mujeres jóvenes se presentan los órganos sexuales tan reducidos, que parece como si dichas mujeres hubiesen traspasado ya la menopausia desde mucho tiempo; los ligamentos anchos por su parte se hallan en estado de retracción y son duros al tacto. Esta lesión viene á representar en cierto modo una propagación de la atrofia del útero, que alcanzando más allá de este órgano se ha extendido á los órganos inmediatos. El tratamiento que para estos casos aconseja Amasamiento Freund consiste en duchas calientes y en el amasamiento (1).

(1) Creo este lugar á propósito para dar á continuación algunas indicaciones acerca la técnica del amasamiento de los órganos genitales internos, tomadas de una Memoria de Vullier (Le Massage en Gynécologie, Paris, 1890, p. 10). El amasamiento externo de las paredes abdominales es únicamente una maniobra preparatoria, un amasamiento de ablandamiento. Más usado que éste es el amasamiento mixto ó abdomino-vaginal. Sea cual fuere la rigidez inicial de las paredes abdominales y vaginales, siempre existe cierto espacio en el cual ambas manos llegan á encontrarse: este punto se halla en la región sub-púbica, inmediatamente detrás de la sínfisis. La mano que opera por fuera debe colocarse con el carpo aplicado sobre el monte de Venus y los dedos dirigidos hacia el ombligo. El índice y el medio de la otra mano se introducen juntos en la vagina, si ésta es bastante espaciosa, ó uno después de otro, si es estrecha. Una vez se hallan ambos dedos dentro, se disponen de manera que el dorso mire contra el periné y la cara palmar contra la pared vésico-vaginal. De este modo la comisura anterior se halla fuera del radio de los movimientos que van á ejecutarse. Estos movimientos (fricciones, presiones, malaxaciones) deben ser siempre lentos y sostenidos. La mano aplicada contra el abdomen se encarga de repeler directamente los tejidos de arriba abajo, mientras que la introducida en la vagina los rechaza de abajo arriba. Regularmente se comete la falta de querer hundir demasiado la mano abdominal y de no levantar bastante los tejidos con la vaginal. Cada una de ellas debe recorrer una parte del camino que las separa. Inmediatamente detrás de la sínfisis, están las manos separadas una de otra únicamente por las paredes que ellas mismas repelen y por la vejiga, mientras que un poco más hacia atras se interpone entre ellas el útero, cuando éste se halla en situación normal. La anteversión es la posición que más se presta al amasamiento del útero, es la posición, pues, que será preciso hacerle tomar.

En la metritis crónica y en todas las demás afecciones que no siendo neoplasmas han determinado la hipertrofia del útero, se procede como sigue: una vez acostado el órgano hacia adelante, lo sostienen é inmovilizan los dedos introducidos en la vagina, durante lo cual la mano externa ejecuta una serie de fricciones sobre su cara posterior; después se procura aprisionar el fondo del órgano entre los dedos y se le va comprimiendo de un modo concéntrico, lo mismo que en la maniobra obstétrica de la expresión.

Cuando existe una infiltración del tejido celular peri-cervical, con la mano externa se fija y abaja la matriz, verificando los dedos entre tanto pases lentos y suaves alrededor del cuello. Para amasar el borde del útero, después de encontrarse las dos manos al lado del órgano, lo repelen lateralmente; de este modo la región lateral se acerca más à la línea media y resulta más accesible Las bridas suelen hallarse en las partes ánterolaterales, uniendo uno de los lados del útero con la serosa pélvica del mismo lado; para extenderlas se debe atraer el útero ó rechazarlo en sentido opuesto. Por medio de los movimientos que se imprimen al útero se llega fácilmente á determinar el punto de fijación de las bridas. El amasamiento debe consistir en malaxar las regiones en que radican las bridas para producir su reabsorción, y en movimientos impresos al útero para desprenderlo de estos lazos.

LIBRO III

NEOPLASMAS DE LOS ANEJOS Y DE LOS LIGAMENTOS DEL ÚTERO (OVARIOS, TROMPAS, LIGAMENTOS ANCHOS, LIGAMENTOS REDONDOS)

CAPITULO PRIMERO

Anatomía patológica de los quistes del ovario

División de los tumores del ovario. - Anatomía patológica de los quistes del ovario. División.—Quistes de gran desarrollo. Volumen. Superficie externa. Conformación interior. Capas. Superficie interna. Epitelio.—Quistes prolígeros ó prolíferos glandulares. - Quistes prolígeros o prolíferos papilares. Histogenia. Contenido líquido.-Quistes dermoides. Tumores mixtos. Génesis.-Quistes parováricos, hialinos y papilares.-Quistes de moderado desarrollo. Pequeños quistes residuales. Quistes folículares. Enfermedad quística del ovario. Alteración escleroquística del ovario. Quistes del cuerpo amarillo.-Quistes tubo-ováricos.-Anatomía patológica del pedículo. Quistes incluídos en el ligamento ancho. Quistes retro-peritoneales. - Adherencias. Ascitis. Apoplejía. Supuración. Torsión del pedículo. Generalización peritoneal. Metástasis. a. Metástasis por infección espontánea. b. Por infección operatoria.

Desde el punto de vista histogénico, se han dividido los tumores del ovario en neoplasmas de origen conectivo y neoplasmas epiteliales. El primer grupo, tumores dermoides, comprende los fibromas, los sarcomas, los mixomas, todos ellos tumores muy raros, sobre todos los últimos. El segundo grupo, tumores epiteliales, encierra los cistomas, los carcinomas ó epiteliomas alveolares, y los adenomas ó epiteliomas mucoides.

Por razón de la clínica, la mejor división es la que establece la distinción de tumores sólidos y tumores quísticos. Como estos últimos son los que ocurren con mayor frecuencia, son los primeros que deben llamar la atención del clínico.

Anatomía patológica de los quistes del ovario. — Todas las par- Anatomía patotes del aparato tubo-ovárico pueden servir de punto de origen á las quistes del ovario

formaciones quísticas: tales la porción cortical y la porción medular ó parénquima, el borde inferior ó hilo, la región comprendida entre la trompa y el ovario en que hay diseminados vestigios del cuerpo de Wolff (cuerpo de Rosenmueller ó parovario, hidátide de Morgagni, restos obliterados del canal de Gartner). Estos varios neoplasmas que histogénica y anatómicamente considerados son tan distintos, pueden á veces entrar artificialmente en la misma especie

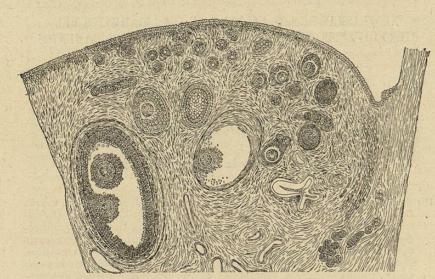


Fig. 26.- Corte vertical del ovario de una perra (Wyder)

En toda la superficie libre del ovario se ve una capa de células epiteliales cilíndricas (epitelio germinativo [Keimepithel de los alemanes]). En un punto existe una depresión que tiene la forma de un dedo de guante, la cual sirve para que un tubo de este epitelio se hunda en el tejido del ovario. Debajo hay una capa de tejido conjuntivo denso con folículos jóvenes y ovisacos. A la izquierda, hacia la parte media de la preparación se presentan dos folículos de más larga existencia. con óvulos enteramente desarrollados. A la derecha se ve la cicatriz estrellada y formando pliegues, procedente de un antigno folículo. En esta región se descubre también el estroma del hilo, rico en vasos, y el corte longitudinal y transversal de tubos del parovario. El mayor de los folículos, á la izoujerda, encierra dos óvulos y permite reconocer la estructura general de los folículos, membrana fibrosa, membrana granulosa y disco prolígero con el óvulo; asimismo se pueden distinguir en este último la zona pelúcida, el vitelo, la vesícula germinativa y su nucléolo.

clínica; así, para citar un ejemplo, basta sólo que un quiste esté incluído en el ligamento ancho para constituir una categoría quirúrgica bien definida; ahora bien, este quiste incluído, ó bien podrá estar arraigado en el mismo lugar (quiste unilocular con contenido límpido), ó derivar, ora del hilo del ovario (quiste papilar), va del parénquima del ovario (quiste glandular), y, desplegando las hojillas del ligamento ancho, introducirse entre ellas.

Por razón de la descripción anatómica, conviene distinguir las producciones quísticas por el volumen que pueden alcanzar; en efecto, las hay que nunca pasan de un tamaño mediano y se pueden muy bien tolerar, ó cuando más ser causa de desórdenes algo penosos, es verdad, pero que no comprometen la vida. Otras, al contrario, evolucionan con suma rapidez desde el momento en que comienza á progresar su desarrollo (cuyo origen á veces se pierde en el período embrionario).

Mi división de los quistes del ovario es como sigue:

A. Quistes de gran des-

arrollo.

B. Quistes de desarrollo

moderado.

División

- I. Quistes prolígeros ó prolíferos glandulares.
- II. Quistes prolígeros ó prolíferos papilares.
- III. Quistes dermoides simples ó mixtos.
- IV. Quistes parováricos, los cuales á su vez abarcan diversas especies: hialinos, papilares, dermoides.
- I. Pequeños quistes residuales (procedentes de la hidátide de Morgagni; del conducto horizontal del parovario).
- II. Quistes foliculares.
- III. Quistes del cuerpo amarillo.

Por último, los quistes del ovario pueden contraer conexiones anatómicas con la trompa, formando entonces una variedad distinta: son los quistes tubo-ováricos.

A. Quistes de gran desarrollo.—I y II. Quistes proligeros ó Quistes de proliferos.—Estos tumores presentan un aspecto muy variable; sin embargo, existen algunos caracteres comunes á todos ellos, que permiten establecer una descripción de conjunto, á la cual añadiré luego los detalles especiales propios de cada variedad.

Ambos ovarios pueden estar invadidos, pero en este caso las lesiones no suelen tener el mismo grado de desarrollo; así, mientras que uno de los lados está ocupado por un tumor enorme, en el otro sólo hay á veces un principio de alteración, que aumenta ligeramente el volumen del órgano; el cirujano no debe en ningún caso, antes de volver á cerrar el vientre, descuidar de inspeccionar debidamente el ovario del lado reputado sano.

El volumen puede ser tan desmesurado que llega á llenar completamente el abdomen (1), y á repeler y desviar los cartílagos costales hacia afuera, de tal modo que verificada la ablación del tumor la vista de la mujer evoca el recuerdo de un pescado eviscerado.

⁽¹⁾ N. MAGLIONI (Historia de un quiste del ovario, etc., Buenos-Aires, 1891) ha extirpado á una mujer de 65 años un quiste que pesaba 35 kilógramos. Curación.