

A no puncionar el saco :

- 1.º Cuando la hemorragia es reciente y, por consecuencia, susceptible de ser absorbida ;
- 2.º Cuando la hemorragia, aunque antigua , disminuye poco á poco, pero con lentitud ;
- 3.º Cuando el aumento del derrame alrededor de cada período menstrual demuestra que las causas que le han producido están todavía en actividad.

A puncionar el saco :

- 1.º Cuando un derrame antiguo manifiesta poca ó ninguna tendencia á reabsorberse ;
- 2.º Cuando los calofríos y los síntomas héticos demuestran que se ha verificado la supuración. En tales casos, yo puncionaría á través de las paredes abdominales si el tumor no fuese fácilmente accesible por la vagina.

CAPITULO VI.

ENFERMEDADES DE LAS PARTES EN CONEXION CON EL ÚTERO. — RESULTADOS DE LA INFLAMACION Y DE LOS PROCESOS ANÁLOGOS.

Inflamacion de los anejos del útero. — De los ovarios.

Inflamacion de los ovarios. — Estado imperfecto de nuestros conocimientos. — Anatomía patológica. — La inflamacion de su superficie peritoneal es frecuente. — La de su sustancia propia es rara. — Cambios producidos por la inflamacion de las vesículas de Graaf. — Supuración y absceso de los ovarios. — Síntomas de la inflamacion ovárica. — De la forma aguda y de los abscesos del ovario. — Observaciones.

Inflamacion crónica del ovario ; su frecuencia ha sido probablemente exagerada. — Carácter neurálgico que se le atribuye. — Ovaritis sub-aguda. — Sus relaciones con lo que se llama dislocación del ovario.

Notas sobre una hernia del ovario y sobre los quistes serosos del útero.

Frecuentemente en el curso de esta obra he tenido ocasion de lamentarme del estado imperfecto é incompleto de nuestros conocimientos, debiéndonos contentar á menudo con meras insinuaciones más ó ménos vagas, con hipótesis ó fragmentos de informes, cuando hubiera sido necesario proposiciones claras y reglas positivas.

Temo mucho que nos suceda lo mismo con este capítulo, en el cual tengamos que quedarnos en el límite de los conocimientos adquiridos por la ciencia ; pues es difícil hablar en tono afirmativo en cuestiones que todavía no están resueltas. Algunos hechos, sin embargo, son bien conocidos y universalmente admitidos por todos, á saber, la frecuencia de la *inflamacion aguda del ovario*, como complicación de la peritonitis puerperal y su rareza en otras circunstancias ; pero la frecuencia, los síntomas y la importancia de las formas crónicas de la inflamacion ovárica son todavía el objeto de opiniones contradictorias, faltándonos documentos para dilucidar los problemas que se refieren á este punto.

La dificultad, á la que me refero, no proviene de las *lesiones morbosas* que se descubren en los ovarios, sino más bien de la incertidumbre que reina relativamente á su naturaleza y á su

importancia. De los 66 casos que he examinado en la edad adulta, en 21 el útero y sus anejos, los ovarios mismos, ó las partes inmediatamente en conexión con ellos presentaban cambios más ó ménos manifiestos, debidos á la acción inflamatoria. En 10 de los 21 casos, la principal evidencia de la inflamación se revelaba por huellas precisas de una antigua peritonitis que tenia su asiento en los anejos del útero, y en cinco restantes no se comprobaba apariencia de otra lesión más reciente. La extensión de esta peritonitis variaba de una manera considerable. En algunos ejemplos se hallaba limitada á un sólo lado, y no consistía más que en algunas falsas membranas poco espesas, diseminadas sobre la superficie de uno ú otro ovario, ó en largos filamentos adheridos entre los ovarios y las trompas. Otras veces una falsa membrana envolvía por completo á los ovarios, tapizando los ligamentos anchos y acortando por su retracción los ligamentos del ovario, encontrándose así aplicados sobre los lados del útero y adhiriéndose sólidamente á las trompas de Fallopio. En otras ocasiones los ovarios, no sólo no se aproximaban al útero, sino que se hallaban modificados de otra manera distinta, fijándose en su parte posterior, como lo comprueba la autopsia hecha á una mujer muerta á la edad de treinta y siete años de una bronquitis crónica con enfisema pulmonal; la que, al decir de su marido, los cuatro partos que tuvo habían sido perfectamente normales. Los anejos del útero de los dos lados se hallaban fijos detras de la matriz por antiguas y sólidas adherencias, cuyo tejido celular contenía una gran cantidad de granulaciones grasosas. Las trompas de Fallopio de los dos lados del grosor del dedo pequeño estaban enroscadas sobre sí mismas, y dilatadas por la presencia en su interior de una secreción roja y espesa, semejante á una mezcla de sangre y de moco. Cada una de ellas se adhirió sólidamente al ovario correspondiente, de tal manera, que era imposible disecarlas bien. No pasaban de la línea media, y se aplicaban sobre los dos lados del útero. Su cavidad estaba dividida por un gran número de pequeños sacos que se comunicaban libremente entre sí, como se observa sobre una sección del *fucus marinus*; la derecha, que era la más dilatada de las dos, en su mayor longitud medía á una pulgada del útero, una pulgada y una línea de circunferencia. Esta dilatación persistía, aunque disminuyendo poco á poco, hasta un cuarto de pulgada del útero, donde cesaba; lo demás del tubo era permeable, por más que su calibre fuese el mismo que en el estado normal. Las paredes de las trompas eran densas y su estructura muscular muy evidente; la membrana mucosa que las tapizaba era resistente, desprendiéndose con facilidad de los tejidos próximos, y toda su superficie parecía perfectamente lisa.

El ovario izquierdo, muy atrofiado, se distinguía apenas en

medio del tejido celular grasoso que abundaba sobre los lados del útero y en el espesor del ligamento ancho. El ovario derecho era más voluminoso que en el estado normal, pero difícil de reconocer su sustancia propia en el tumor que formaba. Su volumen era igual al de una nuez cubierta por su cáscara; debido sin duda principalmente á un quiste, cuya membrana interna estaba lisa y la cavidad llena de una sangre espesa grumosa y de algunos antiguos coágulos fáciles de desprender.

En otros casos he encontrado lesiones ménos pronunciadas sobre los anejos del útero; he visto ovarios atrofiados por la compresión que ejercía sobre ellos la falsa membrana que les cubría, circunstancia á la cual es necesario atribuir, sin duda, la esterilidad que á menudo es consecutiva á un ataque de peritonitis y la supresión de los menstruos que algunas veces, pero ménos frecuente, sucede á la misma causa.

Las alteraciones de la sustancia propia de los ovarios, y especialmente de las vesículas de Graaf, son más importantes que las modificaciones producidas en su superficie por la inflamación. Su propia sustancia, salvo en el estado puerperal, rara vez presenta lesiones de naturaleza manifiestamente inflamatoria. El reblandecimiento de un tejido con infiltración purulenta bastante abundante y bastante repentina para producir la rotura del órgano, su gangrena observada en mujeres muertas de una fiebre puerperal epidémica, constituyen lesiones que en mi modo de ver no se encuentran en el estado de vacuidad. Las afecciones propias del tejido del ovario, fuera del estado puerperal, son siempre secundarias, y están subordinadas á las de las vesículas de Graaf. Así que, cuando las funciones del ovario estén abolidas, no dando lugar al desprendimiento de los óvulos ó no llegando á la madurez, se encuentra la sustancia de estos órganos arrugada, densa y entrecortada de líneas blanquizas de un tejido celulo-fibroso. Por el contrario, cuando las vesículas de Graaf están congestionadas ó inflamadas, el tejido ovárico se pone turgesciente é hipermiado é infiltrado. Entónces se encuentra que el ovario en totalidad ha aumentado de volumen, y mi propia experiencia sobre este punto confirma la de Kiwisch, que dice que muy rara vez, fuera del estado puerperal, el volumen del órgano inflamado pasa del doble de el del órgano sano (1).

En las mismas vesículas de Graaf, pues, es donde anticipadamente nosotros podíamos esperar encontrar los más importantes resultados de la inflamación; y esta inflamación en muchos casos es probablemente el origen de la hidropesía de los ovarios. En las mujeres que mueren durante ó poco tiempo despues de la menstruación, sabemos que se comprueba ordinariamente un es-

(1) *Op. cit.*, vol. II, segunda edición, pág. 47.

tado de turgescencia de uno ó de otro ovario, con prominencia de alguna vesícula de Graaf, inyección de su membrana interna y presencia de un coágulo voluminoso en su cavidad, de donde acaba de salir un óvulo. Un estado igual de los ovarios es fisiológico y desaparece con la congestión que le produce; el coágulo se reabsorbe gradualmente y la vesícula se retrae para desaparecer por grados. Pero algunas veces se encuentran iguales alteraciones fuera del período menstrual, y en circunstancias que parecen asignarles por causa un trabajo inflamatorio. Así, en una prostituta de veinte años de edad, que padecía de una gonorrea intensa, cuando murió de pleuro-pneumonía, toda la cavidad uterina estaba tapizada de una abundante secreción puriforme, y la superficie subyacente era de un rojo claro como el del terciopelo. Este estado congestivo cesaba bruscamente en el orificio interno del cuello del útero, pero se continuaba en toda la extensión de las trompas de Fallopio. Estas estaban permeables en su extremidad uterina, obliteradas en su porción frangeada, y llenas de un pus espeso que había dilatado dichas franjas en pequeñas ampollas; su membrana interna se hallaba tomentosa y de un rojo vivo. Los ovarios habían aumentado de volumen, y estaban hiperemiados; las vesículas de Graaf numerosas y turgescientes; su membrana presentaba una inyección de pequeños vasos, tan bonita como si hubiera sido hecha con bermellón.

No sé lo que hubiera sido de esta enfermedad uterina si la pneumonía no hubiese ocasionado la muerte de la enferma. Sin embargo, es probable que el contenido de las vesículas se hubiera modificado y convertido en pus. Tal era por lo demás el contenido de las vesículas de Graaf en el ovario derecho de una joven que murió de una peritonitis aguda: allí se encontró un quiste purulento del volumen de una naranja; otras vesículas contenían también algunas gotas de pus; pero el tejido intermedio no estaba infiltrado, y el otro ovario se hallaba enteramente sano.

En este caso el quiste voluminoso existía sin duda desde mucho tiempo, cuando la enferma sucumbió, y la inflamación que se había apoderado de él, sería probablemente el punto de partida de esta afección mortal. Como ya tendremos ocasión de ver más tarde, la inflamación y la supuración de un quiste ovárico no son raras, y estos fenómenos sobrevienen algunas veces, sin dar lugar á síntomas tan graves como se pudiera esperar. Tales casos son muy distintos de los de un absceso ovárico primitivo, que presenta, según yo creo, mucha más gravedad. La mayor parte del tiempo estos abscesos se desarrollan con lentitud, y los trastornos constitucionales, que son su consecuencia, son más serios que cuando se trata de quistes ordinarios del ova-

rio; sin embargo, con el tiempo acaban por quedar estacionarios durante muchos años. Así, en una enferma que murió doce años después del primer ataque inflamatorio de los anejos del útero y cuatro después del segundo, se encontró el ovario derecho lleno de numerosos depósitos de una materia amarillenta, semejante al queso blando, que provenía, sin duda alguna, de las modificaciones que se habían operado en el contenido de las vesículas de Graaf; el ovario izquierdo, al cual se adhería la trompa correspondiente, consistía en un absceso del volumen de una naranja, lleno de pus. La cavidad de este absceso era sinuosa, como si muchas colecciones purulentas se hubiesen reunido por la rotura de sus tabiques; en su parte inferior había una masa de materia cretácea, gruesa como una castaña.

Hay además bastante á menudo lesiones de las vesículas de Graaf, que resultan, según todas las probabilidades, de una inflamación crónica, ó más bien de otra anterior que ya ha desaparecido. Tal es la pérdida de transparencia de la pared de las vesículas, y especialmente su entera transformación en corpúsculos blanquizcos ó de un blanco amarillento, del volumen de un pequeño guisante, de una textura friable y homogénea. En algunos casos el estroma de los ovarios aparece intacto alrededor de estos corpúsculos, pero algunas veces se encuentra una especie de sustancia amarilla, análoga á la fibrina, que se ha infiltrado en el centro del órgano, ó dispuesta por estrías en su espesor. Este estado coincide siempre con un engrosamiento considerable de la cápsula ovárica y con un color blanco opaco de su superficie, y los ovarios generalmente son pequeños y arrugados, conteniendo pocas vesículas de Graaf, y algunas ninguna más que las que han sufrido las alteraciones que hemos indicado más arriba. Sin embargo, esto no es, como se podía suponer, el simple resultado de una atrofia ocasionada por la edad y por la cesación de las funciones sexuales, porque yo he encontrado esta lesión en el cuerpo de una mujer que murió á la edad de veinticinco años, y en los ovarios de la cual había, no sólo vesículas de Graaf, sanas, sino también un grueso coágulo menstrual y otros indicios de una menstruación reciente.

La *inflamación aguda* de la sustancia de los ovarios, fuera del estado puerperal, es tan rara, que yo no he tratado ninguna, no he observado más que un solo caso, que ya he mencionado, como un ejemplo de la supuración de los folículos de Graaf; la muerte sobrevino á consecuencia de una peritonitis generalizada.

La historia de la enferma no permitió descubrir la causa de su enfermedad; sólo que era una joven soltera de diez y ocho años de edad, que vivía en buenas condiciones, no habiendo tenido nunca ningún desorden en la menstruación ni ninguna afección uterina. Su enfermedad sobrevino espontáneamente, cuatro

ó cinco dias ántes de su entrada en el hospital, en el intervalo de las reglas, con dolor en el dorso y en el abdómen; fiebre, languidez, accidentes que no se habian combatido por ningun tratamiento. Los síntomas eran los de una peritonítis generalizada; piel seca, pulso pequeño, á 120 pulsaciones, sed viva, náuseas continuas, cefalalgia intensa, tension y sensibilidad en el abdómen, dolor en dicha region que se extendia al dorso, pero muy intenso. El estado de las fuerzas no permitia que se recurriese á un tratamiento activo; al dia siguiente el pulso habia ascendido á 160 pulsaciones, las náuseas eran incesantes, los vómitos consistian en una materia de un gris negruzco; el abdómen estaba más tenso, aumentada su sensibilidad, y el dolor aparecia bajo la forma de paroxismos, en el intervalo de los cuales la enferma se encontraba bien. Al cabo de las diez y ocho horas murió, catorce despues de su entrada en el hospital.

Por la auptosia se comprobó una peritonítis generalizada: dos pintas de un líquido purulento se encontraron en la cavidad abdominal, y la inflamacion se habia extendido hasta la pleura diafragmática. El útero y el ovario izquierdo estaban perfectamente sanos. En union con el ovario derecho habia un quiste lleno de pus, que se elevaba á la altura del estrecho superior; el pus cubria la superficie externa del ovario y llenaba las vesículas de Graaf.

Un curso tan rápido y una terminacion fatal son muy raros. La inflamacion comienza por los anejos del útero del uno ó del otro lado; por lo general, no se propaga más que al peritoneo que tapiza las partes próximas al útero; y aún cuando la sustancia del ovario se halle afectada, y la inflamacion termine por supuracion, la enferma no experimenta más que trastornos de procesos lentos, porque el *absceso* puede adquirir un volúmen considerable y persistir en este estado durante muchos años. Tal es, por último, la experiencia de Kiwisch (1), y que mi propia observacion, aunque limitada, me induce á admitir su opinion. Ha observádo que los síntomas tenian tendencia á quedar estacionarios, así que, algunas veces la enferma no padece más que una incomodidad mecánica ocasionada por el tumor. Pero en otras ocasiones, los accidentes de detencion de los síntomas son de distinto género; la paciente continúa demacrándose; de tiempo en tiempo hay ataques de fiebre que acaban por tomar el carácter hético, y que indica que hay una descomposicion que se efectúa en el contenido del absceso, y la muerte sobreviene, ya ún-

(1) Kiwisch, *op. cit.*, vol. II, pág. 67, dice haber visto un absceso del ovario que contenia diez y seis pintas de pus (16 cuarts.) He visto sacar de un quiste del ovario tres copas de pus de buena naturaleza, pero era en un caso de hidropesía del ovario, en que la inflamacion se habia apoderado del quiste; este es un accidente de que nos ocuparemos más adelante.

tes, ó bien despues de la evacuacion del foco morbosos. Todas estas circunstancias han sido observadas por mí en los casos de quiste del ovario en que la inflamacion habia convertido el contenido en pus; pero no he visto más que un ejemplo en que hubiera alguna razon para creer que el tumor estaba constituido desde el principio por un absceso que proviniese de la inflamacion de las paredes de un quiste hidrópico del ovario. En esta enferma la afeccion comenzó por las supresion de las reglas cinco meses despues de su casamiento, y entónces tenia veintiseis años de edad. La supresion de los menstruos fue seguida de dolores en el lado derecho del abdómen, en la inmediacion de la cresta iliaca, dolores que se irradiaban al lado opuesto y que se agravaban por los movimientos y ejercicio de las fuerzas, por su intensidad y por los desórdenes constitucionales que les acompañaban. Durante los primeros seis meses que precedieron á su entrada en el hospital, la enferma permaneció en cama casi constantemente. Poco tiempo despues del principio de su afeccion, sobrevino un tumor en la region iliaca, que su médico declaró ser un absceso. Un mes despues de aparecer este tumor, un flujo de pus se verificó por la uretra, que se reproducia por diversos intervalos durante algunas semanas, sin producir ningun cambio marcado en dicho absceso. Este flujo cesó durante algun tiempo, pero al cabo de tres meses volvió á reaparecer otra vez, y continuó hasta el momento en que la enferma se confió á mis cuidados, aunque á pesar de esto el tumor habia aumentado de volúmen lentamente.

A su entrada en el hospital, esta mujer parecia muy enferma, su semblante explicaba una ansiedad extrema; el pulso era frecuente, la lengua roja en la punta y sobre los bordes, estaba cubierta de aftas confluentes. El abdómen medía veintiocho pulgadas de circunferencia al ombligo, y su volúmen dependia de un tumor piriforme que tenia su asiento sobre la línea media y ocupaba el hipogastrio, el ombligo, la parte inferior del epigastrio, extendiéndose lateralmente casi á los lomos y á la parte inferior de los hipocondrios. Dicho tumor, por la presion daba una sensacion distinta de fluctuacion, y especialmente en la region hipogástrica. El útero estaba deprimido é inclinado hácia adelante sin alteracion ni dilatacion en la cavidad pelviana. Las paredes vaginales no se hallaban engrosadas, pero, sin embargo, los movimientos del órgano parecian contrariados por un tumor que, sin introducirse profundamente en la cavidad de la pélvis, sin presentar una línea bien clara de demarcacion, daba al dedo una sensacion de resistencia cuando se le llevaba en la direccion de los culos-de-saco-vaginales.

Tres semanas despues de la entrada en el hospital la paciente, el pus empezó á salir por el intestino, y en ménos de quince