

PARTE TERCERA.

PATOLOGÍA DE LOS OVARIOS Y OVIDUCTOS.

LECCION IX.

PATOLOGIA DE LOS OVARIOS. = Clasificación. = Irritación ovárica. = Patogenia. Pronóstico. Tratamiento. = INFLAMACION ú ooforitis. = Etiología. Síntomas. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Señores:

Vamos á entrar en el estudio de las enfermedades que hemos apellidado *orgánicas* por consistir en una alteracion de la manera de ser anatómica de los órganos. Siguiendo el orden de importancia de cada uno de estos, empezaremos por las enfermedades de los ovarios, acerca los cuales no se conocia antes su importancia nosológica, puesto que eran considerados como simples anexos del útero, á cuyas funciones se les juzgaba completamente subordinados, y tal vez del todo indiferentes, cuando el atraso de la fisiología hacia que no se supiese el papel que desempeñaban durante toda la época de la vida sexual femenina, caracterizada por la actividad de los procesos menstruales.

Pero cuando los estudios fisiológicos han dado tanta importancia á estos órganos, que son reconocidos como el asiento de las principales energias funcionales del aparato,

que poseen además una textura que hace de ellos unos órganos perfectamente dispuestos para una serie de funciones notabilísimas, que se han podido estudiar en sus menores detalles, entonces se ha visto que presentaban diferentes alteraciones de la nutrición y trastornos anatómicos como se estudian en la matriz, y ha podido por lo mismo desarrollarse sobre ellos un estudio completo de patología.

Es preciso confesar, sin embargo, que en este terreno la aplicación de los conocimientos generales se hace difícil, y así veremos que no puede hacerse el diagnóstico de ciertas enfermedades del ovario por ser un órgano de los que están fuera del alcance de la exploración directa, y es difícil decir si los síntomas que apreciamos parten del ovario, del útero ó de las trompas de Falopio, de algunas asas intestinales ó de los ganglios inmediatos, y cuando se puede sujetar al examen del tacto, con dificultad se alcanzan datos absolutos é indubitados, sobre todo porque no se pueden establecer los puntos de comparación capaces de dar un resultado positivo; así, por ejemplo, podemos reconocer que el ovario está abultado, que está fuera de su sitio, encontrándole donde no debíamos dar con él, pero esto veremos que sucede en la inflamación del ovario, en la congestión de este órgano, en las dislocaciones, etc. Si se trata del aumento de volumen con sensación dolorosa, podrá ser efecto lo mismo de la simple irritación que de tumores, supuesto que en ambos casos la presión provoca el dolor. Y aun cuando obtengamos una reunión de síntomas por medio de la exploración de algún tiempo, nunca es con completa exactitud, como los obtenidos por la vista. Esta circunstancia hace el estudio de dichas enfermedades algo difícil para fundar el diagnóstico práctico.

Las enfermedades las dividiremos como las de la matriz; en 1.º, enfermedades nerviosas caracterizadas por el dolor y que se pueden referir á neuralgias y á irritaciones. 2.º, enfermedades flogísticas; inflamaciones de diversos géneros que pueden desarrollarse en el ovario. 3.º, alteraciones de nutrición caracterizadas por la formación de tumores debidos á una evolución anormal de las vesículas, lesiones de secreción ó quistes y transformación de tejidos en tumores sólidos. 4.º, finalmente, cambios de situación, que tienen poca

importancia cuando no van unidos á igual alteracion del útero.

Primer grupo de enfermedades que se refieren á la perversion de sensibilidad del ovario.—Encontramos una que se ha hecho notable desde que Clarke y Taylor Smith le han dado una importancia práctica: es la que se llama *irritacion ovárica*, *ooforalgia* ó neuralgia del ovario. Todos estos nombres representan lo de que se trata, esto es, dolor del ovario, y sin embargo de ser clara la significacion de esta palabra, no ha sido interpretada del mismo modo por todos los ginecólogos. Para unos era el principio de la inflamacion, para otros una simple neuralgia ó alteracion de inervacion partiendo de la médula ó de los gánglios propios del ovario, para algunos era una falta de relacion entre las fuerzas contráctiles del ovario y la resistencia que debian vencer, lo cual le hace completamente igual á la dismenorrea espasmódica, opinion sostenida tambien por algunos profesores ingleses.

Prescindamos por un momento de la naturaleza de la afeccion, que despues que la hayamos descrito podremos talvez averiguar. La neuralgia del ovario se presenta siempre con el carácter de dolor que existe principalmente en los períodos menstruales, que si se prolonga despues de ellos es disminuyendo en intensidad y siempre provocado por aquellos hechos que mas ó menos directamente excitan el ovario. No es raro verle determinado por el coito, por los enfriamientos, por el cansancio ó por cualquiera otra causa externa ó interna.

Debemos fijarnos especialmente en el hecho de que el dolor se presente constantemente durante el orgasmo menstrual, porque es lo único capaz de diferenciar esta neuralgia de la inflamacion foliculosa cuando reviste el carácter crónico. Ese dolor, he dicho, que coincide con la menstruacion, en cuyo caso hay punzadas ó dolor lancinante en la region del ovario, propagándose á lo largo de los nervios ciáticos y obturadores, generalmente en un solo lado, sin que sea esto decir que no puede presentarse en ambos; la menstruacion se presenta alterada; desde luego hay dismenorrea, y segun Taylor Smith, hay tambien por lo menos una disminucion

notable en cantidad del flujo menstrual. Si vamos á buscar otros síntomas los encontramos reflejos sobre todo en el aparato digestivo, como dispepsias, vómitos, y por otro lado decaimiento notable, una especie de atonía que concuerda perfectamente bien con la atonía del aparato generador una vez pasado el período menstrual. Cuando la mujer es bastante delgada para que se pueda llegar por la vagina ó por el abdomen á la region enferma se encuentra el ovario en su sitio regular, pero algo aumentado de volúmen durante la época menstrual, lo cual nada tiene de particular, pues á veces llega á ser casi doble de lo que es en tiempos ordinarios: pero si se practica esa misma exploracion fuera de las épocas menstruales, pocos son los casos en que se encuentra aumento, y cuando tal aumento existe es porque se ha fraguado ya una inflamacion merced al estímulo existente y no combatido.

La irritacion ovárica no es mas que una sobre-excitacion nerviosa; ese dolor se convierte en causa íntima del proceso flogístico y acaba por determinarlo. Existe una causa que irrita, ese estímulo produce á su vez una mayor actividad de la circulacion, á la cual sigue el éxtasis sanguíneo, la hiperplasia celular, y entonces ya tenemos desarrollada la inflamacion, si se quiere poco intensa, pero al fin y al cabo un proceso genuinamente flogístico, que puede tener todas las consecuencias de cualquiera otro de igual naturaleza.

Hay una forma de irritacion ovárica que es menester conocer por lo frecuente que se presenta, á consecuencia de gestaciones repetidas y mas aun de partos repetidos. Ofrece como carácter el tener casi persistente el dolor solo que se exacerba durante los períodos menstruales, la menstruacion viene de una manera sumamente lenta, con poca cantidad de sangre y como si saliera gota á gota, á la que llamaron los antiguos *stillicidium uteri* (goteamiento del útero.) La génesis de esta forma de ooforalgia es la siguiente: existe primero una notable dificultad en el desarrollo de la vesícula, por lo que no se rompe y no verifica la dehiscencia, quedando dentro de aquella todos los productos de la ovulacion; la sangre que se ha extravasado no es expulsada y la série de procesos consecutivos no se verifica tampoco bien en la matriz de aquí que no se realiza la hemorragia mas que de una ma-

nera insuficiente, que es el carácter de la irritacion ovárica que nos ocupa.

No podemos apreciar los caractéres anatomo-patológicos de esta lesion, porque las enfermas no mueren á consecuencia de ella, y solo cuando por causas raras (el caso de una ovariectomía, por ejemplo), llegamos á estudiar al descubierto un ovario que padecia de irritacion, puede observarse algo: una cosa parecida sucede cuando se puede estudiar el ovario en una mujer que ha padecido en vida la irritacion ovárica y ha muerto por otra enfermedad cualquiera; en uno y otro caso se comprueba solamente una ligera hiperemia que debemos referir á la alteracion del sistema nervioso vaso-motor ó á una alteracion del sistema fibroso constitutivo del ovario. Sea como quiera, comprendemos que en el caso que nos ocupa, la fuerza que desarrolla el aparato muscular no está en relacion con la resistencia que tiene que vencer para romper la vesícula, lo que puede depender, bien de un exceso de desarrollo de esta última, bien de falta de fuerza excito-motriz: hoy por hoy debemos contentarnos con admitir esta explicacion fisiológica cuando no existen alteraciones visibles en el ovario.

La irritacion ovárica puede confundirse con la inflamacion: luego veremos, al tratar de esta enfermedad, en qué datos puede fundarse el diagnóstico diferencial.

Tratamiento.—Este debe referirse á tres puntos: 1.º A modificar el estado general que siempre acompaña á todas estas alteraciones, y que unas veces obra como causa y otras como hecho concomitante ó que sostiene el dolor producido por otra causa íntima. Recae de preferencia en mujeres linfáticas, y de esa depauperacion resulta el fondo sobre que se desarrolla la neuralgia.—2.º Modificar las condiciones locales del ovario, tal vez congestionado.—3.º Corregir el estado de hiperestesia, que debemos considerar en parte enlazado con el predominio del sistema nervioso.

Lo primero se consigue con medios higiénicos y farmacológicos: sujecion á un régimen oportuno, el uso del hierro, quina, etc.; todos aquellos medios que tiendan á disminuir las fuerzas del individuo dan por resultado el aumento de la neuralgia del ovario; todo tratamiento que produzca pérdidas debe, pues, rechazarse. En el terreno higiénico debe

prohibirse el uso del corsé, pues que fácilmente provoca y sostiene el dolor del ovario, y cuando llegue el período menstrual hacer todo lo posible para tratar la dismenorrea, y por consiguiente todos aquellos medios de que hemos hablado al tratar de esta enfermedad serán los indicados.

Segunda indicacion: disminuir la hiperemia del ovario. Para esto recurriremos preferentemente á los revulsivos y nunca por regla general á las evacuaciones sanguíneas. Durante la época menstrual se realiza un aumento de volumen merced á un estado congestivo bien caracterizado, y que debe ser mayor cuando hay un estímulo mas considerable provocado por el dolor: es indudable que una aplicacion de sanguijuelas, por ejemplo, puede producir algun alivio, pero ese alivio despues cuesta caro, porque la enferma siente la debilidad resultante de esa pérdida sanguínea, siendo en la menstruacion siguiente la irritacion ovárica mas intensa y prolongándose el dolor en los intermedios de una á otra menstruacion; así es que debemos valernos mejor de revulsivos, llamando la accion sobre la matriz por medio de inyecciones de agua tibia; además pueden hacerse derivaciones sobre el recto con purgantes aloéticos, y sobre la pared abdominal por medio de la tintura de yodo, y si esto no basta podrá aplicarse un vejigatorio en la region inguinal. Aconseja Barnes la aplicacion de un cáustico al cuello del útero por medio de un disco de pasta de Viena ó tal vez del mismo yodo; esto produce una granulacion que deriva bastante bien el estímulo. Dice el expresado ginecólogo inglés, que cuando la matriz está sana esto no debe hacerse, y si cuando haya ya una ligera inflamacion.

La tercera indicacion la cumpliremos por medio del bromuro de potasio y otras sustancias que tienen accion anti-espasmódica. No hay duda que estos medios llevan la calma á la paciente, pero no podemos prescindir de otros, como la hidroterapia, los chorros frios sobre la region lumbar ó hipogástrica, los baños de asiento tibios, medios que hacen el efecto de derivativos y sedantes y facilitan la menstruacion.

La otra forma de enfermedad ovárica se refiere á afecciones flogísticas. La inflamacion del ovario se llama *ovaritis*

ú *ooforitis*, y representa el proceso flogístico desarrollado en el tejido conectivo del órgano que nos ocupa. En este sentido la inflamacion del ovario puede ser peritoneal, bulbar y vesicular ó foliculosa. La primera forma casi siempre es de causa puerperal, y acompaña á las diferentes variedades de peritonitis y metro-peritonitis: las otras dos son las que se ven fuera del puerperio.

Estudiando la inflamacion segun su fisiología patológico-celular, se pueden admitir cuatro grados de desarrollo; primer grado: inflamacion superficial del mismo; segundo grado: presencia de exudados plásticos entre las fibras mismas del ovario, lo cual produce mas gran aumento de volúmen y cámbio de forma y se encuentran coágulos de sangre dentro de las vesículas; tercer grado: estos coágulos se encuentran reblandecidos y hasta el tejido mismo del ovario por el microscopio se vé infiltrado de glóbulos de pus; cuarto grado: se convierte en una bolsa llena de pus, hay una completa desorganizacion de todo el ovario. Barnes dice, que esta clasificacion es puramente imaginaria, porque es muy difícil marcar los límites prácticos de cada uno de los grados referidos: sin embargo, como de algun punto ha de partir la clasificacion, no titubeamos en admitir la transcrita.

Los dos primeros grados, muy difíciles de observar en los enfermos comunes, son en cámbio frecuentes en el puerperio y constituyen una forma de peritonitis parcial ó limitada; entonces la inflamacion presenta síntomas mas bien peritoneales que ováricos, y si la enferma sucumbe se puede apreciar tambien que las lesiones anatómicas se refieren á aquella forma morbosa. Descartemos esto, porque aquí no tratamos de la ovaritis puerperal. En la ovaritis simple no es regular que muera la enferma, y por lo tanto no es tampoco fácil comprobar las lesiones anatómicas; pero como el ovario no se distingue de los demás órganos, se supone que deberá presentar las mismas lesiones que estamos ya acostumbrados á ver en todos ellos, y es de suponer que va adelantando y se va graduando hasta llegar á producir la disolucion en pus de todo el órgano.

El ovario inflamado tiende á cambiar de sitio: normalmente el ovario se encuentra muy elevado, pero desde el momento en que empieza á pesar más, se adelanta y se colo-

ca enfrente del útero, entonces se le encuentra fácilmente por el tacto en el fondo de saco anterior de la vagina: generalmente se halla alterado de forma; en vez de ovoídeo se hace esférico, desigual, y parece un saco lleno de piedrecitas, simuladas por las vesículas engrosadas que hacen salida en la superficie del ovario. Cuando ha podido observarse por la vista se presentan como manchitas, unas mas claras, otras mas oscuras, como si fueran pequeñas incrustaciones: en algunos casos presenta el aspecto de piña, en otros el de abolladuras irregulares, y cuando se limita á una pequeña porcion, tiene el aspecto de un apéndice sobrepuesto á la masa propia.

La ovaritis se presenta de ordinario en un solo ovario; sin embargo, al cabo de algun tiempo suele interesarse el otro, como sucede en el ojo enfermo de catarata. Tambien pueden afectarse los dos á la vez. No admitimos ni podemos admitir la ovaritis sin dolor, tanto mas cuanto se trata de un órgano sensible, cuya combinacion de elementos fibrosos, análoga á la de los órganos erectiles, hace necesaria la presencia del dolor en cuanto se inflama su tejido conectivo. Cuatro caractéres encontramos en toda inflamacion y por ende en la ovaritis, dolor, tumefaccion, rubicundez y calor; solamente que aquí hay dos inapreciables, como son el calor y la rubicundez. Admitimos dos formas, *aguda* y *crónica*; la aguda, que suele ser consecutiva al parto y otras veces al aborto, y que en algunos casos es debida á una supresion brusca de la menstruacion, se presenta, como todas las inflamaciones agudas, acompañada de un aparato febril bien marcado. En ella el dolor es persistente, y no solo existe en el período menstrual, si que tambien en los intermedios, acentuándose durante el flujo. Pasado este, el dolor cámbia y las punzadas son sustituidas por una sensacion de incomodidad y peso, que refiere la enferma, no solo á la pélvis, sino hácia el recto; se exacerba por el cóito, va acompañado de un lijero movimiento febril, provoca náuseas ó verdaderos vómitos de cuantas sustancias llenan el estómago, repitiéndose esos conatos de vómito al tiempo de la defecacion porque el recto está en contacto directo con el ovario. Este período se prolonga indefinidamente hasta que, ó viene la resolucion, ó pasa á un período mas adelantado y supura. En

este caso se presenta algun dolor pulsativo alternado con el gravativo, hay escalofrios seguidos de un poco de reaccion, que casi nunca llega á producir el sudor, toma la piel cierta secura y aumenta el calor. Estas supuraciones pueden terminar de dos maneras: ó bien se rompe el absceso y produce todos los síntomas de una peritonitis brusca; ó bien se establecen adherencias con los tejidos vecinos, y el pus viene á franquearse paso al exterior, ya directamente al través de las paredes abdominales, ya vertiéndose antes en uno de los receptáculos vecinos, recto ó vagina. De uno ú otro modo da por resultado la formacion de una fistula externa ó interna; sin embargo, esta terminacion no es frecuente; lo mas comun es que la inflamacion se resuelva ó que pase al estado crónico constituyendo la ovaritis crónica.

La inflamacion crónica es, pues, muchas veces resultado de la irritacion, ó de la inflamacion aguda. Cuando empieza, se la confunde con la citada irritacion, salva alguna diferencia que pasa completamente desapercibida, confundiéndose con una dismenorrea: en otras ocasiones está desde un principio bastante caracterizada con todas las señales propias de la enfermedad, para que no pueda confundirse con otras, apareciendo los síntomas locales y generales ó reflejos, casi siempre con notable alteracion de la funcion propia de este órgano: hay dolor mas ó menos persistente en la region ovárica que se exacerba por la presion, por el tacto vaginal, por el paseo en carruaje, por la equitacion y por todos los movimientos mas ó menos acentuados; y en especial por el acto del cóito; tiene exacerbaciones mas fuertes, mas graves durante los períodos menstruales, los cuales revisten el carácter de dismenorrea espasmódica. Desde luego nos hemos de hacer cargo de un hecho culminante, y es que el dolor es continuo en la ovaritis crónica, lo mismo en los períodos intermenstruales que durante la menstruacion; y debemos fijarnos en este carácter, porque la distingue de la irritacion ovárica en la que no se presenta mas que en los períodos menstruales. La alteracion de la menstruacion que acompaña á la ovaritis viene caracterizada por la dismenorrea espasmódica y la inflamatoria; hay casi siempre una alteracion de las funciones digestivas, de carácter reflejo, como sucede cuando se altera por algun estado patológico del aparato ge-

nerador. Muchas veces, la ovaritis viene enlazada con el histerismo que obedece á ella como obedece la produccion de cualquier otro estado convulsivo nervioso, á la accion causal de las inflamaciones crónicas. Tambien está enlazada con la clorosis, pudiendo decir respecto á este particular lo mismo que antes dije con relacion á la irritacion ovárica.

La inflamacion crónica del ovario dá lugar á alteraciones del aparato digestivo, lo cual, sabidas las relaciones íntimas que existen entre los dos aparatos, no necesita ninguna hipótesis para explicarlo. La prolongacion del estado flogístico del ovario tambien puede llegar á producir una alteracion en la sangre caracterizada por la falta de glóbulos, hecho que se vé tambien en otras inflamaciones crónicas y duraderas que pervierten la nutricion. Esto es efecto, por un lado de la alteracion de las funciones digestivas, que dan lugar á una asimilacion incompleta y penosa; por otro lado de la manera anormal de funcionar el sistema ganglionar, que influye sobre los nervios tróficos, y de aquí una mala sanguificacion. Además debemos tener en cuenta, que en la mayor parte de casos en que se presenta la ovaritis crónica, es consecutiva á una ovaritis aguda ó mas comunmente á la ooforralgia, que hemos dicho recae en sugetos nerviosos, débiles, en los que está siempre á punto de producirse una hipoglobulia. Así sucede que la inflamacion no es mas que la causa determinante que viene á completar la clorosis, que se encontraba ya iniciada. Reunidas ambas cosas vienen á formar un conjunto que muchas veces nos hace titubear respecto al tratamiento, es decir, si se ha de tratar primero la clorosis ó la afeccion ovárica.

La ovaritis crónica puede terminar por resolucion ó por la formacion de quistes. Cuando se trate de la ovaritis foliculosa, es decir, cuando la inflamacion viene limitada á los foliculos ó vesículas de Graff, puede suceder dé lugar á las transformaciones que tienen lugar bajo esta influencia, crecimiento del vaso, hipercrinia y formacion definitiva de la coleccion serosa, ó quiste.

La mas rara de las terminaciones es la supuracion, acerca de la cual cabe decir lo mismo que hemos expuesto respecto á la forma aguda. Es indudable que esta tendencia á la desorganizacion del tejido la vemos mas frecuentemente

en la forma aguda, que, como tambien sucede en otras inflamaciones, pasa sucesivamente desde la congestion al éxtasis, del éxtasis á la hiperplasia, formacion de exudados, desorganizacion de los mismos y conversion en pús. En la ovaritis crónica hay mas bien tendencia á persistir de la manera como se encuentran dichos exudados, unas veces indurándose, otras transformándose, pero no pasando á la supuracion.

La ovaritis crónica, si no termina por resolucion, que es muy raro, tiende á la transformacion, pasando á constituir las diversas maneras de quistes, que es la terminacion mas grave que puede tener.

La ovaritis la reconocemos principalmente por el dolor continuo, que no desaparece en los periodos intermenstruales: la ovaritis aguda la distinguiremos perfectamente por el aparato febril que acompaña casi siempre á esta última y por la intensidad de los síntomas generales. Cuando pasa á la supuracion la calentura se hace accesional, bastante graduada, y acaba por tomar el tipo de la calentura héctica, con escalofríos repetidos que indican los diferentes grados de la supuracion. Establecida ésta, la fluctuacion que se percibe acusa la presencia de una coleccion de líquidos: más tarde pueden venir diferentes evoluciones y los signos de la absorcion purulenta, bien que esto es mas propio de las ovaritis puerperales. Si el absceso se rompe, aparecen los síntomas de la peritonitis agudísima y á veces fulminante, seguida á menudo de la muerte rápida. Si á consecuencia de una série de inflamaciones se llega á establecer la adherencia de las paredes, se forma esa especie de conducto de salida del pús y buena terminacion.

Todo esto se diagnostica con bastante facilidad, y con solo atenderse á los síntomas comunes de estos estados patológicos. Quizás haya mas dificultad para distinguir la ovaritis crónica de la irritacion ovárica, y aun han supuesto algunos ginecólogos que esta no es mas que una *foliculitis* ú ovaritis foliculosa, y aunque esto no me parece cierto en absoluto, sin embargo, hay casos en que se confunden una cosa y otra por falta de síntomas bien marcados. Ello es que cuando la irritacion ovárica pasa á ovaritis crónica, hay un período de tiempo en que nada se puede decir, supuesto que no hay

mas que un síntoma y es la persistencia del dolor, fuera de las épocas menstruales. Mas adelante, cuando al propio tiempo la sensacion que produce el tacto es penosa, ya podemos creer que se trata de una ovaritis crónica.

El pronóstico varía segun la tendencia que tenga la inflamacion; en absoluto no es grave, pero siempre tiene que hacerse con alguna reserva; si en la aguda, porque puede llegar á supurar, y si se trata de la crónica, porque de no vencerla, está abocada á las transformaciones de los folículos y á la formacion de un quiste, lo cual la dá indudablemente cierto carácter de gravedad. Por otra parte, es una de esas dolencias que persisten durante mucho tiempo, sin embargo de que tambien se las vé curarse espontáneamente, ó con ligeros tratamientos, cuando llega la edad crítica.

Tratamiento de la inflamacion aguda.—En primer lugar deben usarse los antiflogísticos directos, las emisiones sanguíneas locales por medio de sanguijuelas aplicadas en las ingles, en el periné ó en el mismo cuello del útero, las cuales producen no solo un alivio, sino tambien algunas veces la curacion de la enfermedad. Si se trata de una mujer muy débil, en la que predomine un estado nervioso ó clorótico, se podrá usar el tratamiento antiflogístico indirecto, como los calomelanos á dosis fraccionadas por el método de Law, cuando se trata de inflamaciones peritoneales, inflamacion de la capa superficial del ovario, forma que algunos autores han llamado peritonitis ovárica ó peri-ovaritis, entonces sí que tenemos una seguridad casi completa de que el tratamiento mercurial curará esa inflamacion, que no es frecuente fuera del estado puerperal. Cuando se trata de inflamaciones parenquimatosas, entonces es muy difícil conseguir que el tratamiento mercurial las cure, y lo regular es que pase la enfermedad al estado crónico, en cuyo caso de poco pueden servir los mercuriales, si no es para facilitar localmente la resolucion del infarto que reside en el ovario. Se han aconsejado por algunos autores los purgantes, sobre todo los drásticos: si administramos un purgante drástico un poco iutenso tenemos casi asegurado el aumento de la ovaritis, porque la irritacion intestinal que produce trasciende al ovario por la relacion que existe entre los plexos hemorroidales y los

plexos peri-uterinos. No sucede lo mismo con la aplicacion de sanguijuelas al ano, á fin de vaciar los plexos hemorroidales, pero este tratamiento se encuentra en el mismo caso que las aplicaciones directas sobre el cuello del útero. Los baños emolientes de alguna duracion y calientes, que es el medio mas eficaz y el que produce mas buenos resultados, los enemas emolientes que facilitan la resolucion de los infartos, etc., constituirán la base principal sobre que se desarrolla el tratamiento de la inflamacion ovárica aguda.

Tratamiento de la forma crónica.—La ovaritis crónica necesita ya un tratamiento distinto; en estos casos los revulsivos aplicados con cierta energía é insistencia producen muy buen efecto, y uno de los medios de que se ha hecho recientemente un uso mas eficaz es el yodo en forma de tintura, haciendo una embrocacion en las ingles y en el cuello del útero. Si el punto en que se aplica está bastante próximo al ovario, se produce una verdadera derivacion; cuando se aplica al cuello del útero, además de esto hay absorcion del yodo: yo he obtenido mejores resultados de las embrocaciones de yodo que de los derivados mas intensos como son los vejigatorios. La vesicacion del cuello, cuando la inflamacion es bastante fuerte y no cede á los medios ordinarios, tiene aplicacion, con la ventaja de que se hace menos repugnante y mas aceptable para las enfermas; es un revulsivo, sin embargo, que incomoda algo, causa escozor, pero de una manera bastante pasable que no impide á la enferma dedicarse á sus ocupaciones ni la obliga á guardar cama. Debe ir acompañado del descanso del ovario, que se consigue con una prohibicion absoluta del cóito y una hora por lo menos diaria de reposo absoluto estando la mujer tendida en la cama; la persistencia en estar acostada por mucho tiempo tiene un grave inconveniente, tanto por el sistema nervioso, que se excita notablemente, como por el acúmulo de calor; así es que si el dolor permite á la enferma, y lo permite siempre en la ovaritis crónica, que se levante y pasee, lo hará sin exageracion, sin andar en carruaje, y descansará permaneciendo en cama unas cuantas horas, que podrán ser, por ejemplo, durante la siesta. Se ha aconsejado el uso de algunas aguas minerales; dos principalmente son las indi-

cidas, la de Marienbad en Bohemia y Creuznach (Alemania) (1), que se ha creído eran específicas para las inflamaciones ováricas y uterinas. En nuestro país tienen esta fama las de Hervideros de Fuen-Santa. Pártase del principio de que no son verdaderos específicos, pero que producen buenos resultados en las inflamaciones del aparato generador, sobre todo en su forma crónica. Yo mismo he visto algunas inflamaciones del ovario curadas por esas aguas, cuyo uso debe parte de su eficacia al cambio de higiene que lleva consigo y á la impresión de unos medios ambientes totalmente distintos.

(1) Aguas sulfatadas-sódicas, carbonatadas y ferruginosas.

LECCION X.

QUISTES DEL OVARIO.==Patogénia.==Divisiones.==Quistes simples y compuestos.
 ==Quistes multiloculares, multiplicados ó endógenos, alveolares y cisto-sarcomas.
 ==Caractéres del contenido.==Síntomas, curso y terminacion de los quistes.==Diagnóstico diferencial.

Señores:

Vamos á ocuparnos de otra enfermedad notable, los *quistes del ovario*, que constituyen el segundo grupo, ó sea las alteraciones de secrecion. Trátase, pues, de una aberracion funcional de las vesículas, enfermedad que se presta á notables consideraciones, y es hasta un estudio de moda, no tanto por sí mismo como por el corolario de él resultante que se refiere al tratamiento operatorio, verdadera conquista quirúrgica de la época moderna. Todos los siglos han presentado como adelanto alguna operacion especialísima, unas veces ha sido la operacion de la talla, otras la ligadura de los grandes vasos, etc.; á nuestra época le ha tocado la extirpacion del ovario y por ampliacion natural de las mismas ideas, consecutivamente la extirpacion de la matriz. A esto han dado lugar los quistes del ovario, algo frecuentes y que en realidad no se curan mas que por este tratamiento por el que puede anularse radicalmente la causa orgánica de desórdenes que conducen hasta la muerte á la pobre mujer que sufre dichos quistes debidos á la ecrecion anormal de los folículos.

Los quistes del ovario son colecciones de diversa índole,

debidas á la alteracion secretoria de los folículos, y han sido clasificados de diferentes maneras. La clasificacion de Cruveilhier, basada en la naturaleza y forma del continente es en : quistes *simples* ó *uniloculares*; *multiloculares*, formados por varias cavidades independientes; *alveolares* que están formados por una sola cavidad, pero con tabiques que la dividen en células comunicantes entre sí; y *quistes compuestos*. Respecto al contenido los dividió en quistes *serosos*, *mucosos*, *coloideos* y *dermoides*.

Esta clasificacion de Cruveilhier es aplicable á todos los quistes que se estudian en Patología quirúrgica. Nosotros haremos una pequeña modificacion siguiendo las ideas de Schérer y Spencer Wells, que es el primer ovariometista de Inglaterra y ha hecho tambien un estudio muy exacto de la anatomía de estas producciones, cuya análisis histológica se debe á Schérer y la química á Eichwald. Esta division generalmente admitida por todos los autores ingleses (West, Barnes, Anderson, etc.) se hace sencillamente en *quistes simples* y *quistes compuestos*; los simples están formados por una sola cavidad que se refiere al desarrollo de una vesícula de Graff, de modo que es la forma mas sencilla y rudimentaria del quiste, en el cual se pueden reconocer todos los caractéres de la vesícula, pero aumentados; no hay cambio de naturaleza en el continente ni en el contenido; hasta se han encontrado en su interior óvulos (1). En los quistes compuestos se pueden ver las siguientes variedades: 1.º La division del quiste en diferentes departamentos, constituyendo los quistes multiloculares de diferentes cavidades reunidas por un pedículo; 2.º Quistes multiplicados y endógenos, en los cuales están encerrados uno dentro de otro; 3.º Quistes de forma alveolar, que están separados por tabiques ó septos; 4.º Los *cisto-sarcomas*, cuya cápsula ó parte continente ha sufrido la degeneracion sarcomatosa, y hasta en algunos casos de forma evidentemente maligna, si no realmente cancerosa, por lo menos cancroidea, representada por un aumento de células epiteliales. En este caso puede suceder que sea mas grande la parte sólida que la parte líquida y que

(1) Bokitansky.=Wochenblatt d. Zeitschrift d. KK. Gesellschaft d. Aertze su Wien. 1855.

exista formando una porcion de cuevas ó celdillas donde está encerrada la serosidad, lo cual les dá mas carácter de tumor sólido que de quiste verdadero.

Respecto al contenido, los dividiremos en: 1.º Quistes de *contenido simple*, el cual tiene los caractéres propios de la vesícula de Graff; líquido de color amarillo que no forma espuma, que no se coagula, y en el cual se pueden reconocer diferentes sustancias albuminoideas, pequeños cristales de colessterina y una porcion de granulaciones como de grasa, que son las mismas que se encuentran en las vesículas (1).

2.º grupo: *líquido algo filamentososo*, que tiene bastante cantidad de albúmina; cuando sale con un poco de fuerza forma espuma, se lé puede reconocer por el análisis químico y microscópico, bastante cantidad de células de epitelio, glóbulos sanguíneos, albúmina y fibrinógeno (2). Su densidad es de 1009 á 1018, reaccion alcalina.

3.er grupo: *líquido filamentososo y viscoso*.—Es incoloro ó grisiento, parecido al humor vítreo del ojo, y se separa en porciones. Corre difícilmente por la cánula, y se coagula fácilmente por el calor. Su densidad es de 1010 á 1015 y hasta 1040. Tiene gran cantidad de sustancia coloidea, células de epitelio, glóbulos de sangre, mayor cantidad de sales inorgánicas que el líquido simple, grasa, creatina, leucina, y cuando es muy adelantado su desarrollo, gránulos pyoides y pigmentos. Presenta dos formas distintas; unas veces se puede sacar de dentro del quiste como un molde, otras veces está formando unos conos con sus vértices hácia el punto de donde emerge el quiste.

4.º grupo: *contenido dermoideo*.—En esta forma se encuentran pelos, elementos parecidos á huesos, dientes ó producciones fanéricas y gran cantidad de grasa; se presentan cu-

(1) Composicion química del líquido, segun Eichwald.

Densidad.	1005 á 1006
Agua.	982.5
Sulfatos, fosfatos, cloratos	12.0
Sales organicas (lactatos)..	4.0
Colesterolina.	vestigios.
Albuminosa.	1.5

(2) El *fibrinógeno* puede descubrirse por el procedimiento de Schmidt, que consiste en añadir al líquido algunas gotas de sangre, lo cual produce de los 25 á los 80 minutos la formacion de un coágulo que rodea los glóbulos de sangre adicionados. El coágulo se compone de sustancia fibrilar.

biertos de una capa epitelial sumamente gruesa provista de folículos mucíparos, pilosos y sebáceos, de donde procede la grasa. Esta se puede encontrar de dos maneras; unas veces es compacta como si fuese una pomada introducida en su cavidad; otras veces es líquida ó emulsionada.

Todas esas variedades pueden presentar los quistes ováricos. Generalmente el líquido es simple como en los quistes ordinarios; las otras formas, sobre todo la forma coloidea, corresponden á los quistes multiplicados y compuestos, especialmente á la forma alveolar. El quiste, una vez puncionado, cambia los caracteres del contenido. Así, si se punciona un quiste simple, á la primera vez sale el contenido normal del primer grupo; á la segunda vez se observa un líquido viscoso, y á la tercera pueden verse hasta glóbulos de pús, corpúsculos de sangre, en una palabra, los elementos de la inflamacion de que se ha hecho asiento la membrana propia, tal vez bajo la simple influencia de las punciones.

Sintomas.—Debemos estudiarlos en las dos épocas distintas de su desarrollo, á saber, del quiste cuando empieza á formarse, que equivale á decir cuando se encuentra en la excavacion; y síntomas que presenta cuando, abandonando este sitio, pasa á ocupar la cavidad abdominal.

Es muy comun ver que el primer síntoma se refiere á perturbaciones de la menstruacion, y aunque no es constantemente la misma la alteracion, sin embargo, es muy comun ver la dismenorrea como primer síntoma local de esta afeccion. La dismenorrea puede depender y depende muchas veces de la inflamacion de una vesícula, lo que pudiéramos llamar el primer paso de la inflamacion, de la cual precisamente parte esa notable hipercrinia del líquido que hace que la vesícula crezca y segregue mayor cantidad de serosidad y que llegue á tomar tales proporciones, que invada la cavidad abdominal.

Otras veces empieza por una amenorrea, lo cual parece indicar que el ovario ha llegado á ser inútil para la ovulacion, y esta alteracion menstrual es comun que subsista durante todo el curso de la enfermedad.

En cuanto el quiste empieza á crecer, además de las citadas alteraciones, véanse los síntomas mecánicos debidos á la presion que ejerce sobre los órganos inmediatos y especial-

mente sobre el útero: en cuanto el ovario va aumentando de volúmen por el desarrollo quístico, ha de empujar precisamente el útero hácia el lado opuesto y hácia adelante, que son los puntos hácia donde se puede mover el útero, resultando de esto en una situacion excéntrica; de aquí que se presente la dislocacion del útero, pero este síntoma es vago, porque lo podemos ver, no solo bajo la influencia del tumor ovárico, sino bajo la de otros tumores y por la impresion de agentes traumáticos. Como son tantas las causas que pueden dar lugar á la dislocacion del útero, no lo podemos tomar en absoluto como síntoma propio del quiste. El quiste, en cuanto crece un poco, puede comprimir ya los vasos que surcan esta region, y así vemos que comprimiendo las venas iliacas estorba la circulacion por dichos vasos, ocasionando un estado varicoso de las venas safenas: este síntoma es mas significativo, porque si no vemos datos para sospechar otro género de obstáculos, podemos inclinarnos á la opinion de que existe algo en el ovario; este algo puede ser el quiste, para cuyo conocimiento, lo mismo el tacto vaginal que el rectal nos pueden servir algo aduciendo nuevos síntomas; así, por ejemplo, despues que ha llamado la atencion ese síntoma de compresion que actúa en la pequeña pélvis, el tacto vaginal hará reconocer el cámbio de posicion del útero, explorando los fondos de saco vaginales. En los casos normales, por el fondo de saco posterior ó por un lado del útero no se toca el ovario, si solo una parte muy limitada del cuerpo del útero; si encontramos, pues, el ovario, puede creerse que ha aumentado de volúmen y sabemos que se trata de una enfermedad del órgano, que podrá ser un tumor de índole diversa, siendo necesario para precisarlo buscar otros datos. Generalmente se encuentra algo mas bajo por el aumento de su segmento inferior, pues superiormente, como tiende á buscar el sitio por donde haya menos obstáculos, sale de la excavacion y va á ocupar la cavidad abdominal. El tacto rectal nos hace ver que el ovario está aumentado de volúmen y encontramos que la matriz no está en su sitio normal, sino por delante del ovario, cuya superficie forma desigualdades ó está liso, dato muy oportuno para, segun sea uno ú otro, poder ya sospechar la índole del quiste, puesto que las desigualdades nos darán á conocer un quiste múlt-

tiple, á menos que por el tacto hubiésemos reconocido los caracteres de otro tumor.

Durante ese período de formacion, la presencia del quiste no suele influir en la economía en general; así es que pocas veces se ven alteraciones notables en la digestion y circulacion; solo cuando comprime el recto ó el ciego es cuando produce alguna incomodidad en el último tiempo de la digestion y en la defecacion. Mas adelante el quiste va creciendo, ya no puede cojer en la excavacion, pues es incompatible su volúmen con la cavidad de esta parte de la pélvis, y entonces se va á buscar una parte mas holgada, entrando en la cavidad abdominal. Ental caso el cambio de caracteres es muy notable: aunque entre lateralizado, poco á poco va encontrándose, y cuando llega á una altura tal que le podemos reconocer al través de las paredes abdominales, se encuentra en la parte media, presentándose exactamente como si fuera el útero, sobre todo si el quiste es simple y de superficie uniforme.

A medida que progresa y crece el quiste, encontramos ya otros síntomas que nos dan mas luz: las compresiones se hacen cada vez mas fuertes, producen un descenso del útero, que encontramos fuera de su sitio normal, se presentan inyectadas de sangre las venas superficiales, estableciéndose como una corriente superficial compensadora de la profunda que se halla cohibida; igual compresion se ejerce al mismo tiempo sobre los intestinos y sobre la vejiga urinaria; á la mujer le es difícil orinar, la orina se va reteniendo, y es difícil que salga cuando está comprimido el cuello de la vejiga; pero si la compresion se deja sentir mas sobre el fondo no la deja dilatarse y entonces hay mas bien incontinencia necesidad continua de expelerla, sale con poco esfuerzo y casi involuntariamente. A veces el quiste se inclina hácia adelante y hasta tiende á descansar encima del púbis y del hipogastrio, habiendo una variedad de esos quistes que parece que realmente cuelgan por debajo del abdómen. Los intestinos se encuentran como replegados y unidos á la produccion quística, guardando cierta relacion en sus posiciones, relacion que es necesario estudiar porque se pueden sacar algunos datos para el diagnóstico. El quiste está ocupando la parte media, y á los lados se encuentra el colon

ascendente y el descendente y encima los intestinos delgados; esta situacion explica el por qué se comprimen el hígado, el bazo, etc., aunque el quiste no llegue de mucho á la altura de dichos órgaos, y es por el intermedio de los paquetes intestinales. El peritoneo sufre tiranteces que se traducen por inflamaciones, y cuando las cosas llegan á ese estado todas las funciones se perturban; la enferma digiere mal, la nutricion se altera grandemente, empieza un estado de demacracion, la piel va como pegándose á los huesos, especialmente en la cara, dando lugar á lo que Spencer Wells ha llamado *fácies ovárica*, bien descrita por dicho autor que la acompaña en su obra de fotografías sacadas de mujeres que han padecido dicha enfermedad (1). Difícil es hacerse cargo de este detalle por una simple descripcion: la cara se encuentra adelgazada con proeminencias notables de los huesos, sobre todo de los pómulos y arcos zigomáticos toda la piel tiene un color térreo especial que recuerda el color de la caquexia cancerosa, la frente se encuentra surcada de arrugas, los párpados dilatados, los ojos bastante brillantes, pero con cierta expresion de tristeza, la nariz afilada, las ventanas muy abiertas, la comisura de los lábios echada hácia abajo, asemejándose algo á la facies senil. Estos caracteres no nos dan una idea exacta de la enfermedad, pero son bastantes para ayudar á los demás elementos sintomáticos.

Cuando el tumor dura mucho tiempo, á la compresion ejercida por los órganos abdominales se añaden dolores debidos unas veces á peritonitis recurrentes, otras á inflamaciones del mismo quiste que pasó por la irritacion, la congestion, exudacion, y al fin la supuracion; otras finalmente, á tiranteces de otros órganos, conjunto de sufrimientos que pueden llegar á constituir un estado caquético. Cuando el quiste se ha desarrollado muchísimo y ha influido sobre la nutricion, aun sin tener carácter maligno solo por su excesivo desarrollo, viene ese estado parecido á la caquexia de las afecciones malignas, en que vemos edemas de las extremidades inferiores, trastornos en la digestion, movimiento febril de carácter accesional, y poco á poco va decayendo la eco-

(1) Spencer Wells. =Diseases of the ovaries. =p. 86 et 87.

nomía y desgastándose el organismo hasta llegar á la última solucion por la muerte por consuncion.

El curso de los quistes ováricos es muy variable: desde que empieza á insinuarse en la cavidad de la pelvis hasta que llega á producir un estado caquéctico está expuesto á una série de vicisitudes que hacen cambiar por completo su aspecto. Puede terminar por el restablecimiento del estado de salud, aunque no es lo mas frecuente. Lo regular es la terminacion brusca, bien por una rotura del quiste debida á traumatismo, ó á una torsion, bien por un reblandecimiento de sus paredes. Divididas estas, puede el contenido ir á parar á la cavidad del peritoneo; entonces si el derrame es lento es posible que el peritoneo lo tolere y sea esta una manera de resolverse la enfermedad, pero esta resolucion es difícil de comprender porque es raro que ocurra una abertura tan pequeña; lo regular es que se rompa de una vez y se verifique lo que se llama *chok* por los ingleses, que es una gran sacudida sobre todo el organismo, como sucede casi siempre en estas inflamaciones traumáticas. Puede perecer el sugeto por un mecanismo análogo ó por la torsion del pedículo del tumor que produce un estado de decaimiento notable al que sucumbe la enferma muy pronto. La torsion del pedículo á su vez puede depender de varias causas; ya es la matriz que va arrastrando hácia sí el quiste por razon de las adherencias que con él tiene, y al torcerlo lo rompe; esa ruptura brusca produce en el organismo un efecto parecido á la dislaceracion de las grandes vísceras. Ya es debida á un esfuerzo brusco, una gran contraccion muscular, el levantamiento de un peso muy notable; otras veces procede de que se ha adherido en parte, y sin embargo va creciendo, y como no ceden esas adherencias, se rasga. Siempre que se produce la muerte por rotura del tumor, la exploracion cadavérica nos descubre que la causa del fallecimiento debe referirse mas bien á la sacudida general del organismo (*chok*) que á la rotura de los vasos, como algunos autores han pretendido.

Puede el quiste terminar por inflamacion, con todas las vicisitudes del proceso flogístico, supurar y absorverse el pús, ó mas fácilmente producirse la pyohemia. Es posible tambien una terminacion favorable, por hacerse asiento de

un proceso atrófico, y que esto puede suceder se prueba porque en mujeres bastante ancianas se han encontrado ovarios completamente llenos de quistes, en los que he podido reconocer los caracteres de la regresion adiposa en parte de sus paredes junto con restos de cavidad, señales de que habia existido un quiste que habia degenerado todo él, habiéndose encontrado alguna vez quistes sencillos reducidos y convertidos en sustancia grasa por la absorcion del líquido que habian encerrado. Esta es la opinion de algunos autores, pero otros creen que cuando se absorve la parte líquida termina por desecacion. Se niega por algunos que el líquido pueda ser reabsorvido, y dicen que, si bien tiene la propiedad de dar liquido, no tiene la de reabsorverlo. Realmente hasta ahora no existe ningun caso que pueda explicar completamente la pretendida reabsorcion. Sea como quiera, bien por la disposicion á desaparecer, bien por la atrofia, es posible que el tumor vaya reduciéndose, y casi me atrevo á decir que esto no se verifica mas que durante el primer período; una vez se encuentran desarrollados en la cavidad abdominal, entonces la terminacion es mala, y llevan fatalmente á un desastre si es que no nos determinamos á verificar la extirpacion del quiste.

Puede, en fin, la cápsula inflamarse, adherirse á otros órganos inmediatos y dar lugar á la comunicacion de su cavidad con las de los órganos vecinos, vaciándose de este modo, unas veces de una manera lenta, otras con intermitencias, es decir, vaciándose y volviéndose á llenar varias veces. Es muy posible que contraiga adherencias con el hígado ó con los intestinos, en cuyo caso está expuesto á graves terminaciones, como la gangrena por estrangulacion, etc.; esta terminacion, poco frecuente, es, sin embargo, posible y notablemente grave.

Por lo que acabo de decir puede hacerse cargo de que hay síntomas que son comunes á otras enfermedades y que hay pocos que sean propios de la enfermedad en cuestion. A estos últimos puede llamarse anatómicos, y son verdaderamente positivos, pero como su determinacion es difícil por tratarse de una produccion encerrada en la cavidad abdominal y fuera del alcance de nuestra exploracion directa, de aquí que el diagnóstico resulte dificultoso y confuso, siendo

necesaria mucha práctica para establecerlo, y aun así es fácil el error, como que hasta los grandes ovariólogos se encuentran que al ir á extirpar un quiste que tomaron por ovárico, resulta un tumor uterino. Aun dado que el quiste sea ovárico, no es fácil siempre decir si será simple ó múltiple, ó un cisto-sarcoma, en una palabra, diagnosticar esa série de variedades que es posible encontrar en la práctica. Para formarse una idea completa os recomiendo la lectura de las monografías de Spencer Wells y Keberlé, los cuales se puede decir que han tratado en ellas por extenso todo cuanto puede decirse de los quistes y de los procedimientos especiales para llegar á un perfecto juicio, y sin embargo, no han desvanecido todas las dificultades.

Hacer el diagnóstico diferencial de los quistes ováricos es hacer el diagnóstico de todos los tumores que se pueden desarrollar en la cavidad abdominal, y eso no puede hacerse aquí; es mas propio de una monografía que de las lecciones elementales que estamos explicando. Daré, pues, puras generalidades. Lo primero que ocurre es confundir el quiste con el embarazo: esto puede suceder en todos sus períodos, pero mas al principio, porque la falta de signos positivos hace dudosa la gestacion; pero mas tarde ya no. La duración del embarazo está limitada á los nueve meses, y los quistes del ovario pueden durar hasta años, y al llegar á cierto punto la idea de embarazo se excluye por sí misma. Los síntomas de compresion del quiste ovárico dentro de la excavacion, tanto los que se refieren á los órganos inmediatos como los lejanos, y los reflejos que se pueden observar en el aparato digestivo por pura accion nerviosa, recuerdan algo los signos del principio de la gestacion; esto será sobre todo si van acompañados de amenorrea, que hace que se confunda con la amenorrea fisiológica propia de aquel estado. Entonces recurrimos á la investigacion de los síntomas físicos locales. Por el tacto encontramos el ovario que está cambiado de sitio y con notable desproporcion de volúmen comparado con su congénere; el útero, en vez de estar aumentado de volúmen, tiene sus dimensiones normales y está dislocado, lo cual nos inclina ya á desechar la idea de preñez, y mas adelante, cuando son mas fáciles las observaciones, ya podemos fijar con mas exactitud el diagnóstico por los caractéres ob-

jetivos. No obstante, no debemos tomar esto en absoluto, porque la existencia de un quiste en un ovario no imposibilita, estando el otro sano, la ovulación, y puede por lo tanto haber fecundación, y se han visto casos de mujeres en que se han complicado los dos hechos, quiste y embarazo, complicación que es un compromiso gravísimo para la enferma, porque rara vez puede llegar á un término favorable. Para hacernos bien cargo de esto debemos esperar que trascurra el tiempo necesario para determinar positivamente la preñez, caso que exista, y de esto no debemos olvidarnos nunca. Siempre que se trate de un tumor ó de algo que existe en la pélvis, de algo que abulta y que produce alteraciones en el aparato digestivo, antes que todo debemos de ir á buscar los movimientos activos y pasivos del feto y luego aquellos otros síntomas subjetivos, tales como las modificaciones de las mamas, las modificaciones del mismo cuello uterino, su reblandecimiento, alteraciones de la piel, alteraciones en la orina, que pueden darnos una verdadera idea de si hay ó no gestación. Respecto á algunos de estos signos se pueden presentar en las afecciones del ovario, si exceptuamos el reblandecimiento del cuello del útero, que es exclusivo de la gestación, y tal vez la afección de la orina (kiesteina). La formación de la areola, desarrollo de las glándulas mamilares, y hasta la secreción de leche, pueden presentarse en los quistes del ovario, lo cual se explica por las grandes relaciones que existen entre el aparato generador y el aparato mamario. Es posible que las alteraciones en los elementos del primero trasciendan á los del segundo y den lugar á todos estos síntomas que dejamos dichos, pero con solo esperar cuatro ó cinco meses se desvanecerán todas estas dudas, porque entonces si se trata de un caso de gestación ya se habrán podido apreciar los signos propios y exclusivos del feto, tales como los ruidos cardiacos, los movimientos activos, etc., y el esperar este tiempo es de tanta mas importancia cuanto que los quistes pueden recaer en personas en quienes por sus condiciones sociales no debe suponerse un estado grávido sin inferir una ofensa á su honra, lo cual debemos evitar, no procediendo de lijero en establecer un diagnóstico que, sobre ser errado, podia ser ofensivo, é irrogar notables perjuicios en el terreno moral y

social. Una vez desechada la idea de gestacion, el aumento de volúmen y los demás síntomas concomitantes no podrán referirse ya mas que á la existencia de un tumor, y solo faltará definir la naturaleza de este.

Ya en este terreno, podemos hacer el diagnóstico por exclusion, descartando uno á uno los estados que pueden confundirse con el quiste ovárico, y que reduciremos á los siguientes: 1.º Preñez extra-uterina; 2.º Tumores uterinos; 3.º Tumores del hígado, del bazo ó de los riñones, y tal vez de los gánglios mesentéricos. 4.º Ascitis é hidropesía enquistada del peritoneo. 5.º Retencion de orina ó acúmulo de materias fecales ó de gases en el recto. 6.º Tumores sólidos del ovario.

La última parte del diagnóstico, una vez evidenciado que el quiste es ovárico, deberá abarcar dos puntos: 1.º, si está libre ó adherido; 2.º, si es de naturaleza benigna ó maligna.

1.º Preñez extra-uterina.—Esta cuestion casi viene incluida en lo dicho respecto á la preñez fisiológica, pues parte de los signos positivos de esta se descubren tambien en la otra. En el caso de preñez extra-uterina hay á veces una cantidad grande de líquido que enmascara los síntomas locales, lo cual hace difícil el diagnóstico. Para poder sacar datos mas fijos; es, pues, preciso hacer adoptar para la exploracion posiciones distintas, hasta tanto que se descubran bien los síntomas que se buscan. Si existiese una ascitis, se empezará haciendo una puncion para dejar mas libre el tumor ovárico. Si este es producido por la presencia de un feto, se descubrirán los signos de su presencia si está vivo, si no, el diagnóstico diferencial será muy difícil, como que en realidad poca diferencia existe entre un quiste del ovario y el quiste que resulta de una gestacion ovárica interrumpida en su curso por la muerte del embrion. Si la preñez no fuere ovárica ó tubo-ovárica, sino sub-peritoneal, servirá de dato diferencial la situacion profunda del desarrollo patológico, y la duracion indefinida que suelen tener, interrumpidas á intervalos por conatos de expulsion. Estos dolores expulsivos mas ó menos graduados, constituyen uno de los caracteres mas fijos de la preñez extra-uterina, y no se encuentran en los quistes ováricos. Cuando llegan á sufrir sus

últimas evoluciones, se evidencia mas su naturaleza, aunque desgraciadamente con un final desgraciado.

2.º Tumores uterinos.—De todas las clases de neoplasias, la que mas fácilmente se confunde con el quiste ovárico es un tumor del útero, sobre todo los tumores fibrosos, ya simples ya enquistados, que se han llamado *cisto-sarcomas*. Estos son indudablemente myomas verdaderos, pero encierran un líquido cuya fluctuacion puede muchas veces apreciarse; á menos que sea muy poco, y al contrario muy gruesa la masa de tejido célula-fibroso que constituye la cápsula, en cuyo caso es extraordinariamente difícil sentir la fluctuacion. Los hysteromas y los cisto-sarcomas son muy frecuentes, y su analogía con los quistes ováricos es tal, que á cada paso los confunden los mas afamados ovariometristas. Esto obliga á buscar cuidadosamente todos los datos para establecer el diagnóstico diferencial lo mas preciso posible, ya que sobre él debe regularse la conducta del cirujano.

Precisamente la historia de ambas producciones morbosas es muy análoga; uno y otro viven escondidos en la excavacion, produciendo solo síntomas de compresion, y cuando suben al abdomen, de laterales que eran se centralizan, guardando análogas relaciones. Se ha dicho que los tumores ováricos crecen mas de prisa que los uterinos, mas esto no es absolutamente cierto.

Podemos fijar algo el juicio, basándolo en los siguientes datos. Apenas hay tumor alguno en la matriz que no vaya precedido ó acompañado de menorragias, que mas tarde se convierten en metrorragias. Podrán presentarse casos excepcionales en que un tumor fibroso ó sarcomatoso, sea de la clase que se quiera, no dé hemorragias en su principio; serán muy pocos los que no las produzcan mas tarde; al paso que en los quistes del ovario, la alteracion mas frecuente de la menstruacion es la amenorrea, ya completa, ya incompleta, segun el grado de perturbacion en el desarrollo ovular. Deberemos tambien tener en cuenta que el ovario presenta mas bien tumores quísticos que tumores sólidos (Barnes). Tumor sólido puede suponerse ya del útero: quístico, del ovario: en este los tumores sólidos son en cortísimo número y siempre muy pequeños; si lo encontramos voluminoso y muy desarrollado con fluctuacion será del ovario; un tumor

sólido que se encuentra casi encentrado podemos decir que mas bien es tumor uterino; el mismo iscto-sarcoma del útero se encuentra con predominio de la parte dura y por lo tanto sin fluctuacion apreciable. La práctica del tacto, la palpacion y el cateterismo combinados nos darán datos aun mas completos. Reuniendo estos tres medios de exploracion, podremos apreciar: 1.º, la longitud total de la cavidad uterina; en los tumores uterinos pasa de 65 milímetros, y es normal en los ováricos; 2.º, el conducto uterino será flexuoso si el órgano está alterado, recto si lo está el ovario; 3.º, reconocérase dislocado el útero, pero no cambiado de forma en los quistes ováricos; alterado, y mas voluminoso y pesado en los tumores uterinos; 4.º, si los movimientos que se imprimen al tumor se comunican al cuello del útero y vice-versa, será uterino el tumor; al contrario, si este se mueve independientemente del útero, será quiste ovárico. Sin embargo, todos estos datos deben estimarse con cierta reserva, sobre todo la movilidad, por la posibilidad de que existan entre el quiste ovárico y el útero relaciones indirectas que los hagan solidarios de la misma impresion.

3.º Tumores de otros órganos fuera del ovario y útero.— Puede confundirse el tumor ovárico con un tumor existente en la cavidad abdominal que afecte el hígado, el bazo ó los riñones. Parece imposible que se pueda confundir el quiste del ovario, cuyo crecimiento es ascendente, con los de los órganos citados, cuyo desarrollo es descendente, y así solo será posible la duda cuando haya llegado al final de su crecimiento en que llena toda la cavidad abdominal. Los quistes hidáticos del hígado son los únicos que en este sentido podrán ofrecer alguna duda por la fluctuacion que presentan, pero el exámen directo del aparato sexual aclarará el diagnóstico.

Quizás pueda haber alguna mayor dificultad tratándose del infarto de los gánglios mesentéricos. Recuerdo en este momento un caso que observé hace apenas un año, en compañía del distinguido catedrático de Clínica de Obstetricia, el Dr. Armet. Era una señora en quien, acompañado de varios síntomas generales, se encontraba un tumor en el fondo de la cavidad abdominal, limitable, y al parecer adherido á los tejidos inmediatos. Despues de muchas exploraciones

conseguimos cogerlo y dislocarlo hasta poder limitar perfectamente su forma, dimensiones y situacion, apareciendo fijo al mesenterio, con lo cual se formuló el diagnóstico de adenoma de esta region, excluyendo por completo la idea de tumor ovárico que en un principio habia hecho concebir la situacion, relaciones y síntomas de aquella neoplasia.

4.º Ascitis, libre ó enquistada.—El diagnóstico diferencial entre el quiste ovárico y la ascitis, es seguramente el que mas á menudo se plantea en la práctica, y si bien no es difícil cuando se trata de cada una de estas enfermedades franca y bien determinada, no sucede así cuando no se conoce la historia y son algo dudosos los síntomas. Procuraremos, sin embargo, marcar los puntos culminantes diferenciales. Estando la mujer en decúbito dorsal, en la ascitis la resonancia se siente en la parte anterior y superior, y la matidez en la inferior y laterales: en los quistes ováricos, la resonancia es posterior y superior, y la matidez anterior é inferior, marcando una zona bien limitada. En los cambios laterales de decúbito, en la ascitis la matidez pasa á sentirse del lado que corresponde á bajo, y la resonancia del lado de arriba; en los quistes no cambian sensiblemente de sitio los dos sonidos opuestos. Practicando la percusion en la estacion vertical, en la ascitis el límite entre la sonoridad y la matidez forma una curva ó concavidad superior; en los quistes, es á convexidad superior y lateral, con resonancia á los lados y atrás. Además de estos datos físicos, locales, sirven mucho para el diagnóstico diferencial los antecedentes. La hidropesía idiopática es rara, casi siempre va acompañada de afecciones del corazon, del hígado ó de los riñones, de las cuales es un síntoma, y esto dá mucha luz.

Existe, sin embargo, una hidropesía ascitis enquistada, procedente de peritonitis limitadas, cuya sufusion serosa ha quedado encerrada dentro los límites constituidos por la organizacion de los exudados plásticos. En estos casos, como el líquido no está libre, no cambia de sitio, como sucede en la ascitis general, y faltan algunos de los caractéres mencionados, asemejándose mucho á los presentados por los quistes. En este caso sirven de guía la rapidez de su formacion, despues de una inflamacion limitada aguda; los síntomas aun persistentes de inflamacion, sobre todo la calentura; la des-

igualdad y pastosidad de las paredes y su situacion. En último resultado la puncion del quiste presentará caractéres decisivos, puesto que la serosidad ascítica es muy coagulable, y esto la distingue de la de los quistes, quienes además nunca se reducen con la puncion tan completamente como la ascitis.

Pueden coincidir ambas cosas, y entonces se comprende que será mucho mas difícil el diagnóstico. La puncion del abdómen, vaciando la coleccion peritoneal, dejará libres los caractéres del quiste y por lo mismo mas apreciables.

5.º Dilataciones de la vejiga y del recto.—Este error es posible cuando el desarrollo de estos órganos, por acúmulo de las sustancias que normalmente contienen, se encuentra enmascarado por un derrame peritoneal. Pero el cateterismo en un caso y en el otro la evacuacion del recto quitarán toda la duda.

6.º Tumores sólidos del ovario.—Estos tumores no son frecuentes, y hemos dicho ya antes, que, cuando se encuentren los caractéres de un tumor sólido es mas probable que sea del útero que del ovario. Además, en los quistes casi siempre puede comprobarse la fluctuacion, y si no existe esta, es muy posible que se trate de un cisto-sarcoma de paredes gruesas, es decir, de una afeccion de carácter mixto. La superficie de los quistes es lisa y uniforme al tacto; la de los tumores sólidos desigual, como mamelonada y dura; estos tumores tampoco llegan á adquirir las dimensiones de los quistes, quedándose mucho mas pequeños. En último resultado, nos queda para desvanecer las dudas la puncion exploradora, por cuyo medio nos cercioramos de la naturaleza del contenido del tumor. Esta puncion se hace con un trocar delgado, á cuya cánula se adapta una bomba aspirante: de esta manera se tiene seguridad de extraer una cantidad de líquido suficiente para determinar su naturaleza. Si el tumor es sólido no sale mas que una pequeña cantidad de sangre; si fuere líquido saldrá éste con las condiciones propias de la serosidad, de líquido glutinoso, sustancia coloidal ó pús que se encierre en el líquido. Este complemento del diagnóstico no debe dejar de practicarse nunca, puesto que del conocimiento exacto del contenido depende muchas veces el proceder ó no á la extirpacion.

El diagnóstico debe aun completarse con otras dos nociones; si el quiste tiene adherencias; si es maligno ó benigno. Aunque Spencer Wells ha dicho que la existencia de adherencias no influye en los resultados del tratamiento operatorio, yo creo que es una circunstancia que debe siempre tenerse en cuenta, tanto para formular el pronóstico, como para fijar los procedimientos operatorios.

Para reconocer si hay adherencias se trata de mover la masa quística por debajo de las paredes abdominales, llevándola á un lado y otro: si con esto le sentimos deslizarse y cambiar de sitio obedeciendo á la ley de gravedad, podrá decirse que no tiene adherencias por lo menos con las paredes del abdómen. Si al percutir para apreciar la fluctuacion no se provoca dolor, hacemos igual razonamiento, pues siempre causa dolor cuando está adherido. Pero hay una clase de adherencias en que no vale esto para descubrirlas, y con los que fijan el quiste á los repliegues profundos del mesenterio, que generalmente solo se descubren al tiempo de hacer la operaciou.

Respecto al carácter de malignidad que pueda tener un quiste, depende de la naturaleza de su base. Por regla general los quistes no son malignos, y si bien, abandonados á su propio curso, tienen de ordinario una mala terminacion, no es por el carácter intrínseco que revisten, sino por la caquexia que producen y ocasiona la muerte. Puede, sin embargo, haber cisto-sarcomas de naturaleza cancroidea, y aun verdaderos cánceres desarrollados en la parte sólida del quiste. Estos se reconocerán por los síntomas propios de esta dolencia; localmente por el dolor lancinante, tanto mas notable cuanto que el quiste ordinario, ó no causa dolor ninguno, ó este es puramente gravativo; y en un período adelantado por los síntomas propios de la caquexia cancerosa.

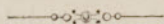
En general los quistes uniloculares son siempre benignos y de mala índole los multiloculares, pero es muy difícil decir si lo que se observa es monocístico ó policístico. Lo primero es mas raro, así es que en la duda diagnosticaremos siempre un quiste múltiple. El quiste simple es uniforme, elipsoideo ó esférico, deja sentir bien la fluctuacion en cualquier punto, crece lentamente, no ocasiona dolores é influye poco en la salud general. La falta de estas condiciones argu-

ye multiplicidad de quistes, y la exageracion de los caracteres opuestos notoria malignidad, ya por ser coloideo ó dermoideo el contenido, ya por ser cancroidea su base ó pedículo.

Inútil es decir que tambien aquí representa un gran papel la puncion exploradora.

APÉNDICE

A LA LECCION DÉCIMA.



Sobre los quistes dérmicos.—Entre las formas singulares que pueden presentar los quistes ováricos con relacion á su contenido, merecen especial mencion los llamados *dermoideos* ó *dérmicos*, por encontrar encerrados dentro la cápsula propia una porcion de elementos que corresponden á aquellos tejidos. Sin embargo, no son estos solos, pues se pueden ver muchas veces partes de tejido óseo y nervioso. Este último, es decir, la sustancia cerebral, ha sido encontrada en diversos quistes por Gray, Chalice y Rokitansky; y Friedreichs ha visto cordones nerviosos perfectamente constituidos. En un quiste operado por el distinguido catedrático de la Facultad de Medicina de Granada Dr. Gomez Torres, se encontraron varios huesos cuya forma remedaba la de algunos del esqueleto, como frontal, temporal, coxis, etc.: dos porciones de hueso estaban unidas por una verdadera articulacion, de cuya cavidad salió gran cantidad de sinovia. Entre los cartílagos los habia de formas variadas y algunos en vias de osificacion. Por el exámen microscópico se vieron corpúsculos óseos, parecidos á los elementos embrionarios, canalículos de Havers, corpúsculos cartilagosos y tejido conjuntivo (1).

La génesis de esta clase de quistes ha sido explicada de diversas maneras. Hasta hace muy poco tiempo se referian exclusivamente á preñeces extra-uterinas (ováricas, ó tubo-ováricas), pero el haberlos encontrado en mujeres vírgenes, y aun en niñas que no eran todavía púberes, ha hecho razonablemente vacilar aquella opinion exclusiva. Otros han adoptado la teoría de la *inclusion parasitaria*, suponiendo que son los restos mal desarrollados de un embrión gemelo con el sugeto que los lleva, dentro de cuyo organismo quedaron encerrados y enquistados en la primera época de

(1) GOMEZ TORRES. = *Tratado clinico de enfermedades de mujeres*, p. 445 y siguientes.

su desarrollo. Para explicar estos hechos admite Broca la teoría de la *fusion*, que establece la penetracion de un gérmen en otro, con diferente desarrollo y desigual tamaño. En este caso será el mas pequeño el que quede encerrado en el mayor, á su vez mas consistente y de mayor energía y vitalidad.

El hecho de no notarse estos quistes ováricos dérmicos en muchas ocasiones hasta despues de la pubertad, es decir, cuando ha entrado de lleno el ovario en la esfera de su actividad orgánica, ha hecho creer que tal vez eran debidos á una fuerza formatriz inherente á la vesícula. De esta opinion participa el Dr. Gomez Torres, presentando el caso clínico á que antes me he referido, como comprobante de la teoría de la formacion por potencia creadora propia. «Esta potencia, dice, puede considerarse *in posse* durante los primeros años de la vida, y es potencia *in actu* desde que se anuncia la pubertad: luego se va debilitando cada vez mas á contar desde la época crítica, y de aqui la rareza de estos quistes en la vejez» (1).

No creo que hoy por hoy reúna la ciencia bastantes datos para declarar exclusiva ninguna de estas teorías. Desde luego me satisface mucho la que se funda en la potencia formatriz del ovario, en cuyo óvulo es racional creer que existen, no solo los elementos de las formaciones embrionarias, aunque *informes*, sino tambien la fuerza íntima que los hace evolucionar. Es verdad que para el hecho de esa evolucion es necesaria una condicion absoluta, el contacto de aquel gérmen con el elemento fecundante masculino; pero á pesar de esto no repugna admitir que en casos excepcionales puedan, sin ese concurso, desarrollarse los elementos allí acumulados, y dar lugar á formaciones que recuerdan bastante aproximadamente partes de un organismo, aunque nunca un organismo completo. Se hará mas aceptable aun esta manera de ver si se recuerda que todas las materias hasta ahora encontradas en los quistes dérmicos, pueden ser trasformaciones escalonadas del tejido conectivo. Pero en medio de esto resaltan otros hechos que impiden acudir á esa explicacion, y son: el desarrollo de tales quistes en puntos distintos del ovario, en el estómago (Ruischio), entre la piel del cuello y la tráquea (Celso), en el espesor de la tienda del cerebelo (Morgagni), y luego su presencia en individuos del sexo masculino.

Creo que, aceptando que en muchos casos, sobre todo cuando aparece en la época de actividad sexual, deben atribuirse á una proliferacion anormal hija de la potencia formatriz del ovario, no puede negarse en otros su origen en una inclusion parasitaria, de

(1) Loc. citat., p. 435.

lo cual nos presenta tantos y tan singulares ejemplos la embriología.

Los quistes dérmicos pueden encerrar otros quistes de distinta naturaleza ó de igual índole, como en el caso de Moore (1), dando lugar á una aglomeracion de estas producciones.

Estos quistes se inflaman fácilmente, contraen adherencias con el peritoneo y con las paredes abdominales, supuran, y acaban por ulcerar los tegumentos y abrirse al exterior, en cuyo caso sale por la solucion de continuidad parte del contenido, ya constituyendo anchas fístulas, ya verdaderas ulceraciones (el caso del Dr. Gomez Torres). Sin embargo, esas fístulas y ulceraciones no suelen producir, como pudiera creerse, la curacion de la enfermedad por eliminacion. Casi siempre acaba por hacerse indispensable la ovariectomía.

Al principio no se distinguen en sus síntomas de los quistes comunes; su marcha, sin embargo, suele ser muy lenta y no llegan á adquirir las dimensiones de otras producciones quísticas. El aspecto es mas bien parecido al de los tumores sólidos, es decir, que son irregulares, duros, la fluctuacion nula, ó mas oscura, y aun esto solo suele aparecer cuando han supurado. Esta suele ser su terminacion mas comun. Una vez realizada tienden á dirigirse, ya á las paredes abdominales, ya á los órganos inmediatos huecos (recto, útero, vejiga), en los cuales se abren como lo hacen todos los abscesos profundos. Despues de esto entra un período notable de consuncion, debido ya á la pérdida que produce la supuracion continúa, ya á una verdadera pyohemia.

Reconocidos estos quistes, y comprobada su tendencia á abrirse hácia el exterior, se deben tratar como los abscesos de órganos profundos, abriéndolos con el bisturí en cuanto se ha verificado la adherencia. Al principio se hace muy corta la incision, para ensancharla mas tarde, y hasta practicar una incision crucial, para poder explorar bien con el dedo la cavidad quística, y extraer las partes sólidas que no pueden ser arrastradas por el pús. Despues de esto la cavidad debe lavarse bien con una solucion de permanganato de potasa ó de ácido fénico. Puede tambien cauterizarse la cavidad.

Cuando esto no baste, y en los casos de ulceracion, pero con bastante delimitacion del quiste, podrá practicarse la ovariectomía, como tan oportunamente y con tan feliz éxito lo hizo el ya citado catedrático de Granada con su enferma.

(1) Pathol. Transaccions, =Vol. VIII.