CAPITULO V

Tumores de las trompas, de los ligamentos anchos y de los ligamentos redondos

Tumores de las trompas: Fibromas. Epiteliomas ó carcinomas y sarcomas. Papilomas.—Tumores de los ligamentos anchos: Quistes. Cuerpos fibrosos. Lipomas. Epiteliomas y sarcomas. Varicocele parovárico y flebolitos. Equinococos. Síntomas. Diagnóstico. Tratamiento.—Tumores de los ligamentos redondos: Quistes ó hidroceles. Fibromas. Anatomía patológica. Síntomas. Diagnóstico. Tratamiento.

Tumores de las trompas (1)

Fibromas

Los **fibromas** son raros y de moderado volumen; se desarrollan hacia el exterior y, por lo común, no estrechan el calibre del oviducto.

Epiteliomas y sarcomas

Los **epiteliomas ó carcinomas** y los **sarcomas** de la trompa suelen encontrarse como propagación del cáncer del ovario ó como propagación ó metástasis del del útero. Cosa notable, á veces se observa un cáncer muy adelantado del ovario, y, sin embargo, la trompa permanece completamente sana. Esto depende, sin duda, de la dirección que sigue en su curso la linfa (Olshausen). En 73 observaciones de cáncer del útero, Kiwisch ha notado 18 veces el cáncer de la trompa, y Dittrich, en una suma de 94 casos de cánceres diversos, sólo encontró 4 degeneraciones malignas del oviducto. Esta afección es, pues, muy poco frecuente. Orthmann (2) ha reunido 13 observaciones, en las que 9 veces el cáncer procedía del útero y 4 veces del ovario. En un solo caso perteneciente á la clínica de A. Martin, el carcinoma (epitelioma) de la trompa, era primitivo; tratábase de un carcinoma de forma vegetante papilar, en una mujer de 51 años. No he podido reunir más que muy contados casos bien averiguados de cáncer primitivo; uno de ellos, que resultó un sarcoma, fué publicado por Senger (3). Un tercer

(1) Los tumores quísticos han sido ya descritos en el capítulo de los QUISTES DEL OVARIO (*Quistes tubo-ováricos*) y en el capítulo de las OÓFORO-SALPINGITIS QUÍSTICAS (*Piosálpinx, hidro-sálpinx* y *hémato-sálpinx*).
(2) Orthmann. Soc. gin. de Berlín, 27 abril 1888 (*Centralbl. f. Gyn.*, 1888, n.º 21, p. 345).
(3) Emil Senger. *Centralbl. f. Gyn.*, 1886, p. 601.

caso, operado por Landau, y presentado por Gottschalk (1) también era un sarcoma. Un cuarto caso, carcinoma ó epitelioma, era de Kaltenbach (2). Otro caso, el quinto, es debido á A. Doran (3). El ovario y la trompa estaban atacados de carcinoma, pero la alteración de ésta parecía manifiestamente primitiva. Tratábase de una mujer de 48 años que presentaba, hacía tres años, flujo vaginal acuoso y á veces, sanioso; luego, después de un raspado sin resultado, tuvo una inflamación en la pelvis y desde este momento, el tumor de los anejos, que hasta entonces no había aparecido, se desarrolló.

Por los casos publicados, parece que el cáncer de la trompa aparece especialmente á la época de la menopausia y que sigue un curso muy lento.

Papilomas

A. Doran (4) ha descrito un **papiloma** de las trompas que cree de naturaleza benigna. Cree, dicho autor, que estas producciones son, más bien que neoplasmas, simples hiperplasias debidas á la inflamación crónica del órgano. Ha publicado dos interesantes observaciones que no bastan para establecer la existencia de dicha lesión como forma clínica definida. Probablemente sucede en estos casos lo mismo que en los papilomas del ovario, esto es, que una forma anatómica de idéntica apariencia, por causas desconocidas evoluciona ya como tumor benigno, ya como tumor maligno. Bland Sutton, que también admite el papiloma de la trompa, como forma anatómica especial y benigna, atribuye gran importancia á la gonorrea en estas producciones. De ser esto cierto, sería difícil explicarse su excesiva rareza; pues no hay que confundir los papilomas con la hipertrofia foliácea de los pliegues de la mucosa tubar propia de ciertas salpingitis.

Tumores de los ligamentos anchos

Quistes

El estudio de los **quistes** va incluído en el de los del ovario con los cuales se confunden clínicamente.

Cuerpos fibrosos

Se han observado **cuerpos fibrosos** en los ligamentos anchos, independientes del útero. ¿Se desarrollan primitivamente en las redes de los tejidos conjuntivo y muscular propios de dichos repliegues ó son debidos á migración de cuerpos fibrosos uterinos? Es imposible

(1) Gottschalk. Soc. de natural. y méd. al., de Berlín, 1886 (citado por A. Doran).
(2) Kaltenbach. *Centralbl. f. Gyn.*, 1889, n.º 5, p. 74.
(3) A. Doran. *Trans. of the path. Soc. of London*, 1889 (anal. en *Arch. de Tocol.*, mayo 1890, p. 326).
(4) A. Doran. *Trans. obstetr. Soc.*, Londres, 1886, t. XXVIII, p. 229.

BIBLIOTECA FAC. DE MED. UNAM

resolver este problema; la última opinión ha sido sostenida por Klob, Kiwisch y Virchow (1); por otra parte Sænger (2), Bilfinger (3) y Freund han demostrado el origen autóctono de casos operados por ellos.

Tédenat (4) ha observado un enorme **tumor fibro-quístico**, acompañado de otros tumores puramente fibrosos del ligamento ancho.

No hay que confundir los cuerpos fibrosos pequeños con los **ovarios suplementarios** que, según Waldeyer y Beigel (5), pueden á veces existir por encima del ovario normal, y cuyo tamaño raras veces llega y nunca supera al de una cereza.

Lipomas

Los **lipomas** han sido observados muy pocas veces en el ligamento ancho. Ví un caso que se tomó por un quiste del ovario, á causa de la falsa fluctuación que presentaba. El tumor era enorme y llenaba el vientre. La enferma sucumbió repentinamente por embolia, á los tres días de haber practicado una punción exploradora. Terrillon (6) operó un caso en que el enorme tumor, que pesaba 57 libras, nacía en el mesenterio. Estos tumores subserosos, una vez enucleados, dejan una gran cavidad que hay que tratar

(1) Virchow. *Pathologie des Tumeurs*, trad. al franc., 1871, t. III, p. 412.

(2) Sænger. *Ueber primære dermoide Geschwuelste der Ligamenta lata (Arch. f. Gyn.*, 1880. Bd. XVI, Heft 2, p. 258, é *Ibid.*, 1883, Bd. XXI, p. 179).

(3) Bilfinger *(Ein Beitrag zur Kenntniss der primæren dermoiden Geschwuelste in den breiten Mutterbændern.* Disert. inaug., Wirzburgo, 1887) da cuenta de la observación de un fibroma del tamaño de un huevo de ganso, encontrado en la autopsia de una mujer de 56 años, sobre cuyo origen primitivo no caben dudas. El autor publica un cuadro en el que van comprendidos los 13 casos ciertos de esta lesión, que conoce hasta hoy la ciencia.

(4) El profesor Tédenat, de Montpellier, me ha hecho el obsequio de comunicarme el siguiente hecho inédito. «*Fibro-miomas de los ligamentos anchos, de peso 7 kilogramos, después de la evacuación de un quisto-mioma que contenía 8 litros de líquido. Útero normal.* Mujer de 48 años, madre de dos niños. Hace 7 años que empezó á crecer el vientre. Menstruación regular, no muy abundante. Constipación tenaz. Dolores lumbares. Desde hace dos años, el enorme volumen del tumor dificulta la respiración. Examinando la enferma se nota un gran tumor fluctuante que tiene con el útero, que es móvil y pequeño, las ordinarias relaciones de los quistes del ovario. En el fondo de saco de Douglas se perciben masas móviles que desaparecen debajo del dedo. Laparotomía. Ablación penosa de los tumores del útero y de los anejos; los fibro-miomas adhieren á las paredes pélvicas. Hemorragia considerable. Muerte á las 20 horas. El quisto-mioma desarrollado en el ligamento ancho derecho se extiende á la derecha y por delante del útero. Contiene 8 litros de líquido. Su pared, cuyo grosor es de 1 á 5 centímetros, tiene la cara externa rosada y la interna roja, reticulada y lobulada. De su parte postero-externa se separa, unido á un pedículo de 3 centímetros de largo y 3 de grueso, un tumor de color rosa-pálido, fofo, del tamaño de dos puños. Por detrás de estas dos grandes masas hay una decena de tumores de diverso volumen (como huevos de gallina, puño, pera grande, riñón), incluídos en los ligamentos anchos, unidos unos á otros por un tejido laxo que les permite gran movilidad. Estos tumores no tienen ninguna relación de continuidad con el útero, que es pequeño y normal. Los tumores son fibro-miomas típicos, nacidos seguramente en el ligamento ancho, y de textura más laxa que la de los miomas uterinos ordinarios.»

(5) Waldeyer. *Loc. cit.*- H. Beigel. *Ueber accessorische Ovarien (Wien. med. Wochenschr.*, 1877, n.º 12, p. 265).

(6) Terrillon. *Bull. de l'Acád. de Méd.*, 6 octubre 1885, y *Leçons de Clin. chir.*, 1888, p. 460.—La enferma sucumbió por supuración.

conforme dejo indicado á propósito de los cuerpos fibrosos intraligamentarios del útero.

Epiteliomas y sarcomas

Epiteliomas y sarcomas.—Estas neoplasias suelen proceder de tumores contiguos que se han extendido á los ligamentos anchos, originados ya en el peritoneo, ya en el ovario, ya en el útero. Bandl ha visto algunos casos de cánceres procedentes de los ganglios mesentéricos.

Varicocele parovárico Flebolitos

Varicocele parovárico. Flebolitos.—Las dilaciones varicosas de las venas útero-ováricas señaladas por Richet (1) y por su discípulo Devalz (2), Winckel no las ha encontrado más allá de diez veces en 300 autopsias. Claro está que en el vivo deben tener un volumen mucho más considerable que en el cadáver. En dichas varices Winckel (3) ha observado trombus y Klob y Bandl flebolitos.

Equinococos

Equinococos.—Freund (4) ha dedicado una importante memoria al estudio de estos parásitos en la pelvis menor de la mujer; caminan por todos los intersticios celulares que comunican con el espacio pelvi-rectal superior, por cuyo punto parece que se introducen, pudiendo desde el mismo llegar al ligamento ancho y alcanzar la fosa ilíaca, y salir desde aquí á la pelvis, por encima ó por debajo de la arcada crural. A su alrededor provocan una inflamación crónica con induración del tejido conjuntivo.

Síntomas

Pueden, aparte de los fenómenos de compresión, no determinar ningún **síntoma** local, ni alterar el estado general. Los tumores son redondeados, elásticos, situados de preferencia en las inmediaciones del recto, en la porción posterior de la pelvis, son poco móviles y nada dolorosos. Por la palpación bi-manual se puede reconocer que no son solidarios del útero ni de los ovarios. La punción exploradora es bastante peligrosa porque expone á la inflamación.

Diagnóstico

El **diagnóstico** casi debe hacerse por exclusión y con el auxilio de los datos aportados por la geografía médica, que nos enseña la relativa frecuencia con que se observan casos de equinococos en ciertos países (Islandia, Mecklenburgo, etc.).

Tratamiento

El **tratamiento** varía según el sitio del tumor. Si es extenso y forma relieve en el abdomen, por medio de la laparotomía, se podrá, ya enuclear completamente el saco, ya suturarlo á la incisión abdo-

(1) Richet. *Traité d'Anat. médico-chir.*, 1854, p. 753.

(2) S. Devalz. *Du Variococèle ovarien*, etc. Tesis de París, 1858.

(3) Winckel. *Lehrb. der Frauenkr.*, 2.ª edic., 1890, p. 719.

(4) W. A. Freund. *Die Echinococcenkrankheiten im weiblichen Becken (Gyn. Klin.*, 1885, p. 299).—Véase asimismo Charcot. *Mém. de la Soc. de Biol.*, 1852, t. IV, p. 101.—C. Davaine. *Traité des Entozoaires.* 2.ª edic., París, 1877.—F. Villard. *Annal. de Gyn.*, 1878, t. IX, p. 101.

minal, practicar el taponamiento y aplicar tubos de desagüe. Para los quistes pequeños de la pelvis no hay necesidad de intervenir, á menos que haya fenómenos de compresión que obliguen á ello. En tal caso se practicará una incisión en el fondo de saco posterior de la vagina hasta llegar al tumor; también se podría llegar al quiste por la perineotomía ó por la incisión para-sacra, según los casos. Si hay necesidad de abrir el peritoneo, al llegar á la bolsa y antes de abrirla debería hacerse el taponamiento con gasa yodofórmica, que se dejará aplicado por espacio de 24 ó 48 horas con objeto de asegurar la hemostasia y la formación de adherencias protectoras; en el segundo tiempo se incinde extensamente la bolsa, procurando que se mantenga aséptica.

Tumores de los ligamentos redondos

Quistes ó hidroceles

Quistes ó hidroceles.—Puede observarse una acumulación de serosidad enquistada en el interior del canal inguinal ó en su orificio externo, pareciendo muy natural atribuir esta lesión á la persistencia del conducto peritoneal de Nuck, que envuelve el ligamento redondo durante la vida intra-uterina. Duplay (1) niega dicho origen, que es admitido por muchos autores (2). Sin embargo, Schrœder (3) afirma que en un caso que él observó se podía repeler el líquido hacia el abdomen, lo cual parece demostrar que hay comunicación entre el quiste y el peritoneo y que la procedencia de estos quistes es análoga á la del hidrocele congénito del hombre. Exista ó no este origen, también pueden formarse los quistes de otra manera, toda vez que pueden presentarse en el interior del ligamento redondo. En efecto, es sabido que el *gubernaculo* de Hunter, que luego más tarde es el ligamento redondo de la mujer, según E. H. Weber (4), primitivamente está hueco; ahora bien, podría muy bien persistir el estado fetal y favorecer la producción de un trabajo patológico (5).

Hablaré de los **síntomas, diagnóstico y tratamiento,** en el capítulo de las INFLAMACIONES Y QUISTES DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN.

(1) S. Duplay. *Des Collections séreuses et hydatiques de l'aine*, París, 1865, y *Traité de Path. externe*, 1887, t. VII, p. 721.
(2) Zuckerkandl (citado por C. Hennig. *Arch. f. Gyn.*, 1885, Bd. XXV, p. 103) ha encontrado, según parece, 4 veces el canal de Nuck en 19 niñas de 1 á 12 años; 3 veces era bilateral.
(3) Schrœder. *Loc. cit.*, p. 455.
(4) E. H. Weber, citado por Bandl y por Schrœder. *Loc. cit.*
(5) Para la génesis de estos quistes véase Staffel. *Ueber Cysten des Canalis* Nuckii (*Centralbl. f. Gyn.*, 1887, p. 272).

Fibromas

Anatomía patológica

Fibromas.—Pueden presentarse, sea en estado de pureza, sea en forma de **fibro-miomas** (1), **mixo-fibromas** (2), ó de **fibro-mixo-sarcomas** (3). Se ha notado la degeneración calcárea (Duncan). Leopold encontró un **mioma linfangiectático** en el ligamento redondo.

Síntomas

Suelen situarse al lado derecho (8 veces en 11 casos, según Sænger), y casi siempre se trata de mujeres que han parido.

El tumor puede estar situado en el orificio interno, ó puede ser intra-peritoneal (3 casos conocidos citados por Winckel, Duncan, Kleinwæchter) ó exterior, situado en el labio mayor ó hacia el pliegue de la ingle. Independiente de los tegumentos, pediculada muchas veces, en ocasiones sesil, la masa del tumor es de variable volumen, lisa ó ligeramente lobulada y generalmente de consistencia fibrosa; es indolente á la presión, pero cuando adquiere cierto volumen suele provocar dolores por las compresiones que ejerce. La tos y los esfuerzos no determinan ninguna modificación en los fibromas. Sólo al principio es posible, á veces, cuando son todavía muy pequeños y están situados al exterior, reducirlos al interior del trayecto inguinal. Se ha notado que suelen aumentar de volumen por la influencia del embarazo y también en cada época menstrual. El **curso** es muy lento en los fibromas puros, pero cuando se trata de tumores mixtos, puede ser tan rápido como el de las producciones malignas.

Diagnóstico

Por lo que hace referencia al **diagnóstico**, conviene distinguir con Duplay los casos en que los tumores son pediculados, de aquellos que no lo son. Si hay pedículo y que éste se insinúa por debajo de la arcada crural, no puede ya tratarse de un neoplasma del ligamento redondo. Si el pedículo pasa por encima de dicha arcada, puede tratarse de un tumor del ligamento, de una hernia grasosa, de un epliplocele, ó de una hernia del ovario. El diagnóstico diferencial debe hacerse en vista de los siguientes signos: la **hernia grasosa** disminuye á menudo por la presión, es dolorosa al tacto y durante la marcha; es de consistencia blanda y de límites difusos. El **epiplocele** irreductible, que á veces adquiere consistencia fibrosa comparable á la del fibroma, sería de imposible diagnóstico si no se tuvieran en cuenta los conmemorativos y sin la presencia de un cordón epiplóico tenso por detrás de la pared abdominal. El **ovario herniado** es ovoide, tiene la forma regular del órgano y presenta

(1) Winckel. *Loc. cit.*, p. 711.
(2) S. Duplay. *Contrib. à l'étude des Tumeurs du ligament rond* (*Arch. gén. de Méd.*, marzo 1882, p. 257 y siguientes).
(3) M. Sænger. *Arch. f. Gyn.*, 1883, Bd. XXI, p. 279 y 1884, Bd. XXIV, p. 1.

exquisita sensibilidad á la presión; el aumento de volumen durante las reglas es mucho más marcado aún que el que se observa en ciertos fibromas, y el útero está muy desviado en látero-versión.

Si el tumor no tiene pedículo y se ha desarrollado en la ingle, puede confundirse con una **masa ganglionar.** Pero en este caso el tumor es siempre multilobular y no ofrece conexiones especiales con el orificio inguinal. Si el neoplasma está situado en el labio mayor, podrá tomarse por un **quiste de la glándula de** BARTHOLIN; para no cometer ningún error de diagnóstico se buscará con cuidado el punto de partida del tumor, ya por el estudio de los conmemorativos, ya por el examen directo; y si el tumor se ha iniciado en la parte superior del labio y ha descendido luego, y si puede apreciarse con claridad que se inserta en el orificio inguinal externo, no hay duda que se trata de un tumor del ligamento redondo.

El **pronóstico** está indicado por el curso del mal.

Tratamiento

El **tratamiento** consiste en la extirpación: cuando los fibromas están situados en el orificio externo, es generalmente fácil enuclearles. Los que son pre-peritoneales, situados por detrás del orificio interno, y de grandes dimensiones, pueden dar lugar á operaciones graves.

LIBRO IV

DE LA TUBERCULOSIS GENITAL

Reseña histórica. — Etiología y patogenia. Tuberculosis genital primitiva. Infección directa. Infección mixta. Tuberculosis genital secundaria. Infección secundaria metastática. Infección primitiva secundaria. Tuberculosis de la vulva, de la vagina y del cuello. Anatomía patológica. Diagnóstico. Tratamiento.— Tuberculosis del útero. Anatomía patológica. Síntomas y diagnóstico. Tratamiento.— Tuberculosis de los ovarios y de las trompas. Anatomía patológica. Síntomas. Tratamiento.

La invasión del aparato genital por los bacilos tuberculosos es bastante rara. Ciertas regiones como la vagina y el cuello, por ejemplo, parece que se muestran muy refractarias, á causa, sin duda, de la resistencia que opone el epitelio estratificado que las proteje. Los puntos donde suelen iniciarse más frecuentemente las lesiones tuberculosas son las trompas; de dicho punto se propagan con facilidad á los ovarios y, con mayor rareza, descienden hasta el mismo útero.

Expondré en un cuadro sintético la tuberculosis de los órganos genitales, siguiendo el orden anatómico.

Reseña histórica

Reseña histórica.—Los principales trabajos que conviene señalar, y que marcan las primeras etapas de este estudio, son debidos á LOUIS, SENN, RAYNAUD y CRUVEILHIER. Con ARAN, BERNUTZ, y sobre todo con BROUARDEL (1), la anatomía patológica, si bien reducida á conceder una importancia preponderante al aspecto macroscópico de las lesiones, adquiere más precisión, y la clínica está ya más adelantada. Desde entonces las investigaciones están basadas en un criterio positivo, gracias al descubrimiento del folículo tuberculoso y después al bacilo de KOCH, y al propio tiempo los crecientes atrevimientos quirúrgicos permitieron estudiar las lesiones en preparaciones recientes. Los nombres de HEGAR, WIEDOW, CORNIL

(1) LOUIS. *Recherches sur la Phthisie*, París, 1825. — SENN. *Arch. gén. de Méd.*, 1831, t. XXVII, p. 282. — RAYNAUD. *Ibid.*, t. XXVI, p. 186. — CRUVEILHIER. *Anat. path. gén.*, t. IV, p. 674 y 718. — ARAN. *Leçons clin. sur les Mal. de l'utérus*, 1858, p. 710 y siguientes.— BERNUTZ. *Clinique med. des Mal. des femmes*, París, 1861-62, t. II, p. 340. — BROUARDEL. *De la Tubérculose des org. génit. de la femme.* Tesis de París, 1865.