, mayor gravedad revisten.

La proporción de embarazos extra-uterinos que por uno ú otro mecanismo terminan por una curación espontánea en cualquiera de sus períodos, es muy difícil de establecer; tengo la convicción de que al menos un 60 por 100 terminan favorablemente, aunque sea á veces á costa de grandes sufrimientos y bordeando serios peligros. En la estadística de Price, de 67 casos sometidos á una expectación pura, curaron 17, ó sea aproximadamente un 25 por 100; en la estadística de Schauta, de 249 casos curaron un 32 por 100. Pero debe comprenderse que en tales estadísticas no figuran un gran número de casos que no fueron diagnosticados, y en cambio dejan de figurar algunos sometidos á la intervención quirúrgica, que sin duda habrían curado espontáneamente. La estadística de Henry Champneys (2), puramente personal, es de gran valor, pues está cuidadosamente observada, y el autor ha aplicado su criterio oportunista con más tendencia á la abstención que á la intervención; todos los casos son hospitalarios, lo que significa que se trata de un conjunto de enfermas más ó menos graves y por tanto excluidas todas aquellas que en las primeras semanas se ven libres de su preñez tubárica á costa de ciertas incomodidades, debi-

(1) *Loc. cit.*, pág. 449.

(2) *Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, 1902, pág. 665.

das á los primeros episodios de la preñez tubárica; comprende la estadística de Champneys 75 casos: en 34 de ellos creyó el autor que podía abstenerse de operar, y todos curaron, lo que significa una curación espontánea de un 45 por 100 en un *bloch* de casos relativamente graves, con rotura.

No exagero, por tanto, al decir que un 60 por 100 terminan espontáneamente de un modo favorable; en páginas anteriores queda expuesto el mecanismo de esta curación espontánea; la mola tubárica, el aborto tubárico, la rotura con hematocele consecutivo y la eliminación tardía de quistes fetales son otros tantos mecanismos que conducen á la curación. He tenido ocasión de ver confirmados estos hechos en la práctica, y aunque cuando he visto que el caso revestía cierta gravedad he procedido á la intervención, ésta no la he aplicado de un modo general; de los 106 casos de embarazo ectópico que he podido observar, intervine en 52; de los 54 restantes fallecieron 5, cuatro por rotura primaria y hemorragia interna, y el quinto por obstrucción intestinal consecutiva, á las tres semanas de la rotura. Conozco algunos otros casos de curación y de muerte, pero no habiéndolos visto, no los tengo en cuenta para formar criterio acerca de la gravedad del embarazo ectópico en general.

Debe, por tanto, considerarse la preñez ectópica como enfermedad muy grave y que fácilmente puede conducir á la muerte. Para aquilatar mejor su gravedad, cabe dividirla en dos grandes grupos: en el primero todos aquellos que siguen su evolución hasta los últimos meses del embarazo, con ó sin accidentes, y en el segundo, todos aquellos cuyo curso es interrumpido por alguno de los muchos accidentes que pueden ocurrir. El primer grupo es decididamente más grave que el segundo, y á él cabe aplicarle perfectamente el concepto de Werth, cuando dice que *todo embarazo ectópico debe ser considerado como tumor maligno y extirpado como tal*; si bien es posible después de la formación de un quiste fetal la curación espontánea de éste por eliminación, es tan rara que no debe contarse con ella, y aun cuando sobrevenga, es tan larga, difícil y erizada de molestias y peligros, que no modifica en nada el valor de la frase de Werth, hoy aceptada por todos los ginecólogos. En el otro grupo, en que un accidente cualquiera interrumpe el curso de la gestación matando el huevo, el pronóstico es más favorable, pues al fin y al cabo con el accidente termina el embarazo, y si aquél no es mortal, sobreviene fácilmente la curación espontánea; una paradoja dará á comprender fácilmente la influencia que en el pronóstico tienen los distintos accidentes que hemos estudiado: no hay duda que de entre ellos el más grave, por lo que en sí es y por su frecuencia, es la rotura primaria, y de ella puede decirse que, *con causar con cierta frecuencia la muerte de la enferma, sin embargo, produce más curaciones que desenlaces funestos*. La paradoja, sin embargo, es completamente cierta, puesto que, sin duda, al final de la jornada mueren más enfermas de aquellas cuya preñez sigue su evolución completa, que no de aquellas en las cuales una rotura primaria interrumpe violentamente su curso.

Así resulta que los accidentes deben considerarse como beneficiosos, pues terminan la historia sombría de la evolución normal del embarazo ectópico, y el pronóstico de los accidentes substituye al de la preñez. Así para el pronóstico tendremos en cuenta que la mola tubárica y el aborto terminan frecuentemente de una manera favorable, y cuando así no es, dan lugar á intervenciones benignas.

nas; que la rotura primaria extra-peritoneal pocas veces termina por la muerte y muchas por curación espontánea, y que la intra-peritoneal, aun siendo mortal, á veces de una manera fulminante, da lugar con frecuencia á intervenciones salvadoras de escasa gravedad y conduce otras á una curación espontánea.

Tratamiento. — Comprende una serie de cuestiones interesantísimas respecto alguna de las cuales no existe acuerdo entre los ginecólogos. Desde luego están completamente abandonados los procedimientos que, como la electricidad y las inyecciones de morfina, tienen por objeto matar el feto en su alojamiento para que el embarazo no siga su curso. El tratamiento es puramente quirúrgico, lo que, de un modo general, nadie discute hoy, pudiendo considerarse como una de las grandes conquistas de la cirugía abdominal. Conviene, sin embargo, dejar sentado un criterio, porque no debe aplicarse á todos los casos de una manera absoluta y uniforme la misma conducta.

La primera división que debe establecerse es la de los casos diagnosticados antes de sobrevenir ningún accidente, sea cual sea la época del embarazo, y de aquellos perturbados por la aparición de uno de los muchos accidentes de la preñez ectópica. La primera categoría, que comprende todos los casos que están aún en evolución normal, y que hemos diagnosticado, forma el verdadero capítulo del tratamiento de la preñez ectópica, y la segunda, constituida por cualquiera de los accidentes, comprende mejor el capítulo del tratamiento de los accidentes.

TRATAMIENTO DE LA PREÑEZ ECTÓPICA EN EL CURSO DE SU EVOLUCIÓN NORMAL.—Existen dos fórmulas que sintetizan las indicaciones en tales casos: la de Werth, ya enunciada, y que considera el *embarazo extra-uterino como una neoplasia maligna*, y la de Pinard, quien dice: *todo embarazo extra-uterino diagnosticado, exige la intervención quirúrgica* (1). Aunque parecen decir lo mismo, hay una gran diferencia, puesto que en la de Werth, sin distinción de ninguna clase, debe operarse inmediatamente de hecho el diagnóstico como si fuera una *neoplasia maligna*; sea cual sea la época del embarazo, el diagnóstico lleva consigo la indicación de urgencia; en la de Pinard, establecido el diagnóstico, aconseja asimismo la *intervención quirúrgica*, pero sin prejuzgar nada acerca de su oportunidad, que, por lo tanto, será susceptible de discusión.

Creo que la fórmula de Werth es buena y ha de ser nuestra guía durante cierto período, y que en otro, es mejor la de Pinard. Hasta el final de los seis meses, indudablemente, todo embarazo extra-uterino debe considerarse como neoplasia maligna y extirparse cuanto antes mejor, una vez establecido el diagnóstico. Lo mismo importa que se diagnostique á los dos, que á los cuatro, que á los cinco meses y medio. La mayoría de autores aceptan con Pozzi la división en primera y segunda mitad; creo preferible la división en seis primeros meses y tres últimos. Son tantos y tan frecuentes los accidentes graves que pueden ocurrir durante dicho tiempo que todas las ventajas están en favor de la intervención; aunque nunca sea despreciable la vida de un feto, está tan expuesta durante este tiempo á desaparecer, exponiendo á la madre á serios peligros,

(1) *Clinique obstetricale*, 1899, pág. 220.

que podemos prescindir por completo de considerarlo como factor y resolver el problema en el sentido más beneficioso para la madre, y sin duda que, calculando actualmente en un 4 por 100 la mortalidad de estas intervenciones, resulta muy benigna comparada con la gravedad del embarazo ectópico entregado á su curso espontáneo. Champneys, partidario, como he dicho, de la expectación, no establece distingos en estos casos, y dice que deben operarse sin retardo *los embarazos extra-uterinos diagnosticados, recientes y con embrión ó feto vivo*. Siempre que en mi práctica he podido diagnosticar un embarazo ectópico con huevo vivo durante los seis primeros meses, he aconsejado la intervención inmediata; cuento dos durante el primer trimestre, uno á los cinco meses y otro cerca de los seis; el éxito fué feliz en todos ellos. Me parece, por tanto, una indicación indiscutible; lo único desagradable es que pocas veces se hace el diagnóstico en el primer trimestre, que es cuando se evitarían la mayoría de accidentes y la operación sería análoga á una extirpación de anexos; en el segundo trimestre el diagnóstico es más fácil, pero la operación resulta ya más laboriosa, difícil y, por tanto, más grave.

Cuando el diagnóstico se hace en el último trimestre y el feto está vivo, varía el criterio entre los que quieren que se prescinda del feto y los que, como Pinard, Rein y otros, opinan que no es despreciable en este período como factor del problema. Aunque se ha invocado con razón que los fetos procedentes de embarazos ectópicos no tienen grandes garantías de vida, por ofrecer á menudo un desarrollo deficiente y presentar casi siempre deformidades, lo cierto es que algunos son perfectamente desarrollados y robustos y, por lo tanto, viables; en un caso en el que intervine á 7 $\frac{1}{2}$ meses con feto vivo, no retardando más la operación por los sufrimientos é intolerancia de la enferma, el feto presentaba realmente deformidades muy acentuadas en los pies y un surco ulcerado en el cuello por látero-flexión forzada (fig. 276); pero aparte estos efectos de compresión estaba bien desarrollado, pesaba 2.000 gramos y vivió 18 horas; en cambio, he visto tres fetos muertos procedentes de embarazo ectópico y los tres presen-



FIG. 276

Feto procedente de embarazo ectópico (tubo-abdominal) con deformidades por compresión. Fué operado á los 7 $\frac{1}{2}$ meses, pesaba 2,000 gramos y vivió 18 horas.

taban magnífico desarrollo y sin deformidad ninguna; de modo que creo que la vida del feto en este período no es despreciable. Por otra parte, en el último trimestre son menos frecuentes los accidentes mortales que en los dos primeros, y la operación, que al llegar al sexto mes ofrece ya grandes dificultades, no será seguramente mucho más grave porque se retarde algún tiempo. Así resulta perfectamente aceptable la opinión de Pinard, quien quiere que, teniendo en cuenta la viabilidad del feto cuando se diagnostica después del sexto mes, se retarde la intervención hasta que el feto tenga garantida la viabilidad y se llegue, por tanto, muy cerca de la época presumida del falso trabajo. Claro está que este criterio deberá modificarse si la mujer no tolera bien la gestación; los dolores persistentes y agudos ó la depauperación que presentan algunas enfermas, serán motivo para proceder á una intervención urgente; y aun para aquellos casos en que creamos pueda demorarse, será siempre, por así decirlo, con una *expectación armada* y prontos á intervenir con ocasión de cualquiera accidente importante.

TRATAMIENTO DE LOS ACCIDENTES HEMORRÁGICOS EN EL EMBARAZO EXTRA-UTERINO. — Cuando la mola tubárica persiste produciendo sus síntomas propios, ó sea de un verdadero hemato-salpinx, el único tratamiento es la intervención quirúrgica. El aborto tubárico, que en vez de terminar por el desprendimiento y muerte del huevo sigue produciendo fenómenos sostenidos de hemorragia interna, reclama también de un modo imperioso la intervención quirúrgica.

El accidente más importante y grave es la rotura, que si bien puede ser causa de una curación espontánea, puede, en cambio, producir la muerte de la enferma en pocas horas; abundan los casos que han terminado fatalmente en doce ó veinte horas.*

Desde que Lawsson-Tait demostró con sus brillantes intervenciones que la mayoría de hemorragias internas de origen genital eran debidas á la rotura de la preñez ectópica y que con la intervención se lograban resultados felicísimos, quedó establecido el criterio intervencionista, y ciertamente que son á centenares ó millares las enfermas que deben su vida á la vulgarización de este criterio.

Es inútil aportar estadísticas, puesto que los hechos son hoy bien conocidos y sabemos perfectamente á qué atenernos. No hay necesidad de recurrir á las sugestivas argumentaciones de Parry ni de recordar los convincentes argumentos de Lawsson-Tait para que todo ginecólogo ponga en práctica el principio de cirugía general de que, *cuando un enfermo se muere de hemorragia, debe ligarse el vaso abierto*. Proceder de otro modo significa cobardía.

Con todo, precisa recordar que en la práctica los hechos se presentan de modo apropiado para producir vacilaciones y dudas. Cuando ocurre la rotura vemos á la enferma en plena hemorragia ó bien en un estado en que ha cedido, aun habiendo sido muy grave.

Es de advertir que la mayoría de casos fulminantes escapan á nuestra intervención, porque no dan lugar apenas al diagnóstico y al planteamiento de la indicación oportuna.

En los demás casos vemos á la enferma con todo el cuadro de una hemorragia interna gravísima, que á cada momento presenta una gravedad más acentuada. La indicación es vital y urgente, y debe procederse inmediatamente

á la laparotomía con una sola limitación: el estado general de la enferma. Si se juzga que el estado de colapso es tal que la enferma no tolerará una laparotomía, aun ayudándose de inyecciones de suero y de todos los medios que pueden favorecer el éxito, podrá tal vez estar justificada la abstención; en los demás debe procederse á la laparotomía de urgencia. Se citan casos de enfermas perfrigeradas y sin pulso resucitadas con la laparotomía, pero también se ven esas resurrecciones con la abstención; en la estadística de Champneys figuran dos casos que el autor rehusó operar por estar las enfermas en coma y que curaron espontáneamente. Recuerdo un caso de mi práctica, observado con el doctor Llansó, en que el estado de la enferma era tal que no me atreví á proponer la intervención, esperando la muerte ó una ligera reacción por parte de la enferma, y que curó espontáneamente. En mi primera publicación sobre el embarazo extra-uterino (1) cito un caso en que, convenida la operación y señalada hora para la misma, renuncié á ella porque noté en la enferma alguna mejora, y curó también espontáneamente; al lado de éste figura otro en que la intervención no fué aceptada, y murió á las treinta y seis horas. De modo que, cuando el estado general de la enferma no autorice la intervención, podremos abstenernos ó intervenir, según la apreciación que formemos del caso, inclinándome por mi parte á la demora.

Aparte estos casos extremos, afortunadamente raros, siempre que veamos una enferma con rotura y con síntomas que hacen presumir que la hemorragia persiste, debemos proceder inmediatamente á la laparotomía. Conocemos que persiste la hemorragia porque los síntomas de colapso se acentúan más ó menos rápidamente ó permanecen estacionarios, y sabido es que cuando la hemorragia interna cede, no tarda en iniciarse una mejora evidente que no suele engañar.

En los casos de rotura en que todo hace presumir que la hemorragia, aunque haya sido grave, ha cedido, porque el pulso reacciona algo, la perfrigeración disminuye y la ansiedad de la enferma desaparece y en que, por tanto, parece conjurado el conflicto, está perfectamente justificada la expectación armada. Así he visto algunos casos terminar favorablemente, y así debe ocurrir cuando el huevo desprendido cae en el peritoneo, en donde es absorbido á la vez que los coágulos sanguíneos; entonces queda convertida la preñez ectópica en hematocele y debe tratarse como tal. En la estadística ya citada de Champneys figuran 34 casos de rotura entre 75, tratados por la expectación y curados espontáneamente.

Cuando el primer ataque de hemorragia ha desaparecido, y al cabo de más ó menos tiempo repite, tampoco la indicación es dudosa, y debe procederse á la laparotomía, pues no existe ya ninguna garantía de que la rotura pueda servir de medio curativo. Un gran número de enfermas que llegan á la mesa de operaciones pertenecen á esta categoría, por lo menos en nuestro país. De mis 52 casos, 27 pertenecen á esta clase, 5 operadas en el primer ataque de hemorragia, 4 molas tubáricas, 9 abortos tubáricos y 7 fuera de todo accidente.

Resumiendo las indicaciones de la intervención en los casos de rotura, diré: que existe indicación de intervenir con urgencia *siempre que veamos una hemorragia grave en actividad*, y que debemos intervenir en los de *hemorragias de*

(1) *Loc. cit.*, pág. 8.

repetición, y que podemos abstenernos, esperando los acontecimientos, *cuando vemos una rotura cuya hemorragia ha cedido*.

TRATAMIENTO DEL EMBARAZO EXTRA-UTERINO CUANDO HA MUERTO EL FETO.— Es bastante común que por accidentes fortuitos, que no producen trastornos graves como lo hacen las hemorragias internas, muere el feto en cualquier período del embarazo ectópico, y desde luego pertenecen á este grupo todos los que llegan á término y en los que ha ocurrido el falso trabajo.

Cuando el huevo muere en los primeros meses, ya hemos visto cómo puede desaparecer sin dejar cuerpo extraño, pero de los cinco meses para arriba queda constituido el quiste fetal. Ya he citado un caso en que intervine á los ocho años de constituido el quiste fetal, que obligó á la enferma á reclamar el auxilio facultativo por los sufrimientos que le ocasionaba, á pesar de no haberse infectado ni fraguado trayectos fistulosos; en otro caso, ya mentado, de embarazo en cuerno rudimentario, la enferma presentó á los seis meses fenómenos generales que obligaron á una intervención con cierta urgencia. Por lo tanto, como Lawson-Tait, Schauta, Litzmann, Pozzi y muchos otros, creo que cuando queda constituido el quiste fetal existe indicación quirúrgica y debe extirparse.

Lo único discutible es el momento oportuno de la intervención: unos quieren que sea *inmediata ó precoz* y otros prefieren que sea *tardía*. Los primeros se fundan en los peligros que corre la mujer por la facilidad con que pueden sobrevenir infecciones, peritonitis y perforaciones viscerales; los segundos alegan que la circulación placentaria en actividad es un grave peligro operatorio, que desaparece casi del todo aguardando cierto tiempo, que la mayoría fijan en dos ó tres meses, después de los cuales los senos maternos están ya con sus trombos organizados, y no existe, por lo tanto, el peligro de la hemorragia (Kirkley, sin embargo, cita un caso mortal de hemorragia tres meses después de la muerte del feto) (1).

Tres veces he intervenido en el quinto, sexto y siete meses y medio, con feto vivo y, por lo tanto, con la circulación placentaria en plena actividad, y he visto que, realmente, la hemorragia era copiosa y difícil de cohibir, y aunque en los tres casos citados obtuve un éxito feliz, he de manifestar que la considero peligrosa, y que si no es en beneficio de la madre (en dos de mis casos por los peligros que amenazaban la continuación del embarazo), ó de la madre y del feto, cuando éste es viable (como en mi tercer caso), preferiría alejar este peligro aun á costa de algunas incomodidades. Así, en tres casos, dos de cinco meses y uno á término con feto muerto, seguí el consejo de Pinard (2), esperando á intervenir de dos á tres meses, y no el de Pozzi (3), de hacer una operación inmediata: realmente, pude en estos tres casos extirpar todo el quiste fetal sin el estorbo y el peligro de una hemorragia activa y copiosa, como la que ocurre cuando se trata de un huevo vivo: quizás no tiene tanta importancia esta conducta para los que *a priori* marsupializan el quiste fetal, esperando el desprendimiento secundario de la placenta; pero para los que como yo, según indicaré

(1) *American Journal of Obstetrics*, 1885, tomo XVII, pág. 160.

(2) *Clinique Obstetricale*, pág. 221.

(3) *Traité de Gynecologie*, pág. 963.

al hablar de la técnica, consideramos la operación más quirúrgica y completa extirpando todo el quiste, no hay duda que tiene ventajas la demora de un par de meses que, sin peligro para la madre, nos permite ver la circulación placentaria abolida.

Este retardo en la intervención sólo debe ponerse en práctica cuando la enferma no presente síntomas de intolerancia por parte del quiste fetal; si se teme una rotura ó se presentan síntomas de infección, debe intervenir inmediatamente.

En cualquiera época que se diagnostique un quiste fetal, aunque sea antiguo y hasta aquel momento tolerado, creo que, dados los progresos de la técnica actual, las ventajas están á favor de la intervención y que, por lo tanto, debe aconsejarse.

Cualquiera que sea la variedad de preñez ectópica, se sujetará, en cuanto al tratamiento, á lo que acabo de decir.

TÉCNICA DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL EMBARAZO ECTÓPICO.—Vía de intervención.—Decididamente, creo que la mejor es la vía abdominal, y que la laparotomía tiene sobre la colpotomía grandes y positivas ventajas.

Indudablemente existen casos en que una simple colpotomía puede dar resultados positivos con gran ventaja sobre la laparotomía: son aquellos en que el embarazo ectópico se ha convertido en simple hematocele pelviano ó peritoneal y en los que el huevo expulsado de la trompa está envuelto entre los coágulos; el embarazo ectópico ha dejado de serlo para convertirse en hematocele; en tales casos, es preferible sin duda la colpoceliotomía á la laparotomía, porque se trata simplemente de eliminar una colección que se considera peligrosa. Pero cuando, aun constituido el hematocele, el huevo continúa en la trompa produciendo nuevas hemorragias y urge, por tanto, su extirpación, es, con mucho, preferible la vía alta; tan sólo practicando la histerectomía vaginal, como algunos han aconsejado, podemos por la vía vaginal hacer una extirpación completa de los anexos alterados; empero, esta mutilación no es necesaria tratándose del embarazo ectópico.

En los demás casos la laparotomía ofrece grandes ventajas, y no encuentro la elección dudosa, sea cual fuere la forma ó accidente que se trate de combatir y aun la época del embarazo ectópico en que practiquemos la intervención.

Dos ventajas positivas ofrece la laparotomía: en primer lugar, permite, cuando sea posible, una extirpación completa de las lesiones y una hemostasia perfecta de la región, á la vez que la vida del feto resulta mejor garantida cuando se opera en período de viabilidad; y en segundo lugar, permite limitar la intervención á los anexos enfermos haciendo operaciones conservadoras, puesto que aunque se citan casos de recidiva en el lado opuesto, éstos no son tantos que obliguen á una castración. Lejars ha insistido recientemente, á propósito de tres casos observados por él, acerca esta contingencia, y aconseja, como medida preventiva, extirpar los anexos sanos; los más pesimistas calculan en 4 ó 5 por 100 el número de recidivas; en mis casos no he tenido ocasión de observarla, pero aun aceptando como buena la proporción, sin duda que no justifica una mutilación sexual completa; los embarazos ectópicos son tributarios de operaciones conservadoras. Varias de mis enfermas han concebido y parido

felizmente después de haber sido operadas de un embarazo ectópico; tengo la convicción de que son los casos que más se prestan á demostrar nuestro respeto con los órganos genitales, y para toda clase de operaciones conservadoras, no cabe duda que la laparotomía tiene ventajas sobre la colpotomía. No creo que á pesar de las ventajas que á la colpoceliotomía puede aportar la ventroscopia de Ott y de las ventajas que éste y sus discípulos atribuyen á la vía vaginal llegue ésta á preponderar sobre la laparotomía.

TÉCNICA DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE.— Es análoga á la extirpación de una anexitis, y en general no presenta más dificultades que ésta. Hecha la incisión y descubierto y protegido el campo operatorio, podemos encontrar distintas circunstancias:

1.º *Embarazo entero sin rotura ni hemorragia, mola tubárica ó aborto tubárico, con pequeña hemorragia.*— Se coloca á la enferma en posición declive, y se enuclean, en general con gran facilidad, los anexos enfermos, ligando el pedículo como en los casos de salpingo-ovaritis; se desprenden las adherencias que accidentalmente puedan encontrarse, se examinan los anexos opuestos, respetándolos si están sanos, y queda terminada la operación. Se sutura el abdomen sin drenaje ó á lo más aplicando un tubo con gasa.

2.º *Rotura con hemorragia actual.*— En este caso existe sangre libre en el peritoneo, lo que debe tenerse en cuenta para la técnica. Conviene practicar la laparotomía en posición horizontal y evacuar la sangre líquida ó coágulos libres, que constituyen la inundación peritoneal, pues si colocáramos á la enferma en posición declive, la sangre caería hacia la parte alta del peritoneo y podría quedar retenida, constituyendo grave peligro. Evacuado el peritoneo, se coloca la enferma en Trendelenbourg, se protege el campo y se enuclea y extirpa la trompa, asiento del embarazo. Si la enucleación del tumor deja superficie cruenta, es mejor aplicar un taponamiento de Mikulicz que confiar el drenaje á un simple tubo.

3.º *Embarazo complicado con hematocele.*— Si la hemorragia no es muy reciente, toda la sangre está coagulada, formando un tumor hacia el fondo de la pelvis que remonta á más ó menos altura hacia el abdomen, en donde está enquistado por falsas membranas y adherencias intestinales y epiploicas. Puede perfectamente operarse en Trendelenbourg, pero es preferible dividir la operación, como en el caso anterior, en dos tiempos: 1.º, protegido el campo, estando la enferma en posición horizontal, se separa el epiploon y los intestinos, se abre el hematocele y se extraen todos los coágulos, que forman á veces una masa enorme; 2.º, se coloca la enferma en posición declive y aislan y extirpan los anexos enfermos, comprendiendo ó dejando *in situ* el ovario correspondiente. Se practica una *toilette* minuciosa del fondo de la pelvis para que no queden pequeños coágulos y aun colgajos de membrana limitante del hematocele, que tan abonados son para producir infecciones. Algunas veces, para dejar más limpio el campo, he practicado un lavado peritoneal, colocando otra vez á la enferma en decúbito horizontal; pero en la mayoría me he limitado á aplicar

un taponamiento de Mikulicz, que considero muy beneficioso siempre que está indicado, pero particularmente en estos casos. No temo ninguna de las consecuencias y peligros que señalan al Mikulicz; recientemente operé de histerectomía abdominal por fibroma una mujer á la que hacía siete años había operado un embarazo extra-uterino y que después tuvo un parto normal; había empleado el Mikulicz, y al practicar la segunda operación no encontré en la pelvis ninguna adherencia de unos órganos con otros ni con el epiploon, y á no ser porque en el lado derecho faltaba la trompa, en nada se conocía que hubiese sido operada anteriormente. En otros casos parecidos he observado hechos análogos, así es que, considerando al peritoneo, del que se elimina un hematocele y se extrae un embarazo ectópico, como un terreno de gran inminencia morbosa para la infección, como lo es toda colección de sangre desde el momento que se abre, aplico casi siempre el taponamiento, que prefiero, para estos casos, al simple drenaje vaginal. Los resultados obtenidos me obligan cada vez más á proceder de esta manera.

TÉCNICA DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE. — La técnica debe sujetarse á los mismos principios que en los casos del grupo anterior. Debe, con todo, tenerse en cuenta que en el segundo trimestre la placenta va adquiriendo mayor desarrollo, y que si hubo rotura sin muerte del producto de la concepción, la placenta se ha extendido, adhiriéndose é injertándose en los órganos vecinos, y que al llegar al final del primer trimestre nos encontramos con una placenta casi enteramente desarrollada y en condiciones parecidas al último trimestre.

El peligro en este período se encuentra en la hemorragia, que con facilidad sobreviene al desprenderse la placenta de sus adherencias, particularmente cuando tiene implantación en alguna asa intestinal; debe contarse con que la superficie de implantación placentaria sangra siempre abundantemente y que no es fácil precisar el punto de la hemorragia por ser ésta difusa. Para que la hemorragia sea menor, debe procederse con rapidez, prescindiendo de la misma hasta llegar á una enucleación rápida y completa.

Tres veces he operado durante este período: una á los cuatro, otra á los cinco y otra cerca de los seis meses. En el primer caso se trataba de una rotura con hematocele consecutivo, en el que el huevo no había muerto, y la placenta había extendido su implantación hacia el fondo de Douglas; eliminado el hematocele, pude enuclear fácilmente los anexos derechos, ligar el pedículo y dominar la hemorragia del fondo de saco de Douglas con un taponamiento.

En los otros dos casos dividí la operación en dos tiempos: 1.º, descubierto el quiste fetal y separados de su superficie el epiploon y las asas intestinales, que pueden estar adheridas, penetré por desgarró dentro del huevo y extraje el feto, en ambos casos perfectamente vivo; extraído el feto y evacuado el líquido amniótico, el quiste se retrae bastante; 2.º, enucleación rápida del quiste y placenta, pasando la mano por el intersticio de inserción con toda la rapidez compatible con el respeto debido á los órganos vecinos y sobre todo á las asas intestinales; en uno de mis casos las asas intestinales estaban adheridas á la placenta, la que emergía del pabellón, enormemente dilatado, y se hallaba situada hacia la fosa iliaca y parte alta; en el otro caso estaba implantada sobre el recto y

fondo de Douglas; la hemorragia, durante este desprendimiento, es abundante, pero conviene desembarazar pronto el campo operatorio, y para ello debe prescindirse de la misma. Esta enucleación se lleva hacia la región de los anexos, que se pediculizan, y se cogen con pinzas, separando con tijeras la pieza patológica. Se limpia rápidamente el campo operatorio de sangre y coágulos y se rellena la cavidad resultante con compresas fuertemente apretadas que cohiben momentáneamente la hemorragia.

En seguida se practican las ligaduras necesarias en la región de los anexos, se retira el taponamiento, explorando si algún punto de los que sangran puede ser objeto de una ligadura, y cuando queda sólo una hemorragia más ó menos difusa, se aplica un taponamiento apretado para que resulte hemostático, y se sutura la pared abdominal.

En los dos casos á que he hecho referencia, la hemorragia fué algo regular durante el desprendimiento, pero terminada la operación, quedó limitada á un rezumamiento ligero sero-sanguíneo que manchó al poco tiempo el vendaje, pero no tuvo influencia en el estado general; fué análoga á la exudación que casi siempre acompaña al Mikulicz, sólo que en vez de ser serosa, era sanguinolenta; á los dos días la exudación era escasísima y el resultado final fué rápido y completo.

Aunque casi todos los autores incluyen el embarazo después del quinto mes en el mismo grupo que los que están en período de viabilidad, por mi parte, hasta el sexto mes, creo que la técnica descrita es la más aceptable, á pesar de la hemorragia más ó menos emocionante que pueda existir durante la enucleación.

TÉCNICA DE LA INTERVENCIÓN EN EL PERÍODO DE VIABILIDAD CON FETO VIVO. — Las dificultades del grupo anterior alcanzan el máximum porque debe procurarse retardar la operación lo posible en beneficio del feto.

Realmente, el peligro de la hemorragia es positivo, y se comprende que estén los cirujanos divididos acerca de la técnica que conviene seguir. Unos practican la operación completa, enucleando el quiste fetal ó por lo menos la placenta y membranas, según he descrito en el caso anterior, y otros limitan la operación al primer tiempo, extrayendo el feto y cortando y ligando el cordón umbilical, marsupializando el quiste y dejando la placenta adherida para que se desprenda sola y espontáneamente, entera ó á trozos, al cabo de dos, tres ó cuatro semanas.

No tengo gran experiencia sobre este punto, porque no he operado ningún caso en estas condiciones; creo que, aparte los hechos, influye en la conducta seguida el temperamento del ginecólogo. Por mi parte, recordando el feliz resultado obtenido en los dos casos citados, que se parecen á los del último trimestre, y que el único embarazo á término con feto vivo que he visto fué operado en mi clínica oficial durante las vacaciones de 1897, por el doctor Carbó, marsupializando y dejando la placenta *in situ*, muriendo la enferma de infección á los doce días sin haber expulsado la placenta, á pesar de las precauciones antisépticas tomadas, tengo el propósito, cuando me encuentre en un caso de esta índole, de proceder á la extirpación total, enucleando la placenta y haciendo hemostasia con ligaduras y taponamiento. Sin embargo, creo un buen criterio el de Kelly, Legueu y otros, quienes, prefiriendo la enucleación á la marsupialización, quieren que se haga cuando el caso se preste, pero que, si por la topo-

grafía de la placenta ofreciese demasiados peligros, deberá recurrirse á la marsupialización y abandono de la placenta, con el debido taponamiento.

Los hechos abonan ambas conductas. Pinard posee una serie de 16 casos con una sola defunción, operados por marsupialización y abandono de la placenta; se comprende que no desee cambiar de conducta y que exprese sus convicciones diciendo que: *extirpar todo el quiste es más quirúrgico, pero menos prudente* (1). En cambio Pozzi (2) reúne 40 casos de autores distintos, de los que en 29 se abandonó la placenta, habiendo 11 defunciones, y en 11 se extirpó siempre con éxito. Esto demuestra una vez más que en cirugía las operaciones atrevidas, pero completas, suelen dar mejores resultados que las prudentes é incompletas; á mí me parece sentirme más armado contra la hemorragia del acto operatorio que contra la infección que puede sobrevenir por abandono de la placenta. Por otra parte, la tendencia actual es la extirpación del saco y placenta, que, sin duda, es mucho más racional.

En 1907 observé un caso de embarazo ectópico en el último trimestre: ingresó en mi Clínica privada para la intervención y la retardé tres semanas para aumentar las garantías de viabilidad del feto: transcurridas éstas y calculando el embarazo en siete meses y medio, procedí á la intervención obligado por el mal estado de la enferma, cuya emaciación iba pronunciándose á consecuencia de los dolores abdominales y vómitos casi incoercibles. Extraje un feto vivo de 2'000 kilos y que vivió 18 horas; antes hice referencia á este caso con motivo de las deformidades que presentaba (fig. 276): extirpé membranas y placenta inmediatamente, y aunque la hemorragia era copiosa, no tuvo consecuencias por ser de poca duración; la placenta se extendía desde el fondo de Douglas á la cara posterior del útero, fosa ilíaca izquierda, S ilíaca y algunas asas de intestino delgado: con ligaduras y taponamiento quedó perfectamente cohibida y la enferma tuvo una convalecencia del todo feliz.

TÉCNICA DE LA INTERVENCIÓN EN LOS CASOS DE FETO MUERTO.—Con mayor motivo que en los del grupo anterior se procederá á la extirpación completa del saco, particularmente si después de la muerte del feto ha transcurrido el tiempo suficiente para que se haya obturado la circulación placentaria. Aunque algunos proceden en este caso á la marsupialización, como Pinard, no hay motivo para abandonar en el abdomen un cuerpo como la placenta, tan propenso á la infección.

Tres casos he tenido pertenecientes á este grupo: Uno de ellos embarazo de cinco meses cumplidos, con feto muerto, y que retardé la operación un mes. El segundo fué una enferma que ingresó en la Clínica oficial con el diagnóstico de embarazo de cinco meses y medio y aborto: se trataba de un embarazo ectópico con rotura secundaria y hemorragia interna tan copiosa, que por el colapso producido no me creí autorizado á la intervención inmediata; muy lentamente se repuso la enferma y á los dos meses practiqué la extirpación del quiste fetal. El tercero era un embarazo ectópico, que siguió su curso tras un episodio de rotura gravísima á los dos meses y medio, diagnosticada de apendicitis: diagnosticado el embarazo ectópico con feto vivo en el tercer trimestre y bien tolerado

(1) *Loc. cit.*, pág. 222.

(2) *Loc. cit.*, pág. 960.

por la enferma, demoré la operación hasta el final de la gestación, y cuando yo creí momento oportuno, la enferma no aceptó la intervención; á los pocos días hubo el falso parto y murió el feto, y dada esta contingencia, retardé dos meses la intervención. En los tres casos practiqué la extirpación total del quiste y en ninguno de ellos hubo en ningún momento hemorragia inquietante. Las tres enfermas se salvaron.

TÉCNICA EN ALGUNOS CASOS ESPECIALES.—El embarazo en cuerno rudimentario, sin rotura, suele ofrecer grandes facilidades para la intervención, puesto que se presenta como pediculizado hacia el fondo de la pelvis. Generalmente, presenta la sencillez de la extirpación de un quiste del ovario sin adherencias. El caso á que antes hice referencia, á pesar de llevar seis meses de muerte del feto á término, no presentó la más pequeña dificultad, pues se pudo pediculizar y ligar fácilmente el cuerno hipertrofiado.

En ciertos casos de embarazo tubo-uterino puede ofrecer dificultades la hemostasia definitiva por lo lesionadas que están las paredes del útero, y podremos vernos precisados á practicar una histerectomía secundaria para asegurar la hemostasia definitiva.

En algunos casos de embarazo intersticial podrá tener aplicación el procedimiento de Kelly, quien aconseja (1) que se dilate el cuello del útero y con una sonda se rompa el saco hacia la cavidad del órgano, por donde se eliminaría el huevo como si se tratase de un aborto, cual lo hace espontáneamente algunas veces la naturaleza.

En los casos de embarazo intra-ligamentoso ó sub-peritoneo-pelviano, aun abierto el abdomen, puede cambiarse ventajosamente de vía cuando se trata de embarazos jóvenes con rotura y hematocele consecutivo. Si se encuentra el ligamento ancho distendido y el peritoneo íntegro, puede hacerse la colpotomía lateral, y con una mano en el abdomen se exprime el hematoma del ligamento ancho para favorecer su completa evacuación, y luego se drena por la vagina: así resulta una operación extra-peritoneal. Si el hematoma ha levantado el peritoneo anterior y está en contacto con la pared abdominal, lo que la laparotomía ha puesto fácilmente al descubierto, puede también hacerse una operación extra-peritoneal, incindiendo horizontalmente por encima del pubis y del arco de Falopio, extrayendo los coágulos y el huevo y drenando su cavidad; una mano dentro del abdomen favorece la maniobra, pues en ambos casos no se sutura la incisión laparotómica hasta terminada la operación extra-peritoneal.

Cuando los quistes fetales, en su curso ulterior, llegan á producir fistulas, deben tratarse por las reglas generales de cirugía, aplicables á toda clase de quistes con retención.

Pronóstico de la intervención quirúrgica.—Las enfermas operadas de embarazo ectópico, deben someterse en su tratamiento consecutivo á las reglas generales de todas las operadas de laparotomía.

En la estadística de Price, que comprende casos de los años 1890, 91 y 92, figuran 119 casos de intervención quirúrgica con 22 defunciones, ó sea 18

1) *Loc. cit.*, pág. 463.

por 100. La estadística personal de Champneys da una mortalidad de 26 por 100 en 26 casos operadas, pero debe tenerse en cuenta que dicho cirujano opera sólo los casos más graves. Sin duda es difícil apreciar la gravedad de la intervención, pues los casos difieren mucho en cuanto á gravedad y, por lo tanto, á pronóstico; así se comprende que Lawsson-Tait presentara una serie de 23 casos con una defunción, tratándose de embarazos en el primer trimestre.

Indudablemente cabe formar dos grupos para el pronóstico de la intervención: uno en que entren todos los casos, excepto los que pertenecen á las operaciones practicadas en la época de viabilidad y con feto vivo, y otro que comprenda estos últimos.

Para el primer grupo, puede calcularse una mortalidad de 4 á 6 por 100. Mi estadística personal comprende hasta hoy 51 casos, pertenecientes á este grupo, incluyendo dos quistes fetales, uno operado seis meses y otro ocho años después de muerto el feto; he tenido dos defunciones; un caso usual de rotura, por infección peritoneal, al sexto día de operada, y otra por colapso en una operación de urgencia por gran inundación peritoneal; comprendo que si menudearan más los casos del segundo trimestre con feto vivo, fácilmente la estadística desmejoraría, pero no creo alcanzara mucho más de lo indicado, ó sea de un 4 á un 6 por 100.

Para el segundo grupo, la gravedad es mucho mayor, aunque sea difícil calcularla, porque los casos no menudean como los otros. Kelly cita en su obra la estadística de Tharris, que comprende todos los casos que dicho autor ha reunido desde 1809 hasta 1896. La divide en dos períodos: el primero, pre-antiséptico, hasta 1888, y el segundo, con los adelantos de la antisepsis, hasta 1896. Figuran en el primer grupo 37 casos con sólo 9 curaciones por parte de la madre, y en el segundo, 40 con 27, lo que indica una gran mejora, que se hace mucho más evidente si se toman los últimos 20 casos, de los que se salvaron 15, ó sea una mortalidad de 25 por 100 (1). Realmente, entre 20 y 25 por 100 puede calcularse que oscila la mortalidad en la intervención quirúrgica durante la época de viabilidad del feto siendo éste vivo. Hasta hoy he tenido un solo caso de éstos, que fué operado con éxito.

En el adjunto cuadro expongo los resultados de la intervención obtenidos por mí en el embarazo ectópico, agrupados según el grupo clínico que motivó la indicación. Todos fueron operados por laparotomía:

		CASOS	CURADOS	FALLECIDOS
Embarazo ectópico.	Hemato-salpinx: con ecuencia de embarazo ectópico por aborto ó mola tubárica	8	8	0
	Hemorragias de repetición: por aborto ó rotura con formación de hematocele y repetición de las crisis más ó menos agudas	29	28	1
	Inundación peritoneal: hemorragia primitiva, progresiva y amenazante, sin formación de hematocele, producida por aborto ó rotura.	7	6	1
	Quiste fetal con feto vivo: dos en el segundo trimestre y uno en el tercero.	3	3	0
	Quiste fetal con feto muerto: dos en el segundo trimestre, uno á término, uno seis meses después de muerto el feto y otro seis años después.	5	5	0
	<i>Total.</i>	52	50	2
<i>Mortalidad.</i>		3'8 por 100		

(1) KELLY: *Operative Gynecology*, tomo II, págs. 458 y 459.

Aparte la importancia de la intervención, las enfermas operadas de embarazo ectópico conservan perfectamente sus funciones sexuales. Es cierto, como queda indicado, que se ha señalado cierta tendencia á la recidiva, pero prescindiendo de este hecho fortuito y casual, son muchas las que después han concebido y llevado á feliz término embarazos uterinos normales. De entre mis operadas lo menos ocho, que yo sepa, han presentado después perfecta fecundidad.

HEMATOCELE

Etiología y patogenia.—Entre la concepción de Nelaton, al describir como entidad clínica el hematocele retro-uterino enquistado, y la de Barnes, que engloba con el nombre de hematocele toda hemorragia ó colección sanguínea peri-uterina, existe una diferencia enorme (1). Sin duda ambas concepciones, hijas de la observación clínica, tienen el defecto de comprender un síntoma como entidad nosológica; sin embargo, la descripción de Nelaton, aunque muy cercenada hoy día, corresponde á un estado que indudablemente forma una verdadera individualidad clínica, aunque muy restringida en su significación y frecuencia, por los progresos de la ginecología en estos últimos años. Ciertamente que la mayoría de hematoceles que describen Schröder, Barnes, Nelaton, Huguier, Bernutz, etc., deben desaparecer como enfermedad independiente, ya que sabemos hoy que no son más que un episodio ó un síntoma del embarazo ectópico.

Después de los trabajos de Lawsson-Tait (2), la etiología del hematocele ha sufrido un cambio radical, y hemos venido en conocimiento de que la mayoría son debidos á un accidente en el curso del embarazo ectópico.

El *hematocele intra-peritoneal* está constituido por una colección sanguínea enquistada que ocupa la mayor parte de veces el fondo de Douglas y recibe el nombre de *hematocele retro-uterino*, y que algunas veces forma colección por delante del útero, constituyendo el *hematocele ante-uterino*.

El *hematocele extra-peritoneal*, llamado más propiamente *trombus del ligamento ancho*, está constituido por un derrame de sangre más ó menos enquistado en el tejido celular pelviano que llena el intersticio del ligamento ancho.

La hemorragia intra-peritoneal libre, llamada por Barnes *hematocele cataclísmico* ó *inundación peritoneal*, no debe figurar entre el hematocele, pues no es más que un síntoma de una dolencia determinada casi siempre, el embarazo extra-uterino, según queda descrito en el capítulo anterior.

Analizando algo más el modo de ser del hematocele, veremos que su existencia como enfermedad autóctona queda muy restringida, puesto que debemos

(1) BARNES: *Maladies des femmes*, pág. 494.

(2) *Traité clinique des maladies des femmes*, págs. 611 y siguientes.

separar de la descripción todas aquellas colecciones sanguíneas dependientes de embarazo ectópico, en las que podríamos decir que sigue el hematocele su evolución, por repetirse las hemorragias que lo ocasionaron, ya que entonces no es más que un síntoma de la enfermedad causal.

En rigor, el hematocele no merece el nombre de tal más que en aquellos casos en que la *causa productora de la hemorragia desapareció*, la hemorragia no se reproduce y *queda la colección sanguínea como proceso anatómico independiente y autóctono*.

Así, recordando cuanto dejo dicho acerca del curso del embarazo ectópico, podemos decir que tan sólo cuando ocurre un aborto tubárico completo ó una rotura de la trompa, con expulsión y muerte del huevo, queda establecido el hematocele, porque del hecho del accidente desaparece el embarazo ectópico y queda tan sólo la colección ó tumor sanguíneo. Cuando á pesar del accidente el embarazo sigue su curso porque el huevo vive ó, aun muriendo, éste queda retenido en la trompa y reproduce las hemorragias, el hematocele no es más que un síntoma supeditado en su importancia clínica y consecutiva á la lesión tubárica; no cabe en estos casos el diagnóstico de hematocele, y si bien esta distinción parece capciosa, no lo es por la importancia práctica que tiene, ya que nuestra conducta será muy distinta si establecemos el diagnóstico de *hematocele simple*, cualquiera que hubiese podido ser su causa, ó de *hematocele concomitante*; en el primer caso, podremos estudiar para el hematocele un tratamiento propio, mientras que en el segundo emplearemos un tratamiento muy distinto, ya descrito en el capítulo anterior.

Esta distinción es tanto más importante en cuanto á medida que se va analizando la etiología del hematocele, se le va encontrando más raro como enfermedad distinta del embarazo ectópico.

Se comprende que hasta que Lawsson-Tait, hace veinte y cinco años, ilustró el origen del hematocele como secuela del embarazo ectópico, los autores buscaran distintas teorías para explicarlo, y se aceptaran explicaciones que no habían recibido la comprobación de los hechos. Hoy nadie cree en la teoría de Bernutez ni en la explicación de la misma dada por Guerin acerca *del reflujo de la sangre menstrual desde el útero al peritoneo, pasando por las trompas*; la hemorragia debida á la *ruptura venosa de un plexo pampiniforme varicoso*, aceptado por Goupil, es un hecho que, de ser cierto, es rarísimo, y en algún caso comprobado resultó también que la rotura se produjo por consecuencia de un embarazo tubárico; la *hemorragia ovárica* por rotura de la vesícula de Graaf, que acepta Schroeder como causa de hematocele, no está comprobada, por lo menos como causa del conjunto clínico que estudiamos, sin negar que puedan ocurrir pequeñas hemorragias que carecen de importancia clínica; las hemorragias de origen peritoneal, defendidas por Dolbeau y por Virchow, que describieron una *pachi-peritonitis hemorrágica*, no están tampoco comprobadas, pues no deben confundirse con ella las hemorragias que ocurran en casos de neoplasias malignas propagadas al peritoneo; la influencia de estados generales producidos por intoxicaciones y enfermedades distróficas, tampoco está comprobada. Si cuando no conocíamos la etiología del hematocele era dable invocar todas estas causas, que no han recibido la sanción de la observación clínica, hoy, que sabemos cómo sobreviene el hematocele, debemos casi olvidarlas, pues

lo cierto es que no se registran en la historia de las enfermas como hechos de una importancia siquiera regular.

Dejando de lado las hemorragias producidas por ciertos neoplasmas ó las debidas á fenómenos de retención menstrual, cuando éstas han llegado á la región de las trompas, porque en todos estos casos el hematocele constituye simplemente un epifenómeno de la enfermedad causal, podemos decir que la única causa del hematocele es un traumatismo que produce la rotura de vasos. Unas veces se presenta con los caracteres de verdadero traumatismo, otras la laceración vascular es debida á la evolución espontánea del embarazo ectópico.

Realmente, después de ciertas intervenciones en el fondo de la pelvis ó en el ligamento ancho, pueden presentarse hemorragias post-operatorias que forman colecciones sanguíneas enquistadas, que, como accidente post-operatorio, reviste á veces verdadera importancia; todos los que llevamos una práctica algo dilatada en la cirugía ginecológica hemos visto esos hematomas ó trombus, que en el fondo de la pelvis ó en el espesor del ligamento ancho se forman á consecuencia de una ligadura que se desprende, de un vaso que no se ligó ó de una hemorragia difusa no drenada; pero estas colecciones deben estudiarse y conocerse como accidentes post-operatorios, por más que su curso sea análogo al verdadero hematocele que podríamos llamar espontáneo.

En el hematocele espontáneo la laceración vascular se produce por el proceso formativo ó los accidentes del embarazo ectópico. Si se trata de un aborto tubárico, la hemorragia procede de las vellosidades coriales desprendidas y la sangre cae por el pabellón de la trompa en el peritoneo, hasta que el huevo es expulsado también y muere; si se trata de una rotura de la trompa, la sangre pasa al peritoneo por la abertura del desgarró y procede no sólo de las vellosidades coriales desprendidas, sino también de algún vaso materno que se rasgó en el momento de la rotura y envía un chorro de sangre directamente al peritoneo; la hemorragia persiste hasta que el huevo es expulsado y muere entre la sangre derramada. Según el sitio de la rotura, la sangre se derrama en el peritoneo ó entre las hojas del ligamento ancho para constituir el hematocele intra-peritoneal ó el extra-peritoneal.

La sangre derramada en el peritoneo se coagula con más ó menos rapidez, según los casos; influyen en ello la cuantía y rapidez de la hemorragia y el estado de la serosa peritoneal. Cuando una hemorragia es muy abundante, como en los casos de rotura tubárica, no hay tiempo de que la sangre se coagule, y se desparrama por el peritoneo, constituyendo *la inundación peritoneal*; por el contrario, cuando la hemorragia es lenta, da tiempo á que se formen coágulos y constituyen el hematocele, formando una barrera que obra como hemostático en el sitio de origen y evita que aquélla sea tan peligrosa. La sangre, al derramarse líquida, cae por su propio peso á los sitios declives de la serosa peritoneal y por eso el hematocele más frecuente es el *retro-uterino* ó del fondo de Douglas; he visto aparecer en el fondo de Douglas la pastosidad propia del hematocele retro-uterino á las cuarenta y ocho horas de haber tenido lugar la hemorragia.

Sin duda una de las condiciones que más influyen en la coagulación rápida de la sangre es el estado del peritoneo pelviano; Veit, Segond, Pilliet y otros han insistido acerca la importancia que dichas alteraciones pueden tener. No

parece dudoso que la alteración del endotelio peritoneal es condición favorable para una rápida coagulación de la sangre: la existencia de adherencias y bridas producidas por pelvi-peritonitis preexistentes, forman un conjunto de circunstancias favorables á la coagulación sanguínea y á la limitación de la hemorragia. La fórmula dada por Segond, de que *á peritoneo sano corresponden grandes hemorragias, y á peritoneo enfermo hemorragias más reducidas*, expresa bien la importancia que en este fenómeno tienen las alteraciones concomitantes de la serosa y corresponden bastante bien á los hechos observados; con todo, se observa á veces en peritoneos sanos una hemorragia limitada, y en peritoneos inflamados hemorragias mortales, porque esas condiciones no son las únicas que influyen en el fenómeno, sino que representa para el hecho capital importancia el fenómeno productor de la hemorragia; no hay duda que, por regla general, son más intensas las hemorragias debidas á la rotura que las producidas por aborto, aun siendo iguales las condiciones locales de defensa.

Realizada la coagulación de la sangre, los coágulos van espesándose y concretándose por la absorción del suero, lo que hace que sean tanto más duros cuanto más antiguos.

En el hematocele extra-peritoneal las condiciones son distintas, porque la sangre, en vez de encontrarse en una cavidad cubierta de endotelio, como la serosa peritoneal, se encuentra entre las mallas del tejido celular pélvico, donde la coagulación es más rápida y la reabsorción del suero se verifica también con facilidad.

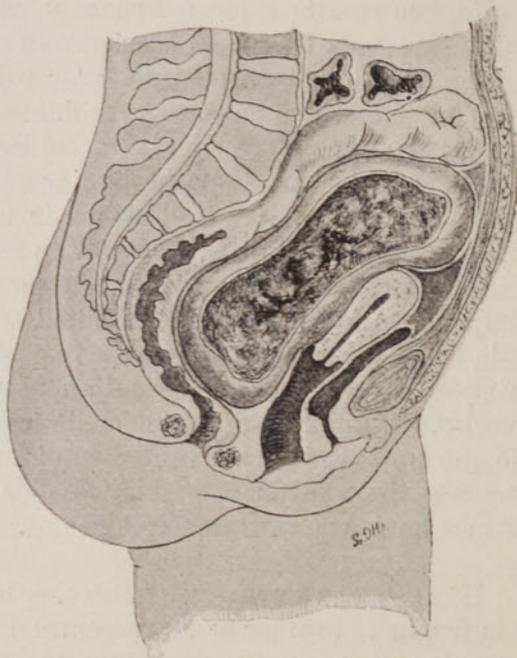


FIG. 277

Hematocele retro-uterino.

Anatomía patológica. — HEMATOCELE PERITONEAL. — La forma más frecuente es el *retro-uterino*; el tumor se encuentra en el fondo de Douglas, cuyas paredes distendidas forman su límite, de manera que presenta abombamiento hacia la vagina y hacia el recto, dislocando el útero hacia adelante (fig. 277), llegando, á veces, á comprimirlo contra el pubis. Por la parte alta, el tumor está frecuentemente limitado á nivel del estrecho superior, pero en ocasiones se eleva hacia la gran cavidad abdominal, y aunque rara vez, puede llegar hasta muy cerca del ombligo, estando situado en la línea media ó hacia una de las fosas ilíacas; en su parte alta, está limitado el hematocele por una falsa membrana, á la que están frecuentemente adheridas asas intestinales y epiploon; esas adherencias parecen más bien una aglutinación que una verdadera adhe-

rencia, y se desprenden fácilmente. La membrana limitante es de grosor y resistencia variables, de color gris oscuro, amarillento á veces, y se halla constituida por capas fibrinosas, adheridas á la serosa en virtud de una peritonitis adhesiva de origen irritante ó tóxico, provocada por la misma sangre; esta membrana limita el hematocele, no sólo por arriba sino en toda su periferia, encontrándose hacia el fondo de Douglas adosada á la serosa peritoneal, á la que recubre, formando, por tanto, una verdadera membrana de aislamiento que es fácil desprender en grandes colgajos.

El interior del tumor está lleno de sangre, generalmente coagulada, formando grumos de color negruzco y más ó menos densos y duros, según la antigüedad de la lesión; en ocasiones se encuentra todavía sangre sin coagular, en forma de líquido siruposo de color rojizo ó francamente sanguíneo; nunca se hallan colecciones serosas claras dentro de un hematocele.

El peritoneo que se encuentra en las vecindades del hematocele, presenta la rubicundez propia de la peritonitis adhesiva, á menos que sea ya muy antiguo, en cuyo caso faltan las lesiones de reacción peritoneal. En estos casos el tumor resulta más duro que cuando es reciente.

Por rareza, el hematocele puede ser *ante-uterino*, cuando la rotura de la trompa lleva la sangre hacia la mitad anterior de la pelvis y el útero está desviado hacia atrás, existiendo á la vez adherencias, que al mismo tiempo que favorecen la coagulación, dificultan el paso de la sangre hacia el fondo de Douglas. El tumor ante-uterino se limita de igual manera que el retro-uterino, sólo que su situación es distinta; esta localización es sumamente rara, y probablemente tiene razón Pozzi cuando dice que han sido interpretados como tales algunos hematoceles extra-peritoneales.

HEMATOCELE EXTRA-PERITONEAL.—Originado por la rotura extra-peritoneal de la trompa, el tumor se forma entre las hojas del ligamento ancho, al que distiende enormemente; forma un tumor hacia la vagina, sólo que en vez de estar hacia el fondo de saco posterior, ocupa el fondo de saco lateral correspondiente. Hacia arriba, distiende el ligamento ancho, y á veces se corre por el tejido celular sub-peritoneal hacia adelante, viniendo á formar tumoración hacia la pared abdominal ó hacia la fosa ilíaca. El hematocele extra-peritoneal, por tener lugar la hemorragia en espacios limitados, no reviste nunca la importancia y gravedad del intra-peritoneal. Su constitución es análoga á la del intra-peritoneal, del que sólo se diferencia por su distinta topografía y menor gravedad.

En ambas formas de hematocele se encuentran á menudo coágulos estratificados, como si se hubiesen formado en períodos distintos, tanto más densos y duros cuanto más antiguos.

Conviene recordar también que el hematocele no queda constituido hasta que se ha enquistado por la organización de su membrana friable limitante; al realizarse este proceso, ocurre un fenómeno que puede tener importancia clínica: los anexos que han originado la hemorragia, pueden quedar incluidos dentro del tumor hemático ó fuera de él. En el primer caso el tumor es uniforme, y en el segundo hallamos hacia la parte alta y externa del tumor una pequeña tumoración, que forma relieve en la superficie del hematocele; cuando ocurre

esto último y la exploración permite apreciarlo debemos tenerlo en cuenta, puesto que si el accidente no ha terminado con el embarazo ectópico y la enferma puede sufrir una nueva hemorragia, ésta podrá tener lugar en la gran serosa y no hallar obstáculo, en tanto que si los anexos quedan incluidos en el quiste hemático la repetición de la hemorragia encontrará la valla del hemocele, revistiendo menor gravedad en virtud de la compresión del hematoma. Alguna vez podrá este hecho tener importancia práctica é influir en nuestras decisiones.

Síntomas y diagnóstico.—Si vemos el hemocele desde su comienzo ó analizamos detenidamente la anamnesis en cada caso, encontraremos que se inicia con todo el cuadro de una hemorragia interna, más ó menos intensa, según que se trate de un aborto ó de una rotura. Dolor súbito é intenso que comienza en la pelvis y se irradia á todo el abdomen, náuseas ó vómitos, perfrigeración, pulso pequeño y frecuente, sudor y con frecuencia síncope; en una palabra, el cuadro ya descrito en el capítulo anterior.

Hasta que transcurren cuarenta y ocho ó más horas no se forma el hemocele y entonces encontramos que los síntomas generales han casi desaparecido, quedando sólo un dolor pélvico; la palpación abdominal descubre, cuando el hemocele es algo voluminoso, una tumoración que asoma por encima del estrecho superior, resistente, no muy sensible á la presión y que ocupa zonas distintas según la forma del hemocele. En la forma más común ó retrouterina la tumoración es profunda con asas intestinales por delante y presentando á menudo una prolongación hacia cada lado; á veces la tumoración está hacia la fosa ilíaca dejando completamente libre el fondo de la pelvis, como en un caso que confundí con una apendicitis y en el que hemocele y huevo llenaban la fosa ilíaca derecha; el huevo se hallaba entre los coágulos, lo que motivó dicha confusión. En el hemocele extra-peritoneal la induración está inmediatamente por debajo de la pared abdominal, unas veces hacia un lado, otras en la línea media.

El examen vaginal ofrece síntomas característicos: en el hemocele retrouterino el tacto vagino-rectal descubre inmediatamente la gran distensión del Douglas que llena la vagina y comprime el recto; el útero se oculta hacia arriba y detrás del pubis; la consistencia de la tumoración varía según la antigüedad de la misma; en los primeros días es bastante blanda, á veces fluctuante, pero si lleva alguna fecha, unos quince días, es verdaderamente pastosa, parecida á la del barro de modelar, con alguna irregularidad en su consistencia; si es más antigua llega á presentar cierta dureza, pero que siempre permite descubrir un contenido pastoso, excepto cuando se examina en sus períodos finales, en que se confunde su dureza con la de los exudados peritoneales. En el extra-peritoneal el tumor ocupa el fondo de saco lateral; el útero está dislocado hacia el lado opuesto y la consistencia suele ser algo más dura que en el caso anterior. A veces no se encuentra tumoración ninguna desde la vagina, como en el caso que antes he citado y en el que el hematoma ocupaba la fosa ilíaca, y otro que observé y que me hizo dudar mucho en el diagnóstico: el tumor ocupaba la fosa ilíaca derecha, llegaba hasta el ombligo y hasta muy cerca de la fosa izquierda; parecía un quiste del ovario, el fondo de la pelvis

completamente libre; pero su historia era tan típica de embarazo ectópico con hemorragia interna, que con su médico el doctor Cisternas, de Mataró, no dudamos en aceptarlo; á los pocos días terminó, eliminando por el recto una cantidad enorme de coágulos que demostraron la verdad del diagnóstico; la enferma curó espontáneamente.

En general el diagnóstico no ofrece grandes dificultades, porque la historia de la enferma es típica; sin embargo, cuando ésta aparece obscura porque el hematocele ha tenido un comienzo larvado y sin el cuadro ruidoso de una hemorragia aguda, puede confundirse con una pelvi-peritonitis, con un quiste ovárico retro-uterino, con un mioma retro-uterino, con un útero embarazado en retro-flexión, y se ha confundido también con la apendicitis, con la estrangulación interna y con la peritonitis generalizada.

El *útero en retroflexión*, un *quiste del ovario* y un *mioma* que ocupan el fondo de saco de Douglas, se distinguen porque en todos ellos el tumor se dibuja con limpieza y la mucosa vaginal y rectal deslizan sobre la tumoración, aparte de que por lo común dichos tumores tienen cierta movilidad en tanto que el hematocele es difuso, llena todo el fondo de Douglas, no se limitan sus contornos, las mucosas no deslizan sobre el mismo y no puede moverse ni dislocarse.

La *pelvi-peritonitis* puede confundirse con el hematocele retro-uterino porque la tumoración del fondo de Douglas es muy parecida: difusa, mal delineada é identificada con la mucosa, como en el hematocele. Pero en la pelvi-peritonitis la región suele ser dolorosa, menos pastosa, y la historia de la enferma presenta todo el cuadro de una flogosis pelviana con sus dolores continuados, la fiebre y los fenómenos abdominales, que en el hematocele, si existieron al comenzar, desaparecen pronto.

Con la *apendicitis* puede confundirse fácilmente cuando el hematocele ocupa la fosa ilíaca derecha, como en el caso que antes he mencionado: el único medio diagnóstico es la historia de la enferma, con la persistencia de los fenómenos locales y generales en la apendicitis, que suelen ser pasajeros en el hematocele.

Con la *peritonitis generalizada* y la *estrangulación interna* se han confundido algunos casos graves de curso anómalo y que generalmente sufren complicaciones por parte de la serosa peritoneal, pues si el caso es algo típico la confusión es difícil. Recuerdo un caso en que tuve muchas dudas, la enferma falleció á los siete días, y no pude aclarar el diagnóstico porque la intervención no fué aceptada y no pude practicar la autopsia.

El punto capital del diagnóstico consiste en distinguir si el embarazo ectópico sigue su curso ó persiste como accidente después de formado el hematocele. Se comprende que si el huevo sigue viviendo é injertándose en otras regiones ó continúa retenido en la trompa, produciendo nuevas hemorragias, el hematocele no es más que un síntoma del embarazo ectópico y no debe ser considerado ni diagnosticado como hematocele simple: tan sólo merece este nombre y ser tenido como á tal cuando el embarazo ectópico, su causante, ha terminado. Esta diferenciación es sumamente difícil, por no decir imposible, en un momento dado; tan sólo la observación puede aclararlo, según he indicado ya, puesto que si el embarazo ectópico en una ú otra forma sigue figurando en su curso y dominando el diagnóstico, no tardan en producirse nuevos ataques de hemorra-

gia con el mismo cuadro inicial, aunque más remiso por lo común; al hematocele primero se añade una cierta cantidad de sangre, constituyendo la forma clínica que algunos han llamado *hematocele de repetición*; cuando esto ocurre, debe diagnosticarse embarazo ectópico en una ú otra forma y obrar en consecuencia. El periodo que debe considerarse necesario, aunque no seguro, para creer que nos hallamos en presencia de un hematocele simple, puede calcularse en quince días ó tres semanas; si se pasa este tiempo en silencio completo podemos creer que el embarazo ectópico desapareció para dar lugar al hematocele simple. Cuando en la superficie abdominal del hematocele descubrimos una prominencia formada por los anexos, es casi seguro que el hematocele no es más que un síntoma y que los fenómenos repetirán.

Resulta, por tanto, que muchos casos que se diagnostican de hematocele siguen siendo embarazos extra-uterinos, siendo de suma importancia su distinción, pues tratándose de este último, la indicación es clara y debe procederse á la laparotomía, mientras que tratándose del primero, ó no hay indicación ó de existir queda reducida á una simple colpotomía.

Curso, complicaciones y pronóstico. — El hematocele simple, así peritoneal como extra-peritoneal, es una enfermedad silenciosa y, por decirlo así, latente. La colección va reabsorbiéndose é indurándose, acabando por desaparecer y no dejar más que induraciones más ó menos manifiestas en el fondo de saco posterior, si ha sido retro-uterino, ó en el ligamento ancho si ha sido extra-peritoneal. El tiempo que tarda en reabsorberse es muy variable: por término medio tarda de cuatro á seis meses en desaparecer, algunas veces deja de encontrarse ya al cabo de un mes, otras tarda hasta un año. Según se deduce de la observación, esta terminación espontánea por reabsorción es muy frecuente: por lo que he tenido ocasión de ver se realiza en una gran mayoría de casos, que bien puede evaluarse sin temor á exagerar en los cuatro quintos.

Algunas veces la terminación es más rápida, porque la colección se elimina por el recto; varios autores han señalado esta evacuación espontánea y yo he tenido ocasión de verla en el caso ya citado, en el que se trataba de uno de los más grandes hematoceles que suelen observarse.

El hematocele puede complicarse porque se infecte su contenido, generalmente por el bacterium colli, que filtra desde el tubo digestivo; cuando esto ocurre la enfermedad deja de ser latente y se presenta todo el cuadro de una supuración interna: reacción peritoneal, escalofríos, fiebre, dolor é inapetencia; el cuadro clínico se equipara al de una pelvi-peritonitis terminada por supuración y su curso se parece al de esta última, con todos los accidentes y complicaciones propios de la misma: irrupción del pus en el peritoneo ó salida del mismo al exterior frecuentemente por el recto, como sitio de elección.

El pronóstico del hematocele es relativamente benigno, puesto que si no se infecta, en plazo más ó menos largo termina por curación espontánea. La mayoría de autores contemporáneos dan del hematocele un pronóstico grave, porque incluyen en él todos los casos de hemorragia interna y todos aquellos de hemorragias de repetición que ya he dicho deben calificarse como embarazos ectópicos. El pronóstico del hematocele simple es benigno y aun más el de los extra-

peritoneales, que se reabsorben más rápidamente y, por lo tanto, se infectan con menos facilidad.

Tratamiento.— En rigor, en el hematocele simple y autóctono no hay indicaciones. El reposo absoluto y las inyecciones calientes en los primeros tiempos, que se va disminuyendo á medida que transcurran semanas, es la única indicación formal que hay que cumplir, puesto que el proceso de reparación y de reabsorción se verifica espontáneamente con tal que no sea perturbado. Por lo tanto, el verdadero tratamiento es expectante.

Sin embargo, cabe una terapéutica más activa, que unas veces podrá ser preventiva y otras cumplirá una indicación verdaderamente necesaria: consiste en la evacuación del foco, dejándolo libre de coágulos.

La enferma que tiene que dedicarse á labores pesadas, y aun la que pudiendo dedicar á su enfermedad los cuidados necesarios, quiere verse libre de un peligro más ó menos remoto, pueden tratarse quirúrgicamente, teniendo en cuenta que la intervención para ello necesaria es perfectamente inocua y libra en un momento á la enferma de todos los inconvenientes y peligros de un hematocele infectado.

Cuando se infecta, la indicación es clara y no debe demorarse, porque se pone la enferma á cubierto de todos los peligros de una supuración pélvica.

Respecto á la intervención que debe practicarse, tengo para mí que es indiscutiblemente la mejor la colpotomía. Las discusiones á que ha dado lugar la vía que debe emplearse para operar el hematocele, dependen de la confusión que existe en su distinción. Realmente la laparotomía tiene todas las ventajas cuando hay peligro de que repita la hemorragia, ó sea cuando el caso continúa siendo embarazo extra-uterino; pero cuando es hematocele simple, y por tanto sin temor á la reproducción de la hemorragia y sin necesidad de extirpar anexos enfermos, y en que, por lo tanto, se trata sólo de evacuar una colección, no hay duda que la colpotomía basta y produce resultados brillantes, como se desprende de la estadística de Theverard, en la que de 53 casos hay 53 curaciones recogidas en las clínicas de Bouilly, Segond, Schwartz, etc.

En caso de duda acerca de si el hematocele es aún activo, y por lo tanto expuesto á nuevas hemorragias, la mejor vía es la abdominal, según queda ya dicho, porque es la única que permite con seguridad ir al origen de la hemorragia y combatirla. Cuando se trata del hematocele simple, la vía vaginal es suficiente.

La técnica es sumamente sencilla y en un todo análoga á la descrita á propósito de las infecciones pélvicas. Una incisión transversal en el fondo de saco posterior ó longitudinal y larga de 5 á 6 centímetros, con lo que se obtendrá mejor la evacuación de la parte baja del fondo de Douglas; retirar toda la masa de coágulos que sea posible; limpiar la cavidad con torundas ó gasas; dejar un taponamiento, y en días sucesivos practicar lavados suaves que faciliten la eliminación de los restos que hubiesen podido quedar, bastan para obtener un resultado rápido y seguro.

El pronóstico de la intervención es completamente benigno; los peligros que se señalan de hemorragias consecutivas y aun mortales, es porque se han tratado por colpotomía casos tributarios de laparotomía. Si en el curso de la col-

potomía se advierte la necesidad de extirpar unos anexos que, por contener todavía el huevo, amenazan con accidentes secundarios, se extirpan, si es posible, por la misma vía ó, en otro caso, se hace inmediatamente una laparotomía.

Todos los autores están conformes en la benignidad de la intervención por la vía vaginal en los casos tributarios de la misma; por mi parte sólo cuatro veces he recurrido á semejante intervención para casos de hematocele, con resultado completo; tres de ellos presentaban síntomas de infección, sin que todavía hubiesen supurado; el otro fué un caso en que la enferma aceptó la indicación preventiva. En los demás, aproximadamente en número de 35, los he visto terminar espontáneamente por reabsorción y curación espontánea. Debo exceptuar dos, en los que sobrevino una pelvi-peritonitis muy tardía cuando ya apenas quedaban restos del hematocele, y en los que no sé hasta qué punto debe considerarse que exista relación patogénica entre uno y otro estado.

NEOPLASIAS DE LOS ANEXOS

QUISTES DEL OVARIO

Etiología, patogenia y división. — Poco sabemos de la etiología de los tumores ováricos. La *herencia*, que justa ó injustamente se ha invocado con tanta frecuencia en la producción de neoplasias, no parece gozar ningún papel tratándose de los quistes ováricos; realmente, pocas veces se encuentran antecedentes de familia, y los casos en que se han hallado en dos hermanas son bastante raros para concederles ningún valor, dada la frecuencia de la enfermedad.

La *edad* no tiene tampoco influencia marcada, pues se encuentran desde los primeros años de la vida hasta las edades más avanzadas. Sin embargo, su frecuencia aumenta con la edad, alcanzando su máximum de los veinte á los cincuenta años, disminuyendo otra vez en épocas posteriores. La mayor frecuencia en la época de la vida genital no es bastante para que pueda concederse gran importancia á la edad. En la estadística de Bland-Sutton, que comprende 50 casos de tumores ováricos antes de los quince años, el más joven es uno de Kuster de un año y ocho meses, y el de más edad uno de Kœberle, de quince años (1); en el otro extremo de la vida, todos los operadores de regular experiencia cuentan con casos de tumor ovárico en épocas de vejez muy adelantada; por mi parte he visto algunos después de los setenta años, y el que he operado en edad más avanzada pertenecía á una mujer de ochenta y tres años. Olshausen ha reunido 966 casos de enfermas de quistes del ovario, de los que 32 tenían menos de veinte años, 266 entre veinte y treinta, 298 entre treinta y cuarenta, 213 entre cuarenta y cincuenta, y 157 más de cincuenta.

La *fecundación* parece influir poco en el desarrollo de los quistes del ovario. Las estadísticas son poco demostrativas bajo este punto de vista, puesto que dan resultados contradictorios; sin embargo, algunos autores creen que son más

(1) BLAND-SUTTON: *Surgical diseases of the ovaries, etc.*, pág. 87.

frecuentes en las nulíparas que en las múltiparas, hecho que Olshausen, Veit y otros explican por qué en estas últimas el ovario disfruta de períodos de descanso que no existen en las primeras.

Las *relaciones sexuales* parece que más bien impiden su desarrollo que no lo favorecen. En una estadística de Olshausen, de 1.250 casos figuran 740 casadas y 510 solteras.

Scanzoni creyó que la clorosis tenía una influencia marcada en el desarrollo ulterior de los quistes ováricos, y Fenwick atribuyó una influencia parecida á la herencia de la predisposición tuberculosa; ni una ni otra creencia se han confirmado.

La mayoría de autores están conformes en considerar que los trastornos circulatorios no son indiferentes para el desarrollo de los tumores en general y de los ováricos en particular; es muy posible que no sea un fenómeno indiferente, como elemento patógeno de los quistes ováricos, pero estamos muy lejos de saber en qué condiciones se ejerce y cuál puede ser su importancia. Realmente, son tan variadas las condiciones de todo género en que se encuentran las mujeres afectas de quistes del ovario, que por ahora no se descubre cuáles puedan ser las que más favorecen su desarrollo. Si las circunstancias individuales que acabo de mentar parecen casi indiferentes, no lo parecen menos otras, que son un gran factor etiológico para otras dolencias, como el clima, la profesión, la posición social, la educación, etc.

En cuanto á la causa eficiente ó inmediatamente productora de las neoplasias ováricas, no poseemos más conocimientos de los que tenemos acerca de las demás neoplasias de nuestro organismo. Se podrá suponer que existe una predisposición congénita ó adquirida, que, por otra parte, nada demuestra, y que una causa irritante, que ignoramos cuál sea, la despierta, ocasionando la hiperplasia de los elementos constitutivos de las neoplasias ováricas; podrá suponerse que la causa irritante que provoca la germinación del epitelio ovárico es física, química ó microbiana, pero ninguna de estas hipótesis se apoya en hechos verosímiles. Los estudios practicados acerca de los microbios que podrían causar la neoplasia ovárica, no han sido más afortunados por lo que se refiere á este órgano que para los restantes de la economía.

La patogenia de los quistes ováricos no ilustra tampoco su origen etiológico; actualmente, aunque existan muchas dudas sobre ciertos detalles, sabemos, y se comprueba fácilmente, después de los estudios de Waldeyer, Quenu, Malassez, Sinety, Doran, Pfannenstiel y otros, que el quiste del ovario es una neoplasia epitelial de formas y condiciones más ó menos variadas; ya sean células de *epitelio mucoso* ó células *ectodérmicas*, dando origen las primeras á los quistes *glandulares* y las segundas á los *dermoides*, las que forman la proliferación neoplásica, siempre resulta que se trata de una neoplasia *epitelial heterotópica*, cuando menos, y á veces verdaderamente *atípica*.

El acuerdo es unánime entre todos los autores acerca del punto concreto de que la formación epitelial que constituye los quistes del ovario, procede del *epitelio germinativo*, cualquiera que sea la forma de quiste que se origine. Sabemos que el *epitelio germinativo* en el ovario adulto lo encontramos recubriendo la superficie del ovario, en los folículos ovulares, que no son más que porciones de los conductos embrionarios de Pfluger, y también, como han de-

mostrado Waldeyer, Fox, Doran, Smith y otros, en restos embrionarios de conductos de Pfluger, que pueden encontrarse en el parénquima y el estroma del ovario, según se ha demostrado examinando ovarios de recién nacidos y de niñas de corta edad.

En cada uno de estos distintos sitios se ha colocado el origen de la proliferación epitelial glandular que da origen á los quistes del ovario. La teoría de Michel, que atribuía el origen de los quistes ováricos á una hidropesía de los folículos de Graaff, fué completamente destruída por los trabajos precisos de los autores ya mentados y abandonada casi por completo, haciendo depender sólo de los folículos los quistes por retención ya estudiados, y que no tienen nada de común con los quistes verdaderos, ya que éstos son neoplasias y aquéllos simples quistes por retención. Sin embargo, Staeffeck sostiene la posibilidad de que la proliferación epitelial comience en el epitelio del ovisaco, que al fin y al cabo procede del epitelio germinativo, como el de la superficie del ovario y el de los restos de los conductos de Pfluger; realmente, no parece lógico eliminar los folículos como punto de partida de la proliferación epitelial, dada su comunidad de origen con los demás epitelios que se sabe pueden originar los quistes ováricos.

Malassez, Smith, Pfannenstiel y otros han demostrado que el origen de la proliferación epitelial podía encontrarse en el epitelio germinativo que cubre la superficie del ovario; la transformación de este epitelio en epitelio cilíndrico, con ó sin pestañas, y la formación de tubos glandulares que de la superficie del ovario penetran en su interior para constituir las diferentes formas de quistes, es un hecho también demostrado. No parece dudoso que en dicho sitio puedan originarse las neoplasias epiteliales del ovario.

Finalmente, Waldeyer sentó la teoría de que procedían de restos de conductos de Pfluger, que permanecían en el ovario para sufrir la degeneración epitelial en cualquiera época de la vida. La demostración de dichos restos de conductos dió valor á la teoría, sobre todo dado el hecho indiscutible, demostrado por el mismo Waldeyer y por Kleks, de que los quistes del ovario son formaciones epiteliales. Muchos autores la aceptaron, y, según ella, el origen de los quistes ováricos sería congénito, y el germen de los mismos procedería de restos embrionarios que aguardarían en la vida ulterior condiciones abonadas para su desarrollo.

Probablemente ninguno de estos grupos de epitelio, procedentes del germinativo, goza la exclusiva como origen de quistes ováricos, y dada la gran variedad que éstos pueden presentar, no sería extraño que pudieran tener su origen ora en un folículo, ó en el epitelio de cubierta, ó en un resto de conducto de Pfluger, como lo pueden tener en el epitelio de los conductillos del para-ovario.

Empero la causa eficiente y provocadora de esta hiperplasia epitelial nos es absolutamente desconocida, como desconocida es también la causa de los quistes dermoideos, aunque pueda aceptarse una teoría determinada para explicar su origen.

Clasificación.—Nada más difícil que clasificar los quistes del ovario. Es tal su variedad, así de origen como de forma, de topografía y de estructura, que es difícil dar con una base firme de división; esto explica por qué casi cada autor

acepta una clasificación distinta. Desde luego deben segregarse de su clasificación aquellos que ya hemos estudiado en el capítulo de las ovaritis y que no constituyen verdadera neoplasia, incapaces de adquirir gran desarrollo y que no tienen un curso progresivo, estacionándose y siendo compatibles con la vida.

La clasificación debe comprender sólo la verdadera neoplasia quística del ovario, enfermedad siempre progresiva, de aspecto muy variable y curso clínico muy distinto, pero siempre de naturaleza epitelial.

Algunos autores toman por base de su clasificación su origen y la naturaleza del epitelio que los forma. Pfannenstiel expone esta clasificación en su excelente monografía (1), que aceptan Fritchs (2) y otros. Según ella, se forman sólo dos grupos: los de naturaleza mucosa y los de naturaleza ectodérmica. De entre los primeros, que el quiste sea seroso, mucoso unilocular, multilocular ó papilar tendría poca importancia: todos ellos formarían un solo grupo, el de los quistes mucosos. Los segundos comprenden todas las variedades de quistes dermóides. A partir de esta división, y considerando los del primer grupo como glándula, los divide en mucosos y serosos, según sea el contenido de los mismos que segregan las células epiteliales que constituyen la verdadera neoplasia. Sin duda es muy científica esta clasificación, pero tan poco relacionada con los caracteres clínicos de la dolencia, que luego, al estudiar el mismo Pfannenstiel el significado clínico de los dos grupos, tiene que hacer una distinción entre los que

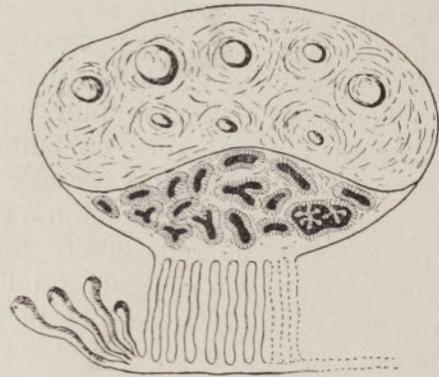


FIG. 278

Esquema para demostrar el sitio de origen de los quistes del ovario (O-ooforon ó parénquima, para-ooforon ó estroma y para-ovario).

son papilares y los que no lo son; este carácter separa clínicamente los de un grupo de los del otro, y entonces se echan de ver los defectos de la clasificación.

Otros como Bland-Sutton (3) los clasifican según la región en que toman su origen, dividiendo el ovario en dos zonas: una superficial, llamada *o-ooforon*, constituida por el verdadero parénquima del ovario, y otra central ó *para-ooforon*, formada por el estroma, y si se añade el *para-ovario*, tendremos tres distintos puntos de origen, correspondientes, según dicho autor, á clases diferentes de quistes. Los del *o-ooforon* ó quistes *ooforíticos* serían los quistes glandulares simples sin papiloma, y los del *para-ooforon* serían los quistes papilares (fig. 278). Los del para-ovario revestirían ambos caracteres. Los del o-ooforon serían quistes pediculados. Los del para-ooforon y para-ovario sesiles y ligamentosos. Algo hay de cierto en la clasificación de Bland-Sutton, pero ninguno de los caracteres asignados corresponde exclusivamente á un grupo determinado, sino que á lo más pueden aceptarse como de carácter general.

(1) *Enciclopedia de Ginecología*, tomo III, pág. 320.
 (2) *Traité des maladies des femmes*, pág. 403.
 (3) *Loc. cit.*, pág. 44.

Indudablemente la base anatómica es también en este caso la mejor para una división de los quistes ováricos. La constitución anatómica guarda relación con los caracteres clínicos, y ello permite formar grupos homogéneos bajo el punto de vista de su textura y estructura y de sus caracteres clínicos. Será indiscutible que, bajo el punto de vista fundamental, la existencia de papilomas no cambia la naturaleza del quiste, y que lo mismo da que las células epiteliales, en su hiperplasia, formen botones hacia afuera como un tubo glandular ó elevaciones hacia adentro, constituyendo una excrecencia papilar; pero lo cierto es que un quiste simple sin papilomas tiene anatómicamente un aspecto muy distinto de un papiloma ovárico, y bajo el punto de vista clínico son esencialmente diferentes, marcando este último un grado de mayor gravedad y presentando un curso clínico especial y propio. Así lo comprendió Waldeyer al dividirlos en *quistes prolíferos glandulares* y *prolíferos papilares*, división que acepta Pozzi (1) y con él muchos otros autores; ciertamente que si los quistes prolíferos papilares son también glandulares, sus caracteres clínicos esenciales, y su curso, síntomas y complicaciones producidas, provienen más de su carácter papilar que del glandular, en tanto que los prolíferos glandulares tienen un curso propio, ligado con el carácter anatómico de la neoplasia. Un quiste papilar podrá nacer en el o-oforon ó en el para-oforon ó para-ovario, pero siempre es papilar y con el sello clínico propio de los papilomas ováricos; podrán sus cavidades quísticas contener un líquido seroso ó mucoso, pero su curso clínico no varía y ostenta siempre el sello propio de los papilomas del ovario. Esta división me parece muy digna de ser tenida en cuenta por todos conceptos.

Los quistes *dermoideos*, que tan diferentes son de los anteriores por su origen, estructura y aun curso clínico, deben formar también grupo aparte.

Finalmente, los quistes que nacen en el *para-ovario* pueden ser también glandulares, papilares ó dermoideos, pero tanto por su topografía como porque, de entre todas las variedades, una suele ser la que domina por su frecuencia, merecen formar grupo aparte.

La división, pues, de los quistes ováricos comprenderá:

- 1.º Quistes prolíferos glandulares ó simplemente glandulares.
- 2.º Quistes prolíferos papilares ó simplemente papilomas ováricos.
- 3.º Quistes dermoideos.
- 4.º Quistes para-ováricos.

La frecuencia relativa de estas distintas clases de quistes varía; una de las estadísticas que me parece traducir más fielmente la proporción general es la de Kelly, quien en 141 casos señala:

Quistes glandulares..	74
Papilomas ováricos..	20
Quistes dermoideos.	25
Quistes para-ováricos.	22

Esta clasificación está hecha por un simple examen macroscópico.

En una serie mía de 150, figuran los papilares en número de 15 y los dermoideos en el de 11; por lo tanto, proporciones inferiores á las de Kelly. Sin em-

(1) *Traité de Gynecologie*, pág. 776.

bargo, pueden tales cifras variar, según las series, pero resultando siempre que los más frecuentes son los glandulares.

Anatomía patológica.—QUISTES GLANDULARES.—Llamados también simplemente *quistes del ovario*, *epiteliomas mucoides* por Malassez, *cisto-epiteliomas* por Quenu, *quistes proliferos glandulares* por Waldeyer y Pozzi, *quisto-adenomas* por Pfannenstiel, *quistes oforíticos* por Bland-Sutton, etc., constituyen el verdadero grupo de quistes del ovario y son indudablemente los más frecuentes de todos.

Anatomía macroscópica.—En la *proporción* de un 6 á un 10 por 100, atacan ambos ovarios á la vez; de los unilaterales hay quien pretende que son más frecuentes á derecha que á izquierda; en todo caso, la diferencia de proporción tiene escasa importancia.

La *forma* es muy variable. Generalmente son lisos y de forma más ó menos ovalada, cuando por su volumen no están deformados por las compresiones abdominales. A veces aparecen como abollados, formando dos ó tres grandes quistes de volumen igual ó variable; otras ofrecen una superficie llena de abolladuras de tamaño distinto, separadas por surcos que dan al quiste un aspecto *multicístico*, en cuyo caso ofrecen las abolladuras tamaño muy variable. En ocasiones la superficie es como granulosa y constituida por pequeñas elevaciones lisas que simulan un conglomerado de quistes de pequeño tamaño.

El *volumen* es sumamente variable, y puede decirse que no tiene límites. No existe un término medio, pues depende del período en que se observa y de la antigüedad de la lesión. Unos son de pequeño volumen, cuando no traspasan el de una cabeza de adulto; otros son grandes, cuando llenan la cavidad abdo-

El *volumen* es sumamente variable, y puede decirse que no tiene límites. No existe un término medio, pues depende del período en que se observa y de la antigüedad de la lesión. Unos son de pequeño volumen, cuando no traspasan el de una cabeza de adulto; otros son grandes, cuando llenan la cavidad abdo-



FIG. 279

Quiste multilocular, de volumen gigantesco.

minal, y otros gigantes, cuando distienden dicha cavidad, pudiendo llegar á límites inverosímiles (fig. 279).

El *color* es algo variable, según la forma y textura del quiste, pero por regla general es blanquecino y á veces hasta lustroso; pero cuando hay ciertas complicaciones puede presentarse deslustrado y rojizo en su superficie, así como

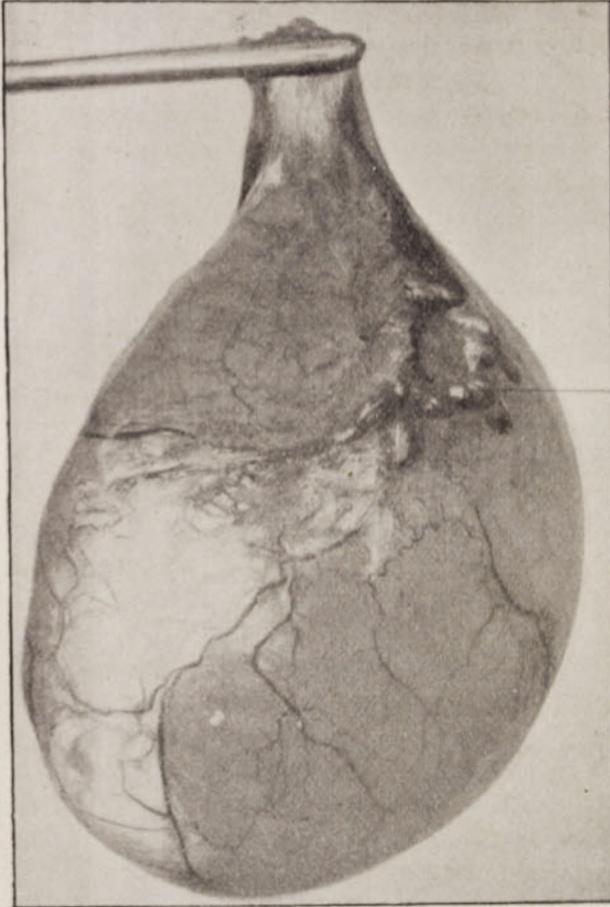


FIG. 280

Quiste unilocular suspendido por su pedículo.

(Quinto del tamaño natural.)

á veces presenta un color casi nacarado ó bien transparente por la delgadez de sus paredes, á través de las cuales, en las formas policísticas, se transparentan colores variados.

La *consistencia* es variable y depende de la textura; si bien á veces se presenta en forma de una bolsa tirante y tensa que no se deja deprimir, otras es más blanda y puede presentar variaciones en distintos puntos de su superficie en relación con su textura. A veces presenta tales variaciones de consistencia, que aparece francamente quístico en unos sitios, en tanto que en otros ofrece los caracteres y dureza de un tumor sólido.

La *textura* es sumamente variable, y les comunica verdadero carácter, permitiendo clasificarlos, bajo este punto de vista, en *uniloculares*, *pauciloculares*, *multiloculares* y *reticulados*.

Los *uniloculares* están constituidos por una sola cavidad. Muchos de los quistes que parecen uniloculares no lo son, pues examinándolos detenidamente, en algún sitio de la pared se encuentran pequeñas cavidades que les quitan el carácter de uniloculares; á veces esas pequeñas cavidades están distribuidas en diferentes sitios de la pared del quiste, de manera que simulan engrosamientos de dicha pared; otras aparece la pared quística uniforme en toda su extensión, excepto en un punto en el que se descubre una cavidad secundaria. Así resulta que, con un examen detenido, el número de quistes uniloculares queda muy reducido y sólo representan un 4 ó 5 por 100 del total. Sin embargo, muchos figuran como uniloculares.