

puede mover casi normalmente los ojos hacia dentro y afuera (a diferencia de lo que ocurre en las verdaderas parálisis), pero subsistiendo la diplopiá en todo el campo de mirada, por cuya razón creen algunos, con el doctor Dor, que se trata, no de una parésia de los rectos externos, sino de la parálisis de la divergencia, y esta cuestión no es un detalle sin importancia, ya que sabemos que así como las parálisis parciales llevan involucrada su localización nuclear, su bilateralidad (como ocurre en estos casos) hace pensar en una lesión de los centros de coordinación, o sea de los centros supranucleares o corticales y en este sentido hemos dicho que las investigaciones necrópsicas pueden hacernos conocer la localización de aquellos de dichos centros que suelen interesarse en el curso de esta curiosa enfermedad.

Pudieran existir algunas dudas por prestarse a confusión los casos atípicos de esta enfermedad con otras parálisis oculares que se observan en el curso o en la convalecencia de algunas enfermedades, y en este concepto no estará de más establecer el diagnóstico diferencial. Las *parálisis del período preataxico* de la tabes se distinguen de las de la encefalitis letárgica frustre por su mayor duración, por la anamnesis y por la frecuencia con que resulta positiva la reacción de Wassermann; de las de la *forma cefálica superior de la poliomiéclitis anterior*, porque en ésta la parálisis no desaparece totalmente y porque es una enfermedad acompañada de síntomas muy graves, al revés de las formas a que nos referimos. De las *postdiatélicas*, porque en éstas se interesa ta sólo la musculatura intrínseca (acomodación) y el velo del paladar, preferentemente, y además, en la casi totalidad de casos los síntomas faríngeos adquieren tal intensidad que no pueden pasar inadvertidos; del *botulismo* porque también en este caso suele interesarse tan sólo la acomodación, y porque puede descubrirse como agente causal la ingestión de alimentos averiados; de las *parálisis postgripales* ya es más difícil distinguir las, pues son tan benignas, disociadas y fugaces las unas como las otras, pero en la que estudiamos, es un fenómeno precoz y en la gripe es una secuela.

Y ahora permítidme que concluya por donde pudiera haber empezado, diciéndoos que a pesar de tener despierta mi atención en el sentido de descubrir los casos frustres mencionados por varios autores y a pesar de haber desfilado ante mis ojos 10 o 12 parálisis oculares o faciales en este último cuatrimestre, no he podido encontrar ninguno que mereciera clasificarse como debido a dicha enfermedad, lo que no es extraño dado el escaso número de casos de encefalitis letárgica señalados en nuestra región.

Sesión científica del 14 de mayo de 1920

PRESIDENCIA DEL DOCTOR CARULLA

Los tumores subligamentarios en la cirugía ginecológica

POR EL DOCTOR A. ESQUERDO

SEÑORES:

Por la inusitada frecuencia con que me encuentro con tumores subligamentarios y por las dificultades que ofrece una buena extirpación, me he decidido a presentar esta nota clínica.

No todos los ginecólogos conceden la debida importancia a esta clase de tumores, pues creemos que en las obras de Fargas, de Recasens y de Pons se pasa muy ligeramente sobre ellos. Pozzi mismo dice que desde el punto de vista práctico es imposible separar los quistes del para-ovario de los quistes del ovario y Sinety dice que podría tratarse de ovarios supernumerarios.

Lo mismo que con la pelvi-celulitis se han confundido muchos procesos peritubáricos y periováricos; hay tumores que en apariencia parecen intraligamentarios siendo de procedencia intraperitoneal; pueden tomarse por tumores del ovario, tumores desarrollados dentro de los ligamentos anchos y de procedencia intraligamentaria.

Al fin y al cabo, el ligamento ancho está formado por dos hojas de peritoneo adosadas una a otra con sus capas serosa, fibrosa y conjuntiva o celular, en la que hay vasos y algunas veces fibras monoculares. Estas capas, que en un principio formaron una superficie uniforme o regular, van adquiriendo su disposición de pliegues y ligamentos por efecto del desarrollo y transmigración de órganos subpe-

ritoneales. Así como arrastran en su estiramiento a los vasos, cobijan órganos y encierran restos embrionarios, se confunden en algunos puntos de tal manera que, cuando menos macroscópicamente, es imposible separarlas y descubrir sus elementos constituyentes.

Recordando algo del desarrollo embrionario, se comprende que entre las hojas que constituyen los ligamentos, lo mismo que queda aprisionado el conducto tubárico quedan los restos del cuerpo de Wolf y partes del conducto de Müller formando senderos aislados o restos de conductos atrofiados (órgano de Rossmüller, conductos de Gaertner) que con el tiempo pueden ser el punto de partida de diferentes clases de tumores. Por esto no tiene nada de particular que Sinety diga que estos tumores pueden proceder de ovarios supernumerarios y Kelly que pueden proceder de cápsulas suprarrenales aberrantes.

La compleja formación del cuerpo de Wolff, con su conducto y del canal de Müller; su posterior evolución y transmigración de sus partes permiten suponer que a distancia del riñón, de los ovarios, de los testículos, de las trompas y del canal urogenital puedan quedar restos embrionarios, los cuales o pueden quedar enclavados entre las hojas del peritoneo, como los conductos de Gaertner o debajo del peritoneo en el sitio en que dejan de confundirse las dos hojas. Así se comprende que se formen quistes puramente serosos (hialinos), quistes papilares, fibromas, miomas, fibrosarcomas y quistes dermoideos.

Dentro de los ligamentos pueden encontrarse quistes de procedencia ovárica desarrollados en el ilio del ovario, y quistes peritubáricos que no deben confundirse con los tumores intraligamentarios. También pueden encontrarse quistes hidatídicos que si bien son subperitoneales, no por esto son intraligamentarios. En cuanto a los quistes dermoideos, si bien suelen desarrollarse a expensas del ovario es muy probable que, aun siendo subperitoneales, se desarrollen a expensas de restos embrionarios incluidos en los ligamentos.

No debemos tomar como tumores intraligamentarios, por más que alguna vez tengan la apariencia de tales, los abscesos migratorios procedentes de supuraciones perirrenales, periosticas o vertebrales, que algunas veces llegan a los lados del útero y vejiga siguiendo los uréteres o los vasos hipogástricos. Tampoco deben tomarse como tales los fibromas del útero que se extienden por debajo de los ligamentos, los tumores ganglionares que procedentes de infecciones linfáticas, sean de carácter séptico o de propagación neoplásica, se forman algunas veces por debajo de los ligamentos.

Puede darse el caso también que por efecto de inflamaciones crónicas que forman un magma de todos los órganos contenidos en el fondo pelviano, aparezcan como tumores intraligamentarios colecciones purulentas, embarazos tubáricos, piosalpinx, hidrosalpinx, hematosalpinx o embarazos tubáricos, pero éstos ni pueden sorprender ni deben despistar al ginecólogo, porque así que abre el vientre, puede formar un concepto claro de la constitución del proceso anatómico.

Creo que sólo debemos tomar como tumores intraligamentarios aquellos que sin proceder de los órganos inmediatos estén revestidos por las hojas que constituyen los repliegues ligamentarios o cobijados en su mayor extensión por el peritoneo. Yo creo que, positivamente, hay tumores intraligamentarios que pueden aparecer pediculados, aunque con ancho pedículo y que éstos pueden confundirse con los quistes del ovario, lo cual ha hecho decir a Pozzi que es imposible separar en la práctica los tumores del ovario de los tumores intraligamentarios. Evidentemente, recuerdo muchos casos en que después de extirpar el tumor he visto el ovario, de buena apariencia, cabalgando sobre el tumor y he podido seguir y desprender la trompa del tumor, chocándome sólo la gran longitud y fijeza de ésta. Sinety, que afirma que el caso puede proceder de ovarios supernumerarios, no puede menos de establecer la división de quistes malignos, quistes papilares y quistes dermoides. Greig-Schmith, aun admitiendo la posibilidad de que procedan del ilio del ovario, dice que le importa poco su procedencia si se desarrollan dentro de las hojas del ligamento.

Estos tumores pueden ser únicos ó múltiples. En caso de ser únicos son uniloculares, salvo que se trate de mixo-sarcomas. Cuando son múltiples pueden aparecer como multiloculares, pero cada quiste o cada lóbulo procede de un resto embrionario, sólo que estando tan próximos pueden confundirse unos con otros. Si son líquidos suelen tener las parcelas muy delgadas y se rompen con facilidad. Por esto no adquieren gran tamaño; pero cuando son papilares, o dermoideos, pueden adquirir gran tamaño. Tait cita un caso en que el tumor pesaba 120 libras inglesas. En el caso operado por el doctor Vergés, dado el tamaño, el tumor debía pesar más de 10 kilogramos. El tamaño puede depender de la consistencia del tumor y de la época en que se haya operado. Greig-Schmith dice que regularmente son papilares y Doran que histológica y patológicamente, aunque sean de paredes delgadas, deben considerarse como papilares. Esto hace que siendo por lo regular benignos debe temerse que con el tiempo adquieran malignidad, y en este caso Lawson Tait dice que son de lo más maligno que ha conocido. Por esto cuando son sólidos o semisólidos deben considerarse siempre como malignos. No obstante, cuando son dermoides por el hecho de estar bien aislados no tienen malignidad.

Lo que pasa con estos tumores es que seguramente, si no son malignos desde un principio evolucionan lentamente, pues cuando son quísticos y su superficie interna es lisa hay poca secreción. No así cuando son papilomatosos, en cuyo caso la secreción es abundante y suele haber hemorragias que dan al líquido color negroso, lo cual puede hacerlos confundir con hematoceles o con embarazos tubáricos rotos dentro del ligamento ancho.

Para muestra voy a citar algunos casos de los cuales recuerdo bien los datos y disposición anatómica.

CASOS CLÍNICOS

Presento como 1.º uno muy interesante por varios conceptos, precisamente porque da idea clara de lo que pueden ser esta clase de tumores y de las dificultades que puede ofrecer su diagnóstico y extirpación.

En los primeros días de febrero pasado ingresó en la sala de San Juan, ocupando la cama n.º 4 cabeza, una mujer de aspecto sano, bien nutrida, quejándose de que se le abultaba el vientre y tenía dolores. Esta mujer tenía 56 años de edad, hacía ocho que no menstruaba y había tenido doce partos, habiéndose transcurrido 28 años desde el último. Nunca se había quejado de su aparato sexual, ni había tenido leucorreas ni metrorragias.

Al examinarla encontré un voluminoso abultamiento en el hipogastrio que llenaba éste y la fosa ilíaca, remontándose hasta el ombligo. El tumor era fluctuante, con masas duras y poco movibles. Por el tacto vaginal se notaba que si bien estaba en relación con el útero no dependía de este órgano.

Hice el diagnóstico de mixo-sarcoma del ovario izquierdo, le propuse la operación y la aceptó.

Como yo estaba delicado de salud, encargué al doctor Vergés, médico ayudante de la visita, que la operase, y así lo hizo; pero al día siguiente de haberla operado, al darme cuenta de la operación me dijo que había encontrado tales adherencias hacia el lado derecho de la pelvis, que no pudo practicar la extirpación completa por considerarla muy peligrosa e imposible, ya que se le rompió el tumor al tratar de forzarlo y comenzó a dar hemorragia difusa. Se limitó a extirpar lo que pudo, resultando ser masas mixomatosas y volvió a cerrar el vientre. La enferma no tuvo ningún percance, quedando curada de la operación antes de los quince días; pero pronto se le volvió a llenar el vientre y entonces le hice practicar una paracentesis. Convencido de que se trataba de un tumor maligno, que este tumor era subligamentario y de que por lo tanto era incurable, a instancias de la enferma le di el alta.

Cuando nosotros menos pensábamos en esta enferma por creerla muerta, volvió a presentarse a la visita el día 6 de este mes, sorprendiéndonos su buen aspecto. Volvía a tener el vientre abultado, con edema del pubis, pero no de las piernas. La enferma solicitaba que se la admitiese para ser operada otra vez. Hablamos del caso con el doctor Vergés, y aunque desconfiando de poder salir del paso, tanta era la insistencia de la enferma que decidí volverla a operar, en vista de que conservaba buen aspecto y tenía energías sobradas para soportar otra intervención.

Tenía previstas las dificultades de la operación porque el tumor estaba adherido a la pared abdominal formando cuerpo con la cicatriz. Suponía también que habría siembras con nódulos epiplásicos. Todo lo peor que podía ocurrir es que al abrir el vientre y encontrarme con nódulos determinados tuviese que volver a cerrarlo, dejando a la enferma en el mismo estado.

Para practicar la operación comencé por trazar una doble incisión en forma de losange que comprendiese todas las diversas cicatrices a dos o tres centímetros por cada lado, por encima y por debajo de los ángulos de la herida anterior. Me encontré con una masa plástica muy dura que se confundía con el tumor y procuré buscar espacio libre por fuera de sus paredes para dar con el peritoneo, poder orientarme dentro de la cavidad y proceder al aislamiento del tumor. Primero desprendí la bolsa que había incidido o desgarrado el doctor Vergés, y que estaba adherida a la porción de pared escindida. Conseguí enuclear esta bolsa y me encontré con otra más voluminosa hacia el lado izquierdo que llegaba desde el riñón al fondo de la pelvis arrastrando el colon descendente hacia la derecha. Con mucho trabajo y paciencia conseguí enuclear esta bolsa. Después de enucleada, me encontré con otra más pequeña que llenaba el fondo de Douglas por el lado izquierdo y con cuatro nódulos fibrosos puestos en cadena siguiendo la dirección del útero. Pude extirparlo todo por completo, salvando uréter, vasos hipogástricos, útero y vejiga.

Cuando quedé convencido de que todo había quedado enucleado, para prevenir las consecuencias de la hemorragia capilar, de la disminución del líquido de los tumores y de la dislaceración de los tejidos hice un taponamiento del Douglas con gasas, cuyos extremos, junto con su tubo de desagüe, hice salir por la vagina.

Esta enferma por ahora ha soportado bien la operación y tiene trazas de curarse de ésta. ¿Qué ocu-

rirá después? Es de prever, dada la naturaleza del tumor. Aquí tienen ustedes la pieza patológica para juzgar.

2.º Hace dos meses se presentó a la consulta del Hospital para ser reconocida una enferma joven, que dijo había sido operada por el doctor Raventós, tres años antes, de un tumor del ovario, habiendo pasado serios apuros después de la operación. No obstante, curó rápidamente. Al presentarse a reconocimiento se quejaba de dolores en el bajo vientre, dolores que se acentuaban cuando menstruaba, pues continuaba teniendo la menstruación con regularidad y con excesiva abundancia. En el examen encontré el útero movable, pero con tumores abollonados a cada lado y detrás del útero. La exploración era muy dolorosa. Diagnostiqué ovario quístico con salpingitis plástica izquierda, suponiendo que antes se le había extirpado un quiste del ovario derecho.

Se hizo ingresar a esta enferma en la visita para ser operada, lo cual aceptó de buena gana.

La operación la practicó el ayudante de la visita doctor Vergés, estando yo presente. Al abrir el vientre se encontraron extensas adherencias epiloicas al útero y vejiga, restos de una peritonitis anterior. Desprendidas estas adherencias, se vió con sorpresa que tenía ambos ovarios íntegros aunque en degeneración quística y salpingitis izquierda con el pabellón de la trompa cerrado y adherido al fondo de la pelvis. Se extirparon ambos anexos y el apéndice, según costumbre de la visita. Se examinó el útero y sólo se encontró una bolsa hemática subperitoneal en la pared posterior, detrás de la trompa derecha.

Intrigado por saber lo que se había hecho antes, la hice ver por el doctor Oliver, ayudante que había sido del doctor Raventós, quien reconoció a la enferma y me dijo había ayudado en la operación. Me afirmó que a esta enferma se le había extirpado un voluminoso quiste de ovario y que la operación fué muy laboriosa. En vista de esta declaración deduje que lo que se había extirpado debió ser un quiste intraligamentario.

3.º Hace unos tres años ingresó en la visita del Hospital una enferma a la que el ayudante de la visita doctor Guillermo Ribas había operado un año antes, estando yo ausente de Barcelona. Se practicó la extirpación de anexos y apéndice, según constaba en la libreta de la visita, por degeneración quística de ovarios con salpingitis doble.

Al examinar a esta enferma encontramos una tumoración rentente en la fosa iliaca izquierda, que se apreciaba también por la vagina. Llamé la atención al doctor Ribas, quien me dijo estaba seguro de haber extirpado ambos ovarios. Como la enferma tenía muchos dolores, pensamos en si podría tratarse de un proceso plástico alrededor de las ligaduras, pero como notábamos fluctuación y la enferma se quejaba mucho, decidí operarla.

Efectivamente, al abrir el vientre me convencí de que los anexos habían sido extirpados completamente y a pesar de esto había un tumor quístico, del tamaño de un melón pequeño, en el lado izquierdo. Era un quiste subligamentario, que pude extirpar entero, separando el peritoneo.

4.º Hace unos diez años operé a una enferma con pequeños quistes de ovario; y después de extirpar los anexos me encontré con una bolsa como una cidra en el lado izquierdo, bolsa que se rompió al tratar de extirparla. Como no pude extirparla por completo, dejé desagüe en la fosa iliaca. Durante los primeros quince días todo marchó bien, pero cuando quise suprimir el desagüe sobrevino supuración y tuve que practicar un desagüe abdominal-vaginal. Viendo que la supuración no se agotaba, practiqué la histerectomía vaginal, a pesar de lo cual persistió la supuración más de un año.

Muy parecido al anterior es el de una señora, antigua cliente mía, a la cual vi y examiné hace cinco años por el mes de noviembre sin poder apreciar ninguna lesión uterina ni anexial a pesar de decirme que sentía molestias en el bajo vientre. Cuatro meses después se presentó en mi consulta para que la examinase y decidida a que la operase por los sufrimientos que tenía. Efectivamente, encontré un regular tumor duro en el lado izquierdo del útero, tumor que diagnostiqué de fibro-sarcoma por el rápido crecimiento, pues yo estaba seguro de no haber encontrado nada en el examen anterior.

Al practicar la operación encontré los ovarios sanos y el útero de tamaño normal. No obstante, como el tumor estaba en relación inmediata con el útero por el lado izquierdo y dada su anchura base de implantación, preví grandes dificultades para su extirpación; comencé por practicar la histerectomía y después fui a enuclear el tumor. Este estaba en relación tan inmediata con la S iliaca y despegaba de tal manera el meso de ésta, que me fué muy difícil enuclearlo sin romper el intestino y uréter. Tuve que apelar a suturas del fondo para contener la hemorragia, pero pude verificar la extirpación completa. Esta enferma siguió bien durante doce días, al cabo de los cuales comenzó a salir orina por la vagina. Sin embargo, a los veinte días quedó curada sin perder orina.

A pesar del mal pronóstico que hice, creyendo que la reproducción sería inmediata, porque era evidente que se trataba de un sarcoma, a los seis meses de operada se mantenía en apariencia curada. Pronto se notó la reproducción, pero aun vivió año y medio y murió con metástasis hepática y pulmonar.

6.º Hace un año tuve que intervenir en una señora joven recién casada. Esta señora había estado

bien menstruada, y como viese que se le abultaba el vientre a pesar de continuar con la menstruación creyó que estaba embarazada. La vió un reputado tocólogo, quien en su primera visita no afirmó ni negó, pero en otras visitas desechó el diagnóstico de embarazo y aconsejó la intervención. Cuando yo la examiné, me llamó la atención el abultamiento porque rodeaba el útero y este era fluctuante. El hecho de estar en continuidad con el útero y ser fluctuante hacía pensar en el embarazo, pero ni el cuello del útero era de embarazada, ni la regularidad de las reglas permitía aceptar la idea de embarazo en un tumor que por su volumen había de corresponder al cuarto mes, y por su fluctuación clara no correspondía a un ensanchamiento progresivo del útero. Hice el diagnóstico de quiste de ambos ovarios con pedículo corto, y aconsejé la operación haciendo un pronóstico benigno.

Aceptada la operación, procedí a practicarla con la esperanza de hallarla fácil: pero así que abrí la pared abdominal, vi que la cosa era más grave de lo que había pensado, pues me encontré con que la vejiga remontaba hasta cerca del ombligo, que el epiploon adherido a ella cubría por completo el tumor y que los intestinos estaban confundidos con éste. Puesto en evidencia el tumor por el color azulado de la pared, comprendí que se trataba de quistes subligamentarios. A pesar del cuidado con que procedí, al desprendimiento del tumor del lado derecho, no pude evitar su ruptura, pero así y todo, aunque con mucho trabajo, conseguí extirpar la bolsa entera. Al examinar los anexos izquierdos me encontré con que había otro quiste de la misma naturaleza. Procuré extirparlo, y aunque procedí con mucha cautela no pude evitar que se rompiera la bolsa, pero conseguí su extirpación completa. En esta enferma, extirpé los anexos ligando bien los pedículos tanto ovárico como uterino y asegurándome de que no había ningún vaso que sangrase, pero noté que había algún rezumamiento del fondo, al cual, desgraciadamente, no concedí importancia, porque no habiendo ningún vaso visible creí que este rezumamiento no tendría consecuencias.

La enferma estuvo bien hasta las diez de la noche en que la vi; pero cuando la examiné al día siguiente a las siete de la mañana comprendí que era un caso perdido a causa de la hemorragia interna, pues estaba angustiada, con las manos frías y casi sin pulso. Tal vez en el Hospital habría vuelto a abrir el vientre para poner un taponamiento en el fondo, pero en este caso, ante la casi seguridad de que la enferma moriría al ser llevada de nuevo a la sala de operación con la desagradable escena de una operación aparatosa, me limité a darle inyecciones de suero, con las que se la mantuvo seis horas más.

7.º Hace unos dos meses ingresó en el Hospital una enferma para que la operase, porque tenía tumores quísticos a ambos lados de la matriz.

Al operar encontré en el lado derecho del útero un tumor que por su relación inmediata con este órgano y por su resistencia me pareció un fibroma. En el lado izquierdo encontré una colección quística detrás del útero. Hice el diagnóstico de degeneración quística izquierda con salpingitis y probable supuración anexial derecha.

Decidí practicar la operación, en la que encontré que la vejiga estaba muy alta, que había adherencias epiploicas a la misma y al útero. Separadas éstas por el color negruzco del tumor derecho, pensé así podría tratarse de un embarazo tubárico, pero así que examiné el tumor vi que se trataba de un voluminoso quiste intraligamentario. Procedí a su extirpación con mucha cautela y no pude evitar la rotura. Me empeñé en sacar la bolsa entera, y por dos veces, a pesar del cuidado que ponía para separarla del intestino, no pude evitar perforar éste. Tuve que practicar dos suturas intestinales, pero conseguí sacar la bolsa entera. Después, cuando procedí a examinar los anexos izquierdos, vi que había otro quiste intraligamentario, el cual, aunque con trabajo y a pesar de haberse roto, conseguí extirpar íntegro.

Esta enferma estuvo bien durante doce días, pero por efecto de la constipación se le formó una bola de excrementos que cerró el paso del recto y sobrevino una perforación. Afortunadamente, por haberle practicado la histerectomía en previsión de lo que pudiese ocurrirle, la cosa no tuvo más consecuencias que las del escape de excrementos por la vagina.

Si fuese a relatar todos los casos de esta naturaleza en que he intervenido, no digo que llegase a los 102 que relata en su obra Lawson Tait, pero me parece que serían muchos. Sólo que por no haber tomado nota de ellos y porque yo antes no les concedía importancia, no voy a citar otros en que indudablemente se trataba de tumores intraligamentarios. También podría referir casos de quistes dermoides y quistes hidatídicos en que he intervenido y por las condiciones en que los encontré y tuve que practicar la intervención es casi seguro que procedían del interior de los ligamentos anchos, o cuando menos eran tumores subperitoneales.

8.º Hace tres años tuve que operar a una señora que tenía un tumor duro y abollonado en cada ovario, tumores que diagnosticué de fibro-sarcomas. Como se trataba de tumores malignos y además había pequeños nódulos fibrosos en el cuerpo del útero, extirpé ovarios y útero. Después, al examinar bien el fondo de la pelvis, me encontré con una serie de nudosidades que iban desde el pedículo de la ovárica al pedículo de la uterina siguiendo la dirección del uréter, algunas de las cuales tenían el tamaño de avellanas y habichuelas. Procuré extirparlas y lo conseguí, sacando una cadena de ellas. Creo

que hice muy bien, pues sin duda esta señora, que se mantiene bien después de tanto tiempo, habría sucumbido por la reproducción de la neoplasia. Era evidente que estos tumores subligamentarios procedían de restos embrionarios, los cuales habían comenzado ya a proliferar. Si hubiesen sido ganglios, la reproducción de la neoplasia no se habría hecho esperar.

La sintomatología de los tumores intraligamentarios realmente es muy vaga e incierta, lo cual se comprende por su situación anatómica, su procedencia y su evolución. Comenzando en la base de los ligamentos anchos, no son fácilmente perceptibles por la vagina ni por el vientre, y mientras no aprisionan los vasos o las ramas del plexo lumbo-sacro, no producen dolor y por lo tanto no llaman la atención de las enfermas. Algunas veces un tumor maligno puede producir edemas o dolores desde un principio porque rodea los vasos o las ramas nerviosas, lo cual hace sospecharlos cuando todavía no es fácil apreciar aquél.

Alguna vez he observado neoplasias extravesicales, extrauterinas, y extrarrectales que debían ser de procedencia intraligamentaria; y digo extra, porque a pesar de los sufrimientos no se han podido comprobar trastornos intraorgánicos que llamaran la atención. No obstante, con una exploración detenida y bien intencionada se ha podido comprobar la existencia de una induración que explicaba los sufrimientos de la enferma y hasta la muerte por metástasis hepática o por caquexia neoplásica. Recuerdo algunos casos observados en hombres y mujeres en que después de muchos sufrimientos y casi en el último período de la vida he podido descubrir el tumor causante de aquéllos.

Los quistes y tumores sólidos que adquieren gran volumen son los que menos síntomas dan, porque éstos se reducen a la aparición del abultamiento sea en la fosa ilíaca, sea en el fondo de la pelvis. Producen molestias o dolores, debidos a la distensión del ligamento, a la compresión o desviación de los órganos inmediatos; pero éstos no tienen carácter propio, porque igualmente ocurre con todos los otros tumores que se desarrollan en el útero u ovarios en el fondo de la pelvis.

Por esto ha de resultar siempre difícil el diagnóstico preciso y oportuno de los tumores intraligamentarios. Analizando los distintos síntomas o datos que pueden conducirnos al diagnóstico, se verá que sólo pueden tener un valor relativo.

Comenzando por los trastornos funcionales, ni la leucorrea ni las hemorragias pueden ser propias de los tumores intraligamentarios. Si acaso los hubiese sería por la concomitancia de lesiones endouterinas, uterinas o anexiales. No hay razón fisiológica para que un tumor intraligamentario motive lesiones ni hemorragia.

El dolor localizado en una fosa ilíaca con irradiaciones renales o hacia el miembro inferior correspondiente puede inducirnos a pensar en un tumor intraligamentario; pero cualquier proceso ovárico, degeneración quística, ovaritis, salpingo-ovaritis, adherencias tubáricas, embarazo tubárico, rotura tubárica, pueden dar dolores localizados e irradiados.

Los hechos de compresión de la S ilíaca, del recto, del uréter, de las venas, pueden ser efecto de un tumor intraligamentario, porque quedando éste cohibido dentro del ligamento son fáciles de explicar; pero hay que tener en cuenta que un fibroma retrouterino o un útero en retroflexión, o los fibromas múltiples desarrollados en un útero en que los ligamentos no han podido distenderse o han quedado fijados por procesos inflamatorios antiguos, o una colección purulenta, pueden dar lugar a los mismos hechos de compresión.

La fluctuación o macidez del tumor dependen de que el quiste intraligamentario sea líquido o macizo. Sin embargo, hay un dato que puede tener algún valor: el que se encuentre el útero normal y móvil, rodeado y hasta localizado por masas quísticas. Tendrá valor este hecho si en realidad no ha habido leucorreas ni hemorragias ni hechos inflamatorios anteriores. No obstante, como al lado y a la par que los tumores intraligamentarios puede haber fibromas, ovarios quísticos o con quistes, hidrosalpinx, piosalpinx o hematosalpinx, sólo podremos hacer un diagnóstico condicional.

Tendría un gran valor el hacer un diagnóstico positivo si el tratamiento del tumor hubiese de ser especial como cuando se proponía la punción o el desagüe como tratamiento curativo, pero si como veremos después el tratamiento ha de ser siempre igual, nos puede bastar con un diagnóstico de suposición. Para éste caso debe admitirse lo que dice Pozzi, que estos tumores deben englobarse con los procesos ováricos de toda naturaleza.

En todo caso lo que podemos hacer es un diagnóstico de exclusión, admitiendo la posibilidad de que con tumores de útero y de ovarios coincidan tumores subligamentarios.

Como tanto unos como otros deben operarse y es lo más sencillo y seguro hacerlo por la vía abdominal, cuando se abra el vientre es cuando se completará o rectificará el diagnóstico. Aun así puede haber dudas, que es difícil aclarar de momento y que tienen que resolverse en el transcurso de la operación, porque pueden coexistir tumor de varios órganos y de distinta naturaleza, lo mismo que podemos encontrarnos con procesos inflamatorios, procesos tuberculosos y supuraciones que con su plasticidad encubran el tumor intraligamentario.

Sólo cuando hayamos puesto al descubierto el tumor y veamos que está recubierto el peritoneo por todas partes o cuando éste tenga un amplio pedículo y sobre él cabalguen trompas y ovarios, es cuando podremos dar el diagnóstico por firme.

Regularmente no se concede importancia a los tumores intraligamentarios y por esto no se formula pronóstico, supeditándose éste al de todos los tumores del fondo de la pelvis. No obstante, puede decirse que cuando son quísticos y su contenido es de líquido transparente, suelen ser benignos, pueden curar espontáneamente por rotura espontánea, tolerarse mucho tiempo y curarse por simple punción.

Keit los trataba por punción, pero Bantok dice que tuvo que puncionar un gran número de veces. Tait dice que al principio de su práctica, viendo lo difícil de su extirpación dejaba desahue, pero que no obtuvo ninguna curación. Yo tengo la convicción de que alguna vez se me ha roto alguno al practicar una exploración forzada. También me he encontrado con algún caso en que se rompió la bolsa y no pudiendo extirparle cerré el vientre y no pasó nada. Como no he vuelto a ver a estas enfermas, no puedo decir si se consiguió la curación definitiva. Es posible que se consiga en algún caso, pero cuando se han visto quistes papilomatosos, quistes dermoides y sarcomas, se ha de pensar que un quiste en apariencia benigno puede degenerar y convertirse en maligno. En este caso, Tait dice que son de los tumores más malignos que ha visto.

Por consiguiente, como medio de curación ha de pensarse siempre en la extirpación.

Schmith dice que la extirpación de los quistes intraligamentarios es fácil y por esto se decide por ella en todos los casos, pero luego confiesa que en ciertos casos resulta muy difícil y se ha de poner mucho cuidado para no romper los uréteres y los vasos hipogástricos.

En realidad la extirpación puede ser fácil cuando el tumor, estirando y arrastrando el ligamento ancho, forma un pedículo aunque sea bastante ancho. En estos casos es cuando estos tumores pueden asimilarse a los de los ovarios, pero si el tumor en lugar de estirar distiende el ligamento ancho, entonces llega a confundirse con el útero, con la vejiga, con el ciego y con la S íliaca. Entonces la extirpación ofrece grandes dificultades.

Se comprende que una vez puesto el tumor a distender el ligamento ancho, va separando y levantando el peritoneo que cubre el útero, la vejiga, la S íliaca y el ciego, borrando las depresiones que separan estos órganos. Teniendo en cuenta que el peritoneo es una hoja continua de revestimiento para dichos órganos, a medida que el crecimiento subperitoneal de dichos tumores va distendiendo aquella hoja se va poniendo en relación con dichos órganos y hasta aparece confundido con las paredes de los mismos. Por esto se ve remontar la vejiga por delante del útero hasta encontrarla cerca del ombligo, como ocurrió en el caso n.º 6. En esta enferma se habían distendido los mesos del ciego, del recto y de la S íliaca, por lo cual los tumores aparecían cubiertos por la vejiga e intestinos. Además, como había tenido salpingitis se habían establecido adherencias entre el epíloon y la vejiga, por lo cual los tumores aparecían cubiertos por aquél.

Si, como es lo más probable, ha habido algún ataque de apendicitis o de salpingitis, se han establecido adherencias de epíloon con vejiga y útero, de las trompas con el intestino o el fondo de la pelvis; esto aumentará las dificultades de la operación.

Por esto, cuando al abrir el vientre no veamos el caso bien claro conviene no precipitarse para orientarse y completar el diagnóstico. Cuando se trata de cirujanos noveles, o de ginecólogos accidentales, es fácil caer en la tentación de volver a cerrar el vientre y dar el caso por inoperable o de ir sacando lo que se pueda a trozos corriendo el riesgo de no completar la operación, de producir rasgaduras de vejiga e intestinos, arrastrar un uréter o dejar a la enferma con una hemorragia que pueda comprometer su vida.

Si hay lesiones anexiales, aunque no sean más que degeneraciones quísticas, lo primero que debe hacerse es separar las trompas y ovario del útero para dominar la hemorragia de las uterinas y a renglón seguido ir a buscar el pedículo de las ováricas para evitar que después nos escape esta arteria. Sólo en el caso de que los ovarios estén sanos y no haya habido salpingitis adhesivas u oclusión del pabellón de las trompas debemos conservar estos órganos.

A pesar del cuidado que se ponga en separar ovarios y trompas del tumor intraligamentario, no siempre es posible conseguirlo sin romper el quiste. En este caso debemos ir a la enucleación del quiste junto con trompas y ovarios para ver si podemos evitar la rotura del quiste pues si se mantiene éste íntegro es más factible la enucleación.

Para hacer la enucleación del quiste debemos cortar con sumo cuidado la hoja peritoneal que lo reviste para meternos en la capa celular que separa el peritoneo de la pared del quiste. Si conseguimos hacer esto, la enucleación es relativamente fácil verificando el desprendimiento por medio de los dedos, de las tijeras curvas cerradas o de una espátula roma. La sección del peritoneo no tiene que hacerse en la parte proeminente del tumor, pues allí puede decirse que ha desaparecido el peri-

toneo y es muy fácil romper la bolsa, sino disipándose hacia la base por fuera o a la pared posterior del útero por dentro, en cuyos sitios todavía quedan marcados los pliegues peritoneales y es fácil encontrar la capa areolar que separa el tumor de los otros órganos. Debe pensarse que por detrás el tumor está en relación directa con los uréteres y vasos hipogástricos, por dentro con el recto y por arriba puede estarlo con el ciego y con la S. ílica, para no forzar el desprendimiento y no emplear instrumentos cortantes, o en caso de vernos obligados a hacerlo, hácerlo con mucho cuidado, seccionando con gran cautela y por milímetros siempre arrimados a la superficie del tumor, dejando de cuando en cuando el instrumento cortante para utilizar el frote de la compresa. Aun haciéndolo así no puede evitarse romper vasos pequeños, que por ser muchos dan abundante hemorragia. Si puede enuclearse bien el tumor, y los ovarios y trompas están sanos, deben conservarse; si no están sanos o se hallan muy confundidos con el tumor, conviene extirparlos. Puede haber necesidad de extirpar el útero, tanto para facilitar la extirpación completa del tumor como para facilitar el desagüe de la cavidad que queda. Cuando se trata de quistes de paredes muy delgadas y se rompen éstas antes de llegar a la extirpación completa debe practicarse la histerectomía por si acaso hubiese tendencia a la reproducción del quiste o se formase pus, como me ocurrió en el caso n.º 3. Si ha sido muy laboriosa la operación y quedan desgarros irreparables o bien rezumamiento de sangre en el fondo, es preferible practicar la histerectomía para dejar un taponamiento vagino-abdominal, el cual a la vez que contiene la hemorragia asegura un buen desagüe.

Si en la enferma del n.º 6 hubiese hecho esto tal vez no la habría perdido. No lo hice porque antes había dicho que no tendría necesidad de quitar la matriz, porque prometí conservar si podía un ovario y porque dado lo laborioso de la operación tenía que agravarla más de momento. Se dirá que puede resolverse el caso dejando un desagüe abdominal y practicando un taponamiento abdominal. Siempre he sido enemigo del Mickuliz porque es casi segura la hernia en fecha más o menos lejana. Muchos ginecólogos dicen que no la temen, y yo he podido comprobar lo contrario en enfermas operadas por otros colegas. Es natural que sobrevenga la hernia más o menos tarde. Si el Mickuliz puede dejar la hernia más todavía un taponamiento en masa. Por esto yo en los casos en que tengo que dejar taponamiento lo hago salir por la vagina, o bien practicando la histerectomía o practicando una abertura en el fondo de Douglas para hacer salir los extremos de la gasa por la vagina. Para los casos de posible trasudación o hemorragia podría bastar dejando un desagüe abdominal en una de las fosas ilíacas, pero el desagüe con tubos de goma tiene el inconveniente de favorecer la supuración del fondo y si ha quedado un resto de bolsa de dejar una supuración persistente que nos obligue a practicar otra operación. Igualmente si hemos empleado seda para las ligaduras. Por esto es preferible en estos casos o no dejar desagüe o dejarlo por la vía vaginal. En caso de que por haber dejado un trozo de membrana se reprodujese el quiste, no hay más remedio que volver a operar. Puede en este caso bastar la histerectomía, para dar salida al líquido por abajo.

Si se hubiese tratado de un tumor sólido y por lo tanto maligno, no queda nada que hacer, porque una de dos, o no se extirpó por completo a la primera tentativa, o es que por su malignidad se ha reproducido por los linfáticos. También podría darse el caso que se hubiese desarrollado en otro resto embrionario independiente, pero como esto es muy problemático sólo podremos decidimos a una operación condicional sin prometer nada.

Cuando llegamos a diagnosticar neoplasias peri-intestinales, que lo mismo pueden desarrollarse en el hombre que en la mujer aunque sean procedentes de restos embrionarios, llegamos al convencimiento tan tarde que casi han de considerarse como inextirpables y de reproducción segura. He visto varios de estos tumores que sólo pudieron diagnosticarse por los dolores y la tumoración, sin trastornos rectales, vesicales ni uterinos y he aconsejado siempre lo mismo, no decidiéndome a operar, si alguna vez por equivocación lo he hecho, he tenido que convencerme de que aquello no era curable. Si pudiésemos practicar las autopsias de muchos individuos viejos que mueren por oclusión intestinal encontraríamos bastantes casos de esta naturaleza.