

En la segunda forma, en lugar de esta propagación lenta, son inflamaciones rápidas y graves que subsiguen á una herida intrauterina infectada por microbios piógenos, de una virulencia particular, estreptococos ó estafilococos. Mientras que el gonococo produce principalmente las salpingitis, la infección puerperal estreptocócica causa más ordinariamente el flemón de los ligamentos anchos ó la pelviperitonitis. Y así se explica que las salpingitis constituyan hoy la especie clínica preponderante, ya que la asepsia obstétrica es la regla y que, por el contrario, la blenorragia se multiplica.

Sin embargo, esta diferencia, sobre la que BENNET había insistido en otro tiempo y que TERRILLON ha indicado muy bien, no es constante.—De una parte, infecciones secundarias por estreptococos ó por estafilococos, pueden combinarse con el microbio de NEISSER, y entonces la blenorragia puede determinar accidentes agudos y menos circunscritos de supuración pelviana.—De otra parte, las infecciones que subsiguen á un aborto, evolucionan de ordinario como la infección de origen blenorragico: los fenómenos sépticos quedan localizados en la mucosa, y esta endometritis *post abortum* sólo invade la trompa por propagación lenta.—Por último, está demostrado actualmente que la infección puerperal produce más particularmente salpingoovaritis en las mujeres ya afectas de endometritis blenorragica: se efectúa en ellas una infección mixta, en la que el gonococo prepara la mucosa para la inoculación estrepto ó estafilocócica.

Estos dos grandes factores etiológicos, blenorragia é infección puerperal, dominan la casi totalidad de las inflamaciones pelvianas. Sin embargo, éstas pueden reconocer, como causas más raras, infecciones de otro origen. En primer lugar, la tuberculosis: el bacilo de Koch entra en la esfera periuterina, ya por la vía de la circulación sanguínea, lo cual da lugar á peritonitis bacilares con localización pelviana, ya por infección ascendente úterotubaria, en cuyo caso se observa una salpingitis con perisalpingitis tuberculosa.—Más rara vez, se trata de una infección colibacilar: salpingitis y apendicitis coexisten con bastante frecuencia; la propagación se realiza, ya por los linfáticos de CLADO que unen el apéndice y el ovario, ya por las adherencias que se establecen entre este órgano y los anexos.—A título excepcional, se han atribuído ciertas salpingitis á fiebres eruptivas: parótidas, escarlatina, sarampión, viruela.—Por último, hay que señalar las contaminaciones quirúrgicas. Una exploración séptica, una intervención inoportuna sobre un

útero muy inflamado, han determinado á menudo una flegmasía pelviana.

Anatomía patológica. — 1.º SALPINGITIS Y SALPINGOOVARI-
TIS. — De la mucosa uterina, la infección ha invadido, progresi-
vamente, la mucosa tubaria, de igual estructura: á la *endometri-*
tis sigue la *endosalpingitis*.

I. *Tipos anatómicos.* — El primer grado de esta inflamación es la *salpingitis catarral aguda*. — Cuando la mucosa supura, se trata de la *salpingitis aguda purulenta*. — En lugar de quedar limitada á la mucosa, la inflamación puede invadir la misma pared de la trompa: por analogía con la metritis parenquimato-
sa, la *salpingitis intersticial*, toma, ya la forma hipertrófica, con paredes gruesas y cavidad estrechada, llena de una substan-
cia pulposa, ya la forma esclerosa.

II. *Formación del salpinx.* — En tanto que el orificio uteri-
no de la trompa permanece permeable, el pus tiene libre curso
hacia el útero: la *salpingitis* es *profluente*. — Al contrario, en
cuanto esa evacuación hacia el útero se hace difícil ó imposible,
la retención entra en juego y la *cavidad cerrada* tubaria tiende á
constituirse: se le da el nombre de *salpinx*. Y según su conte-
nido, que puede ser serosidad, pus ó sangre, se dice que hay:
hidrosalpinx, *piosalpinx* ó *hematosalpinx*.

¿Cómo se constituye esta cavidad cerrada? Es necesario que
la trompa se cierre: 1.º á nivel de su orificio uterino, *ostium ute-*
rinum; 2.º á nivel de su pabellón, *ostium abdominale*.

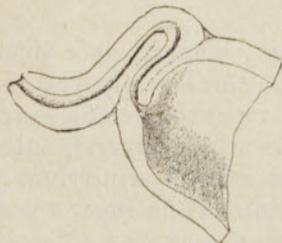


Fig. 309

Ostium uterinum. Sinuosida-
des de la trompa en su ori-
gen (REYMOND).

¿Se trata ordinariamente de
una obliteración completa del os-
tium uterino? — Esta desaparición
de la luz del conducto es una rare-
za, como ha demostrado REYMOND.
Más á menudo se trata simplemen-
te de una impermeabilidad, que
reconoce las siguientes causas: el
engrosamiento de las paredes y la
disminución del calibre de la trom-
pa á ese nivel, y principalmente,
los acodamientos de la extremidad

uterina (fig. 309), acodamientos que un corte histológico hecho
paralelamente al eje del órgano puede encontrar dos ó tres
veces la luz de la trompa contorneada.

Según la teoría de FREUND, se explica que ciertas mujeres
estén particularmente predisuestas á esa retención. Se sabe

que, normalmente, durante la vida intrauterina, las trompas ofrecen una torsión en espiral que, hacia el final de la trigésimasegunda semana, cuenta seis ó siete vueltas. Desde el nacimiento á la pubertad, se produce un enderezamiento normal que suprime esta torsión; pero puede ocurrir, por una detención de desarrollo, que la trompa conserve la forma espiroidea que presenta en los recién nacidos, lo cual favorece su acodamiento y la retención intratubaria.

El pabellón puede obliterarse por adherencias al ovario: 1.º le adhiere por su cara externa, peritoneal; 2.º se aboca contra la superficie ovárica; 3.º se abre en una cavidad purulenta

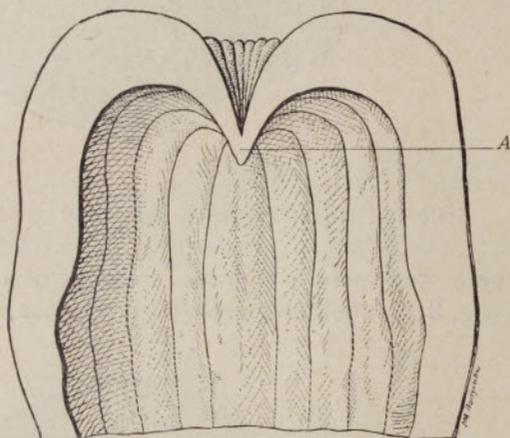


Fig. 310

Segundo tiempo de la clausura del pabellón: las franjas se han soldado; el pabellón está cerrado (E. REYMOND)

del ovario, formando así un gran absceso tuboovárico. Pero ocurre también que se cierra por sí mismo, sin adherencia alguna exterior: esta oclusión del pabellón se efectúa á expensas de la cara serosa de las franjas, según ha descrito REYMOND; las franjas, inflamadas y engrosadas, se repliegan sobre sí mismas; se invaginan hacia el pabellón y se adhieren por su revestimiento peritoneal, formando una cicatriz estrellada (fig. 310).

III. *Lesiones macroscópicas.* — La trompa, distendida, es voluminosa: adquiere el grosor del pulgar y hasta el de un huevo; unida al ovario por falsas membranas, puede formar masas todavía más considerables (fig. 312). Está contorneada, encorvada sobre sí misma, abrazando al ovario en su concavidad; es raro que se dilate regularmente, «como una morcilla»; de ordi-

nario se desarrolla más en los dos tercios externos, en forma de

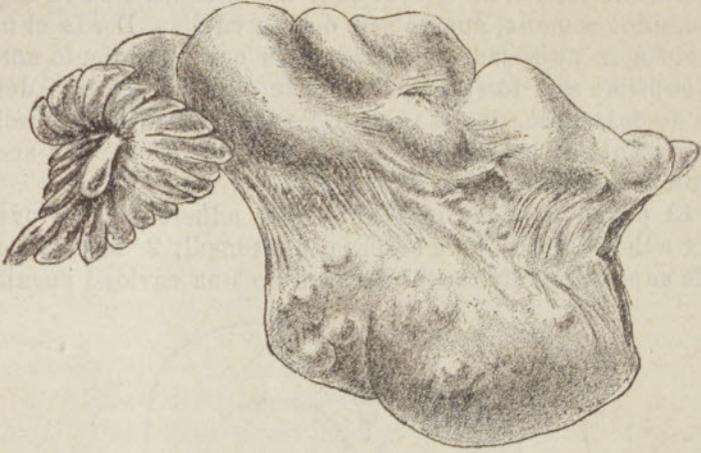


Fig. 311

Salpingitis blenorragica (E. REYMOND)

ampolla, «como una pera»; á veces presenta una dilatación moniliforme (fig. 311), abollada, «como un rosario».

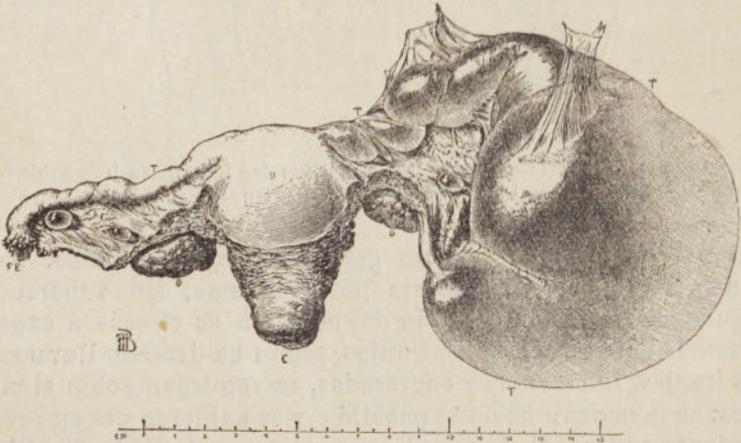


Fig. 312

Voluminoso hidrosalpinx izquierdo con numerosas adherencias;
histerectomía abdominal (KELLY)

Con frecuencia la trompa y el ovario han caído en el fondo de saco posterior, y allí es donde se encuentran, fijos por adhe-

rencias, formando una masa irregular sobre el lado y por detrás del útero. En algunos casos los dos órganos se adhieren á la cara posterior del pubis ó detrás de la pared abdominal. La trompa está siempre unida al ovario por adherencias, y según la intensidad de la repercusión peritoneal, se encuentran los anexos enfermos, ya simplemente unidos á las partes vecinas por algunos filamentos fáciles de romper, ya aglutinados con el útero, el epiplón, el recto y el asa omega á la izquierda, el ciego y el apéndice á la derecha, y hasta con la misma vejiga urinaria por falsas membranas gruesas y extensas.

IV. *Lesiones histológicas.* — En la infección blenorragica es frecuente que las lesiones se limiten á la mucosa: es la endosalpingitis pura. Pero, de ordinario, la trompa está lesionada en

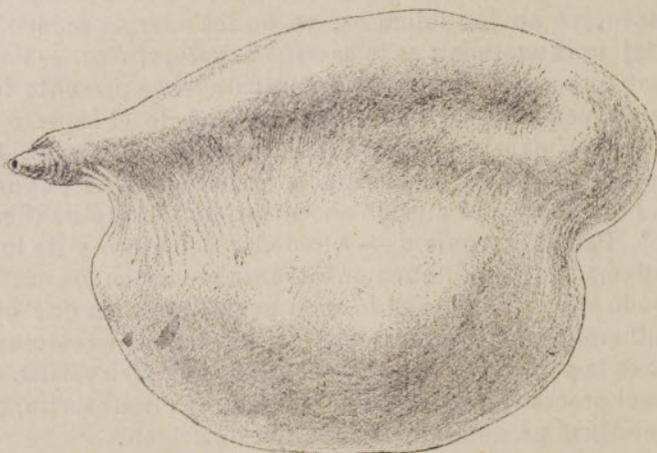


Fig. 313

Salpingitis con absceso del ovario (E. REYMOND)

todo su espesor: las franjas alcanzan dimensiones tan considerables, que producen á veces á simple vista la impresión de masas vellosas que se comprimen recíprocamente, soldándose de un lado al otro, de modo que se divide la luz del conducto en varias celdas secundarias.

El epitelio presenta una doble tendencia: sufre una descamación aguda y se reproduce por una proliferación abundante. La musculosa de la trompa, compuesta de dos capas, la interna circular y la externa longitudinal, sufre primero una hipertrofia tan marcada que puede sextuplicar su espesor; luego, secundariamente, presenta una atrofia por transformación fibrosa.

A veces se encuentran pequeños abscesos en el espesor mismo de las paredes de la trompa (abscesos parietales de Gendrin).

Ordinariamente, las lesiones del ovario acompañan á las de la trompa.—En el curso de una anexitis, el ovario puede ser infectado: 1.º por su periferia; 2.º por el hilio á través de los tejidos. La inflamación periférica es la más frecuente, sobre todo en la salpingitis blenorragica: el ovario, envuelto en las falsas membranas de la periovaritis, sólo presenta lesiones poco profundas. La corteza del órgano sufre un proceso de esclerosis; el ovario se hace fibroso, irregular, se llena de pequeños quistes serosos que varían desde el volumen de un grano de mijo al de un guisante. Se da á esta muy frecuente lesión el nombre de *degeneración escleroquistica*.—Una variedad de ovaritis está caracterizada por la formación de derrames sanguíneos que se producen, ya en los folículos, ya en los cuerpos amarillos, ya en el tejido intersticial: es la *ovaritis hematoquistica*.—Por último, hay que mencionar la *ovaritis supurada*: se presenta bajo la forma de pequeños abscesos miliares ó bajo el aspecto de un gran absceso ovárico, formado ordinariamente por la fusión progresiva de quistes purulentos consecutivos á la supuración de los folículos y que pueden abocarse á un piosalpinx (fig. 313).

2.º PELVIPERITONITIS.—Alrededor del útero y de los anexos inflamados, el peritoneo envolvente reacciona de un modo subagudo. De este modo se forman neomembranas que ocasionan adherencias viscerales ó pequeñas colecciones serosas tabicadas: es la *perimetritis*, la *perisalpingitis* y la *periovaritis*, en las cuales el proceso de peritonitis, atenuado y circunscrito, queda oculto ante el predominio de la lesión de origen.

La palabra pelviperitonitis no se aplica, en clínica, á esas formas adhesivas localizadas: se reserva para las colecciones intraperitoneales enquistadas de la pelvis, en las que el pus se acumula, no en la trompa distendida, sino en la serosa. En tal caso, la lesión peritoneal domina sobre la afección del útero y de los anexos. El derrame se efectúa, de ordinario, detrás del útero, en la cavidad de Douglas, punto declive. Una vez constituido, el derrame se tabica por un verdadero puente de adherencias, que van desde la cara posterior del útero hacia el recto y el sacro: este es el absceso retrouterino, caso muy frecuente. A veces, cuando se trata de pelviperitonitis puerperal, en que el útero está alto, la celda de peritonitis enquistada se eleva más arriba: separada de la masa intestinal por un verdadero diafragma de adherencias, puede alcanzar al ombligo, formando un ovoide de eje mayor vertical. Una vez formada la bolsa

purulenta, el pus tiende, por un proceso ulcerativo, á abrirse en los órganos adherentes: en el recto, la vagina ó la vejiga. Otros abscesos pelvianos se enquistan y se encapsulan con gruesas neomembranas.

3.º FLEMONES PERIUTERINOS, CELULITIS PELVIANA.—El tejido celular subseroso de la pelvis, que los alemanes llaman *subserosium*, ha sido bien estudiado por PIROGOFF, BRAUNE, LUSCHKA y DELBET.

Clínicamente, hay que distinguir en él dos zonas á las que corresponden dos variedades principales de abscesos pelvianos: 1.º entre la cara inferior del peritoneo y el músculo elevador del ano, al tejido celular del suelo de la pelvis y de la base del ligamento ancho, atravesado por las ramas intrapelvianas de la iliaca interna (vaina hipogástrica de DELBET), por los linfáticos del cuello y de la porción superior de la vagina, zona celular que corresponde al *parametrium* de los alemanes, que rodea la mitad inferior del útero y abraza por delante la vejiga y por detrás el recto; 2.º la región del ligamento ancho atravesada por la arteria úteroovárica y por los linfáticos del fondo del útero, de la trompa y del ovario.

De ahí estas dos especies: 1.º la parametritis, flemón de la base del ligamento ancho, celulitis pelviana, flemón de la vaina hipogástrica; 2.º el flemón del ligamento ancho.— Los *abscesos del parametrium* se propagan hacia la vejiga por delante, hacia la vagina por abajo, hacia el recto por detrás y hacia la fosa iliaca por fuera; pueden salir de la pelvis por la escotadura ciática ó por el agujero obturador.— Los *abscesos intraligamentosos* se desarrollan entre las dos hojas de la serosa, desdoblán por arriba las aletas de la trompa y del ovario, corresponden por abajo á la base ligamentosa, por fuera á la pared pelviana y se propagan frecuentemente hacia la fosa iliaca siguiendo los vasos úteroováricos.

Síntomas y diagnóstico.— 1.º SALPINGITIS Y ANEXITIS.— Se observan dos modalidades clínicas: 1.º la evolución por crisis agudas; 2.º el desarrollo progresivo insidioso de los síntomas,

Principalmente á consecuencia de un aborto, rara vez en el curso de una blenorragia, una enferma es atacada de violentos dolores y presenta los signos de una pelviperitonitis localizada; en quince ó veinte días, este acceso se calma y los fenómenos graves desaparecen. Después de esta explosión aguda, la salpingitis continúa evolucionando insidiosamente. En ciertos casos se producen accesos sucesivos á intervalos irregulares: entre estas crisis, persisten dolores pelvianos profundos.— Con mayor

frecuencia, la salpingoovaritis sigue una marcha crónica y progresiva: son primero dolores abdominales que no impiden á la enferma dedicarse á sus ocupaciones. Luego, con ocasión de un esfuerzo ó de una fatiga, los dolores se exacerban y calman con el reposo. Pero, poco á poco, el más pequeño paseo provoca una recrudescencia de los dolores, todos los períodos menstruales deben pasarse en cama ó en el canapé y la enferma se convierte en una inválida, reducida á la inacción.

I. SÍNTOMAS FUNCIONALES. — Un síntoma predominante es el *dolor*, espontáneo ó provocado. Su sitio de elección está en la región lateral é inferior del abdomen: el reposo y la posición horizontal lo calman; el movimiento, el esfuerzo y la presión con la mano lo despiertan; en el momento de las reglas el dolor se exaspera. Rara vez permanece limitado á la región tubo-ovárica: se irradia hacia los lomos, los vacíos y las nalgas.—Los *trastornos digestivos* son frecuentes; toman la forma de gastralgia, dispepsia flatulenta y á veces con estado nauseoso ó vómitos.—Los *trastornos menstruales* son variables: ordinariamente las reglas son más abundantes, dolorosas y se presentan con irregularidad; á veces disminuyen en cantidad, pero su supresión completa es rara.—Los *fenómenos nerviosos* son tanto más marcados cuando la afección evoluciona en una mujer predispuesta: en ciertas mujeres histéricas, son desproporcionados con respecto á la lesión; sin embargo, es constante encontrar en estas enfermas una verdadera neurastenia con desigualdad en el carácter é hipocondría.

II. SIGNOS FÍSICOS. — Fuera del caso de una bolsa voluminosa, la *inspección* del abdomen no revela nada ó simplemente un timpanismo del vientre.—La *palpación* permite á veces percibir por encima del arco de Falopio ó por fuera, la sensación de una placa indurada que forma cuerpo con la pared: es el *plastrón abdominal*, constituido por gruesas falsas membranas que rodean á los anexos enfermos, unidas al epiplón engrosado y que se han puesto en contacto con la pared.

El *tacto vaginal*, combinado con la *palpación abdominal*, suministra una serie de datos que permiten establecer el diagnóstico. El dedo, puesto sobre el cuello del útero, aprecia: 1.º la *movilidad* del órgano, que se encuentra limitada ó hasta abolida cuando la inflamación periuterina le inmoviliza en la pelvis; 2.º la *desviación del útero*, ya rechazado hacia delante contra la sínfisis púbica por un tumor posterior, ya basculado hacia un lado por un tumor lateral.

Una vez explorado el cuello, el dedo se dirige profunda-

mente hacia cada uno de los fondos de saco vaginales que deprime: el dedo que tacta y la mano que palpa deben combinar su acción, de modo que se opongan mutuamente. Se exploran así: 1.º la *sensibilidad* del fondo de saco, á veces tan aumentada que se despierta un vivo dolor, en cuyo caso la mano que palpa percibe claramente una contracción de defensa de los músculos de la pared; 2.º la *blandura* normal de los fondos de saco ó bien al contrario su induración; 3.º la *presencia de un tumor* más ó menos voluminoso que se percibe en la profundidad y del cual se determina la *forma* (generalmente redondeada), el *volumen* (que varía desde las dimensiones de una nuez á las de una mandarina), la *situación* (ya á los lados del útero, del que le separa un surco más ó menos pronunciado, ya detrás del órgano), la *consistencia* (ordinariamente dura ó de una resistencia muy firme), y por último, la *movilidad*.

En las mujeres flacas, de pared flácida, la *exploración bimanual* de los anexos da todos los datos necesarios. En las obesas, de pared muy adiposa, de vulva estrecha y periné resistente, es á veces difícil palpar algo profundamente; se puede entonces recurrir al tacto rectal, que, unido á la palpación abdominal, permite circunscribir mejor la tumefacción y precisar sus relaciones con la cara posterior del útero. En el caso de lesión muy dolorosa, es necesaria la anestesia para profundizar el examen.

2.º PELVIPERITONITIS. — Una enferma se halla afecta de salpingoovaritis antigua. Con ocasión de una fatiga, de una menstruación ó de una exploración, se produce una recrudescencia brusca de los fenómenos dolorosos, con estado febril y embarazo gástrico; mediante la exploración bimanual se nota un aumento notable del volumen de los anexos enfermos, que se confunden en una masa empastada y sensible. Tal es la pelvipertonitis secundaria, que se agrega, por crisis irregulares, al cuadro ordinario de una salpingoovaritis crónica, de naturaleza generalmente gonocócica.

Una mujer tiene un parto ó un aborto séptico. Algunos días después es presa de dolores en el bajo vientre, de timpanismo, flujo por la vagina y experimenta calofríos, náuseas y vómitos; la temperatura se eleva á 39 ó 40º, el pulso se acelera y tiende á flojear; luego, si la infección peritoneal se tabica y si el pus se enquistá, los síntomas agudos ceden, aunque no del todo. La palpación muestra en la región hipogástrica una tumefacción generalmente más saliente á la izquierda. El tacto vaginal revela, en los fondos de saco vaginales y sobre todo en el fondo de saco de Douglas, la presencia de una masa dura, que

abulta dolorosamente, sin fluctuación. El útero, comúnmente rechazado hacia delante, está inmóvil ó es difícilmente movilizable. Tal es el cuadro de la pelviperitonitis primitiva, de origen puerperal casi constante, que lleva al absceso pelviano.

3.º FLEMONES PELVIANOS. — Una infección puerperal es la causa común y ordinaria del flemón pelviano: en las metritis, en la blenorragia y en los neoplasmas de la pelvis menor, esta complicación es excepcional; á veces se ha producido una infección quirúrgica, por una histerometría ó por una maniobra sobre el cuello.

Fiebre y dolor, son los dos signos subjetivos que anuncian la aparición del flemón pelviano, generalmente desde la primera semana después del parto ó del aborto séptico. El dolor, más profundo y menos agudo que el de la peritonitis, tiene por asiento, ya la fosa ilíaca, ya uno de los lados del hipogastrio. El miembro inferior está de ordinario en flexión: toda tentativa de extensión exaspera el sufrimiento.

El examen local debe practicarse con suavidad. — En los flemones del *parametrium*, de la base del ligamento ancho, se encuentra, en uno de los fondos de saco, una tumefacción que forma como una media luna alrededor del útero, desviando el cuello hacia el lado opuesto, confundida sin intervalo con este órgano, superficial, dura, prolongada por fuera hacia la pared pelviana, que puede extenderse por delante por el tabique véscovaginal y por detrás hacia el sacro; la palpación abdominal percibe mal los límites superiores del tumor. — Al contrario, en los flemones del ligamento ancho, es principalmente en la pared abdominal, por encima del arco de Falopio, donde se percibe una tumefacción que rebasa el plano del estrecho superior.

Conviene saber que un flemón, aun acompañado de una placa abdominal extensa, puede reabsorberse mientras no se haya realizado la supuración. Esta se anuncia por los signos siguientes: la temperatura presenta grandes oscilaciones, estado antíbolo; la cara palidece, el enflaquecimiento se acentúa, aparece la diarrea y se presentan calofríos irregulares. No hay que esperar que se encuentre una fluctuación marcada en gran foco; esa masa de infiltración edematosa forma abscesos por pequeñas zonas de reblandecimiento. Una vez coleccionado el pus, su emigración y evacuación espontánea pueden efectuarse en diversas direcciones: al exterior, por encima del arco ó hacia la región lumbar, hacia la vagina ó el recto, lo cual es más frecuente de lo que se cree é implica examinar cuidadosamente

las deyecciones; por último, en la vejiga, en el útero ó el peritoneo.

Tratamiento.—El tratamiento médico consiste en el reposo en cama, la desinfección vaginal y uterina y el empleo del agua caliente á 50 ó 55° C., bajo la forma de irrigaciones vaginales y rectales. Bajo la influencia de este tratamiento, al que se puede combinar el empleo de las torundas y de los óvulos de glicerina con ictiol, se ven atenuarse los sufrimientos, desaparecer los dolores de riñón y poco á poco van modificándose los síntomas físicos. Muchas veces se puede evitar de este modo una intervención.

El tratamiento operatorio de las supuraciones pelvianas debe fundarse, naturalmente, en el diagnóstico de las lesiones; ateniéndose también á ellas el cirujano debe ser ecléctico en la elección de método operatorio, escogiendo la intervención que considere más conveniente en cada caso. Puede elegir entre: 1.º la incisión vaginal; 2.º la incisión abdominal subperitoneal; 3.º la laparotomía intraperitoneal; 4.º la histerectomía vaginal.

La incisión vaginal es el método de elección: 1.º en los abscesos agudos del tejido celular pelviano de la vaina hipogástrica; 2.º en los abscesos retrouterinos que forman prominencia hacia el fondo de Douglas; 3.º en las pelviperitonitis supuradas de origen puerperal, postabortivo ó hasta gonorreico, en que los anexos están poco lesionados; 4.º en los hematoceles retrouterinos supurados. — Esta incisión puede ser practicada, según LAROYENNE, con un trócar especial, hundido en el fondo de Douglas y por cuya canal se introduce un bisturí que permite un desbridamiento transversal. Con la mayor parte de los autores, preferimos abrir el fondo de saco posterior con las tijeras, que es más sencillo (fig. 314): el desagüe debe asegurarse mediante dos gruesos tubos. — Esta incisión transversal



Fig. 314

Colpotomía posterior (FAURE)

puede permitir en ciertos casos la extirpación, por la vagina, de pequeños piosalpinx y de ovarios supurados.

La incisión abdominal subperitoneal está á veces indicada. Por la incisión clásica, empleada para la ligadura de la íliaca externa, por encima del arco crural, se puede caminar hacia la pelvis, por el espacio celular de Bogros, desprendiendo el peritoneo, y abordar de este modo, sin abrir la serosa, colecciones purulentas laterales para las que puede luego establecerse un nuevo desagüe hacia la vagina. Este procedimiento conviene á los abscesos de origen celular, adenolinficos ó pelviperitónicos que se complican con trayectos hacia la fosa íliaca y se han aproximado á la pared abdominal.

Las indicaciones respectivas de la laparotomía y de la histerectomía vaginal, se prestan todavía á discusiones. La laparotomía es evidentemente la única operación permitida cuando la lesión es unilateral ó cuando la bilateralidad de las lesiones es incierta. Es también la única indicada cuando el diagnóstico es obscuro. Nos parece, además, la operación de elección aplicable á casi todos los casos, sobre todo desde que disponemos del plano inclinado y practicamos la histerectomía complementaria de la castración anexial doble: en efecto, limitada á la ablación de los anexos, la operación abdominal proporcionaba más frecuentemente que la histerectomía vaginal curaciones incompletas, con dolores persistentes, debidas á las adherencias de las vísceras sobre los muñones de amputaciones anexiales. Con la histerectomía total, creamos un suelo pelviano perfecto, una superficie regularmente cubierta de serosa.

La histerectomía vaginal, aplicada por PÉAN al tratamiento de las supuraciones pélvicas y vulgarizada por SEGOND, conserva todavía una superioridad evidente para ciertos casos: supuraciones pélvicas inveteradas; pelviperitonitis graves, en las que la pelvis menor está ocupada por bolsas purulentas muy adherentes que es imposible, en la laparotomía, extirpar sin desgarro. En estos casos, las colecciones purulentas tienen por centro el útero: cuando este órgano es separado, se ha retirado el «tapón» que cierra todas esas colecciones; se vacían y las bolsas tienden á volver sobre sí mismas.

ARTÍCULO II

QUISTES DEL OVARIO Y DEL PARAOVARIO

I. — QUISTES DEL OVARIO

División. — *Tres especies: quistes mucoides, quistes dermoides y quistes mixtos.*—Entre los quistes del ovario hay una distinción esencial.—Unos tienen una pared cuya estructura recuerda la de la piel, pared dermoide, revestida de células ectodérmicas: su contenido está formado de ordinario por productos cutáneos, materias sebáceas ó epidérmicas, pelos y cabellos á los que pueden combinarse cartílago, huesos, dientes y hasta partes embrionarias más avanzadas en organización. Otros tienen paredes simplemente fibrosas, cuyo epitelio interno está formado de células mucosas: su contenido es un líquido espeso, siruposo, cuyo color varía desde el amarillo ambarino hasta el matiz café ó chocolate, que debe esta consistencia especial á una substancia coloide parecida á la mucina.—De ahí una división clásica en: 1.º *quistes mucoides*; 2.º *quistes dermoides*.

Entre estas dos especies, hay que estudiar una tercera, caracterizada por la presencia en un mismo tumor de porciones dermoides y de celdas mucoides. Estos *quistes mixtos* serían hasta más frecuentes que los quistes dermoides puros, porque la pared casi nunca es totalmente dermoidea: generalmente es una pared mucosa con intercalado dermoide.

1.º QUISTES MUCOIDES

Anatomía patológica. — § 1.º VOLUMEN, FORMA Y COLOR. — Estos tumores, que constituyen la forma dominante, pueden adquirir un *volumen* considerable, llenar todo el abdomen y remontar hasta los hipocondrios: los pesos de 5 á 10 kilogramos son á menudo excedidos; sin embargo, por razón de la precocidad de las intervenciones, los grandes quistes se hacen raros. — Su *forma* es la de un ovoide, con el polo menor inferior, ovoide deformado ordinariamente por abolladuras más ó menos salientes.—Su *color* es en general de un blanco azulado y así es como se presenta y reconoce la bolsa después de la incisión abdominal: si existen adherencias, presenta placas rojas, equimóticas, correspondientes á las zonas adherentes. A nivel de las

abolladuras muy tensas, la pared puede adelgazarse y ponerse azulada; es de un blanco fibroso, á nivel de ciertas pequeñas prominencias, duras, renitentes y poliquísticas.

§ 2.º TABIQUES Y CELDAS SECUNDARIAS. — Si se abre un quiste del ovario se puede encontrar sólo una gran bolsa, *quiste unilocular*; á veces la cavidad principal está próxima á celdas secundarias en corto número, *quiste paucilocular*; otras veces, múltiples celdas, separadas por tabiques, más ó menos atrofiados, comunican con la bolsa madre ó quedan tangentes á ella, *quistes multiloculares* (fig. 315). En ciertos casos, por último, se encuentra, en una extensión más ó menos considerable de la

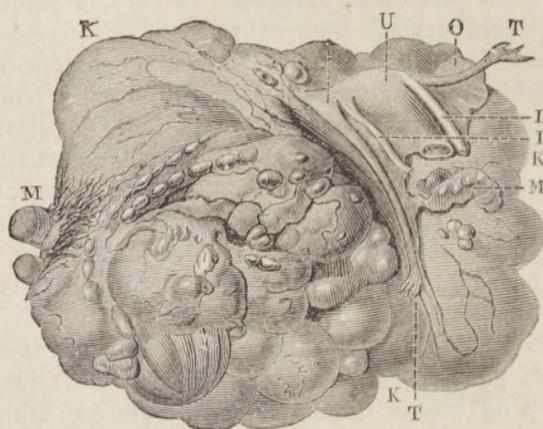


Fig. 315

Quiste multilocular del ovario (CRUVEILHIER)

pared, una especie de magma ó zona areolar, compuesta de masas poliquísticas bastante tensas para hacer creer que se trata de porciones sólidas y que, al corte, se revelan como una aglomeración de quistes medianos y pequeños, cuyas aréolas recuerdan el aspecto de una colmena, de donde se ve fluir un líquido gelatinoso variable según las cavidades: es, empleando la expresión de CRUVEILHIER, la «*degeneración areolar y gelatiniforme*» (fig. 316).

Ahora bien; es posible encontrar todas las transiciones entre los quistes uni ó pauciloculares y los multiloculares complejos ó complicados con degeneración areolar. — La fusión de los tumores multiloculares en una gran bolsa irregularmente tabicada se realiza por distensión progresiva de las cavidades quísticas, por adelgazamiento de los tabiques medianeros, por

su perforación y reabsorción graduales.—La prueba se encuentra en las etapas mismas de esta reabsorción de los tabiques, que se pueden seguir, en el interior de un quiste abierto: en un punto el tabique está agujereado como un diafragma; en otro sitio, sólo persiste bajo la forma de círculos adelgazados, que rodean el orificio de comunicación, y en otros puntos, ya no se encuentran más que espolones reducidos ó bandas irregulares que marcan la fusión completa de dos celdas vecinas. — En suma, una gran bolsa, preponderante, quistes secundarios, más

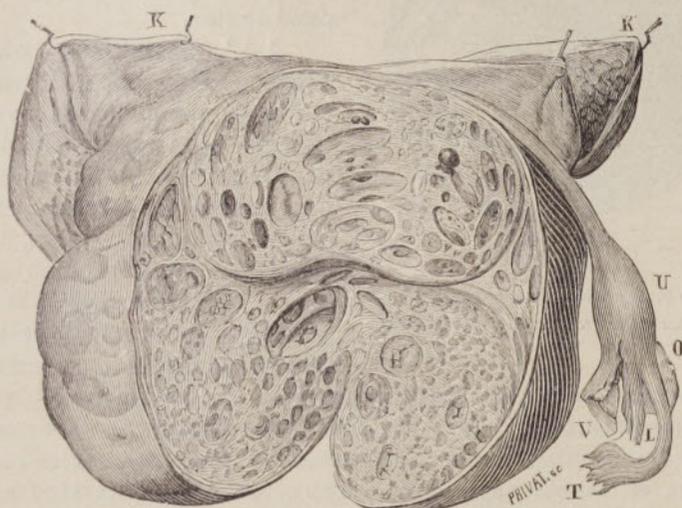


Fig. 316

Quiste areolar del ovario (CRUVEILHIER)

U, útero.—O, ovario izquierdo.—T, trompa izquierda.—K, restos de las paredes del quiste principal

ó menos numerosos y más ó menos fusionados y una masa areolar, son los tres elementos que se combinan en la mayor parte de los quistes multiloculares.

§ 3.º VEGETACIONES EXTRAQUÍSTICAS É INTRAQUÍSTICAS. — Las vegetaciones constituyen un hecho anatómico importante. Cuando están muy desarrolladas, confieren al quiste un pronóstico de menor benignidad.

Se desarrollan: 1.º en la superficie exterior del quiste; 2.º en su superficie interna.—En lugar de ser lisa, pulida, la superficie *externa* puede dar implantación á vegetaciones en coliflor, de un gris blanquecino, á veces vesiculosas y semejan-

tes á la freza de rana. Es frecuente en tal caso encontrar ascitis: á veces, en ese líquido ascítico flota una substancia gelatinosa que tapiza la cara externa del quiste, la pared abdominal y las vísceras.—En el *interior del quiste*, las vegetaciones son más frecuentes: unas veces forman allí pequeñas rugosidades miliares y rojizas (fig. 317); otras veces sobresalen como coliflores, en masas muriformes, ya resistentes y de un blanco grisáceo ó amarillento, ya rojas y carnosas, aisladas ó confluentes.



Fig. 317

Quiste unilocular vegetante
(LABADIE-LAGRAVE Y LEGUEU)

§ 4.º ESTRUCTURA DE LA PARED.—Una capa fibrosa y vascular, entre dos capas epiteliales, es la estructura de la pared quística.—El epitelio que reviste la superficie *externa* es un epitelio cúbico, diferente del epitelio plano peritoneal.—El que tapiza la superficie *interna* es un epitelio cilíndrico, que á la nitratación

da un mosaico regular; pero en general, lo componen células de especies diversas: junto á los elementos cilíndricos se encuentran células caliciformes, con pestañas vibrátiles, células metatípicas en masas vegetantes, cuyo polimorfismo ha sido estudiado por MALASSEZ y DE SINÉTY y que se encuentran en suspensión en el contenido de los quistes ováricos.

§ 5.º CONTENIDO DE LOS QUISTES.—*Su consistencia, color y composición.*—Por regla general, los contenidos de los quistes mucoides son líquidos viscosos, que forman hebra á manera de una solución de goma, de jarabe, de clara de huevo, cuando el pulgar y el índice, mojados por ellos y puestos en contacto, son luego separados. Son, en una palabra, *mucosidades*.—A veces, la substancia es semilíquida, glutinosa, semejante á la crema, miel ó jalea.—Desde el punto de vista del color, las pequeñas masas quísticas incindidas dejan á veces fluir un líquido transparente como jarabe de goma. Otras veces el contenido es más ó menos opaco: son serosidades turbias ó lactescentes, mucosidades cremosas ó puriformes, materias comparables á la miel ó á jaleas opalescentes.—En las grandes bolsas, principalmente si existe complicación con adherencias y puntos equimóticos que les corresponden, el líquido, teñido por los

pigmentos sanguíneos, es comparable al poso de café, ó chocolate con agua, mal cocido y grumoso.

El origen de este contenido se explica bien por la estructura de las superficies internas quísticas: esta estructura, como dicen MALASSEZ y DE SINÉTY, se parece á la de las mucosas normales por la naturaleza de su revestimiento epitelial, como por la presencia de orificios glandulares, desde el gollete de las células caliciformes, verdaderas glándulas unicelulares, hasta

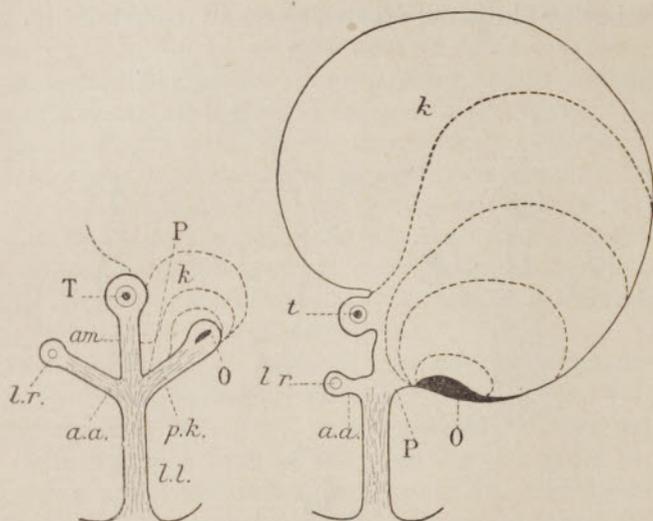


Fig. 318

Esquema que demuestra la constitución del pedículo de un quiste ovárico á expensas del borde superior del ligamento ancho (LEGUEU)

O, ovario.—t, trompa.—l, r, ligamento redondo.—a, a, aleta anterior del ligamento ancho
a, m, aleta media.—P, peritoneo.—k, quiste.—p, k, pedículo del quiste

los conductos tubarios de las formaciones adenoides; esas superficies quísticas segregan y excretan como las verdaderas mucosas.

A estos productos de residuos epiteliales y de verdadera excreción, se agregan, en ciertos casos, hemorragias en el interior de las bolsas, y quizá sin rotura vascular, y trasudaciones de suero. Según los análisis químicos de EICHWALD, se encuentran, además de la mucina segregada por el epitelio, y de la albúmina exhalada de los vasos, dos series de peptonas que derivan, una de la mucina y otra de la albúmina, y resultantes, por consiguiente, de una especie de digestión de esas dos subs-

tancias en el interior del quiste. Esta digestión intraquistica, parece ser lo que ocasiona la fluidificación progresiva del contenido y permite que las viscosidades espesas de los pequeños quistes se transformen en los líquidos menos consistentes de las grandes bolsas.

§ 6.º PEDÍCULO; relaciones con el ligamento ancho; inclusión intraligamentosa.—Dado un quiste en vías de crecimiento en un ovario, puede evolucionar, según el punto inicial de su formación, ya en el sentido de la superficie peritoneal, superficie libre, ya hacia el hilio del órgano, hacia su inserción fija.

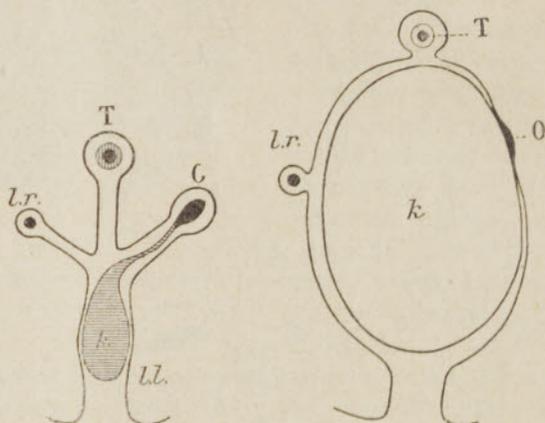


Fig. 319

Esquema que demuestra el modo de enclavamiento de ciertos quistes en el ligamento ancho

A la izquierda, corte del ligamento ancho con sus tres aletas. A la derecha, quiste del ovario incluído en el ligamento ancho (LEGUEU)

T, trompa.—l, r, ligamento redondo.—O, ovario.—k, quiste.—l, l, ligamento ancho

En el primer caso (fig. 318), á medida que va desarrollándose, tiende á libertarse hacia el vientre y á quedar unido con los anexos sólo por un pedículo, tanto más largo y delgado cuanto más alta es la ascensión abdominal del tumor, cuyo pedículo resulta así constituido por el ligamento del ovario y la trompa y alimentado por los vasos úteroováricos.

En la segunda hipótesis, por el contrario (fig. 319), se insinúa en el mesoovario, en el mesosalpinx, que le constituye un pedículo ancho y corto, correspondiente á la inserción de las aletas posterior y media de los ligamentos anchos. O bien, descendiendo más y más hacia la pelvis menor, separa las dos hojas del ligamento ancho, las distiende y desarrolla su masa

en su espesor, lo cual constituye la *inclusión intraligamentosa*. Hasta excediendo de la base del ligamento, puede desprender el peritoneo por delante ó por detrás y dirigirse, ya hacia la pared del abdomen, ya hacia la columna vertebral.

Patogenia. — Tres nombres resumen los sucesivos progresos realizados acerca de este punto especial: CRUVEILHIER, WILSON FOX y WALDEYER.

CRUVEILHIER estableció que, desde los quistes uniloculares ó pauciloculares serosos, hasta los multiloculares viscosos y hasta las masas quísticas complejas con formación de tejido areolar y gelatiniforme, es posible encontrar todas las transiciones anatómicas. — Así, pues, una ley común de origen y de desarrollo es aplicable á todos los quistes del ovario.

Este modo idéntico de las formaciones quísticas, WILSON FOX, en 1864, lo compara al proceso embriogénico de donde emanan los tubos de PFLÜGER y, por su estrangulación, los folículos de GRAAF: se producen tubos epiteliales noviformados y los quistes se constituyen por la obliteración de sus orificios; no hay que ver en ello más que la repetición anormal de un modo fisiológico de la evolución fetal.

Faltaba precisar el origen de esas noviformaciones epiteliales. — En 1870, WALDEYER estableció que proceden del revestimiento epitelial del ovario, ya á expensas de tubos embrionarios análogos á los de PFLÜGER y que se remontan al período fetal — cosa que implicaría como corolario el principio del neoplasma desde los primeros años — ya por el desarrollo tardío, postembrionario, de masas epiteliales procedentes del epitelio superficial del ovario, que han conservado ó adquirido una potencia normal de vegetación.

En una época bastante precoz de la vida embrionaria, el epitelio germinativo que reviste la prominencia sexual, es notable por su activa vegetación. Brotan, en la masa mesodérmica de la prominencia sexual, mamelones que se ramifican en cordones celulares, llamados *tubos de Pflüger*: estos tubos se estrangulan y disponen á manera de rosario del que cada cuenta forma un ovisaco.

En estado normal, el epitelio germinativo pierde muy pronto esta propiedad de vegetar y se transforma en un epitelio cilíndrico que reviste la superficie del ovario. Sin embargo, en numerosos vertebrados, este epitelio de revestimiento ovárico, conserva en el adulto la propiedad de emitir, en el estroma ovárico, mamelones cilíndricos de células epiteliales, cuyo desgrane continúa produciendo nuevos folículos, y observaciones

recientes demuestran esta ovogénesis prolongada, que quizá sea también normal en la mujer misma.

En estado patológico son admisibles dos hipótesis. O bien el epitelio de los tubos de PFLÜGER residuales, preexistentes, que datan del período embrionario, prolifera tardíamente y emite invaginaciones en el estroma de su alrededor, ó bien el epitelio de la superficie ovárica (cuyas células prismáticas son muy diferentes del endotelio peritoneal) vuelve parcialmente al estado de actividad propia del epitelio germinativo de que procede y da lugar á una producción de tubos epiteliales, comparables á los tubos de VALENTÍN-PFLÜGER, que se hunden desde la superficie del órgano en su estroma. Esta última hipótesis parece más verosímil; la primera supondría, en efecto, el principio muy precoz, congénito, de la afección quística y se comprendería mal que permanezca, á veces, tan lenta en su desarrollo, latente hasta una edad avanzada.

En resumen, el origen de los quistes ováricos queda reducido, pues, á noviformaciones epiteliales, y de ahí se desprende toda su historia anatomopatológica: 1.º *formación de celdas primarias y secundarias*; 2.º *aumento de volumen de las bolsas y su fusión*; 3.º *vegetaciones extra é intraquísticas*; 4.º *producción de neoplasias epiteliales sólidas y evolución posible hacia los tumores malignos*.

I. *Formación de celdas primarias y secundarias*. — ¿Cómo esos tubos epiteliales, nacidos de la superficie del órgano, se transforman en cavidades quísticas?—En su interior, las células epiteliales de revestimiento, en particular las de tipo caliciforme, dan origen á secreciones, á las que se unen trasudaciones vasculares; obstruyéndose su orificio, se forma una cavidad cerrada, que distienden progresivamente esos productos retenidos.

¿Cómo se desarrollan las celdas secundarias?—A consecuencia de la proliferación de sus células epiteliales terminales, los tubos crecen y penetran en el tejido ovárico «como las raíces en la tierra», y así se explica la invasión progresiva de la glándula en profundidad. — Por otra parte, el epitelio interno de la superficie quística se convierte, del mismo modo que el epitelio externo de la superficie ovárica, en punto de partida de invaginaciones celulares secundarias, y los quistes de segunda generación que se originan pueden ser causa de formaciones tubulares terciarias, susceptibles, á su vez, de transformaciones quísticas: WILSON FOX, KLEBS y WALDEYER han establecido esa continuidad del proceso por generaciones sucesivas (fig. 320).

II. *Aumento de volumen de las bolsas y su fusión.* — A consecuencia de la retención de las secreciones epiteliales de la bolsa y de las trasudaciones que aumentan su masa líquida, las bolsas se distienden y crecen en volumen. El aumento de las cavidades vecinas las pone en contacto: los tabiques medianeros que las separan, se adelgazan, se perforan y se reducen á simples rebordes circulares, á espolones gradualmente borra- dos. Esta fusión de células múltiples que conduce á la bolsa

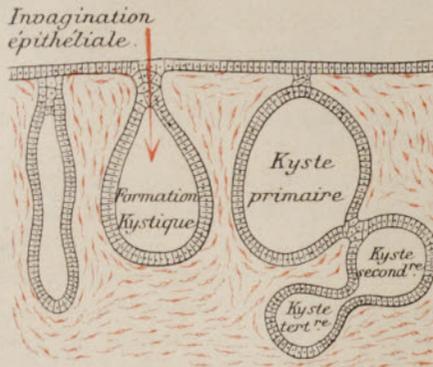


Fig. 320

Esquema que demuestra la formación de las celdas primarias y secundarias

Invagination épithéliale, invaginación epitelial; *Formation kystique*, formación quística; *Kyste primaire*, quiste primario; *Kyste secon.^o*, quiste secundario; *Kyste tert.^o*, quiste terciario.

unilocular, ha sido bien descrita por CRUVEILHIER y LEBERT y confirmada por MALASSEZ y DE SINÉTY (fig. 321).

III. *Vegetaciones extra é intraquísticas.*—Ya se produzcan en la superficie peritoneal de los quistes ó en su superficie interna, ambas tapizadas de epitelio, su formación se explica de igual manera.—Se ve, al examinarlas, que consisten en una armazón de tejido fibroso procedente del estroma ovárico, cuyas numerosas ramas, á veces tan ramificadas que se les da el nombre de *vegetaciones dendríticas*, están cubiertas de epitelio en sus dos caras.—Se comprende, y el adjunto esquema lo demuestra (fig. 322), que las vegetaciones representan los restos de folículos quísticos que se han roto y que las ramas que forman el armazón han retenido el epitelio de los quistes correspondientes.

IV. *Producción de neoplasias epiteliales sólidas.*—Los quistes del ovario son, desde el punto de vista histológico, neoplasmas

de naturaleza epitelial, epiteliomas *mucoides ó quísticos* (MALASSEZ), *cistoepiteliomas* (QUÉNU).

Y sin embargo, la curación rápida y estable por la ovariectomía es una eventualidad tan común, que la clínica está en contradicción con el laboratorio. Pero ante todo, se ha de considerar, con MA-

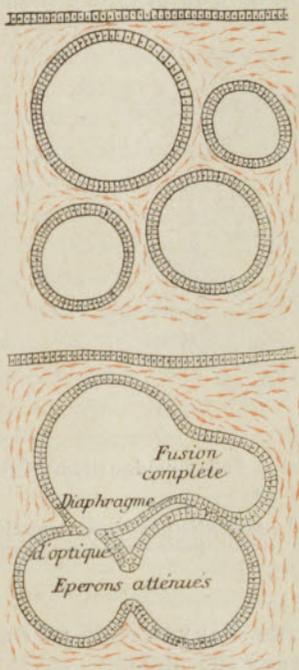


Fig. 321

Esquema que demuestra la fusión de las bolsas

Fusion complète, fusión completa de dos cavidades quísticas; *Diaphragme d'optique*, abertura en forma de diafragma de óptica entre dos cavidades quísticas comunicantes; *Eperons atténués*, rebordes ó espolones restos de tabiques que existieron entre dos cavidades quísticas.

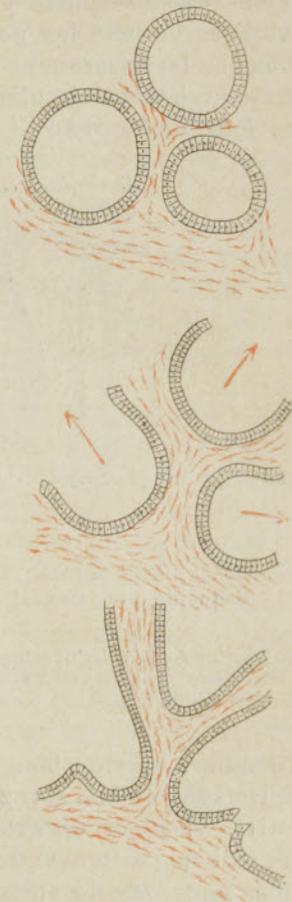


Fig. 322

Esquema que demuestra el modo de formación de las vegetaciones quísticas.

THEWS DUNCAN, que el ovario es el órgano más aislado del cuerpo y que la ablación radical del neoplasma encuentra condiciones anatómicas especialmente favorables. Por otra parte, hay que distinguir las diferentes formas anatómicas. Si los grandes quistes, los quistes uni ó pauciloculares corresponden á un proceso menos activo, los tumores poliquísticos ó alveola-

res y los «quistes proliferantes papilares», según la expresión de WALDEYER, son, por el contrario, indicio de formaciones epiteliales vegetantes. Constituyen su expresión de mayor malignidad las masas epiteliales macizas, sin cavidades, que evolucionan como verdaderos carcinomas, y esas degeneraciones coloides y gelatiniformes que pueden propagarse á todo el peritoneo, á las vísceras y á la pleura, conduciendo á la infección y á la generalización.

Sintomatología. — Los quistes del ovario se observan principalmente en el período de actividad sexual de la mujer; pero pueden encontrarse desde la infancia y desarrollarse también á una edad bastante avanzada. El ovario derecho parece ser atacado más á menudo. En un 7 ú 8 por 100 de los casos, la afección es bilateral.

1.º **SIGNOS SUBJETIVOS.** — Un quiste puede adquirir cierto desarrollo sin determinar síntomas notables; pero, después de esta latencia del principio, la evolución es rápida.—En muchas mujeres, ese desarrollo se efectúa sin verdaderos dolores: es una sensación de peso, á veces tenesmo rectal ó visceral, retención de orina y trastornos de menstruación. En otros, por el contrario, se despierta el dolor, debido al crecimiento rápido del quiste y en particular por efecto de brotes de peritonitis que producen adherencias, causa á su vez de nuevos dolores. — El aumento de volumen, generalmente no es continuo: se observa á menudo un crecimiento intermitente con accesos correspondientes á las épocas menstruales. — El estado de la menstruación es variable: ordinariamente, se observa dismenorrea, irregularidades y hasta la supresión definitiva de los menstros.

La alteración de la salud general depende del tipo clínico. En términos generales puede decirse que, en igualdad de volumen, los quistes, más libres y menos macizos que los fibromas, emplean más tiempo en determinar accidentes de compresión. — El crecimiento rápido del tumor, la complejidad histológica de sus masas y su enclavamiento parcial en la pelvis son condiciones propias para agravar, prescindiendo de las complicaciones posibles (rotura, inflamación, torsión), la situación de la enferma: la respiración está dificultada, la compresión del estómago engendra trastornos dispépticos, la circulación está alterada en los vasos de los miembros inferiores y el corazón puede sufrir el contragolpe de esa presión anormal, presentando contracciones aceleradas, irregulares, debilitadas. Bajo la influencia de estas alteraciones, se ve, se veía especialmente en otros tiempos, cuando se dejaba llegar á su *máximum* la disten-

sión quística, producirse una emaciación extrema, alargarse la cara, aflarse la nariz, hundirse los ojos y tomar la fisonomía el aspecto de una senilidad anticipada (*facies ovárica* de Spencer Wells).

2.º SIGNOS OBJETIVOS.—I. *Quistes intrapélvicos*.—Al principio, cuando el quiste se halla todavía en la cavidad pelviana, hay que combinar la palpación abdominal con el tacto vaginal y rectal: se comprueba de este modo la presencia de un tumor indoloro, redondeado, renitente (es decir, que posee una depre-sibilidad elástica), movable y que rechaza el útero hacia delante ó á un lado.

II. *Quistes abdominales*.—*Inspección*.—Cuando el quiste ha rebasado el estrecho superior y se ha hecho intraabdominal, dejando de ser intrapélvico, se manifiesta por la tumefacción del vientre. Esta tumefacción, primero lateral, tiende á presentarse en la línea media: el vientre sobresale hacia delante, formando una prominencia globulosa. Los quistes de crecido volumen distienden los tegumentos, producen en la piel líneas rojizas, una especie de veteado, dibujan otras líneas azules debidas á la repleción de las venas subcutáneas y despliegan ó distienden el ombligo.

Palpación y percusión.—Por la palpación se reconoce el volumen y los límites de un tumor redondeado, liso ó abollado, en general renitente y por lo común indoloro. — Permite apreciar también, por la distinta consistencia, si existen ó no simultáneamente bolsas líquidas y masas sólidas.—Por la percusión, se encuentra macicez en toda la extensión del tumor, resonancia timpánica en las partes declives ó posteriores, en los vacíos, hacia los lomos y en los hipocondrios. Un hecho importante es que esta macicez no cambia sensiblemente de extensión y de sitio por las diversas posiciones que se hace adoptar á la enferma.

Practíquese una percusión muy rápida, un papirotazo sobre un punto del tumor, mientras la otra mano se aplica en un punto diametralmente opuesto: cuando el quiste es voluminoso, seroso, paucilocular, se percibirá claramente una oleada que va de un polo á otro, un «choque por contragolpe», como decía CRUVEILHIER, por conmoción molecular del líquido. Cuando la materia contenida es viscosa y las celdas son múltiples, no se nota esa fluctuación clara, sino más bien una dislocación en masa del contenido, ó bien el choque sólo se percibe á corta distancia y la fluctuación sólo se manifiesta en ciertos puntos y falta en otros, lo cual atestigua la tabicación mul-

tilocular del tumor y su composición compleja, quística y alveolar.

El tacto vaginal permite comprobar: las desviaciones del útero inclinado hacia el lado opuesto al en que se ha desarrollado el quiste; el ascenso del cuello uterino, arrastrado y elevado por los tumores de desarrollo abdominal; la fijeza del polo inferior del tumor y su prominencia en uno de los fondos de saco vaginales, cuando hay inclusión en el ligamento ancho. — Combinado con la palpación abdominal, demuestra que los movimientos impresos al tumor no se comunican al útero y que estas dos partes son independientes: esta independencia recíproca y el grado de movilidad del útero, son tanto más claras cuanto menos ancho es el pedículo y nos informan también acerca de este punto.

Diagnóstico diferencial. — Según que el tumor sea *pélvico* ó *abdominal*, las condiciones del diagnóstico y los errores á que puede dar lugar son diferentes.

1.º *El tumor es pélvico*, bien apreciable por la palpación combinada, tenso, regular é indoloro. — Determínese primero si es independiente del útero, para diferenciarlo de un fibroma, de una retroversión ó de la retroflexión de un útero grávido en el segundo ó tercer mes. Si el tumor está fuera del útero, es que reside en los anexos. ¿Se trata de una inflamación de la trompa? Pero entonces el dolor, el poco movimiento y la zona de pastosidad son caracteres distintivos. Con un hidrosalpinx es posible el error, aunque la bilateralidad frecuente, la irregularidad y las abolladuras, así como el volumen menos considerable del hidrosalpinx, pueden coadyuvar á la distinción.

2.º *El tumor es abdominal.* — Conviene saber ante todo que, en las histéricas especialmente, clínicos como SPENCER WELLS y NÉLATON, han podido ser engañados por falsos tumores del vientre, *tumores fantasmas*, desaparecidos al abrir el vientre y simulados gracias al timpanismo y á contracciones irregulares de la pared.

El tumor ha venido *de abajo*, ha subido desde la cavidad pelviana en su desarrollo progresivo: he aquí una indicación que evita posibles confusiones y permite generalmente eliminar los tumores que proceden de arriba, tumores quísticos del hígado, del riñón y del bazo; la posición en plano inclinado de TRENDLENBURG aumenta y hace todavía más demostrativa esta indicación.

Esto supuesto — y dejando aparte la distensión vesical por la orina, en la que se ha de pensar — cuatro hipótesis princi-

palmente son las que se han de discutir: las de una *peritonitis tuberculosa*, de un *embarazo*, de un *fibroma uterino quístico* y de una *ascitis*.

¿Se trata de una peritonitis tuberculosa? — Todos hemos tomado bolsas enquistadas de peritonitis tuberculosa por un quiste del ovario: se puede encontrar la misma distribución de las zonas de macidez y de resonancia, una forma globulosa del vientre, una oleada bien manifiesta de líquido en bolsa y á veces zonas empastadas que simulan una porción sólida; pero la curva de macidez no tiene la misma fijeza en las diversas posiciones, el dolor á la presión profunda existe más que en el quiste y el estado general está ordinariamente más alterado, sin que estos signos distintivos sean absolutos.

¿Es un embarazo? — Si por la palpación se encuentra el fondo del útero y si estamos seguros, por el tacto combinado, de que el tumor es independiente del órgano, la cuestión queda resuelta por la negativa. Pero, á menudo, es posible el error, y el joven práctico debe pensar siempre en ello; especialmente cuando hay hidramnios, tumor voluminoso en el que las partes fetales son difícilmente percibidas, tumor con fluctuación evidente, puede engañarse el facultativo poco experto y pensar en un quiste. Los signos de certeza, y muy principalmente la audición del ruido del corazón fetal, deben buscarse con insistencia; además, la prudencia aconseja saber esperar.

¿Se trata de un fibroma? — Las primeras histerectomías abdominales han sido hechas por tumores que se creía ováricos: es decir, que los tumores fibrosos crean á veces verdaderas dificultades de diagnóstico. Esto ocurre especialmente cuando se trata de tumores fibroquísticos y cuando faltan las hemorragias. Pero hasta con tumores fibrosos macizos cabe la ilusión. Sin duda, la comprobación, gracias á la palpación combinada, de la dependencia, del tumor y del útero y de sus movimientos asociados, permite afirmar el diagnóstico de fibroma. Pero pueden también originarse equivocaciones: de una parte, hay fibromas subperitoneales con pedículo reducido, y otros que, gracias á sus serosas de deslizamiento, han adquirido tal movilidad que apenas comunican al cuello un ligero movimiento; de otra parte, hay quistes del ovario con pedículo grueso que arrastran en su movimiento al cuello uterino.

¿Se trata de una ascitis? — Queda el diagnóstico de ascitis, discutible principalmente cuando se trata de un grueso quiste que llena el abdomen. Se funda en los síntomas siguientes:

1.º la forma del vientre; 2.º el reparto de las zonas de macidez y de sonoridad; 3.º el tipo de la fluctuación; 4.º los síntomas asociados.

En la ascitis, el vientre es ancho, como panza de rana, hacia los vacíos, en lugar de formar prominencia globulosa como en los quistes. — La macidez de la ascitis ocupa, estando la enferma acostada sobre el dorso, las partes declives, los flancos, donde el líquido se acumula por la gravedad, y la zona de sonoridad, debida á los intestinos que sobrenadan en la parte alta, radica en las regiones umbilical y supraumbilical

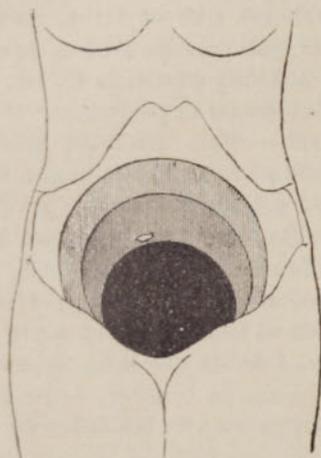


Fig. 323

Macidez del quiste ovárico
(GREIG SMITH)

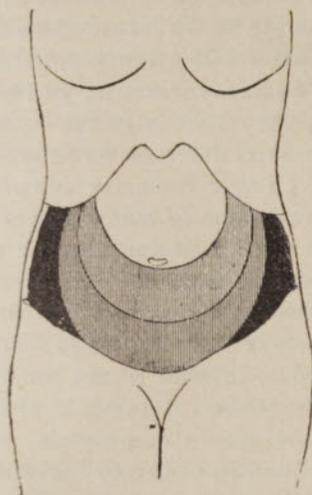


Fig. 324

Macidez de la ascitis
(GREIG SMITH)

(fig. 324). Así, pues, se encuentra una zona central y alta sonora, con una zona periférica y baja mate; otro síntoma importante es que estas dos zonas se mueven regularmente con los cambios de posición de la enferma, ya que el nivel del líquido sigue también esos cambios. — En el quiste, por el contrario (fig. 323), la macidez es absoluta en las zonas peri y subumbilical en las que el tumor está adosado á la pared; los flancos están sonoros porque están ocupados por el intestino, rechazado alrededor del quiste, y el cambio de posición no modifica sensiblemente estas dos zonas. — En la ascitis, la sensación de oleada es más clara y más superficial que en el quiste. — Por último, en la ascitis, se observa ordinariamente edema

de los miembros inferiores, desarrollo de la circulación venosa colateral en el abdomen, gracias á las mismas causas que ocasionaron derrame líquido, enfermedades del corazón, del hígado ó de los riñones.

La ascitis coincide á veces con un quiste ovárico. Puede observarse en los quistes multiloculares, especialmente en aquellos cuya superficie está cubierta de vegetaciones; es la regla en los tumores papilomatosos del ovario. — Esta ascitis tiene un carácter especial, y es que contiene mayor proporción de materias fijas que los otros líquidos ascíticos. De ello ha deducido QUÉNU una conclusión práctica: cuando el análisis químico de un líquido ascítico revela un peso de materias fijas superior á 75 gramos por litro, es probable que se trate, ya de un tumor vegetante, ya de un tumor poliquístico no vegetante con rotura de algunas aréolas; en los dos casos, la ascitis es debida al derrame de substancia mucoide en el peritoneo.

¿Existe inclusión intraligamentosa? — Esta posición intraligamentosa es más rara vez observada en los quistes mucoides que en los dermoides. La movilidad del tumor, la libertad del fondo de saco vaginal correspondiente, son los signos por los cuales se reconocen los quistes pediculados. Al contrario, el quiste incluído está fijo ó en todo caso mucho menos movable. Su polo inferior forma prominencia en el fondo de saco vaginal, rechazando fuertemente al útero hacia delante y al lado opuesto. La palpación combinada permite á menudo limitar, entre las dos manos, el tumor incluído, que ocupa uno de los lados de la pelvis.

¿Existen adherencias? — Las adherencias *viscerales* no son fáciles de reconocer antes de la operación: los accesos de peritonitis anterior, los fenómenos dolorosos gástricos ó intestinales no son más que indicios de presunción. Para diagnosticar las adherencias *parietales* es necesario, según el consejo de SPENCER WELLS, investigar si los cambios de posición de la enferma ó los movimientos respiratorios arrastran el tumor: si éste está libre, desciende durante la inspiración y se eleva en la espiración.

Complicaciones. — Son: 1.º *la inflamación y la supuración del quiste*; 2.º *la torsión del pedículo*; 3.º *la rotura de la bolsa*.

La *inflamación y la supuración* del quiste, consecutivas casi siempre á una punción ó á la torsión pedicular, se reconocen por la sensibilidad del vientre, por la fiebre y por los calofríos irregulares.

La *torsión pedicular* ha sido mencionada por primera vez

por ROKITANSKY en 1860. En general, el pedículo del quiste da dos ó tres vueltas sobre sí mismo; este accidente es favorecido por las causas que aumentan la movilidad del tumor: ascitis, longitud y delgadez del pedículo, peso de la masa, como ocurre con los quistes dermoides. — Cuando la torsión es completa, aparecen signos de reacción peritoneal que son debidos á la estrangulación del pedículo y á los trastornos de la circulación venosa y arterial que se observan en el quiste. — En la forma brusca y completa de la estrangulación pedicular, los síntomas son los de una peritonitis aguda: dolor vivo, pulso acelerado, facies contraída, náuseas y vómitos. En la estrangulación incompleta, son accesos peritoníticos sucesivos, que sobrevienen en las épocas menstruales; se producen hemorragias en el quiste que son debidas á la trombosis de las venas, que sufren los efectos de la compresión antes que las arterias; en la superficie externa se forman depósitos fibrinosos que son causa de adherencias.

La *rotura* de las grandes bolsas es traumática (caída, golpe, esfuerzo) ó espontánea (distensión ó erosión de la bolsa por vegetaciones papilares). La perforación puede hacerse en la cavidad peritoneal y el líquido, principalmente si se trata de quiste seroso, se reabsorbe sin gran reacción. La rotura se efectúa á veces, gracias á adherencias, en el intestino, recto y colon, excepcionalmente en el estómago, la vagina ó la vejiga.

Pronóstico. — Histológicamente, el quiste ovárico puro confina con las afecciones malignas epiteliales, y sin embargo, en la gran mayoría de los casos, se conduce clínicamente como un tumor benigno: separado, no se reproduce y las enfermas quedan curadas. — No está menos demostrado por los hechos que esta ley de benignidad sufre infracciones y que deben tenerse en cuenta, para el pronóstico, las condiciones desfavorables siguientes: la rapidez del desarrollo, el enflaquecimiento, la existencia de un derrame pleural, la palpación abdominal de prominencias abolladas, la sensación de masas irregulares en el fondo de saco rectouterino y la presencia de una ascitis cuyo líquido contiene una elevada proporción de materias fijas ó hasta de una ascitis hemorrágica, son otras tantas razones que harán temer un quiste papilar ó un tumor vegetante del ovario.

Tratamiento. — La *punción* sólo puede ser un medio de diagnóstico, y hasta conviene escasear sus indicaciones. — La *ovariotomía abdominal*, practicada por primera vez en América por MAC DWELL en 1809, ha venido á ser la intervención predi-

lecta. En los casos sencillos de quistes pediculados, dicha operación comprende cinco tiempos: 1.º *incisión de la pared abdominal*; 2.º *punción y evacuación del tumor* con un grueso trócar, lo cual permite reducir su volumen y extraerlo por una pequeña incisión, cosa que tenía antes mayor importancia que ahora, en que la asepsia nos permite amplias aberturas; 3.º *ligadura del pedículo* con seda, dejando el muñón dentro de la serosa vecina, suturada con catgut; 4.º *exploración del otro ovario*; 5.º *sutura de la pared*, por dos planos de catgut profundos que adosan el peritoneo y los músculos y por un plano cutáneo con crin. — En el caso de tumor incluido, hay que proceder á la decorticación del tumor que se desprende de su celda intraligamentosa, después de la incisión del ligamento ancho. — Cuando las adherencias constituyen un obstáculo para la decorticación, hay que suturar á la herida parietal la porción inextirpable del quiste y desagararla en la piel: esto es lo que se llama la marsupialización.

2.º QUISTES DERMOIDES

Los quistes dermoides son mucho más raros que los quistes mucoides (3,5 por 100 según la estadística de OLSHAUSEN). Resi-



Fig. 325

Quiste dermoideo (CRUVEILHIER)

den más á menudo á la derecha que á la izquierda y su volumen, generalmente igual al de una cabeza de feto, sólo excepcionalmente alcanza las amplias dimensiones de los quistes

mucoïdes. Un carácter importante es que están á menudo incluidos en el ligamento ancho.

La superficie interna de esos quistes recuerda en ciertos puntos el aspecto de una piel macerada; su carácter distintivo, como sabemos, es el de estar tapizada por células ectodérmicas: se puede reconocer la epidermis con su capa córnea, su cuerpo de Malpighi y sus anexos (pelos, glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas). Pero la pared nunca es totalmente dermoïde: los quistes mixtos cuya pared mucosa coincide con un injerto dermoïde, con papilas y pelos, constituyen la mayoría.

El contenido está constituido por materia sebácea: forma una masa caseosa, análoga al mástique reblandecido y que puede aglomerarse en bolas flotantes que producen, como en uno de nuestros casos, una sensación de peloteo. Los cabellos, implantados ó libres, son largos, leonados y aglutinados por la materia sebácea en pequeños moños. Se encuentran con bastante frecuencia: *dientes*, implantados en los restos óseos bajo el aspecto de un falso maxilar; *huesos*, más ó menos cubiertos por el dermis y *cartílago* en pequeñas masas.—Junto á esos quistes dentíferos, pilíferos ó simplemente epidermoïdales que constituyen el verdadero grupo de las formaciones dermoïdeas, hay que mencionar los tumores en que se encuentran partes embrionarias, tejidos variados, órganos (substancia nerviosa, mamas, uñas) ó también embriones rudimentarios.

Patogenia.—A estos últimos casos, por otra parte raros (tres solamente), conviene quizá la teoría de la inclusión fetal. Pero fuera de estos hechos, sólo dos teorías pueden ser discutidas: la del *enclavamiento ó inclusión* y la de la *partenogénesis*.

La teoría del *enclavamiento* pertenece á VERNEUIL: en el curso del desarrollo embrionario y á favor de un *pellizcamiento ó de una adherencia*, se ha realizado una *invaginación del ectodermo*. En este pliegue cutáneo, aprisionado más ó menos profundamente, se acumulan los productos epidérmicos y cutáneos, sebo, pelos, sudor y residuos córneos. Para los dermoïdes simples, de contenido sebáceo y piloso, la hipótesis es admisible y deja de serlo para los quistes dentíferos y sobre todo para los tumores con tejidos complejos.

La teoría de la partenogénesis, formulada por MATHIAS DUVAL y bien expuesta por RÉPIN, es de mayor aplicación. *Un huevo puede sufrir, fuera de toda fecundación sexual, un principio de segmentación* que, en los animales de elevada categoría en la serie, aborta y se detiene en la producción de hojas blastodérmicas, pero que en ciertas especies llega á la formación de un

nuevo individuo, lo cual constituye la partenogénesis. Ejemplo: los pulgones, cuyas hembras pueden, durante el verano, fuera de toda fecundación (ya que los machos han muerto durante el invierno), engendrar, por viviparidad, hasta diez generaciones sucesivas de hembras aptas para multiplicarse sin el concurso del macho.

El quiste dermoide sería, pues, resultado de ese poder de segmentación del huevo no fecundado: un óvulo, en el ovario del portador, se segmenta y llega á la formación de una ó varias capas blastodérmicas; según el grado de este desarrollo, el dermoide ovárico está constituido, ya por la hoja cutánea sola ó preponderante, que es la gran mayoría, ya al mismo tiempo por elementos nacidos de la hoja media (cartílagos, huesos, músculos) ó, lo que es raro, de la hoja interna (intestino). Se explica también que esos quistes sean generalmente mixtos, mucodermoides: á la degeneración del óvulo se asocia una proliferación consecutiva del epitelio del folículo de GRAAF.

Sintomatología y diagnóstico.—El quiste dermoide se observa principalmente en el periodo de plena actividad sexual, de los veinte á los treinta y cinco años. Pero, fuera de la punción, su diagnóstico no se funda en síntoma alguno decisivo: ni la propiedad de la bolsa de conservar la impresión del dedo (LEOPOLD), ni la situación anteuterina del tumor (signo de KÜSTER), ni su sensibilidad dolorosa (signo de LAWSON-TAIT), son caracteres decisivos. El peloteo de masas sebáceas nos ha permitido en un caso, sospechar la naturaleza dermoide del quiste.

Tratamiento.—Consiste en la laparotomía abdominal, con la consideración de que frecuentemente el dermoide está incluido en el ligamento ancho y que se ha de practicar la decorticación ó la marsupialización, si la ablación total se hace imposible á causa de las adherencias.

II. — QUISTES PARAOVÁRICOS

Patogenia.—A expensas de restos del cuerpo de Wolff—paraovario de Waldeyer, órgano de Rosenmüller y conductos de Gartner—se desarrollan quistes bien diferenciados por su anatomía patológica, su patogenia y sus caracteres clínicos, *quistes wolffianos* (fig. 326).

Hacia el hilio del ovario se ven persistir pequeñas ristras celulares, amarillentas: es el *paraovario*—En la aleta de la trompa se ve por transparencia un sistema de unos 20 tubos verticales, flexuosos, con epitelio vibrátil, dirigidos desde el hilio del

ovario hacia la trompa, cuyo extremo cerrado, á menudo dilatado, está dirigido hacia el ovario, y otro extremo va á abrirse en un conducto horizontal, *vestigio del extremo superior*: es el *órgano de Rosenmüller*. — El paraovario representa los restos ó vestigios de la porción inferior del cuerpo de Wolff; los tubos verti-

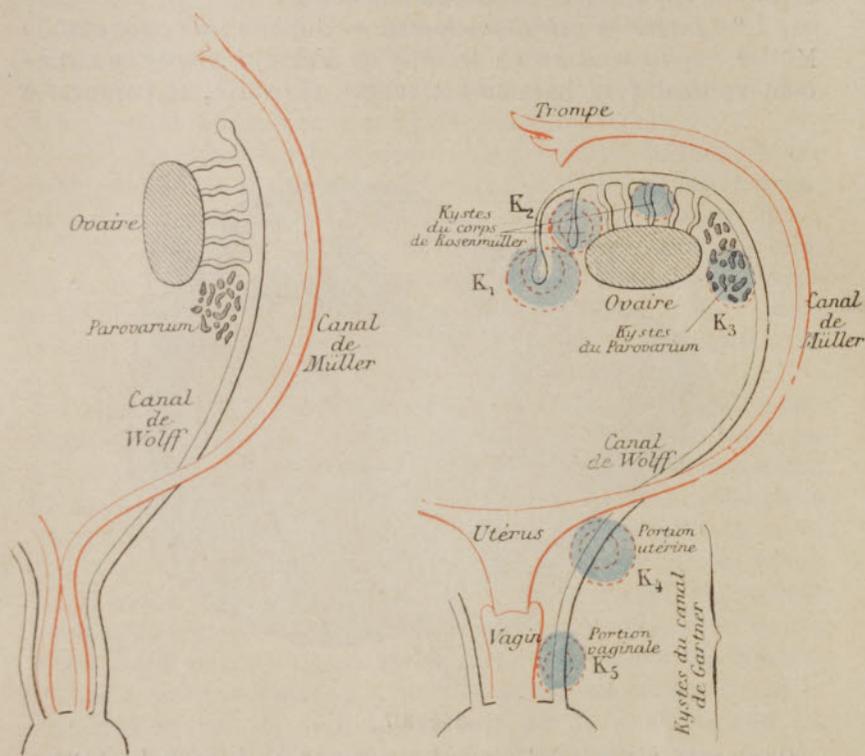


Fig. 326

Esquema demostrativo de las diversas variedades de quistes wolffianos

Ovaire, ovario; Parovarium, paraovario; Canal de Wolff, conducto de Wolff; Canal de Müller, conducto de Müller; Trompe, trompa de Falopio; Uterus, útero; Vagin, vagina; *Kystes du corps de Rosenmüller*, K₁, K₂, quistes del cuerpo de Rosenmüller, K₁, K₂; *Kystes du parovarium*, K₃, quistes del paraovario, K₃; *Kystes du canal de Gartner*, quistes del conducto de Gartner, en su porción uterina, K₄, y en su porción vaginal, K₅.

cales del órgano de Rosenmüller corresponden á los de la porción superior de este cuerpo y su tronco colector horizontal corresponde al extremo superior del conducto de Wolff. La porción inferior del conducto de Wolff puede encontrarse bajo el aspecto de dos largos conductos que costean las paredes laterales de la vagina y el lado del útero entre las hojas de los liga-

mentos anchos para ir á parar al órgano de Rosenmüller: son los *conductos de Gartner*, restos del cuerpo de Wolff.

Anatomía patológica. — Cuatro caracteres diferencian estos quistes paraováricos: 1.º *la frecuencia de su inclusión intraligamentosa*; 2.º *su unilocularidad habitual*; 3.º *la delgadez de sus paredes*; 4.º *la fluidez y transparencia de su contenido*.

1.º *Inclusión intraligamentosa.* — Cuando el conducto de Müller, convirtiéndose en trompa de Falopio, pierde su situación vertical para hacerse horizontal, el ovario, el paraovario

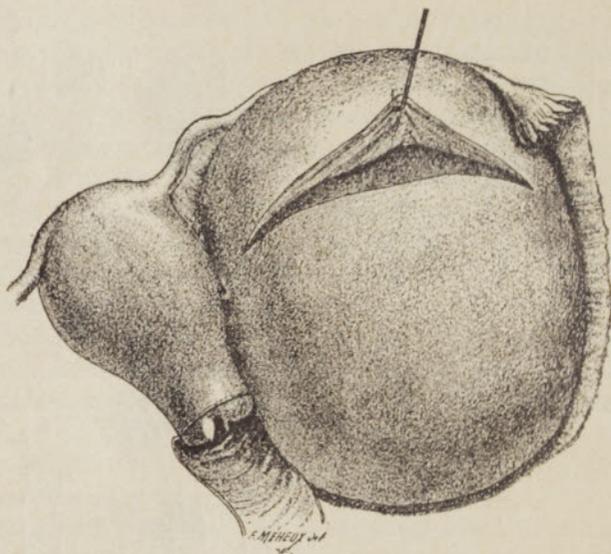


Fig. 327

Quiste paraovárico incluido en el ligamento ancho (LABADIE-LAGRAVE y LEGUEU)

y los órganos de Rosenmüller modifican su posición de un modo análogo: estos vestigios wolffianos se encuentra de esta manera alojados en el tejido celular que separa las dos hojas del mesosalpinx, entre el borde superior del ovario y la trompa. De ello se desprende el hecho anatómico importante de que los quistes formados por la distensión de esos tubos wolffianos tienen tendencia á desdoblarse el mesosalpinx y, por los progresos de su crecimiento, á evolucionar hacia la pelvis, desplegando los ligamentos anchos; la *inclusión intraligamentosa* es, pues, una consecuencia anatómica de su punto de origen.

La trompa, muy alargada, y el ovario, lo más á menudo

intacto, se hallan por encima del tumor incluído: esto resulta también del sitio de formación de estos quistes. Sin embargo, y nosotros hemos operado tres casos bien claros, estos quistes paraováricos no están constantemente incluídos: pueden desprenderse de la pelvis, evolucionar hacia el abdomen y, atrayendo el ligamento ancho, constituirse á expensas de este último un pedículo que es siempre más ancho y más sesil que el de los quistes ováricos.

2.º *Unilocularidad.* — Son ordinariamente bolsas uniloculares, menos voluminosas que los quistes mucoides.

3.º *Delgadez de sus paredes.* — La pared es delgada, comprendiendo una capa externa conjuntiva y un epitelio interno, de ordinario cilíndrico, y á veces con pestañas vibrátiles.

4.º *Contenido.* — El contenido es comúnmente un líquido claro, transparente como el agua de roca, alcalino, que no contiene albúmina y no precipita por el calor. Pero junto á estos quistes paraováricos hialinos hay quistes papilares, vegetantes, que contienen un líquido viscoso más ó menos hemático.

Sintomatología. — Los quistes paraováricos de evolución pelviana son la mayoría. Por esto su sintomatología ordinaria es la de los quistes intrapélvicos: por el tacto vaginal se encuentra el útero desviado hacia el lado del tumor, formando éste una prominencia renitente é indolora en uno de los fondos de saco: con la palpación combinada se nota que el tumor es poco movable é independiente del útero.—Cuando el quiste evoluciona hacia el abdomen, es casi imposible diferenciarlo de un quiste ovárico ordinario: únicamente su menor movilidad, su desarrollo unilateral predominante, su fluctuación más superficial y la limpidez acuosa del líquido aspirado por la punción, son los caracteres diferenciales que se pueden tener en cuenta.

Tratamiento. — La punción ha podido algunas veces curar estos quistes. Sin embargo, el tratamiento de elección es la ovariectomía abdominal y la decorticación de los tumores incluídos en los ligamentos anchos.

CAPÍTULO V

HEMORRAGIAS INTRAPERITONEALES

Y HEMATOCELES PELVIANOS

Definición.—Hay dos tipos clínicos de hemorragias internas que se refieren á la evolución anormal de un embarazo ectópico: 1.º una forma difusa, en que la sangre se derrama en la cavidad peritoneal libre; 2.º una forma enquistada, en la que el derrame sanguíneo, casi siempre á modo de coágulos negros, está enquistado, por neomembranas, en el peritoneo pelviano, por lo común en el fondo de saco de Douglas.

Las hemorragias del primer tipo, por su abundancia, su no limitación y por su brusca gravedad, tienen una terminación prontamente mortal: es el *hematocele cataclísmico de Barnes*, término impropio, pues no hay formación de verdadero tumor.

La segunda forma adquiere, por su enquistamiento, una sintomatología especial: la sangre coleccionada y las adherencias que la tabican, constituyen un verdadero tumor, que ocupa de ordinario el fondo de Douglas: es el *hematocele pelviano*, hematocele retrouterino de NÉLATON, denominación que corresponde á su sitio predilecto, pero que no es constantemente cierta, pues también hay hematoceles anteuterinos.

Etiología y patogenia. — Un hecho etiológico común aproxima ó relaciona estas dos formas de la hemorragia, á pesar de su aparente desemejanza: las dos son accidentes del embarazo ectópico y las dos resultan ordinariamente de una rotura de la trompa grávida ó de un aborto tubario. He aquí una noción bien sencilla y precisa: GALLARD ya la había presentado, pero sobre todo LAWSON-TAIT es quien, en una serie de comunicaciones notables, la estableció hace unos veinte años. Así se encuentra simplificado este capítulo antes repleto de discusiones patogénicas.

¿De dónde procede la hemorragia? — De varices úteroováricas rotas, decía RICHET; de hemorragias ováricas, sostenía HUGUIER; de un reflujo de la sangre menstrual en el peritoneo,

á través de las trompas, según GUÉRIN; de una paquiperitonitis hemorrágica, con rotura de los vasos de nueva formación, según la teoría de BERNUTZ.

En realidad, la rotura de los plexos varicosos úteroováricos nunca ha sido observada; el reflujo de la sangre menstrual es inverosímil; las apoplejías ováricas no pueden constituir más que tumores de mediano volumen, y en cuanto á las relaciones entre la peritonitis y el derrame sanguíneo, han sido establecidas contrariamente á la doctrina de BERNUTZ: la inflamación peritoneal no es la causa de la hemorragia; revela, por el contrario, la reacción secundaria de la serosa que, mediante sus neomembranas, tabica el derrame sanguíneo.

¿Cómo un embarazo tubario produce la hemorragia y el hematocele? — El mecanismo, según indica CESTAN, puede ser esquemáticamente formulado en pocas palabras: «La trompa está mal dispuesta por su débil vascularización y su delicada musculatura para el desarrollo del huevo y de la placenta. Resulta de su insuficiencia vascular, que el huevo no encuentra lo suficiente para vivir en los vasos de la trompa, á pesar de un aumento de su número y calibre; las vellosidades ectoplacentarias son raras y delgadas y la placentación tubaria es siempre insuficiente. El embrión se desarrolla mal y lo más á menudo muere y luego es reabsorbido. Una vez muerto, las vellosidades se atrofian, se hacen mixomatosas, abren los lagos sanguíneos maternos, que por otra parte nunca obliteran por completo, y consecutivamente hemorragias intersticiales se insinúan entre la placenta y la pared de la trompa, acentuando el desprendimiento del huevo.

« Por otra parte, resulta de la insuficiencia muscular de la trompa que sus fibras lisas no pueden hipertrofiarse como las del útero y que el órgano no se deja distender sino á expensas del espesor de sus paredes, adelgazadas por distensión mecánica y desgastadas principalmente por las vellosidades de la placenta fetal, que las taladran y las perforan en busca de la sangre materna. »

Así, pues, un huevo que se desarrolla mal, insuficientemente nutrido y que es desprendido por hemorragias intersticiales, y una trompa distendida cuya resistencia está muy debilitada, particularmente á nivel de la inserción placentaria, son dos condiciones que ocasionan, por lo común antes de las doce ó catorce semanas, la terminación prematura de la preñez ectópica por uno ú otro de los tres modos siguientes: el *hematosalpinx*, el *aborto tubario* y la *rotura tubaria*.

En el *hematosalpinx*, complicación precoz y relativamente benigna, la trompa resiste, el huevo es reabsorbido y la hemorragia se limita al saco.—Cuando el huevo desprendido es arrastrado con la sangre, fuera de la *trompa no rota*, se dice que hay aborto tubario. Si el huevo es expulsado por el orificio uterino, constituye la variedad *tubouterina*, y si la expulsión se efectúa por el pabellón, la variedad *tuboperitoneal*, que se observa muy al principio de la preñez y puede ser origen de un hematocele.—Tercera terminación, la más frecuente y más grave, es la *rotu-*



Fig. 328

Preñez tubaria con rotura de la trompa (LABADIE-LAGRAVE y LEGUEU)

ra tubaria. Un esfuerzo, un choque, una caída, un coito ó un simple movimiento bastan para romper las paredes tubarias adelgazadas, alteradas, y esta rotura se produce especialmente á nivel de la inserción placentaria, punto débil de la pared.

Rota la trompa, su contenido, formado de sangre, restos del embrión y fragmentos placentarios, se derrama en el peritoneo: la hemorragia intraabdominal puede ser bastante brusca, abundante y difusa para ocasionar una muerte rápida; si, por el contrario, el desgarro parietal es pequeño, si la rotura sólo se completa en varios accesos, se forma previamente, alrededor de la trompa en actividad, una zona de adherencias, que fijan el intestino y el epiplón á las paredes de la pelvis y el

derrame sanguíneo encuentra, condición propicia para la tabicación, un foco limitado por neomembranas.

Anatomía patológica.— En caso de inundación peritoneal *difusa*, la pelvis está llena de coágulos blandos y la sangre se derrama por todo el abdomen. Los *derrames enquistados* ocupan de ordinario el fondo de Douglas: el útero está entonces dirigido hacia delante; se forma entre el epiplón, las asas intestinales y el fondo uterino una cúpula ó bóveda de adherencias que limitan la colección retrouterina; ésta se halla formada por un líquido negruzco, pegajoso, de tinte sepia, con coágulos. En algunos casos, el enquistamiento de este hematoma se realiza en el fondo de saco véscouterino.

Síntomas y diagnóstico.— Hay casos de inundación peritoneal que son fulminantes. Una mujer ha sentido bruscamente en el bajo vientre un dolor atroz, de una violencia extrema y al mismo tiempo palidece y cae en síncope; el pulso es pequeño, fugitivo; un sudor frío cubre la cara: se presenta el cuadro de una abundante hemorragia interna y la mujer sucumbe en pocos minutos ó en algunas horas. Esta forma cataclísmica es rara. — En otros casos, después de un primer ictus hemorrágico, la enferma ha recobrado el conocimiento, el pulso se rehace, pero la cara queda pálida y las pulsaciones son rápidas; se temerá entonces una segunda ó tercera crisis, que pueden en dos ó tres días llevarse la enferma. La vigilancia de estas formas debe ser muy atenta: es necesario consultar el estado del pulso, la extensión de la macicez al hipogastrio y obrar sin demora.

Ordinariamente el comienzo es menos repentino y la evolución menos precipitada. Una mujer ha tenido una suspensión de reglas hace dos ó tres meses y ha presentado algunos trastornos gástricos, congestión en los pechos y una aréola pigmentada. Ha sufrido algunos dolores pélvicos y á veces ha presentado flujos característicos de una sangre herrumbrosa, achocolatada; estos flujos á veces han ido acompañados de la expulsión de una caduca, pero este hecho puede pasar inadvertido. Estos flujos y esos dolores son síntomas que han de llamar la atención: revelan el desprendimiento placentario y la distensión de la trompa. La rotura tubaria se produce: se presentan los signos de hemorragia con menor intensidad que en las formas precedentes. El choque inicial se disipa, el dolor disminuye, los vómitos, que dependen de la reacción peritoneal, se detienen; el pulso se hace más rápido y más fuerte, la defensa muscular de la pared se atenúa, y al cabo de algunos días el vientre, más

blando, puede ser explorado por la palpación bimanual. Se encuentra entonces, por la palpación y la percusión, una tumefacción que llega á mayor ó menor altura de las fosas ilíacas. El tacto vaginal encuentra el fondo de saco posterior distendido, primero muy renitente y después depresible; el cuello es rechazado hacia delante, contra la sínfisis. El fin de este hematocèle enquistado es variable; en algunos casos se reabsorbe: más á menudo se infecta, el estado general se altera y se declara la fiebre con oscilaciones cotidianas.

Tratamiento.—En los casos de hemorragias amenazadoras, se ha de practicar con urgencia la laparotomía, en posición declive, dirigirse rápidamente á los anexos que sangran, pellizcar por una parte el asta uterina y por otra el pedículo útero-ovárico, quitar la sangre y los coágulos y, si es posible, extirpar el quiste fetal — ó aplicar un taponamiento de Mikulicz, si no se puede quitar.— En el hematocèle retrouterino se puede intervenir, por la vía abdominal ó por la vaginal. Esta última nos parece el procedimiento más indicado: la incisión amplia del fondo de saco posterior (fig. 314) permite el desagüe de la bolsa en el punto declive; es más benigna que la laparotomía, y en el hematocèle supurado su seguridad es indiscutible.