lar pélvico retro-peritoneal (1). Con frecuencia se ha referido equivocadamente su origen á las paredes de la vejiga, del recto ó del útero, las cuales se hallaban adheridas. En ocasiones han sido un obstáculo al parto.

Adherencias

Adherencias.—En las primeras fases del desarrollo de los quistes, el epitelio cilíndrico que los reviste los protege contra la formación de adherencias (WALDEYER). Empero, no bien se produce la descamación de este forro epitelial por la acción del roce y de las irritaciones exteriores, sobreviene enseguida la formación de adherencias. Laxas y glutinosas al comienzo, con el tiempo se van éstas volviendo siempre más y más íntimas. Ha habido casos, en que la cara anterior de un quiste se hallaba soldada de tal modo al peritoneo, que los operadores despegaron este último de las paredes abdominales en grande extensión, creyendo que desprendían el propio quiste. Las adherencias epiplóicas pueden ser tan extensas y tan ricas en vasos, que una vez formadas, sirven luego para abastecer al quiste de los principales elementos de su nutrición. En un caso de esta naturaleza, ví que era más práctico comenzar la ovariotomía por la sección del pedículo, relativamente delgado, y proceder luego á la ligadura sucesiva de las adherencias, haciendo girar el quiste de abajo arriba. Hasta el intestino puede hallarse fusionado, por decirlo así, con la pared, de manera que resulta imposible toda disección y se hace necesario atacar directamente el quiste para separarlo. Las adherencias con las paredes pélvicas son graves principalmente por el peligro de desgarrar el uréter ó un gran vaso; á veces es imposible vencerlas cuando son muy vastas; entonces se trata casi siempre de adherencias directas de quistes retro-peritoneales, sin intermediación de la serosa.

Ascitis

Ascitis.—Es muy común en el peritoneo la presencia de una pequeña cantidad de líquido, pero en cambio es muy raro que este líquido vaya allí acumulándose hasta formar un extravasado ascítico. Es de presumir que TERRIER (2) diera con una serie excepcional de ovariotomías, cuando por 100 de éstas contó 10 casos de ascitis abundante y otros 25 de ascitis ligera. En 68 ovariotomías TERRILLON (3) sólo una vez observó esta complicación.

(1) SÆNGER. *(Centralbl. f. Gyn.*, 1889, n.º 31, p. 542.—Este quiste fué enucleado por la perineotomía. En un trabajo ulterior, SÆNGER *(Ueber Dermoidcysten des Beckenbindegewebes* etc., en *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd. XXXVII, Heft 1, p. 100) ha reunido 11 casos de quistes dermoides del tejido celular pélvico.

(2) F. TERRIER. 1.ª, 2.ª, 3.ª y 4.ª serie de 25 ovariotomías *(Revue de Chir.*, 1882, p. 349; 1884, p. 1; 1885, p. 12; 1886, p. 985).

(3) O. TERRILLON, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1884, p. 659 y 1886, p. 904.

En los más de estos casos, se trata de quiste papilares con emergencia de vegetaciones fuera de la bolsa, y hasta á veces con metástasis abundante en el peritoneo contiguo. En los casos de quistes glandulares, puede haber degeneración grasienta parcial de la pared, ó también, según QUÉNU (1), ruptura de quistes superficiales muy pequeños, cuyo contenido irrita el peritoneo. Considero exagerado el papel que este autor atribuye á los fenómenos de osmosis provocados por la materia coloide segregada por las vegetaciones ó vertida por los pequeños quistes; ninguna necesidad hay de recurrir á esta consideración para comprender la producción del derrame ascítico causado por la irritación de un líquido patológico; la ascitis es un verdadero medio de defensa para el peritoneo, cuando éste no ha podido aislar el cuerpo irritante mediante la producción de adherencias. También la riqueza vascular de los tumores (2) ha sido incriminada para explicar la ascitis; pero la importancia de este factor al parecer es muy reducida, toda vez que pueden existir fibromas telangiectáticos sin ascitis.

Los caracteres del líquido ascítico que acompaña los quistes del ovario permiten á menudo determinar su naturaleza: es más rico en materias fijas que el líquido de la ascitis de la cirrosis (60 á 70 gramos, en vez de 25 gramos por litro, según MÉHU) (3) y contiene á menudo elementos celulares característicos (QUÉNU). Puede ser citrino ó teñido de sangre, y este último carácter corresponde al parecer á un grado más intenso de malignidad del tumor.

Apoplejía

Apoplejía intra-quística.—Sobrevienen con frecuencia pequeñas hemorragias en el interior de las bolsas quísticas y á ellas es debido el aspecto oscuro y á veces achocolatado que el líquido presenta. También se han observado hemorragias graves, verdaderas apoplejías que pueden comprometer la existencia: cuando esto ocurre, se encuentra el quiste dilatado por coágulos, sin que sea posible averiguar el punto donde se han roto los vasos (4). La elongación y la torsión del pedículo predisponen á las hemorragias.

Supuración

Supuración.—La cavidad quística puede entrar en supuración consecutivamente á la punción evacuadora ó exploradora, en cuyo caso no cabe duda que con esta maniobra se han llevado gérmenes

(1) QUÉNU. *Revue de Chir.*, 10 abril 1886, t. VI, p. 265.

(2) GUNDELACH. *De l'Ascite symptomatique des Tumeurs ovariques.* Tesis de París, 1887.

(3) MÉHU. *Étude sur les Liquides path. de la cavité péritonéale (Arch. de Méd.*, 9 nov. 1877, t. II, p. 513).

(4) PARRY. *Amer. Journ. of Obst.*, nov. 1871.—ROSENBERGER. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1880, p. 271.—P. SEGOND. *Encycl. intern. de Chir.*, t. VII, p. 630.

BIBLIOTECA FAC. DE MED. UNAM

patógenos á dicho punto. Á esta misma causa hay también que atribuir las inflamaciones llamadas espontáneas: los microbios (1) han encontrado á veces acceso, caminando probablemente á lo largo de las adherencias de la bolsa con las trompas inflamadas. La inflamación supurativa puede ser consecutiva á la mortificación por torsión del pedículo. Y en fin, después del parto y bajo la influencia de una septicemia puerperal atenuada, se ha observado la supuración de los quistes dermoides.

Torsión del pedículo

Torsión del pedículo.—Es un accidente que, sin ser muy raro, es poco frecuente. Puede verse el quiste desprendido por completo de su primitiva inserción, formando una masa libre en el abdomen, ó retenida únicamente por algunas bridas filamentosas (2). En este caso suele generalmente tratarse de tumores poliquísticos areolares, ó de quistes dermoides de paredes gruesas, y consistentes como masas sólidas; en mi práctica he tenido ocasión de observar un caso del primer género. Baumgarten y Hofmeier han visto quistes dermoides que quedaron completamente libres. Si el tumor no ha contraído adherencias antes de separarse, viene á resultar como un cuerpo extraño, que provoca una reacción bastante viva en el peritoneo, y una ascitis, por decirlo así, aguda. En el caso contrario, el tumor puede seguir viviendo por sus raíces adventicias, pero puede también que con estas últimas ocurra el mismo accidente (3). Cuando la torsión se ha efectuado lentamente y, por decirlo así, de una manera crónica, puede determinar beneficiosos efectos, deteniendo el desarrollo ulterior del neoplasma, sin provocar reacción alguna, y entonces sobreviene la regresión grasienta y la reabsorción parcial del tumor; también se ha observado la calcificación. Pero, lo más frecuente es que la torsión progresiva vaya acompañada de ataques agudos de peritonitis y de aumento de volumen del quiste por hemorragias. La **inflamación gangrenosa** del tumor es uno de los resultados raros de la torsión: en tales casos debemos admitir que la torsión ha sido brusca, determinando la mortificación súbita del neoplasma, y que los gérmenes se han introducido siguiendo la vía de las adherencias intestinales. La torsión puede ocasionar también la **oclusión intestinal.**

(1) Weil (*Prag. med. Wochenschr.*, 1878, p. 43) cita un caso de supuración de quiste, que no se prestaba á ninguna explicación.

(2) Heurtaux (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1886, t. XII, p. 747) ha sostenido que la ruptura del pedículo podía tener lugar en ciertos casos por simple elongación, sin torsión.

(3) V. Chalot. *Kyste de l'ovaire transplanté: accidents du nouveau pédicule* (*Annal. de Gyn.*, 1887, t. XXVII, p. 161).

Generalización peritoneal. Metástasis

Generalización peritoneal.—Metástasis.—La proliferación metatípica del epitelio de los quistes glandulares, acerca de la cual Malassez ha insistido tanto y con razón, y las neoformaciones coloides y carcinoides constituyen caracteres muy parecidos á los procesos atípicos de los neoplasmas malignos; no es, pues, extraño, que los quistes del ovario, por influencias aún desconocidas, se conduzcan como tumores malignos, generalizándose por el peritoneo y á veces hasta á más distancia, y recidivando después de la ablación. Todos estos hechos han sido reunidos con la expresión algo vaga, pero hoy día sancionada, de **metástasis** (1). Pueden establecerse las siguientes categorías: A. **Metástasis por infección espontánea**; B. **Metástasis por infección operatoria.**

A. Metástasis por infección espontánea

A. **Metástasis por infección espontánea.**—Las vegetaciones vellosas, en forma de coliflor, de los quistes papilares pueden permanecer durante mucho tiempo en el interior de la bolsa; pero en un momento dado salen á la superficie externa del quiste, ya sea que lo hayan dilatado y producido su ruptura, ya que hayan determinado alguna erosión y perforado su pared en un punto limitado. Desde entonces comienza para la bolsa una nueva fase: por una parte, roto el revestimiento epitelial protector, irrítase el peritoneo y sobreviene ascitis; por otra, derribadas las barreras que hasta entonces habían sujetado el neoplasma, tiende éste á generalizarse, esparciendo semillas en las partes inmediatas por un proceso comparable al contagio progresivo por auto-inoculación de las placas mucosas.

Vense, entonces, vegetaciones diseminadas, muchas veces en considerable cantidad, no sólo en el ovario, trompa y útero, si que también en los intestinos, en el gran epiploón, en el peritoneo parietal y hasta en las mismas paredes de la aorta (2). En este

(1) Véase acerca este punto W. L. Atlee. *General and differential Diagnosis*, etc., Filad., 1873, p. 372.—Beinlich. *Charité-Annal.*, 1874. Bd. I, p. 403.—Kolaczek. Virchow's *Arch.*, 1875, Bd. LXXV, p. 399.—Marchand. *Beitrag zur Kenntniss der Ovarialtumoren*, Halle, 1879, p. 9.—Mennig. Disert. inaug., Kiel, 1880.—Thornton. *Med. Times*, 19 feb. 1881, t. I, p. 213 y 673.—G. Meyer. *Charité-Annal.*, 1882, t. VII, p. 417.—John Williams. *Obstetr., Trans. of London*, 1882, t. XXIV, p. 93.—A. Frænkel. *Wien. med. Wochenschr.*, 1883, p. 805, 909 y 940.—Netzel. *Centralbl. f. Gyn.*, 1883, n.º 6, p. 102, y 1884, n.º 6, p. 95.—Werth. *Pseudo-myxoma Peritonei* (*Arch. f. Gyn.*, 1884, Bd. XXIV, Heft 1, p. 100).—Baumgarten. Virchow's *Arch.*, 1884, t. XCVII, p. 1.—Olshausen. *Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn.*, 1885, Bd. XI, p. 238.—Schlegtendal. *Centralbl. f. Gyn.*, 1885, n.º 38, p. 593.—Poupinel. *De la généralisation des Kystes et Tumeurs épithéliales de l'ovaire*, Tesis de Paris, 1886, y *Arch. de Physiol.*, 1887, t. IX, p. 29.—Freund. *Ueber Hæufigkeit und Behandlung der bœsartigen Eierstocksgeschwülste* (61te *Versamml. deutsch. Naturforscher in Kœln.* 1888).—Teichmann. *Ueber maligne Ovarialtumoren.* Dis. inaug., Jena, 1888.—A. Hadjès. *Contrib. à l'étude de la généralisation des Épithéliomas mucoïdes kystiques de l'ovaire*, Tesis de París, 1889.

(2) Friedrich. *Ueber metastatische proliferirende Papillome der Aortenwand bei primæren prolif. Kystome des Ovariums*, Kiel, 1888.—Frænkel. *Proliferirendes papillæres Ovarialkystom* (*Centralbl. f. Gyn.*, 1891, n.º 21, p. 428).

BIBLIOTECA FAC. DE MED. HAVANA

caso cabe preguntar, si es posible que sea completa la operación que se intenta practicar, y cuál va á ser el destino de las vegetaciones secundarias, cuando se haya procedido á la extirpación de los tumores principales. Sin embargo, sabemos por numerosas observaciones que, hasta concurriendo estas circunstancias, puede alcanzarse la curación duradera, como si las vegetaciones diseminadas se atrofiaran ó sufrieran la regresión secundaria. En un caso de THORNTON, de quiste papilar bilateral roto, con diseminación de vegetaciones por el peritoneo, la curación aun duraba al cabo de cuatro años; en otro caso, la enferma se hizo embarazada, después de una operación en que se encontró todo el peritoneo pélvico sembrado de papilomas; en otro caso, THORNTON se vió precisado á abandonar en el fondo de saco de DOUGLAS un tumor del tamaño de una avellana, y á los tres años y medio halló que esta masa no había efectuado ningún desarrollo. FLAISCHLEN y L.-TAIT citan casos análogos (1).

La infección metastática en los casos de quistes glandulares del ovario es un hecho rarísimo (2). Cuando existe, puede depender de la ruptura espontánea del quiste, en cuyo caso se encuentran en el peritoneo bolsas quísticas, generalmente de pequeño volumen, ingertadas en el epiploón ó en los intestinos, ó bien retro-peritoneales, junto con masas gelatinosas ó sin ellas. Yo mismo he observado un caso de esta clase. El tumor era bilateral, poliquístico, y en el fondo de saco de DOUGLAS había masas metastáticas y además una bolsa quística libre, del tamaño de una naranja, ingertada en el paquete intestinal, cuya bolsa procedía sin duda de la ruptura de alguno de los tumores ováricos; había también ligera ascitis; la enferma sucumbió en breve tiempo. En un caso análogo, con producciones quísticas diseminadas por el epiploón, vejiga y pared abdominal posterior, obtuvo RUNGE (3) curación, continuando ésta todavía al cabo de seis meses.

También se han observado metástasis en casos de quistes dermoides. KOLACZEK refiere una observación de MARTIN, según la cual en la operación de un quiste dermoide de paredes gruesas y lisas, se halló considerable ascitis y multitud de nódulos amarillentos, del tamaño de un guisante, diseminados por la serosa, muchos de los cuales contenían un cabello de color claro. FRÆNKEL vió

(1) THORNTON. *Loc. cit.*—FLAISCHLEN. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1882, p. 92.—LAWSON-TAIT. *Philad. med. Times*, 1884, t. XV, p. 1 (citados por GUNDELACH. *Loc. cit.*).

(2) Observaciones de BAUMGARTEN y de SCHLEGTENDAL. *Loco cit.*

(3) MAX RUNGE. *Fall von glandulæren Ovarialcystomen mit gelatinœsem Inhalt und peritonealen Metastasen* (*Centralbl. f. Gyn.*, 1887, n.º 15, p. 233).

también en un caso de BILLROTH, producciones dermoides en el vientre, asociadas á un quiste de igual naturaleza.

Casos hay en que la infección no queda limitada al peritoneo, sino que se extiende á la cara inferior del diafragma, desde donde por intermedio de los linfáticos llega á invadir la pleura. En un caso de MARCHAND (1), los tumores pleuríticos contenían una sustancia gelatinosa y alvéolos tapizados de epitelio cilíndrico con cilíolos á trechos. En una observación de TERRIER (2), el tumor de la pleura diafragmática ofrecía los caracteres del carcinoma. En efecto, esas metástasis de los quistes ováricos pueden revestir una estructura histológica maligna; así es como un quiste dermoide puede ser el punto de partida de un epitelioma, el cual puede extenderse, á su vez, al útero, al epiploón, al duodeno, al hígado, al bazo y al pulmón (3). Muchas veces se ha observado la degeneración de los quistes dermoides en neoplasmas malignos, (epitelioma, sarcoma, carcinoma) (4).

Metástasis por infección operatoria

B. **Metástasis por infección operatoria.**—Se han publicado numerosos casos, en los que, poco después de la ovariotomía, han aparecido masas gelatinosas en el peritoneo *(mixoma del peritoneo)*, cuyas masas proceden, según parece, de la siembra de materia análoga contenida en el quiste. Forman nódulos de aspecto vítreo, de un tamaño que varía entre el de un cañamón y el de una avellana, diseminados ó reunidos en un conglomerado, cuyo volumen puede igualar al del útero de término; su color es acaramelado ó grisáceo, y contienen tabiques conectivos muy delgados, marcados ó no por vasos, que pueden atravesarlos de igual manera que si atravesasen el cuerpo vítreo. WERTH ha demostrado que no eran verdaderos mixomas y ha propuesto designarlos más bien con el nombre de **pseudo-mixomas del peritoneo.**

¿Estará acaso predispuesto el peritoneo á ser infectado de un modo inevitable, cuando hay efusión del contenido de los quistes dermoides? ENGSTRŒM (5) refiere dos curiosas observaciones, que demuestran la posibilidad de obtener la curación, á pesar de que el contenido quístico haya contaminado extensamente la cavidad abdominal. También se sabe que la vasta contaminación de la serosa

(1) MARCHAND. *Loc. cit.*, p. 9.

(2) Véase POUPINEL. Tesis citada, p. 154.

(3) BABINSKI. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, mayo 1883, p. 234.

(4) OLSHAUSEN. *Loc. cit.*, p. 401.—G. KRUKENBERG. *Arch. f. Gyn.*, 1887, Bd. XXX, p. 241.—POTTION. Disert. inaug., Jena, 1887.

(5) OTTO ENGSTRŒM. *Ist das Eindringen von Dermoidcysteninhalt in die Bauchhœhle unbedingt schœdlich?* (*Gentralbl. f. Gyn.*, 1887, n.º 5, p. 68).

BIBLIOTECA FAC. DE MED. UNAM

por el contenido coloide de los quistes proligerados, no constituye ningún obstáculo absoluto al éxito operatorio (1), por más que sea en todos los casos una mala condición para lograrlo.

CAPITULO II

Etiología, síntomas, curso y diagnóstico de los quistes del ovario

Etiología.—Síntomas. Período latente. Período de tumefacción. Período de agotamiento. Tumor pélvico. Enfermedad quística del ovario. Tumor abdominal. Trastornos menstruales. Esterilidad. Compresión de la vejiga, del recto, del diafragma, de los uréteres. Afecciones cardíacas. Peritonitis parciales. Estado general. Facies ovárica.—Accidentes. Inflamación. Supuración. Torsión del pedículo. Ruptura del quiste. Estrangulación interna. Complicaciones pleuríticas.—Pronóstico. Curso. Curación espontánea. Causas de muerte. Valor pronóstico de la ascitis. Quistes papilares malignos. Degeneración cancerosa de los quistes glandulares.—Diagnóstico diferencial entre los tumores de la pelvis y: núcleo inflamatorio perimetrítico; hematocele pélvico; tumores de las trompas; embarazo extra-uterino; retroflexión del útero grávido. Diagnóstico diferencial entre los tumores quísticos que han invadido el abdomen y: embarazo; ascitis; peritonitis tuberculosa ó cancerosa (punción); cuerpos fibrosos del útero, hematómetra, dilatación vesical; tumores del riñón, del hígado, del bazo, del mesenterio, del epiploón; equinococos; tumores de la pared abdominal; pseudo-quistes ó tumores-fantasmas. (Incisión exploradora).—Diagnóstico de la variedad del quiste. Diagnóstico de las adherencias.

Etiología

Etiología.—Los quistes del ovario suelen aparecer principalmente durante el período de actividad sexual de la mujer. Sin embargo, si bien es cierto que muchos de estos tumores existen en germen desde el período fetal y que en algunos de estos gérmenes ya se inicia á veces el neoplasma en dicha época, la verdad es que permanecen en estado latente hasta que reciben el impulso que les permite desarrollarse. Y esto que está ya fuera de duda con respecto á los tumores dermoides, puede suceder también con los quistes proliferados (quistes mucoides de Malassez, cisto-epiteliomas, quistes glandulares y papilares), según parecen demostrarlo

(1) H. Schmid. *Ovarialcystenriss, Ovariotomie, Heilung (Centralbl. f. Gyn.*, 1887, p. 772).—E. Neuber. *Pseudo-myxoma Peritonei*, Disert. inaug., Erlangen, 1888.—Esta Memoria está basada en una Observación de Frommel: quiste gelatinoso con acúmulo, en el peritoneo, de masas parecidas; ovariotomía, curación. Se han publicado ocho casos análogos, entre los cuales hay tres curados.

varias observaciones. Doran, Winckel y de Sinéty han encontrado en fetos, algunos de término, pequeñas cavidades quísticas, cuyo significado y cuya evolución ulterior no se han determinado. Los quistes dermoides pueden desarrollarse de tal suerte, hasta en las niñas, que obliguen al cirujano á practicar la operación (Rœhmer, Hamaker, Polotebnoff, Bell, etc.). Por otra parte, hay observaciones referentes á quistes del ovario, que sólo empezaron á desarrollarse en edad muy avanzada, desde los 65 á los 75 años (Johnson, Davis, Terrier, Owen, etc.) Pero más adelante volveré á ocuparme de este punto, al tratar de las indicaciones de la ovariotomía.

Se han observado curiosos casos de quistes en una misma familia y en hermanas (Simpson, Rose, Lever, Olshausen).

La afección es muchas veces bilateral. En mil ovariotomías practicadas por Spencer Wells, lo fué ochenta y dos veces (ó sea un 8,2 por 100). La proporción resulta aún mayor en los quistes papilares, estimándola Olshausen en un 77 por 100, mientras que en los quistes glandulares, considerados por separado, no pasa de un 4 por 100.

Scanzoni atribuía á la clorosis una influencia etiológica, que resulta completamente hipotética.

Síntomas

Síntomas.—Al principio sólo hay trastornos vagos que nada tienen de particular y se refieren á formas atenuadas de lo que he descrito con el nombre de **síndrome uterino.** Suelen presentarse primeramente simples desórdenes reflejos debidos á las congestiones y á los estiramientos que sufren los anejos. Más tarde sobrevienen fenómenos de **compresión** del recto, de la vejiga ó de los nervios, cuando el quiste se halla incluído debajo del peritoneo y no puede dirigirse libremente hacia la cavidad abdominal; sin embargo en la mayoría de los casos suelen faltar dichos síntomas. Entonces, pasado el **período latente** ó simplemente *metrítico* (pseudo-metritis), aparece de una manera súbita el **período de tumefacción,** durante el cual el vientre va desarrollándose cada vez en mayor grado. En este tiempo va alterándose la salud de la enferma, que entra luego en el último período ó **período de agotamiento,** que es el que precede á los accidentes ulteriores, llevando éstos fatalmente á la muerte, si oportunamente no interviene el arte.

Período latente

Período de tumefacción

Período de agotamiento

En la evolución de los **tumores quísticos** hay que distinguir dos fases, á cada una de la cuales corresponden signos físicos radicalmente distintos: 1.ª fase: el tumor es pequeño y está oculto en la