

CAPÍTULO XLV.

QUISTES Y CISTOMAS OVÁRICOS.

ESTA enfermedad consiste en el desarrollo de quistes dentro del ovario, sin crecimiento simultáneo de elementos sólidos, tales como el fibroma ó carcinoma. Estos tumores son para el práctico los mas importantes de todos, por ser los que mas comunmente se observan en el ovario; tambien, por fortuna, son los mas susceptibles de alivio por medios quirúrgicos.

El origen de los quistes ováricos es cuestion acerca de la cual todavía no están de acuerdo los patólogos, y mientras algunos, con Wilson Fox,¹ convienen en que "todas las variedades de quistes que se encuentran en los ovarios han provenido de las vesículas de Graaf, y en que las formas multiloculares no son resultado de ninguna degeneracion especial del estroma;" otros, como Wedl, ponen en duda su origen foliuculo; y hay otros que admiten, con Rindfleisch, que las formaciones quísticas tienen dos puntos diferentes de origen, á saber: los folículos, y los intersticios del estroma.

"Muchas veces, dice Rokitansky,² no cabe duda de que se forman de las vesículas de Graaf, y parece que un proceso inflamatorio tiene una aptitud particular para imprimir el primer impulso á esta metamorfosis; aunque tambien es probable que se produzcan con igual frecuencia, como nuevas formaciones, desde un principio."

"En otro tiempo se suponía muy generalmente, dice Wedl,³ que los quistes del parénquima del ovario se originaban en las vesículas de Graaf; pero nunca se presentó prueba ninguna directa de ello."

Lücke,⁴ una de las autoridades mas recientes y fidedignas, se espresa aun con mayor energía que Wedl contra ese modo de produccion, y despues de citar las teorías de Rokitansky, añade: "Pero ya hemos

¹ Med. Chirurg. Trans., 1864. ² Ob. cit., p. 249. ³ Wedl, Path. Histol., p. 462.

⁴ Capítulo sobre Tumores, en el "Manual of General and Special Surgery," por Billroth y Pitha.

dicho que los quistes pueden desarrollarse sólo en el tejido conjuntivo, y únicamente á consecuencia de una irritacion antigua, y que no parece de ningun modo probable que se formen esos quistes por exudacion espontánea. Esta teoría no es ciertamente admisible en cuanto á los cistoides del ovario, que son esencialmente quistes que provienen de tejido reblandecido."

Mientras patólogos experimentales se ocupan en someter á prueba esta cuestion, bien podemos admitir por ahora que hay dos procesos patológicos enteramente distintos por cuyo medio se engendran los verdaderos quistes ováricos:

1°. Las vesículas de Graaf se llenan de una sustancia colóidea debida á una secrecion anormal de sus paredes, y segun Rokitansky y Rindfleisch,¹ probablemente resultado de una enfermedad inflamatoria de la pared de la vesícula. Esto no constituye el *hidrops folliculorum* insignificante que produce pequeños quistes, sino una verdadera degeneracion colóidea de la vesícula, de mucha mas importancia.

2°. Puede presentarse en el estroma del ovario un desarrollo de quistes sin conexion alguna con las vesículas. Cuando así sucede, el quiste, segun Wedl, "consiste en el aumento excesivo de volúmen de las aréolas del tejido areolar, y de las nuevas formaciones papilares compuestas de tejido conjuntivo." Waldeyer, en su excelente tratado sobre los tumores ováricos, se manifiesta de acuerdo con esta opinion.²

Lücke esplica con tanta claridad la teoría de Rokitansky sobre la formacion de estos quistes en el estroma, que prefiero valerme de sus palabras á copiar el original: "Los quistes suelen formarse tambien por exudacion en el tejido conjuntivo nuevamente formado; el flúido dilata los diversos manojos, y como se entrecruzan en todas direcciones, el resultado es la forma globular; así es que pequeños espacios, muy numerosos, se comunican unos con otros, y de sus paredes nacen nuevos quistes, pudiendo formarse de esta manera tumores muy complejos." Rindfleisch³ admite ámbos orígenes del cistoma ovárico en las siguientes palabras: "La investigacion exacta prueba tambien que la mayoría, por lo ménos, de todos los quistes ováricos, proviene de las vesículas de Graaf; mientras que hay que admitir por otra parte, y hasta que haya mas informes, el origen distinto para un grupo de quistes, que si no son tan grandes, no por eso dejan de tener igual importancia."

Ha llamado mucho la atencion últimamente el desarrollo de una sustancia parecida al elemento glandular del ovario, que constituye el *nidus* de los quistes, y para la cual propuso Mr. Spencer, en 1862, el nombre de *adenoma*, ó *tumor adenoideo*. Investigaciones ulteriores han satisfecho, al parecer, á los patólogos, de que en todo verdadero cistoma ovárico se presenta un grado de desarrollo adenoideo. El mismo Mr.

¹ Ob. cit., p. 515.

² Waldeyer, "Eierstock und Ei," Leipzig, 1870.

³ Ob. cit., p. 515.

Wells, en su obra reciente sobre las Enfermedades de los Ovarios, considera todos los quistes simples, múltiples y prolíferos, bajo la denominación de tumores adenoideos; y Delafield¹ declara, que "la mayoría de los quistes compuestos del ovario son adenomas con dilatación de las vesículas," parecer que Klebs sostiene enérgicamente. Como el adenoma es, pues, un elemento frecuente de los quistes ováricos, no requiere consideración especial y aparte.

La naturaleza del quiste ovárico, basada en la existencia de pocos ó de muchos quistes, ha sido objeto de asidua consideración hasta hace poco tiempo; pero los patólogos empiezan á dar ménos importancia á dicho fenómeno. Rindfleisch declara que al principio todos son multiloculares, convirtiéndose despues en pauciloculares, y en ciertos casos raros, hasta en uniloculares, por la fusión de quistes adyacentes, que resulta de la destrucción del tabique que los separa. Sin embargo, es preciso admitir, que existe una clase de tumores cuyo carácter distintivo consiste en la presencia de unos pocos quistes solamente, de los cuales son, por lo comun, uno ó dos muy grandes; y otra clase que se distingue particularmente por numerosos quistes pequeños. La primera constituye el tumor oligoquístico de Peaslee; y la segunda, el tumor poliquístico; ó quistes pauciloculares y multiloculares, como tambien se les ha llamado.

Cada clase presenta ordinariamente ciertos rasgos bien marcados, cuya apreciación es importante bajo un punto de vista práctico. Rindfleisch describe la primera como sigue: "Tumores multiloculares de todos los tamaños hasta el de la cabeza de un hombre, ó quistes uniloculares cuyas dimensiones llegan hasta dos pies de diámetro, con superficie lisa, pero poco adhesiva, y paredes fibrinosas y relativamente espesas, cuya cara interna cubren muy á menudo escrescencias semejantes á las de coliflor, ó papilares de carácter mas tuberoso." Esta es la variedad que dicho autor cree que es efecto de la degeneración colóidea de las vesículas de Graaf.

Describe la segunda forma con estas palabras: "En el lugar de un ovario (el otro, por regla general, está sano, mientras que en la primera forma ámbos suelen encontrarse enfermos), existe un tumor, no pocas veces de mayor tamaño que la cabeza de un hombre, compuesto de varios quistes grandes, muchísimos mas pequeños, y aun de los mas pequeños. Los quistes mas grandes se encuentran frecuentemente comprimidos, y los restos de sus antiguos tabiques se presentan en forma de membranas fenestradas, ó de cordones vasculares, que se ramifican y sucumben evidentemente á una maceración gradual. Es probable que la superficie del tumor esté siempre unida al peritoneo por numerosas adherencias inflamatorias, sobre las que van y vienen vasos venosos de mayor calibre. Las paredes del quiste son relativamente

¹ Post-mortem Examinations and Morbid Anatomy.

tenues y se desgarran con facilidad." Rindfleisch considera que esta variedad es resultado de la degeneración colóidea del estroma.

El aserto de Rindfleisch de no poderse atribuir ningun "significado fundamental" al carácter unilocular ó multilocular de estos tumores, es exacto bajo un punto de vista anatómico; pero tambien lo es, que el reconocimiento de la diferencia entre las dos formas de tumores descritas, y de la que existe entre estas últimas y otra llamada compuesta por estarlo de elementos quísticos y sólidos, auxilia mucho al práctico en el pronóstico y el tratamiento. Vamos, pues, á considerar las variedades de estas escrescencias con referencia á los puntos aludidos, y á recapitular sucintamente lo hasta ahora dicho.

Los quistes ováricos están caracterizados por tres rasgos marcados: 1º, quistes de un solo ó muy pocos compartimientos grandes; 2º, quistes de muchísimos compartimientos pequeños, separados por paredes inter-quísticas delgadas, ó por trabéculas gruesas; y 3º, quistes compuestos de elementos sólidos y líquidos, en variadas proporciones. La primera clase constituye el tumor llamado monoquístico, unilocular, paucilocular, ú oligoquístico; la segunda, el tumor conocido como multilocular ó poliquístico; y la tercera, el llamado comunmente tumor ovárico compuesto. Rindfleisch dice que "todos los quistes son al principio multiloculares," pero afirma que los tumores que proceden de la degeneración colóidea de las vesículas de Graaf manifiestan una aptitud especial para volverse uniloculares. El verdadero monoquiste es raro, aunque puede alcanzar el tamaño de la matriz en el noveno mes del embarazo; y Kiwisch¹ ha encontrado uno cuyo contenido pesaba mas de 40 libras. En el tumor compuesto, por haberse formado quistes en el tejido sólido, el exámen revela la presencia de elementos sólidos y líquidos. Estos quistes se producen principalmente por reblandecimiento de tejido ó, como se dice, *por liquefaccion*. Billroth dice que "tan pronto como la nueva formación se separa en sacos con líquido, empieza en algunos casos una secreción por la pared interior de la bolsa, de manera que el quiste por liquefaccion se convierte en quiste por secreción ó exudación, y crece de este modo" (113).

Las paredes de los quistes del ovario están formadas por una cubierta peritoneal, la túnica propia (túnica albugínea) de la glándula, y una capa epitelial; el peritoneo suele hipertrofiarse escesivamente, adquiriendo un espesor de media pulgada en ciertos casos raros.

Estos quistes alcanzan dimensiones verdaderamente maravillosas. Ya se ha dicho que rara vez se ven tumores uniloculares, ó monoquísticos, de tamaño muy grande; pero se refieren casos de tumores multiloculares, que contenían mas de 100 libras de líquido; y el Dr. Copland, en el *Dict. of Pract. Med.*, cita uno en que se practicó varias veces la punción en el transcurso de un año, estrayéndose mas de 250 litros de líquido.

¹ Ob. cit., p. 102.

Uno ó ámbos ovarios pueden ser asiento de la afeccion, observándose esta mas frecuentemente en el lado derecho. El adjunto cuadro demuestra la frecuencia comparativa de la enfermedad en cada uno de los ovarios :

Autor.	Número de casos.	Ovario derecho atacado.	Ovario izquierdo atacado.	Ambos ovarios.
Safford Lee	93	50	35	8
Chéreau	215	109	78	28
Seanzoni.....	41	14	13	14

Contenido de los quistes ováricos.—Scherer y Eischwald¹ han estudiado profundamente este asunto, dejando muy poco que desear las minuciosas investigaciones del último respecto de los caracteres químicos de estos flúidos.

El contenido de estos tumores varía muchísimo, entre un flúido transparente, albuminoso y seroso, y una materia espesa y gelatinosa, que no corre por ninguna cánula, siendo necesario quitarla con las manos. Su peso específico puede llegar á 1007, aunque generalmente es de 1018 á 1020, siendo su constituyente químico mas importante un albuminato que se llama coloide, el cual suele ser mas espeso en los tumores poliquísticos que en los oligoquísticos, y mas denso en estos últimos cuando son pequeños que cuando han adquirido grandes dimensiones. La puncion parece aumentar la densidad del flúido en los tumores oligoquísticos.

Segun Eischwald, se verifican simultáneamente dos trasformaciones químicas en los flúidos de los quistes. La materia colóidea se convierte en muco-peptona, al mismo tiempo que los albuminatos que trasudan de la sangre se trasforman en albúmino-peptona. Bajo la influencia del calor del cuerpo, segun se espesa Rindfleisch, efectúase una especie de digestion de la materia cruda, y, por consiguiente, miéntras mas voluminoso y antiguo es el tumor, es probable que sea ménos denso su contenido. Estos flúidos, segun Eischwald, están compuestos químicamente de los elementos siguientes :

De carácter mucoso—

Sustancia de partículas colóideas ;
Mucina ;
Sustancia colóidea ;
Muco-peptona.

De carácter albuminoso—

Albúmina (y fibrina) ;
Paralbúmina ;

¹ Würzburger Medizinische Zeitschrift, 1864.

Metalbúmina;

Albúmino-peptona (y fibro-peptona).

Como ejemplo de su análisis cuantitativo presentamos el siguiente, de uno de los casos de Eischwald. 1000 partes contenían—

Agua.....	931,96
Sustancias orgánicas.....	59,77
Residuos.....	8,27
	1000,00

Las residuos (8,27) contenían—

Sales solubles en agua.....	7,53
Sulfato de potasa.....	0,08
Cloruro de potasio.....	0,59
Sodio.....	6,29
Fosfato de sosa.....	0,16
Carbonato de sosa.....	0,38
Pérdida.....	0,03
Sales insolubles en agua.....	0,74
	8,27

Reactivo de la paralbúmina.—Déjese reposar el flúido en un lugar fresco y sepárese, por filtracion ó decantacion, la parte que sobrenada de la que se precipita ; hágase pasar en seguida una corriente de gas ácido carbónico por el líquido, lo que determinará inmediatamente un precipitado de paralbúmina en forma de copos pequeños.

Reactivo de la metalbúmina.—Digiérase otra parte del flúido con alcohol puro durante tres dias ; fíltrese, y caliéntese con agua destilada ; vuelva á filtrarse, y la metalbúmina podrá precipitarse con sulfato de magnesia. Si á este líquido se añaden unas cuantas gotas de ácido acético diluido, la paralbúmina se precipita, disolviéndose de nuevo con un exceso de ácido.

Examinados á simple vista, los flúidos de los quistes ováricos presentan diversos aspectos, segun se encuentren teñidos de sangre ó de pus, procedentes de la hemorragia ó de la supuracion de las paredes quísticas. Las variedades que se encuentran generalmente son : un líquido de color claro parecido al agua de cebada ; un líquido de un color moreno claro, semejante á la infusion de linaza ; uno de un color rojo oscuro, que parece sangre ; una sustancia gelatiniforme semi-sólida, de un tinte amarillo verdoso ; un flúido purulento, sumamente fétido, que se asemeja mucho al caldo de guisantes ; muy rara vez un líquido escesivamente negro ; y, en los quistes dermoídeos, una masa grumosa, de la consistencia de un caldo muy espeso.

Es cuestion que tiene evidentemente gran importancia, la de si un verdadero quiste ovárico, bastante grande para reclamar la intervencion quirúrgica, es decir, cuyo volumen pase del de la cabeza de un niño, (dimensiones que suele alcanzar la hidropesía de los folículos,) contiene

alguna vez un flúido desprovisto de albúmina. Wells¹ y Barnes reconocen tres grupos de flúidos ováricos, y declaran que el primero de ellos no contiene ni grasa ni albúmina, añadiendo Wells que "ni se coagulan ni precipitan por la acción del calor ó del ácido nítrico." W. L. Atlee confía en la falta de albúmina como signo que indica no ser ovárico el quiste; y el interesante caso referido por J. L. Atlee,² que copiamos á continuación, demuestra la importancia que daba á este punto.

"En octubre de 1870, operé á la Sra. de M., mujer de mas de 50 años, quien por espacio de algunos venía padeciendo una hinchazón del abdomen, causada por la presencia de un flúido, que se había evacuado como 27 veces por la punción, reproduciéndose rápidamente despues de cada operación. Despues de las dos ó tres últimas punciones, quedó un tumor pequeño en la pélvis, en la region iliaca derecha, pero nunca pudo descubrirse albúmina en el flúido con los reactivos ordinarios de calor y ácido nítrico. Por esta razon diagnosticué un quiste seroso unido al ligamento ancho. La presencia del tumor, que era del tamaño de un huevo de pava, en la region iliaca derecha, (cosa estraña en los quistes serosos,) hacía dudoso su verdadero carácter; pero la imposibilidad de descubrir albúmina con los reactivos indicados, me decidió en contra de la operación. En estas circunstancias, se puso una porcion del flúido obtenido en la última punción en manos del Dr. Drysdale, quien opinó decididamente que el líquido provenía de un quiste ovárico. Apoyado en la fuerza de semejante parecer, dije á los parientes de la enferma, que haría la operación si el flúido volvía á reproducirse.

"En consecuencia, el 14 de octubre, de 1870, estirpé un quiste de carácter estraordinario, que con el flúido que contenía pesaba 15 libras. La mitad superior del quiste era muy delgada y de naturaleza serosa, siendo mas gruesa la parte debajo del ombligo; y descendiendo á la pélvis, se vió que era el ovario derecho que presentaba un quiste grande, el cual llenaba la parte superior del abdomen, y un grupo de quistes muy pequeños, que constituían el tumor iliaco y pelviano.

"Lo notable de este caso consistía en la rotura (ocurrída probablemente al principio de la enfermedad y ántes de que yo viese á la enferma) de la túnica propia, ó albugínea, del ovario, dejando intacta la cubierta peritoneal y bastante fuerte para contener, no sólo la pequeña cantidad de secreción ovárica, sino la serosidad segregada por la capa peritoneal. Esto, hasta cierto punto, explicaba la rapidez con que el líquido se reproducía despues de cada punción."

La exactitud de la esplicación del Dr. Atlee deja lugar á dudas; pero el caso que acabamos de copiar demuestra ampliamente su confianza en la presencia de la albúmina como signo del quiste ovárico. Peaslee³ se expresa en los siguientes términos: "el flúido de un cistoma ovárico contendrá probablemente albúmina siempre que sea suficientemente límpido para poder correr por la cánula fina del trócar explorador;" y en cuanto á mí toca, puedo decir con seguridad, que jamas he visto un flúido verdaderamente ovárico que dejase de contener albúmina.

Los elementos sólidos del flúido de los quistes ováricos, consisten en

¹ Diseases of Ovaries, edic. amer., p. 92.

² Ensayo por el Dr. Drysdale, Trans. Amer. Med. Asso.

³ Ob. cit., p. 116.

los productos de la hemorragia, de la descamación y degeneración grasosa de estructuras epiteliales, y contienen colessterina, glóbulos de grasa, corpúsculos de sangre, y células pigmentarias.

Aspecto de los flúidos ováricos examinados con el microscopio.— Los flúidos serosos ménos espesos, en comparación con los de naturaleza colóidea, presentan pocos elementos celulares. Eischwald¹ encontró en los últimos, bajo un aumento de 300 á 550 veces, una cantidad tan enorme de elementos morfológicos, que fué menester dilatar el flúido con agua para poder examinarlo. Hecho esto, descubrió elementos grasosos de varios tamaños; células redondas, y algunas de ellas dentadas; grandes células colóideas; células redondas parecidas á los cuerpos pioideos de Lebert, ó los corpúsculos de exudación de Henle; agrupaciones globulares de diversos tamaños; escamas de epitelio córneo; cristales de colessterina; pigmento moreno oscuro, etc.

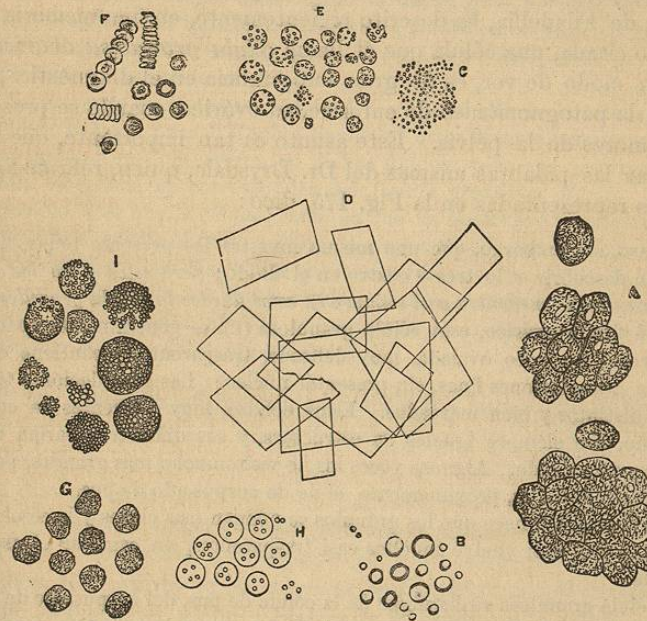


FIG. 175.—Aspecto del flúido ovárico examinado con el microscopio. (Drysdale.)

"Colocando bajo el microscopio, dice Drysdale,² una gota del flúido evacuado de un quiste ovárico, se observa generalmente cierto número de células granuladas (E), granulaciones libres (C), y pequeños glóbulos oleosos (B); presentándose, además, muchas veces células epiteliales de diferentes formas (A), y cristales de colessterina (D). Estos, junto con corpúsculos de sangre (F), los glóbulos inflamatorios de Gluge (I), la célula de pus (G, H), sangre desintegrada, y otras células, pueden verse algunas veces nadando en un flúido, ya claro, ya turbio."

¹ Ob. cit.

² Ob. cit.

Todo esto es interesante para el micrógrafo y el patólogo; pero, ¿existe acaso alguna célula característica, ó elemento patognomónico, en cuya existencia pueda basarse un diagnóstico positivo del quiste ovárico? Hé aquí la pregunta que constituye el punto de mayor importancia para el ovariomista, y mucho se habrá adelantado en este asunto cuando pueda ser contestada, de un modo indudable, afirmativamente. Spiegelberg, en una interesante conferencia sobre el diagnóstico de los tumores ováricos, menciona el epitelio cilíndrico, las células coloideas, la colessterina, etc., y parece confiar, mas que en ninguna célula especial, en el carácter de las células que provienen de la parte que segregó el flúido.

Nunn llamó, tiempo há, la atención hácia una granulacion especial (*gorged granule*), aunque no como punto diagnóstico; y Paget, Bennett, Gluge, y otros, hablan del *corpúsculo granuloso*, de la *célula granulosa compuesta*, y de los *glóbulos de inflamacion*. El Dr. T. M. Drysdale, de Filadelfia, ha descrito recientemente, en una memoria que ya ha sido citada, una célula que él llama *célula granulosa ovárica*, la cual, á su modo de ver, es de gran importancia en el diagnóstico, por considerarla patognomónica de enfermedad ovárica, cuando se presenta en los tumores de la pélvis. Este asunto es tan importante, que prefero copiar las palabras mismas del Dr. Drysdale, quien, refiriéndose á las células representadas en la Fig. 175, dice:

“Es raro, sin embargo, que una misma muestra las presente todas, siendo mas comun descubrir sólo tres ó cuatro en el flúido; pero estén ó no las otras células presentes, se encuentra casi siempre en estos flúidos la célula granulosa.

“En el flúido ovárico, esta célula granulosa (E), es generalmente redonda, aunque á veces un poco ovalada, muy delicada, trasparente, y contiene cierto número de granulaciones finas, sin presentar núcleo. Las granulaciones tienen contornos distintos y bien marcados. Estas células, muy diferentes en cuanto á su tamaño, son siempre iguales en estructura, y sus diámetros varían desde $\frac{1}{1000}$ á $\frac{1}{2000}$ de pulgada. Algunas veces las he visto mucho mas grandes, pero el diámetro mas comun es, próximamente, el de un corpúsculo de pus.

“El ácido acético hace que los gránulos se pongan mas claros y la célula mas trasparente; y el éter vuelve aquellos casi transparentes, sin cambiar el aspecto de la célula.

“La célula granulosa se distingue de la célula de pus, del corpúsculo de linfa, del glóbulo blanco de la sangre, y de otras células que se le asemejan, tanto por su aspecto, como por los efectos que en ella produce el ácido acético.

“Las células de pus y otras (G) que acaban de nombrarse, presentan á menudo un aspecto visiblemente granuloso; pero, por efecto de la opacidad parcial de dichas células, las granulaciones no están tan claramente caracterizadas como en la célula granulosa que se observa en casos de enfermedad ovárica, notándose mucho la diferencia, cuando esta última célula y el corpúsculo de pus se colocan juntos bajo el microscopio. Además de la opacidad de estas células, sus paredes presentan muchas veces mas bien arrugas que granulaciones, y lo que es mas, cuando son recientes, se observará tambien con frecuencia que contienen un cuerpo parecido á un núcleo.

“Pero, cualquier duda que quedare con respecto á la naturaleza de la célula, se disipa añadiendo el ácido acético, pues entónces, si fuere un corpúsculo de pus, ó cualquiera de las células supradichas, aumentará de volumen, poniéndose muy trasparente y presentando á la vista de uno á cuatro núcleos; (véanse los corpúsculos de pus G, ántes de añadir el ácido, y H, despues.) Si fuere realmente una célula granulosa ovárica, el ácido sólo aumentará su diafanidad, y hará ver mas distintamente las granulaciones.

“La célula granulosa compuesta (I), la célula de gránulo de Paget y otros, ó el corpúsculo de inflamacion de Gluge, suelen presentarse de vez en cuando en estos flúidos, siendo posible que pudieran equivocarse con la célula granulosa ovárica, aunque no es difícil diferenciarlas una de otra. La célula de Gluge es generalmente mucho mayor y mas opaca que la ovárica, y se parece á una agrupacion de pequenísimos glóbulos grasosos, unas veces encerrados en un saco celular, y otras no; los gránulos son mas gruesos y de diversos tamaños, mientras que los de la célula ovárica son mas uniformes y muy pequeños, diferencias que pueden apreciarse comparando ámbas células en la figura. Además, por la adición del éter, se decide desde luego la duda; pues, mientras que la célula ovárica permanece casi intacta ó, cuando mas, palidecen un poco sus gránulos, la célula de Gluge pierde su aspecto granuloso, y á veces desaparece por completo disolviéndose su contenido en el éter.

“No pretendo decir que sea nuevo el descubrimiento de la célula granulosa en el flúido ovárico, pues J. Hughes Bennett y otros autores han descrito células de este carácter, que observaron en dichos flúidos; pero sus descripciones, con una sola escepcion, no corresponden á la *célula granulosa ovárica*. Bennett,¹ por ejemplo, dice que la célula granulosa que ha observado manifestaba un núcleo distinto al añadir el ácido acético, lo que no sucede con la célula ovárica; y otros autores describen las células que encontraron, como células de pus y pioideas, y otros las confunden con la célula granulosa compuesta, ó glóbulos de inflamacion. La escepcion aludida se encuentra en la descripción de Beale,² del aspecto microscópico del flúido ovárico.”

El Dr. Drysdale afirma que la descripción hecha por Beale corresponde próximamente á la de su “célula granulosa ovárica, pero es incompleta, y no se hace mencion de ningun reactivo por cuyo medio se pueda distinguir de las otras células granulosas;” y da por lo tanto por suyo el mérito de haber sido el primero en describir una célula que no había sido descrita ántes con exactitud, y de haber presentado el reactivo para distinguirla de otras que se le asemejan mucho, como el corpúsculo del pus, el glóbulo blanco de la sangre, y la célula granulosa compuesta. Resume lo dicho en estas palabras:

“Pretendo, pues, haber descubierto en el flúido ovárico una célula granulosa, en la que el ácido acético y el éter producen efectos distintos de los que experimentan todas las demas células granulosas conocidas, que se encuentran en la cavidad del abdómen, y la cual, por medio de estos reactivos, puede ser reconocida fácilmente; y además, que por medio del microscopio, auxiliado por aque-

¹ Ed. Med. and Surg. Journ., t. lxx, p. 280, 1846.

² “The Microscope and its Application to Practical Medicine.” By Lionel S. Beale, M. B., F. R. S., etc. 3ª edicion, p. 179.

los reactivos, puede distinguirse el flúido estraído de los quistes ováricos del de todas las demas hidropesías abdominales.”¹

Causas.—Muy poco se sabe de positivo acerca de este punto. Las causas predisponentes, que generalmente se admiten son las siguientes:

Edad ;
Embarazo ;
Clorosis ;
Diátesis escrofulosa ;
Perturbaciones menstruales.

Debe tenerse presente, que aun algunas de estas dejan lugar á dudas y divergencia de opiniones entre los ginecólogos.

La edad es la gran causa predisponente, manifestándose la enfermedad, por lo comun, durante el período de actividad ovárica y muy generalmente cuando esta se halla en todo su vigor. La afeccion es rara ántes de los 20 ó despues de los 50 años, presentándose con mayor frecuencia entre los 20 y los 40 ; puede, sin embargo, sobrevenir á los 13 ó 14 años, y por el otro extremo á los 60, habiéndose observado cierto grado de degeneracion quística durante la infancia. Se ha referido recientemente un caso en que se practicó con buen éxito la ovariotomía en una niña de 6 años.²

En 97 casos de Scanzoni	70 se presentaron entre los 18 y los 40 años.
En 230 “ Chéreau 133	“ “ 17 y los 37 “
En 135 “ Lee 82	“ “ 20 y los 40 “

De los casos de Scanzoni 5 se manifestaron entre los 55 y 60 años ; y de los 135 casos de Lee, 88 eran mujeres casadas, 37 solteras, y 11 viudas. La conveniencia de admitir las otras causas enumeradas es muy dudosa.

La incertidumbre que existe respecto de las causas determinantes es todavía mayor, y si bien algunos autores han presentado como verdades científicas todas aquellas influencias que teóricamente podrían determinar el desarrollo quístico, como la ovaritis, los golpes, la supresion de las reglas, los escesos en el cóito, los deseos libidinosos no satisfechos, etc., en el estado actual de la ciencia no pueden admitirse, pues por especioso que parezca el razonamiento teórico, todavía quedan por demostrar. Estos tumores se desarrollan, en casi todos los casos, en mujeres que han llevado una vida tranquila y arreglada, en quienes no se puede descubrir la existencia anteriormente de influencia alguna perjudicial, y que notaron por primera vez el tumor cuando se creían en buena salud.

¹ Las opiniones del Dr. Drysdale aun quedan por corroborar, encontrándose la materia en la actualidad *sub judice*.

² Med. Press and Circular, Marzo 26, 1873.

Es inconcuso que nada puede aceptarse con certeza, sino la probabilidad de que aquellas influencias que mantienen y aumentan la congestion ovárica, y se oponen á la rotura de los foliculos de De Graaf, tiendan á producir la degeneracion quística y foliculosa. Kiwisch, Rokitsansky, y Rindfleisch, convienen todos en creer probable que la inflamacion de la túnica de la vesícula ejerza cierta influencia en la produccion de la enfermedad.

Historia natural de los quistes ováricos.—Los quistes del ovario pueden ser uniloculares ó multiloculares. Cuando el quiste es unilocular puede dilatarse ampliamente por el flúido que contiene hasta llegar á un punto en que cesa de crecer y queda estacionario, molestando á la enferma sólo por los resultados mecánicos de su presencia y el temor de que aumente de volúmen y produzca mas graves incomodidades. No cabe duda de que semejantes tumores pueden permanecer estacionarios aun por espacio de 40 ó 50 años ; pero tales casos son raras escepciones de una regla general. “Mucho perjuicio ha resultado, sin embargo, dice Hewitt, de considerar estos como casos tipos, miéntras que se han mirado como escepcionales la gran mayoría de los casos que terminan naturalmente por la muerte en mucho ménos tiempo.”

De vez en cuando se observan casos de tuberculosis pulmonar, en los que se forma una cavidad grande ; y luego, sin poder dar una razon satisfactoria del fenómeno, cesa de progresar. La cavidad, cuya existencia es claramente perceptible, permanece estacionaria ; y el enfermo puede continuar viviendo algunos años. Esto es escepcion de la regla en la historia natural de la tisis, lo mismo que la marcha lenta de la hidropesía ovárica á que acabamos de aludir constituye una escepcion del progreso ordinario en dicha enfermedad. El tumor oligoquístico crece con mucha mas lentitud que el poliquístico, siendo esto mas notable á medida que se acerca al tipo monoquístico. Yo he estirpado uno que había estado curando durante nueve años, y solamente á lo último empezó á afectar la constitucion de la enferma.

Cuando el quiste es multilocular, crece con mas rapidez y seguridad que en el caso anterior, sin que nada pueda contener su desarrollo. El pronóstico de la hidropesía ovárica es siempre funesto, sin la intervencion de medios quirúrgicos, pues la medicina es impotente para detener ó curar el mal. Los autores modernos mas competentes estiman que la duracion media de la vida en los casos de ámbos tipos, viene á ser de tres años á contar del principio de la enfermedad.

El cuadro siguiente indica la duracion del mal en 123 casos reunidos por Mr. Safford Lee, en que no se recurrió á ningun tratamiento quirúrgico curativo.

En 38 la duracion fué de 1 año.
“ 25 “ “ 2 años.
“ 17 “ “ 3 “
“ 10 “ “ 4 “
“ 4 “ “ 5 “