

Lección LXIII

Hematocele.—Sus variedades.—Etiología, patogenia, síntomas, diagnóstico, curso y complicaciones.—Tratamiento.—Anomalías de los anexos del útero.

Consiste el hematocele, que es más bien un síntoma de diversas enfermedades, que una entidad nosológica, en una hemorragia que forma una colección sanguínea ó un tumor constituido exclusivamente por sangre derramada. Recibe el hematocele distintos nombres según el sitio donde se verifique la hemorragia: unas veces ésta ocurre en el peritoneo y en el fondo de la pelvis se colecciona una cantidad mayor ó menor de sangre, formando el hematocele pelviano intra-peritoneal y otras veces la hemorragia se ha verificado entre las hojas del ligamento ancho en el tejido celular constituyendo la variedad llamada hematoma pelviano ó mejor hematocele pelviano sub-peritoneal ó extra-peritoneal. De estas formas, que, como vemos, corresponden á la misma división que hemos hecho de las infecciones pélvicas en pelvi-peritonitis y pelvi celulitis, la más común es la intra-peritoneal sin duda alguna.

No cabe negar que el hematocele puede aparecer en cualquier época, pero casi puede decirse que es privativa de la vida genital de la mujer, puesto que ni en la infancia, ni en la vejez es frecuente este síntoma y en cambio es frecuente de los veinte á los cuarenta años. No sólo esto sino que en muchos casos el hematocele aparece en las cercanías ó durante el mismo período menstrual; pero á veces ninguna relación guarda con aquel período, viniendo unido á un cansancio ó á un traumatismo, en una palabra, á cualquier acto que trastorne el modo de ser del aparato genital. Ya hemos dicho que el hematocele, más que como enfermedad, debe considerarse como síntoma, pues es raro que en un aparato genital sano ocurran hemorragias que determinan aquel fenómeno; por regla general existen trastornos que preparan el terreno para las susodichas hemorragias, y estos trastornos son los que vamos á indicar. Primeramente un estado varicoso de los plexos venosos que corren por los ligamentos anchos, el cual, exagerado durante el período menstrual ó bien á causa de un corte de transpiración ó un traumatismo, produce la rotura de una vena con la consiguiente hemorragia. Puede existir asimismo una circulación exagerada del aparato genital, formándose un coágulo al romperse la vesícula de Graaf y viniendo una hemorragia excesiva, por trombus, que determine el hematocele. También puede pasar un hecho sumamente raro y es que la trompa esté muy dilatada, pero no cerrada en sus extremos y que haya un reflujo de sangre desde la trompa al peritoneo. Ciertas neoplasias de los anexos que forman un tejido friable y hemorrágico, pueden ocasionar asimismo un hematocele. Sin embargo, la causa

más abonada para producirlo, la única según ciertos autores, es el embarazo extra-uterino que se realiza en la trompa y que ocasionando la ruptura de este órgano, es el punto de partida del hematocele; este es el caso más típico y característico.

Sea como sea, el hecho siempre es el mismo, á pesar de las diversas maneras como puede ocurrir. Si se trata de una hemorragia accidental en la vesícula de Graaf, de la rotura de una vena varicosa ó de una trompa con embarazo extra-uterino, tendremos la forma intra-peritoneal; cuando en estas circunstancias el fenómeno ocurra en la parte baja de la trompa en el sitio donde la envuelven las hojas del ligamento ancho; allí se formará la colección sanguínea originando el extra-peritoneal. En el primer caso se derrama la sangre coleccionándose en el sitio más declive, que es el fondo de saco de Douglas, si aquélla es mucha, suele llenarse la excavación, alcanzando la sangre derramada la parte alta del peritoneo y determinando una verdadera ascitis sanguínea; lo general es que no se llegue á estos fenómenos, pues antes de llegar á este extremo, suele morir la enferma, si no que se forma un quiste que contiene el líquido extravasado. Si la sangre quedase libre saldría de la pelvis y quedaría libre en el resto del abdomen, con lo cual debería percibirse un derrame libre; sin embargo, no ocurre nada de esto; en el momento de ocurrir la hemorragia sabemos que se forma un hematocele y á los pocos días, como gran parte de la sangre derramada se reabsorbe en su parte líquida quedando un coágulo fibrinoso, podemos observar hechos muy curiosos. El peritoneo sufre por estos fenómenos de transformación de la sangre, pero los fenómenos ocurren de una manera muy lenta porque los cambios del líquido sanguíneo necesitan días para verificarse; al tiempo que van ocurriendo nuevas hemorragias y se forman otros coágulos sobre los que ya existían, prodúcese una peritonitis adhesiva que tiene mucha importancia en el concepto anatómo-patológico. De esta manera la sangre queda enquistada en el fondo de la pelvis y encontramos después un tumor lleno de sangre, que no es sino el hematocele intra-peritoneal. En la otra forma de hematocele llamada por algunos *hematoma*, la hemorragia ocurre entre las hojas del ligamento ancho, hallándose aprisionada la sangre entre las mallas del tejido celular y aunque se forma tumor siempre queda más ó menos aprisionado. En el hematocele peritoneal hay hemorragias libres, porque el tumor está con holgura, mientras que en la segunda forma, como se halla limitado y sufre compresiones, no puede ocurrir aquel fenómeno; de aquí que la primera variedad sea más grave que la segunda, pues en esta el foco hemorrágico se encuentra más limitado y la hemorragia se detiene más fácilmente.

El primer síntoma de la enfermedad es un dolor agudo, sobre todo en la forma intra-peritoneal. Si el hematocele ha sido intenso no tardan en presentarse fenómenos de colapso, la enferma palidece, el pulso se hace frecuente y pequeño, y á veces sobreviene el síncope; estos fenómenos pueden presentarse de repente, constituyendo lo que los ingleses llaman *hematocele cataclísmico*, que

ocurre sobre todo en casos de embarazo extra-uterino. Junto con el hematocele pueden presentarse náuseas y vómitos por acción refleja y al formarse el coágulo pueden aparecer los fenómenos estudiados al tratar de las pelvi-peritonitis y pelvi-celulitis. Todos estos síntomas estarán más acentuados en la forma intra que en la extra-peritoneal, tanto porque en la primera la hemorragia suele ser más abundante, cuanto porque el peritoneo es más sensible que el tejido celular y reacciona con más viveza. Respecto á los síntomas objetivos tienen importancia según el momento en que practiquemos el examen, pero como no se tenga gran sensibilidad en los dedos para saber apreciar lo que pasa en el fondo de saco posterior, el reconocimiento será inútil. Debe hacerse más bien el diagnóstico por los síntomas subjetivos que hemos indicado, porque mediante el reconocimiento no descubriremos la sangre líquida, y á lo más se notará cierta pastosidad que puede confirmar el diagnóstico. Si el hematocele es extra-peritoneal encontraremos que el ligamento ancho se ha abultado hacia uno de los lados; después de coagularse la sangre puede comprobarse la existencia de un tumor en el fondo de saco de Douglas, ó en los fondos de saco laterales. Esto es difícil de confundir con ninguna otra enfermedad; como se trata sólo de un síntoma, pasaremos por alto los diagnósticos diferenciales.

El curso del hematocele es muy variable y presenta dos fases; si no se infecta ni sufre la influencia de elementos extraños, reabsórbese una gran cantidad de líquido sanguíneo, redúcese de volumen el tumor, se organiza y al cabo de algún tiempo encuéntrase sólo cristales de hematina, puesto que los glóbulos rojos se han digerido y el plasma sufre una reabsorción, quedando señales toda la vida de la existencia del hematocele. La reducción del hematocele es tan notable, que un tumor del volumen de un embarazo de cinco meses acaba por desaparecer á la vuelta de algunos meses. Pero á poco que recordéis todo lo dicho acerca de las infecciones pelvianas, á poco que recordemos que el hematocele es síntoma de enfermedades algo infectivas y que favorecerá la infección del aparato genital, comprenderemos que el tumor sanguíneo puede supurar y constituir un foco de infección, sintiendo la enferma inapetencia, dolores y otras molestias, por reabsorber estos productos nocivos. Ocurren, pues, al infectarse el hematocele todos los fenómenos de infección local, porque aquél se hace intolerado y doloroso, y el peritoneo resiste á la infección inflamándose y apareciendo los fenómenos propios de una pelvi-peritonitis y de una pelvi-celulitis. Vese, pues, que el curso del hematocele infectado es muy distinto del de aquel que ha seguido su normal evolución sin ingerencia de micro-organismos patógenos.

En el primer momento el pronóstico será de reserva, porque no sabremos los hechos que después pueden ocurrir; sin embargo, podrá pronosticarse con cierta benignidad cuando la hemorragia se detenga. Así pues, con tendencia á establecer un pronóstico benigno, debemos andar siempre prevenidos por las complicaciones que pueden ocurrir. Con lo dicho basta para tener idea acerca del

tratamiento que debemos seguir; nos limitaremos á aconsejar á la enferma quietud y reposo, precauciones higiénicas, limpieza del aparato genital externo, buena desinfección del tubo digestivo y esperar que se reabsorban los coágulos. Sin embargo, si la infección apareciera, no podríamos quedarnos pasivos y deberíamos intervenir de la misma manera que lo hacemos para una lesión de pelvi-peritonitis con tendencia á la supuración peritoneal. Lo que haremos será practicar una incisión, sacar los coágulos y desaguar la cavidad; respecto á la incisión puede practicarse en muchas ocasiones por la vagina, y otras por el abdomen, según la patogenia que reconozca el hematocela. Si la hemorragia reconoce por causa pequeñas alteraciones del aparato genésico determinadas por traumatismos, cortes de transpiración durante las reglas, etc., es mejor operar por la vía vaginal, pero cuando se debe á un embarazo extra-uterino es preferible recurrir á la laparotomía, porque tras de extraer los coágulos y de limpiar el peritoneo, podemos asegurarnos de que la hemorragia no se reproducirá extirpando los anexos correspondientes. Nada diré del tratamiento del hematocele en el momento de su desarrollo, porque es semejante al del embarazo extra-uterino; sin embargo, ya comprenderemos cuál ha de ser la conducta del cirujano; si la hemorragia no cede y la enferma se pone en una situación alarmante hay que buscar el origen de la hemorragia y verificar una ligadura. Una vez constituido el hematocele, hemos de recurrir á la intervención cuando sospechemos alguna de las complicaciones estudiadas.

Las anomalías de los anexos del útero pueden ser congénitas ó adquiridas, pero así como las del aparato genital externo revisten gran importancia por los trastornos que ocasionan, ser asequibles á la exploración y corregibles por medios quirúrgicos, las anomalías de los anexos del útero escapan muchas veces á nuestra exploración y no pueden operarse, de aquí que su importancia sea mucho menor. Entre las referidas anomalías congénitas tenemos la falta de ovarios ó trompas, comprobada en las autopsias ó en ciertas operaciones, pero no diagnosticada antes. La enfermedad puede sospecharse, pero es difícil de diagnosticar porque aún no encontrando los ovarios por el reconocimiento no podemos decir que no existen; lo que decimos de la falta de estos órganos puede decirse de su atrofia. Otra anomalía de los ovarios consiste en que existan los órganos del mismo nombre llamados suplementarios; creíase antes á pies juntillas en la existencia de tales ovarios, y cuando la menstruación se sostenía después de la castración ovárica se atribuía á la presencia de aquéllos. Posteriormente se ha comprobado que raramente existen tales órganos, pues no siempre lo que se encuentra es lo que realmente debe entenderse por ovarios suplementarios; así el hallar en un extremo del órgano una porción como independiente, unida sólo por un pequeño pedículo al resto de aquél, no significa que estemos en presencia de un ovario suplementario, pues todo lo más debe considerarse aquél como una parte desgajada ó separada. Sin embargo, en algunos casos se ha podido reco-

nocer la existencia de tales anomalías, y el hecho es de importancia por explicar la posibilidad de la fecundación después de la castración ovárica.

Pueden hallarse también en la trompa anomalías congénitas; así se han encontrado imperforaciones del pabellón ó del orificio interno del órgano, pero lo más frecuente es que haya una mayor amplitud en el punto de comunicación de la trompa con el útero, en lo cual se ha querido buscar la explicación de como unas veces penetran en el peritoneo los líquidos de las inyecciones intra-uterinas, y otras no ocurre este fenómeno. Sea como sea, las anomalías de la trompa no pueden diagnosticarse; la imperforación puede explicarnos algunas esterilidades de causa ignota, pues las que la padecen menstrúan bien y no han sido infectadas, ni han tenido flogosis pelvianas.

Otra anomalía que debemos registrar es la *ectopia ovárica*, en la cual el ovario está fuera de su sitio, formando hernia ó prolapso y dirigiéndose en el primer caso hacia el conducto inguinal. Estas hernias pueden ser congénitas ó adquiridas; en el primer caso desarróllanse en la época embrionaria por un descenso del ovario por el conducto inguinal. La hernia aparece debajo de la piel y va á parar á los grandes labios acompañada por lo general de epiploon ó de intestino. Quizás más frecuente que la hernia congénita es la adquirida, que se realiza como todas las que ofrecen este carácter y que aparece debajo de la piel correspondiente al anillo inguinal, viéndose ó tocándose en este sitio un cuerpo especial que ofrece la forma del ovario y que tiene particular sensibilidad, sin ser muy doloroso. Para el diagnóstico basta recordar que en este caso el ovario no pierde su funcionalismo y como al madurar la vesícula de Graaf, aquel aumenta de volumen, solo hay que observar la hernia del ovario para ver que en el período menstrual sufre un cambio en su tamaño, que es muy característico. La dismenorrea suele acompañar estas enfermedades, pues el ovario prolapso se congestiona con facilidad, lo cual determina dolores menstruales. No debe olvidarse que en algunos casos la trompa puede ser arrastrada con el ovario, y entonces habrá hernia de ambos órganos. Los ovarios herniados pueden sufrir las mismas alteraciones que los ovarios que conservan su situación normal, tanto es así que he operado un caso de hernias de ambos ovarios, en el que uno de ellos tenía un verdadero cistoma. Por lo que toca al tratamiento de tales hernias, si las observamos en período oportuno podemos aplicarlas el tratamiento de las lesiones de esta clase, por medio de vendajes compresivos. De iguales recursos nos serviremos en época más adelantada, y finalmente, cuando se presenten las enfermedades propias del ovario y la hernia se hace intolerable, las trataremos como corresponde á las demás lesiones de esta clase que no van acompañadas de hernia: por la extirpación.

Debemos estudiar también otra enfermedad frecuente, y es el prolapso ó mala situación del ovario, su caída hacia el fondo de saco de Douglas. Aunque algunas veces el prolapso puede ser congénito, lo general es que sea adquirido, lo cual se comprende dado el poco peso del ovario en la niñez y demás condi-

ciones que no favorecen el desplazamiento del órgano. Las circunstancias en que puede prolapsarse el ovario son por demás sencillas; la estación vertical prolongada mucho tiempo, cierta clase de ejercicios, las mismas congestiones periódicas del ovario, los partos repetidos que relajan todos los órganos de la baja pelvis, etc., pueden obrar en este sentido. No hay que olvidar las ovaritis y peritonitis que, aun curándose, pueden contribuir al prolapso del órgano. Aunque en ocasiones el prolapso del ovario pase inadvertido de la enferma, lo general es que determine molestias, porque en la situación en que queda el órgano se halla muy dispuesto á ciertos traumatismos y otros procesos que pueden atacarle. Por otra parte, la defecación es dolorosa, pues el paso de las materias fecales comprime el órgano, y además, como la circulación del órgano no se verifica como en el estado normal, sobrevendrán congestiones ováricas que acabarán de complicar el mal. Tradúcese á veces la enfermedad por crisis dolorosas durante el período menstrual, crisis que se acentúan más en el ovario izquierdo y por dispareunia. En cuanto á fenómenos generales, varían de una manera notabilísima según las enfermas, pues al paso que unas no tienen siquiera conciencia de su enfermedad, otras sufren grandes molestias, principalmente de fenómenos reflejos del sistema nervioso central. Para el diagnóstico, añadiremos á la historia de los síntomas enunciados, los datos que nos proporcione el reconocimiento, para el cual nos valdremos del tacto vaginal combinado con el rectal principalmente, aunque no despreciaremos la exploración combinada; con el tacto vaginal hallaremos el ovario en el fondo de saco posterior en forma de un bulto movable y que podremos alcanzar más ó menos. Por medio del tacto combinado y del tacto rectal, podemos coger el ovario y hacerlo mover en diferente sentido. Además, la historia de la enferma ayudará eficazmente al diagnóstico. Respecto al tratamiento, hay casos en los que la enfermedad apenas da síntomas y no vale la pena de tratarla, otras veces, por la aparición de los síntomas más ó menos molestos, conviene reducir el órgano; para esto hay el pesario de Lawson-Tait, parecido al que se usa en las retroflexiones, sólo que en vez de ser cilíndrico, lleva una punta roma en su extremo, dirigida hacia uno ú otro lado, según cuál sea el ovario prolapsado, y la cual vuelve el órgano á su sitio comprimiéndolo; fuerza es confesar que este instrumento es de uso muy restringido, pues causa dolores intolerables á las enfermas. Fuera de este medio, nos atenderemos á cumplir indicaciones sintomáticas, á menos que las manifestaciones de la enfermedad sean de tal naturaleza que motiven intervenciones quirúrgicas. Consistirán éstas en verificar la laparotomía y extraer el ovario, ó bien sacar este órgano mediante la colpotomía; se abrirá el fondo de saco posterior y nos dirigiremos al ovario, que se puede extraer fácilmente. Yo creo que el prolapso simple del ovario puede autorizar la *oorrafia*, que consistirá en incindir el abdomen por la línea media, buscar el ovario, llevarlo á la parte alta y suturarlo al borde del ligamento ancho para retenerlo en su sitio.

Conste de todos modos que la intervención variará según las manifestaciones del proceso.

Debemos hablar aún de otra anomalía de los anexos, pero como no tiene gran importancia para el diagnóstico, diremos poco de ella. Es la tal, una falta absoluta de peritoneo pelviano, en cuyo caso los intestinos flotan en una masa de tejido celular. El peritoneo pelviano puede sufrir muchas anomalías, pero por ser poco frecuentes y de escaso interés, no las estudiaremos.

Lección LXIV

Neoplasias ováricas.—Etiología y patogenia.—Quistes del ovario, sus divisiones y variedades.—Quistes glandulares.—Estudio completo de los mismos desde el punto de vista anatómico.

Constituyen las neoplasias del ovario el grupo más frecuente y conocido de las neoplasias de los anexos. Desde luego al estudiarlas nos hallamos con serias dificultades por lo que atañe á su clasificación, ya que no hay acuerdo entre los autores, y así, mientras unos aceptan una determinada base histogenética, otros admiten una base diferente, bien que fundada en el origen celular de tales neoplasias. Tampoco hay concordancia entre los que aceptan como punto de partida de la división de tales tumores, los caracteres microscópicos que ofrecen, pues éstos son sumamente variables. Finalmente, algunos han dividido tales producciones patológicas en benignas y malignas, pero como el concepto de benignidad ó malignidad de estas neoplasias no siempre puede establecerse de antemano, de aquí que tal clasificación no puede tomarse como la más acertada. Nosotros estableceremos dos grupos de neoplasias ováricas, según aquéllas sean sólidas ó quísticas; este modo de clasificar no será científico, porque no se relaciona con el origen anatómico de la neoplasia, ni con su carácter clínico, pues en ambos grupos hallaremos tumores benignos y malignos, pero obedece á la conveniencia, pues los tumores sólidos reconocen un origen distinto de los tumores quísticos. Comencemos por estudiar los quistes del ovario.

Estos, para su estudio, deben dividirse, y para ello, lo mejor será atenernos á su origen y naturaleza, mejor que á su tamaño y topografía. La etiología de estas neoformaciones es muy obscura todavía; sin embargo, tal vez obedezcan á hechos congénitos y puede ser que el cuerpo de Wolff contenga los elementos del quiste ovárico. Pueden aparecer los quistes en la infancia, aunque el hecho es raro, siendo más frecuentes al venir la pubertad, y desde esta época hasta la vejez pueden encontrarse en todas las edades y circunstancias de la vida de la mujer, pues lo mismo se presentan en nullíparas que en múltíparas. Por lo que toca á la Patogenia, podremos decir que los elementos que han de desarrollar

el tumor se hallan en la vida intra-uterina, habiendo autores que establecen en la separación de órganos durante aquella época las bases de una clasificación de los quistes ováricos. Así los autores ingleses admiten que los quistes del ovario, según el sitio donde empiecen á desarrollarse, ofrecerán diferentes caracteres más adelante. Dividen estos autores el ovario en tres zonas: corteza del ovario ú *oóforo*, donde se hallan los ovisacos, región de tejido vascular y conectivo que rodea el órgano ó *para-oóforo*, y finalmente, conductitos entre el ovario y la trompa que reciben el nombre de *para-ovario*, y describen quistes oofóricos, para-oofóricos y para-ováricos, que presentan distintos caracteres, así los primeros formarán el grupo de los quistes glandulares, mientras que los segundos constituirán los quistes papilares, muy distintos de los anteriores por su curso y malignidad, y los últimos pueden ser glandulares ó papilares, pero tendiendo á lo primero. Indudablemente que esta opinión tendrá sus fundamentos, pero lo cierto es que los mismos sostenedores de ella no creen que los tumores exclusivamente papilares sean siempre originados en el para-oóforo ni que los glandulares dependan siempre de su desarrollo en el oóforo, sino que creen que algunos de los originados en el para-oóforo son glandulares y otros papilares pueden haberse originado en el oóforo. Además, hay casos anómalos en los cuales encuéntrase en el interior del quiste representaciones del tejido adulto, como trozos de piel, dientes, etc.; son éstos los quistes dermoides que ofrecen todos los caracteres de los quistes del ovario. Así pues, tenemos quistes glandulares que se formarán en el oóforo, quistes papilares que tendrán su desarrollo en el íleo del ovario ó para-oóforo, y quistes dermoides que pueden originarse en cualquier sitio del órgano y que ofrecen caracteres especiales que merecen los estudiemos aparte.

Los tumores glandulares del ovario, llamados también quistes prolíferos del ovario, son los más frecuentes, y tanto es así, que al hablar de quistes del ovario se entiende muchas veces la variedad glandular. Por lo general, estas neoplasias atacan un solo ovario, aunque en un seis ú ocho por ciento son atacados los dos órganos; no hay regla fija respecto á cuál sea el ovario atacado de preferencia. En cuanto al volumen de estas neoplasias, varía según la época de su desarrollo, pero siempre tiende á alcanzar tamaños extraordinarios, encontrándose precisamente en esta forma los llamados tumores gigantes. Por lo que atañe á la forma, tiende á ser esférica, advirtiéndose que muchas veces ésta no viene impuesta por la textura del tumor sino por la mayor ó menor distensión que alcance dentro la cavidad abdominal en que puede desarrollarse. La superficie de estos quistes es lisa y más ó menos reluciente, pero á veces obsérvanse elevaciones y depresiones según la clase de quiste glandular que tengamos á la vista. El color en general es blanquecino, haciéndose á veces nacarado y adquiriendo en ocasiones sus paredes una delgadez tan pronunciada, que se ve al trasluz el contenido del quiste; el color nacarado sólo se interrumpe para el paso de vasos en la superficie neoplásica. Por los elementos que contienen

pueden dividirse estos quistes en uniloculares, multiloculares y reticulados. Los primeros ofrecen una sola cavidad, tienen una pared uniforme y el líquido que alojan es homogéneo. Cuando el quiste es multilocular puede ofrecer pocas cavidades (quistes pauciloculares) ó muchas de ellas (multiloculares), las cuales serán mayores ó menores y estarán separadas por una serie de diafragmas, los cuales vendrán á limitar espacios grandes como un huevo de gallina, á veces como una cabeza de feto ó de adulto, llenos de líquido. En ciertos casos, las cavidades son en tan gran número y tan reducido es su tamaño, que el quiste tiene el aspecto de una esponja y recibe la denominación de *reticulado*. Ya se comprende que entre estos quistes habrá distintos matices, en tanto que todas las variedades mencionadas son las mismas anatómicamente, puesto que bien examinado no hay quistes uniloculares, ya que en un sitio ú otro de ellos se encuentra algún quiste secundario de escaso tamaño. Debe advertirse que, mirando con escrupulosidad estas neoplasias, no son verdaderos quistes uniloculares, pues éstos van representados por una membrana que envuelve un contenido, en tanto que aquí sabemos que siempre hay quistes secundarios. En los casos en que no parecen existir quistes secundarios, pueden encontrarse examinando bien la superficie interna del quiste, pero de un tamaño muy reducido. Así pues, esta división de quistes en uni y multiloculares tiene su razón de ser macroscópicamente; además, el curso de la dolencia guarda cierta relación con estas formas anatómicas.

Todos estos quistes, sean de la clase que sean, contienen líquido de diferentes propiedades físicas y químicas. Unas veces el líquido es claro como agua simulando el contenido de los quistes hidatídeos; otras es pegajoso y espeso, como gelatina; su color varía asimismo, pues el líquido puede ser verdoso, negro ó encarnado, por las hemorragias de que el quiste puede ser asiento, y á veces el líquido tiene un color diverso en cada cavidad quística. La estructura del quiste ovárico, es sumamente sencilla; la membrana que lo limita va revestida de peritoneo que ha sido arrastrado, encontrándose luego una capa de tejido conjuntivo por el que corren los vasos, cubriendo esta capa existe el epitelio, que es muy característico y tiene la forma cilíndrica ó cuboidea, variando su espesor, pues en unos sitios constituye una sola cubierta y en otros varias. De todas maneras, lo que tendría más importancia sería encontrar en el líquido de los quistes algún elemento peculiar y característico que no se hallase en otro líquido de nuestra economía; creyóse antes haber hallado tal principio en la para-albúmina, figurándose que con comprobar su existencia en el líquido sospechoso, se tenía hecho el diagnóstico. Pero como el tal principio se ha descubierto en casos de afectos cardíacos, hepáticos y renales, se ve que está muy lejos de servir en absoluto para el diagnóstico. En una palabra, la composición del líquido de los quistes glandulares del ovario, dista mucho de ser fija, y por tanto, no basta para diferenciar la enfermedad.

La manera de desarrollarse estos quistes, parece hoy bien conocida, y los

autores están acordes acerca de la misma. Hubo un tiempo en que se creyó que el origen del desarrollo de tales quistes consistía en una alteración de la vesícula de Graaf, que ya de por sí forma un quiste que luego se rompe, apareciendo una colección de sangre más ó menos enquistada. Luego se vió que no podía ocurrir de este modo, pues ni la época en que aparece el tumor, ni su constitución, autorizan esta opinión, y hoy día se cree que estos tumores se originan en el epitelio germinativo, aceptando la generalidad de autores la teoría de Waldeyer. Para comprender ésta, recordaremos que al desarrollarse el ovario en la vida intra-uterina, tiene una serie de conductos, los cuales constituyen el cuerpo de Wolff, del cual tenemos un representante en la edad adulta con los cuerpos de Rosenmüller; aquellos conductos, de trecho en trecho, sufrirán luego estrangulaciones, que vendrán á formar los ovisacos, elementos de primera importancia en la capa cortical del ovario, que aparecen en forma de esferillas recubiertas por dentro de epitelio. Pues bien, en estos ovisacos y conductos, se encuentra el origen de las enormes neoplasias estudiadas, las cuales se forman, como siempre, por alteraciones de los elementos anatómicos; comienza siempre el quiste por una proliferación del epitelio propio del ovisaco ó de los conductos que lo habían de originar; la masa central del referido epitelio se altera, mueren sus células y viene una disgregación, mezclándose en ella la serosidad que queda retenida en la cavidad del ovisaco, de manera que éste viene á constituir un quiste microscópico. Este proceso puede ocurrir en varios folículos, y según sea la evolución de aquél, el quiste será uni ó multilocular ó bien reticulado. Puede ocurrir durante estos actos, que un quiste se junte con el vecino, por destrucción del tabique que separa una cavidad de otra, convirtiéndose un quiste de multilocular que era en unilocular, ó bien puede suceder que los quistes persistan ó no se destruyan los tabiques que aislan las diferentes cavidades, presentándose las formas multiloculares y reticuladas. No se reduce á éstos fenómenos la histogénesis de los quistes ováricos, pues una vez iniciados éstos, desarróllanse nódulos epiteliales en su interior, enteramente parecidos á los glandulares; este epitelio es secretorio, y gracias á esto alcanza el quiste volúmenes enormes. Así, pues, en el interior de cada cavidad quística primitiva se forman botones glandulares, que consisten en una expansión llena de células, pasando éstas, después de reblandecidas, á la gran cavidad, ó formándose un quiste independiente; una vez formados los nódulos glandulares, según su tendencia á cerrarse, habrá variedades de textura. De aquí que tales quistes se hayan llamado prolíferos; de aquí que carezcan de propiedades absorbentes, y de aquí también que estos neoplasmas aumenten de volumen, pero nunca disminuyan. Si esto puede ocurrir, se comprende que, aparte el origen fundamental indicado, pueden deberse aquéllos á la proliferación del epitelio que recubre el ovario adulto, y que forma botones hacia el interior. Es de notar, que en este epitelio, que reviste la forma cúbica, se encuentran todas las formas, pero en particular las propias del epitelio mucoso, las caliciformes que se destru-

yen superficialmente y que se abren echando su contenido en la cavidad glandular. Vese, pues, que estos quistes constituyen neoplasias epiteliales, cuyo carácter tienen, como veremos al hablar del curso y pronóstico, y que más bien debieran llamarse neoplasias quísticas.

Lección LXV

Quistes papilares del ovario.—Estudio de los mismos.—Estudio de los quistes dermoides.—Quistes para-ováricos.—Quistes tubo-ováricos.—Estudio del pedículo en los tumores ováricos.

Difieren los quistes papilares de los glandulares, en lo que toca á su anatomía patológica, como en lo que se refiere á sus condiciones clínicas. Desde luego los quistes papilares atacan, por lo general, ambos ovarios; al revés de lo que ocurre en los de forma glandular, son de reducido volumen y ofrecen una forma particular más ó menos esférica, pero de superficie abollada é irregular. Sin embargo, lo que caracteriza estos quistes es la presencia de masas excrescentes, como papilomas, en distintos puntos de la superficie de aquéllos; á veces no se observan estas elevaciones en la superficie del quiste, pero se hallan si penetramos en su interior, de manera que hasta ver éste no podemos decir si aquéllas existen ó no. El contenido de las cavidades quísticas es igual al de los quistes glandulares, de modo que la característica del quiste papilar es su existencia en ambos ovarios y la presentación de papilomas. Clínicamente, distingúense estas neoplasias por la facilidad ó casi seguridad con que se desarrolla la ascitis y se propagan á los tejidos vecinos; así no es raro al operar estos quistes la presencia de papilomas en el epiploon ó en el peritoneo pelviano, y ya veremos, al estudiar el desarrollo de la ascitis, lo que influyen tales quistes en su presencia. De aquí que estas neoplasias tiendan á recidivar, pues los papilomas se ingertan con gran facilidad en los tejidos vecinos. Lo que diferencia anatómicamente los quistes glandulares de los papilares, es que así como en los primeros los botones glandulares crecen hacia la profundidad, en los segundos crecen hacia la superficie; estos botones llenan la cavidad quística y llega un momento en que ésta no puede contenerlos, viniendo una verdadera dehiscencia. Por esto es posible encontrar papilomas, no en la superficie y sí en la profundidad; por esto, examinando bien un quiste que parecía glandular, encontramos en su interior algún ligero papiloma que le da carácter. Los papilomas de la superficie no aparecen en ocasiones sino en un período adelantado. ¿Es este el único mecanismo por el cual en la superficie de un quiste ovárico multilocular encontramos los papilomas? ¿Son necesarios los fenómenos de dehiscencia, ó pueden aparecer los papilomas de un modo primitivo en la superficie del ova-

rio? De la propia manera que se forma un botón en el estroma ovárico, constituyendo el punto de partida de una cavidad quística, ¿cabe que se forme un papiloma? Algunos autores niegan la posibilidad de este hecho, pero, por mi parte, puedo asegurar que en algunos casos he podido comprobar que el ovario por fuera estaba liso y sin dehiscencia, y sin embargo contenía papilomas superficiales. También he observado la existencia de un papiloma en la superficie del peritoneo completamente aislado del ovario y sin ninguna relación con éste, por otra parte sano y normal. Lo más probable es, que teniendo por origen el desarrollo de los epitelios que cubren las cavidades quísticas, los quistes glandulares y los papilares no se diferencien anatómicamente, sino en la dirección del crecimiento celular que puede realizarse hacia la superficie ó hacia la profundidad, ocasionando las variaciones apuntadas. Siempre que los botones crezcan hacia la periferia, los quistes serán papilares, y glandulares cuando crezcan hacia la profundidad; el porqué en unos casos preséntase una forma y en otro la contraria, el porqué de los diversos fenómenos y la malignidad en cada una de las variedades, son secretos que todavía están por dilucidar.

Hasta aquí los verdaderos quistes ováricos glandulares ó papilares, pero al lado de éstos existen otros que se desarrollan alrededor del ovario, pero que por su topografía deben incluirse entre los de este órgano. Merecen especial mención entre estas neoplasias, los llamados quistes para-ováricos, que tienen su punto de partida en aquellos tubitos del cuerpo de Rosenmüller, del ala media del ligamento ancho. Suelen ser estos quistes unilaterales; fundamentalmente, los canalículos de Rosenmüller no dejan de proceder del epitelio germinativo de los conductos de Pflügger; afectan la forma glandular ó la papilar, y son poco frecuentes. También se diferencian los quistes para-ováricos de los ováricos por su contenido, que en los primeros es claro y transparente cual el de los quistes hidatídeos, y raras veces adquiere variados colores. El desarrollo de estos quistes verificase con más lentitud que el de las verdaderas neoplasias quísticas del ovario. Encuétranse á veces, por rareza, quistes que no se desarrollan en el ovario, ni en el para-ovario, sino en alguna región vecina, de histogénesis no bien determinada, y que no describiremos aparte, pues no ofrecen especial interés.

Existe una variedad de quistes ováricos muy diferente de la que acabamos de estudiar, me refiero á los quistes dermoïdes observados con cierta frecuencia según ciertos autores que le asignan una proporcionalidad de seis ó siete por ciento. Parécense mucho tales quistes por su aspecto exterior á los demás del ovario; pero su contenido es muy distinto: están limitados por una cáscara fibrosa y presentan en su cara interna una capa de epitelio estratificado semejante al epitelio cutáneo, y aun á veces encuétranse verdaderos trozos de piel que tienen todos los elementos de ésta, incluso pelos y glándulas sebáceas. También se han descubierto, aunque el hecho es raro, mamas rudimentarias con su correspondiente pezón y una zona periférica de tejido cutáneo, dientes libres ó

implantados en alguna pieza que simula el maxilar, trozos de hueso sin forma determinada, tejido nervioso y hasta tejido muscular liso ó estriado. Con todo, lo que generalmente se encuentra, es pelos y substancia sebácea que da nombre al quiste y existe con trozos de piel con todos sus elementos los cuales, especialmente las glándulas, conservan su vitalidad. De aquí que encontremos la substancia sebácea que aparece en forma de jabón líquido, amarillento, granoso y más ó menos espeso, ofreciendo á veces los caracteres del pus, y tanto es así que algunos han confundido un quiste dermoide cargado de substancia sebácea con un quiste supurado del ovario; á veces forma dicha substancia pequeñas bolitas, en número mayor ó menor, que nadan en un líquido turbio y abundante. Se han descubierto asimismo en el interior del quiste dermoide, ciertos órganos ó bien rudimentos de los mismos, los cuales probablemente no dependerán de quistes sino de embarazos extra-uterinos, pues aquéllos no contienen más que substancia sebácea. En general, los quistes dermoides son pequeños y los hay que así permanecen toda su vida, descubriéndose por casualidad en la autopsia ó en una intervención practicada por otro motivo; en ocasiones alcanzan el volumen del puño, pero raramente llegan á ofrecer un tamaño extraordinario. Encuétranse tales producciones en todas las épocas de la vida; en la infancia, lo que debe tenerse en cuenta porque quizás nos indique que la afección procede de la vida intra-uterina, lo mismo que en edades avanzadas. Acostumbran á fijarse estos quistes en los alrededores del ovario ó en este órgano mismo, adhiriéndose á él fuertemente. Algunas veces los quistes dermoides van asociados con quistes del ovario de otra clase, así se hallan quistes multiloculares que en uno de sus sitios presentan un quiste dermoide, constituyendo el quiste mixto. Ignoramos aún la patogenia de estos quistes, pero el haberlos encontrado en recién nacidas ha bastado para echar por tierra una serie de hipótesis que buscaban su origen en un desarrollo posterior del individuo. Sólo dos teorías quedan hoy en pie, la de la partenogénesis y la del enclavamiento; pretende la primera que el epitelio germinativo que cubre la superficie del ovario es capaz de originar el desarrollo de estos órganos que se hallan en el quiste dermoide, de manera que el referido epitelio se transforma y llega á constituir porciones de piel, pero en este caso la neoplasia aparecería en el cuerpo mismo del ovario, y sin embargo los elementos indicados aparecen con frecuencia fuera de éste. La teoría de Verneuil ó del *pellizcamiento*, refiere el origen de la neoplasia á los primeros tiempos de la vida intra-uterina, cuando las hojas del blastodermo están aún confundidas y se forman los capuchones cefálico y caudal; en este tiempo pueden formar un repliegue aquellas membranas, el cual puede quedar aprisionado principalmente en las regiones cefálica y caudal, lo cual explica la preferencia de los quistes por ciertas regiones de nuestro organismo. Sea como sea, se formará un pellizco, el cual quedará retenido en un lugar ú otro, conservando todo el poder formativo de las células embrionarias, y como quiera que aquél elige la hoja externa, de aquí que encontremos rudimentos de órganos de

la referida hoja blastodérmica; v. gr.: piel con todos sus accesorios y así nunca hallemos órganos de la capa interna. El tamaño del quiste dependerá de la cantidad de tejido embrionario detenido en su evolución. Encuéntrense generalmente tales quistes en el fondo de saco posterior, quizás por las relaciones que en la época embrionaria tuvo este sitio con la formación del polo caudal.

Deben dividirse los quistes del ovario en pediculados y sesiles, según tengan ó no pedículo, el cual se presenta muy variado, aunque siempre constituido por los mismos elementos. Ya recordaréis que normalmente el ovario se encuentra en el ala posterior del ligamento ancho, que se halla sujeto á los lados de la pelvis por el meso ovario y que además posee un pequeño ligamento que desde la extremidad interna del ovario va hacia el cuerno del útero, es el ligamento útero-ovárico; no olvidéis tampoco que el meso-ovario por su lado externo tiene otro ligamento, que es el repliegue peritoneal llamado infundibulum pelviano; pues bien, todas estas partes constituyen el pedículo. A medida que se desarrolle el quiste, sufrirá el meso ovario más ó menos alteraciones, aumentando el órgano en volumen el pedículo se estira, pero otras veces no pierde su longitud normal y se conserva corto y grueso á causa de la hipertrofia del meso ovario: también puede suceder que el pedículo se alargue pero sin adelgazarse. Ocurren las variedades que ocurran en la forma del pedículo, su constitución es siempre la misma, pues en todos los casos viene representada por un repliegue del meso-ovario que aloja tejido conjuntivo, fibras musculares y diversos vasos. Interesa sobremanera averiguar cómo se verifica la circulación del pedículo, y desde ahora digamos que las arterias que nutren aquél son las ováricas que descienden corriendo por el espesor del ligamento ancho y se unen con la uterina formando un arco vascular; las referidas arterias que nutren el ovario aseguran la vida del pedículo y corren por el espesor del mismo, en tanto que las venas están colocadas hacia la periferia. A veces el pedículo es mixto y forma parte de él la trompa; ocurre este fenómeno cuando la trompa se ha adherido al ovario y la neoplasia ha sido sesil en sus comienzos. Compréndese fácilmente que el ovario, á medida que el órgano crece, arrastre el pabellón la trompa con sus adherencias y que se una á la superficie de aquél formando parte del pedículo. Obsérvase particularmente este fenómeno en los quistes llamados tubo-ováricos, que ofrecen el pabellón de la trompa identificado con la superficie del ovario.

Lección LXVI

Variedades de los quistes según su topografía.—Estudio de las adherencias de los tumores ováricos.—Curso, complicaciones y degeneraciones de los quistes del ovario.

A pesar de que generalmente los quistes ováricos son pediculados, no siempre se ofrecen así, sino que en un gran número de casos son sesiles, ó sea que

carecen de pedículo. Son tantas las variedades de quistes sesiles que se han clasificado atendiendo á su topografía, ó sea según la posición que afectan en la pelvis; unas veces ocupan aquéllos el meso ovario, otras veces el tumor se extiende debajo del peritoneo, ocasionando la variedad llamada sub-peritoneal; en ocasiones todavía es más profundo el quiste y crece en el espesor del ligamento ancho, despegando sus hojillas, y por fin hay casos en que aquél se coloca detrás del peritoneo, originando la variedad conocida con el nombre de retro-peritoneal. Histogénicamente esto no tiene importancia, pero á medida que crecen ciertos quistes se comprende que vayan despegando el meso-ovario. En la inmensa mayoría de casos, los tumores sesiles pertenecen á la variedad papilar, los quistes del para-ovario forzosamente han de ser sesiles pero quizás lo son más los que pertenecen á la variedad sub-peritoneal, que tienen el crecimiento todavía más acentuado, habiendo una gran parte de quiste que no está cubierta por el peritoneo. Estas condiciones encuéntrase principalmente en los quistes papilares y particularmente en las susodichas variedades; compréndese que formado el quiste, el cuerpo de Rosenmüller despegará las hojas del ligamento ancho; por esta razón hay que enuclear tales quistes y no tenemos necesidad de practicar ninguna ligadura, ya que no existen ramos vasculares de importancia. Aumentando un grado más lo que acabamos de decir, tanto para los quistes ováricos, como por lo que atañe á los para-ováricos, supondremos que el quiste sub-peritoneal va despegando las hojas del ligamento ancho y creciendo en este sentido, en vez de hacerlo en dirección á la periferia, así es fácil encontrar un tumor que en su principio fué sencillamente sesil y luego se ha hecho sub-peritoneal. Estas variedades en su formación están más relacionadas con el fleo del ovario ó con el paraóforo.

Existe aún otra variedad de quistes, son los llamados retro-peritoneales, en cuya formación parece que el ovario se invierte, pues no sólo carecen de pedículo, sino que nacen debajo del peritoneo como emigrando de su sitio. Siempre hallamos el tumor en estas regiones y precisamente en el sitio donde debía estar el ovario. El tumor ha ido creciendo, levantando el peritoneo del fondo de saco de Douglas, y desde este momento puede seguir distinto camino; cabe que despegue el mesenterio, llegando casi á la columna vertebral, ó bien puede levantar el peritoneo de la fosa ilíaca ó el que pertenece al fondo de saco vesico-uterino, como he visto casos en los cuales éste se encontraba despegado por el tumor. No deben confundirse los quistes retro-peritoneales con los retro-uterinos, que más que una variedad anatómica presentan un período de la dolencia; los quistes retro-uterinos pueden dejar de serlo, la neoplasia cae en el fondo de saco de Douglas y queda aprisionada en esta cavidad comprimiendo el recto hacia atrás y el útero hacia adelante.

Otro fenómeno digno de tenerse en cuenta en los quistes ováricos consiste en las adherencias. Cuando el ovario principia á desarrollarse, está libre en la pelvis, pero á medida que crece y ocupa mayor espacio, se une á los órganos

vecinos de diferentes maneras. Supongamos un quiste de gran volumen como de dos cabezas de adulto; en primer lugar se comprende que no cabrá en la pelvis é invadirá la cavidad abdominal, donde contactará con el fondo de la pelvis, útero, vejiga, recto, anexos del lado opuesto y peritoneo de las fosas ilíacas; más arriba se relacionará con la pared abdominal anterior, intestinos delgados, y hasta puede contactar con el riñón, hígado, estómago y bazo; en una palabra, con todos los órganos del abdomen. Ahora bien, como se establecerán roces entre la neoplasia y estos órganos, y aquélla disfruta de escasa vitalidad, sobrevendrán fenómenos irritativos que se traducirán por una fuerte vascularización seguida de un trabajo exudativo que acabará por unir el quiste con las superficies de los órganos vecinos. Otras veces hay verdaderas flogosis y aparecen peritonitis parciales que originarán la formación de adherencias; ya se comprende que este no es el único modo de formarse adherencias, pues de ser así, éstas se establecerían pocas veces y aun encontraríamos siempre síntomas que las harían sospechar. Nada de esto ocurre en la práctica, pues las adherencias se forman á veces sin despertar dolores ni síntomas generales. Desde luego se echa de ver que las susodichas adherencias se formarán en cualquier sitio de aquellos que contacten con la neoplasia, pero en unos serán más frecuentes que en otros. Donde con más frecuencia se hallan aquéllas es entre la superficie del quiste y la pared anterior del abdomen, lo cual se comprende, pues en aquel sitio es donde menos vascularización y más roce sufren la superficie quística y la pared peritoneal; debe tenerse muy en cuenta lo común que es esta complicación, así la encontramos en enfermas cuyo quiste siguió un curso bonancible, y donde más importancia tiene este punto es al extirpar el quiste, pues cabe despegar el peritoneo parietal creyendo despegar la neoplasia. Las tales adherencias pueden ser extensas ó limitadas y ya veremos el modo de proceder con ellas al tratar de la extirpación de los quistes ováricos. Después del sitio indicado, donde más generalmente se presentan las adherencias, es entre el quiste y el epiploon, y luego entre aquél y los intestinos delgados, hallándose á veces una asa del intestino delgado completamente adherida á la superficie del quiste. No hablaremos de las raras formas de adherencia con el hígado y el bazo. Después del grupo de adherencias de la parte alta, debemos estudiar las de la parte baja, sólo que éstas son menos frecuentes, y se explica, porque el tumor al crecer lo verifica hacia el abdomen. Debe advertirse que es necesario distinguir las adherencias pélvicas del quiste, de las neoplasias retro-peritoneales, pues una de éstas puede hallarse en la fosa ilíaca derecha contactando con el ciego, pero sin adherirse. Sea como sea, las adherencias pélvicas son las menos frecuentes, aunque sean las más importantes en la práctica. Las adherencias y flogosis realizadas alrededor del quiste conducen á varios cambios y accidentes anatómicos que vamos á estudiar.

Uno de los primeros que debe señalarse es la apoplejía del ovario ó hemorragia intra-quística; vienen luego la inflamación del quiste y su mortificación,

y por fin la supuración. Tratándose de quistes papilares, sobre todo, se comprende que por alteraciones de sus papilas sobrevenga la hemorragia; pero no es precisamente en ellos donde la hemorragia tiene más importancia, á causa de la pequeñez de sus cavidades. En cambio, en los quistes glandulares de gran tamaño, en un momento dado, gracias á un proceso destructivo, puede abrirse una boquilla vascular y aparecer la hemorragia intra-quística apareciendo rellenas de coágulos sanguíneos las cavidades del quiste y aumentando éste de volumen. En algunos casos, la causa de este accidente se encuentra en la torsión del pedículo. De todas maneras la hemorragia intra quística pocas veces llega á revestir gran interés. También puede ocurrir la inflamación del quiste, que puede verificarse en su interior ó en su periferia; de aquí los nombres de inflamación quística y peri-quística. Estas flogosis pueden circunscribirse ó extenderse y las peri-quísticas determinar peritonitis limitadas á las inmediaciones del tumor. Como resultado de esta flogosis, pueden formarse adherencias que adquieren mucha importancia por el grosor que alcanzan y por su vascularización. La peritonitis puede ser adhesiva ó serosa y de aquí el desarrollo de ascitis. Es posible que el quiste ovárico supure, convirtiéndose en pus su contenido, y finalmente, puede venir la mortificación de la neoplasia, lo cual puede depender de una inflamación excesiva de la neoplasia ó bien del accidente que estudiaremos en el lugar correspondiente, con el nombre de torsión del pedículo. Es frecuente encontrar ascitis más ó menos graduada, la cual es de rigor, sobre todo en los quistes papilares, puesto que por una parte las cavidades que los constituyen sufren la dehiscencia y se ponen en contacto con la superficie peritoneal, y por otra los mismos papilomas invaden el peritoneo, viniendo una irritación exudativa que es origen de la ascitis. Este hecho no es tan frecuente, ni con mucho, en los quistes glandulares, aunque puede aparecer en grandes cantidades, y ya veremos el mecanismo de su formación al hablar del diagnóstico.

Los quistes del ovario, en el concepto anatómico, presentan un curso definido que se relaciona con el curso clínico, ó sea con el cuadro que ofrece la enfermedad. Iniciado un quiste ovárico, y sea cual sea su forma, desde luego podremos observar que unas veces su volumen queda limitado, mientras que en ocasiones lo adquiere extraordinario, creciendo casi ilimitadamente; esto nos conduce á una división de los quistes, en quistes de pequeño volumen y gigantes. Parece ser que en su crecimiento estas neoplasias no están desligadas de la forma anatómica, así los quistes prolíferos papilares en general no pasan de un reducido tamaño, lo que también sucede con los quistes dermoides, que son los más estacionarios, aunque algunas veces, por excepción, pueden alcanzar un volumen colosal, mientras que los prolíferos glandulares pertenecen á la variedad gigantesca. Por lo que se refiere al curso de los quistes, puede establecerse una gran división según sean ó no tolerados, contando entre los primeros los quistes dermoides que no alcanzan gran tamaño ni causan grandes trastornos du-

rante un largo período de tiempo, aunque en un momento dado pueden hacerse intolerados; los quistes proligeros, especialmente los que tienen pocas cavidades y en particular los para-ováricos, deben incluirse también en los tolerados, pues no producen alteraciones en el organismo, y sólo cuando su volumen llega á ser desusado, la enferma se resiente de la presencia del tumor. En cambio hay otras formas, como los quistes papilares, que parecen revestir cierta malignidad, aun cuando no alcanzan gran volumen, pues determinan desórdenes de cuantía en el organismo, sea por dehiscencia de las cavidades que constituyen el tumor, sea por implantación de papilomas en el peritoneo con la consiguiente formación de ascitis, todo cual hace que la neoplasia resulte intolerada. Todas estas condiciones quedarán algo modificadas, según sea la topografía del tumor, pues si éste se halla enclavado en el ligamento ancho determinará bien pronto fenómenos de compresión en la baja pelvis muy molestos y que harán intolerado el quiste, y así de otros casos que pudiéramos señalar.

La duración de los quistes del ovario variará según sea la clase de aquéllos, pues un quiste que permanezca estacionario sin originar síntomas puede durar varios años. No se crea, sin embargo, que esto asegure una completa inmunidad, pues los mismos quistes dermoides, los menos malignos, no son del todo inocentes, ya que están sujetos á distintas complicaciones que lo colocan á la altura de los demás quistes del ovario. Sin embargo, esta variedad es la más benigna, puesto que puede durar años sin causar trastorno alguno ni aumentar sensiblemente de volumen, tolerándose admirablemente el tumor, especialmente si no se inflama ni supura. Los quistes proligeros glandulares tienen un curso definido, tanto que podemos señalar su evolución desde el momento en que le descubrimos, fijándole un ciclo de dos años; esta fecha no puede tomarse como absoluta, pues en ocasiones el tumor evoluciona en menos tiempo, empleando en ello medio año y en otros casos tarda tres ó cuatro en hacer lo propio. Mucho mayor tiempo emplean en su desarrollo los quistes para-ováricos; seis ú ocho años emplean por lo general y hasta se citan casos en que la enferma soportó un tumor de esta clase durante 25 años. Finalmente, los quistes papilares son los que más rapidez ofrecen en su curso, llegando en breve tiempo al final que, salvo en contadas ocasiones, no es otro que la muerte de la enferma.

El quiste del ovario, con este curso al parecer benigno que tiene en algunas ocasiones, acaba siempre con la vida de la mujer. El mecanismo de la muerte es diverso; si el tumor por sí solo, sin complicaciones ni accidentes, ha de producir aquel fatal resultado, el modo de originarlo siempre es igual. Al crecer la neoplasia y llenar el abdomen, comprime las vísceras de esta cavidad y de la pelvis, dificultando su funcionalismo, y por esto la enferma de lo que primero se siente es de su nutrición, pues el tumor consume muchos materiales para su desarrollo, y así no es extraño que las enfermas enflaquezcan y sufran una verdadera autofagia, llegando al estado conocido con el nombre de *caquexia ovárica*, tan característica que con sólo ver la cara de la enferma basta para es-

tablecer el diagnóstico del quiste del ovario. Contribuye al derrumbamiento de la energía orgánica, las alteraciones de la glándula renal, causadas, conforme sabemos, por la compresión que el tumor ejerce en aquélla. En pos de esto viene un período de agonía lenta que dura dos ó tres meses y termina por el marasmo que es el fin casi obligado en estos casos. En otros casos la enferma puede morir por otro accidente del último período ó fallecer casi repentinamente en virtud de una embolia. Todo esto es tan natural, que lo que hay que extrañar es el modo como el organismo tolera estas neoplasias. De todos modos, aunque la terminación de los quistes del ovario sea la que acabo de indicar, ya se comprende que no siempre sucederá así; tenemos, v. gr.: los quistes papilares, que nunca presentarán un cuadro de la naturaleza del que hemos estudiado, pues antes sobrevendrá un derrame de serosidad con ascitis considerable que pondrá el organismo en una situación tal que llegará con rapidez á la caquexia.

Prácticamente vemos que las neoplasias del ovario son graves y que conducen á la muerte por modo fatal; no hay que esperar, pues, la curación espontánea de la dolencia. Si alguna vez se presenta, será gracias á algún mecanismo que jamás intentaremos producir; puede ocurrir, por ejemplo, que á consecuencia de un traumatismo se derrame el contenido del quiste y se reabsorba luego; pero este fenómeno sólo podrá suceder en los quistes cuyo contenido sea claro y el peritoneo pueda tolerarlo. Sin embargo, este mecanismo, más que de curación, lo es de alivio, pues el quiste vuelve á llenarse; á más podemos provocar el mismo hecho con la punción, pero resultados positivos no los lograremos. La curación espontánea podría alcanzarse si el tumor se mortificara y luego fuera reabsorbido, pero esto no es posible, y si en algún caso pudiera suceder nos guardaremos de imitarlo, pues la mortificación del tumor siempre es un accidente de gravedad que puede producir la muerte y de una manera rápida.

Otro asunto que vale la pena de dilucidar es la benignidad ó malignidad de los quistes del ovario. Anatómicamente el punto se presenta con bastante claridad, pues el quiste ovárico no es más que un epiteloma de forma quística, ya que arranca del epitelio germinativo del oóforo, para-oóforo ó para-ovario; siendo una neoplasia epitelial ha de ofrecer, por tanto, todos los caracteres de malignidad en el concepto anatómico. Pero en el terreno práctico ¿podemos decir lo mismo? Fundamentalmente diremos que sí, pues basta que se haya demostrado la recidiva en unos cuantos casos para afirmar que el carácter clínico corresponde al anatómico. Sin embargo, al hablar del tratamiento ya veremos que nuestra intervención es eficaz, lo que no ocurre en las neoplasias malignas, y que sólo en un tanto por ciento reducido se presenta la reproducción de la neoplasia. De manera que si bien el carácter anatómico de la dolencia es de malignidad, su carácter clínico no corresponde con aquél sino en contadas ocasiones.