

hace el final de la inyección con un poco de fuerza y se coloca á la enferma con la pelvis elevada. Se harán con cuidado en el foco inyecciones templadas, emolientes, que se repetirán varias veces al día para vaciar la cavidad del tumor del líquido y coágulos que tienden á alterarse muy pronto en contacto del aire.

»La cantidad de sangre líquida que sale por la vagina varía según el volumen del tumor y época mas ó menos lejana de su formación. A veces solo salen algunas cucharadas de líquido, y el resto del tumor está formado por coágulos; otras, por el contrario, salen por la incisión 500 y aun 1.000 gramos de sangre líquida. La sangre que sale tiene en todos los casos las mismas condiciones; negra, de una viscosidad considerable, se coagula con dificultad al contacto del aire y puede, como hemos dicho, compararse á la melaza.

»A veces, cuando el tumor es muy considerable, los coágulos muy adherentes ó muy altos, no basta el dedo para alcanzarlos y separarlos. Se puede entonces hacer uso de una cucharilla de diverso tamaño, y por medio de ella desprender los coágulos que saldrán del quiste por medio de inyecciones. Despues de haber incindido y vaciado la bolsa sanguínea, conviene siempre introducir el índice en su cavidad, no solo para apreciar el grueso de sus paredes, sino para averiguar si hay en su superficie algun otro tumor, como sucedió en una de nuestras observaciones, y como deberá suponerse, cuando despues de la operacion, queda igual el volumen del vientre y los síntomas generales no disminuyen de intensidad. En este caso es indispensable asegurarse si este tumor está formado por un nuevo tumor sanguíneo, ó si depende, por ejemplo, del acúmulo de materiales fecales, á consecuencia del estreñimiento existente tiempo antes. Cuando haya certeza en el diagnóstico se obrará con este derrame sanguíneo como con el primero; solo que será menester mas prudencia, á causa de su mayor profundidad, y por lo tanto por el peligro de herir órganos inmediatos. Si los síntomas generales conservan su intensidad, por la presencia de este nuevo tumor, no deberá tardarse en hacer la nueva abertura, sin que el tumor pueda ulcerar el intestino, abriendo una via al líquido que contiene; lo que determinaria accidentes, por el paso al foco del tumor de las materias fecales.

»Cuando algunos dias despues de la operacion, el líquido que sale del tumor habrá, como hemos visto, cambiado de naturaleza, pudiendo hacerse purulento, fétido, y entonces se sustituirán las inyecciones emolientes por un líquido desinfectante, el agua clorurada, por ejemplo, á fin de deterger el foco purulento. Es menester levantar las fuerzas de la enferma por medio de preparaciones tónicas, vino de quina, etc. En estos casos podrá explorarse la cavidad del tumor con una cucharilla, con objeto de eliminar los coágulos adherentes profundamente colocados y que amenazan entrar en putrefacción.

»Además de estos medios locales, que se emplean despues de la operacion, es menester combatir los síntomas generales que pueden seguir á la abertura del tumor. Si existen aun síntomas de peritonitis, se pondrán en uso moderadamente las evacuaciones sanguíneas á causa de la debilidad extrema que presenta la hemorragia de las enfermas. Es preferible, en estos casos, emplear las unturas mercuriales sobre el vientre, y la administración de los calomelanos al interior. Se sostendrá el movimiento de vientre por medio de purgantes ó enemas. Las funciones rectales no tardan en restablecerse despues de la evacuacion del tumor. Las pociones opiadas, las cataplasmas laudanizadas sobre el abdomen se emplearán cuando permitan los dolores. Los vómitos se combatirán con el hielo, el agua de Seltz; despues, cuando la fiebre desaparece, se sostendrán las fuerzas de la enferma con un régimen tónico que se graduará sucesivamente para reparar las pérdidas sufridas.

Las indicaciones de la intervencion quirúrgica son, segun Voisin, la violencia de los dolores, el desarrollo del tumor y el temor de la rotura de las adherencias que le enquistan.

Pero (aparte de estas circunstancias excepcionales, debe recurrirse exclusivamente al tratamiento médico.

CAPÍTULO V.

Enfermedades del ovario.

ARTÍCULO PRIMERO.

OVARITIS.

Se ha dividido la ovaritis en simple ó idiopática, y en puerperal, dividiéndose esta en puerperal propiamente dicha y en post-*puerperal* (Chomel). Se ha descrito también una ovaritis sintomática de otra afección. Trataremos solamente de la ovaritis simple que termina casi siempre por resolución. En cuanto á las demás formas de ovaritis que producen casi constantemente la supuración, el absceso de la fosa ilíaca que por lo general su consecuencia domina esta circunstancia tanto el interés práctico que la descripción de la inflamación del ovario se describirá mas ventajosamente con este motivo.

1.º OVARITIS AGUDA.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Chereau (1), que ha reunido las observaciones de ovaritis mas

(1) Chereau, *Mémoire pour servir à l'étude des maladies des ovaires*. Paris, 1844. VALLEIX.—TOMO IV.

importantes, solo ha citado siete casos de este género, y aun leyéndolos con detencion no se puede prescindir de conservar dudas respecto á algunos de ellos. Por nuestra parte solo hemos observado uno de que hablaremos mas adelante.

§ II.—Causas.

Las *causas* de la inflamacion idiopática del ovario son de las mas oscuras. Chereau ha referido algunos casos en los que le ha parecido que los *esfuerzos de la menstruacion* en los cuales, segun investigaciones interesantes hechas recientemente, hay congestion sanguinea del ovario, pueden dar origen á una flegmasia del órgano congestionado. El hecho necesita, sin embargo, nuevas observaciones. El mismo efecto produce la *supresion repentina de los ménstruos*, segun dos observaciones que ha citado Chereau (1). Copland (2) ha indicado una ovaritis *reumática*, pero nada prueba que en este caso entrase por algo el principio reumático en el desarrollo de la enfermedad. Louis (3) ha hallado en muchos casos de afecciones febriles un poco de rubicundez y de tumefaccion de los ovarios, pero nunca lesiones bastante graves para merecer una descripcion particular.

B. Béraud y B. Ball han escrito una ovaritis varicosa que, segun Béraud (4), puede como la orquitis de este nombre (5) afectar dos formas, una periférica y otra parenquimatosa.

Se han citado tambien como causas de la ovaritis los *golpes*, las *caídas*, las *heridas* y el uso de los *afrodisiacos*; pero no se han aducido hechos en apoyo de estas causas.

Algunas veces resulta la ovaritis de la *estension al ovario de una inflamacion blenorragica*, de lo cual ha citado el doctor Bourand (6) ejemplos interesantes.

Por último, hay que convenir en que á veces aparece la ovaritis *sin causa apreciable*, como lo he observado en una mujer de mas de sesenta años, en la que, como veremos mas adelante, no era dudosa la existencia de una ovaritis.

El ovario puede inflamarse *en el curso de una calentura puerperal*, pero entonces constituye una afeccion secundaria. Igualmente puede aparecer en este órgano *algún tiempo despues del parto* una inflama-

(1) Chereau, *loc. cit.*, p. 131.

(2) Copland, *Journal medico-chirurgical*. Lóndres, 1830.

(3) Louis, *Recherches sur la fièvre typhoïde*, 2.^a edicion. Paris, 1841, 2 volúmenes in-8.

(4) B. Béraud, *Recherches sur l'orchite et l'ovovite varioleuses* (*Arch. gén. de méd.*, 1859, t. I, p. 588).

(5) Gosselin, Anotaciones al *Traité des maladies du testicule*, de Curling, página 278. Paris, 1857.—B. Béraud, *loc. cit.*—Véase tambien t. IV, p. 666, artículo ORCHITE.

(6) Bourand, *tésis*. Paris, 1847.

cion que termina por resolucion ó por supuracion. El segundo caso es el único que nos ocupamos aquí.

La ovaritis desarrolla principalmente durante el gran período de la menstruacion; sin embargo, el hecho que acabamos de citar prueba que no faltan excepciones á esta regla.

§ III.—Síntomas.

En todos los casos que se han citado ha habido un *dolor espontáneo*, hasta el punto de ser enteramente insoportable para la enferma un tacto un poco graduado sobre la region iliaca afectada. El dolor espontáneo puede irradiarse á los lomos y hasta á los muslos, y á veces es pulsativo. Los movimientos de la extremidad inferior causan dolor en la parte enferma, y el miembro permanece inmóvil y medio doblado.

En una de las fosas iliacas, y muy rara vez en las dos al mismo tiempo, se presenta un *tumor*, cuyo volúmen comparan generalmente los autores al de un huevo de gallina, pero que puede, como lo hemos observado, ser mas considerable en el principio de la enfermedad. Los autores no han indicado con mucha exactitud la posicion de este tumor. En los hechos que cita Chereau, se dice que era *movible*, y solo en algunos que podia limitarse, de modo que dejaba percibir la figura del ovario tumefacto. Hé aquí lo que se ha notado en el caso que hemos tenido ocasion de observar: los dos primeros dias hallamos en la fosa iliaca derecha un tumor que tenia 6 ó 7 centímetros de diámetro, y que ocupaba esta region de modo que no quedaba ningun intervalo entre el tumor y el hueso ileon correspondiente. El tumor estaba inmóvil y hemos creido en la formacion de un flemón de la fosa iliaca aun no supurado; despues se limitó el tumor y quedaba un intervalo blando entre este y el hueso ileon, y se notaba una dureza ovóidea perfectamente limitada. Los dias siguientes disminuyó el tumor rápidamente de volúmen, de modo que en diez ó doce dias habia desaparecido completamente, sin evacuacion de ninguna especie. En una observacion recogida por Harisson (1) se dice que el tumor estaba situado por debajo de la protuberancia del sacro, lo cual me parece difícil de concebir.

El *tacto por el recto* puede ser útil para reconocer la posicion del tumor; pero no hallamos en las observaciones datos suficientes acerca de este punto.

El tumor es *resistente*, y da por la *percusion* un sonido á macizo que debe hacerse con suavidad en los primeros tiempos á causa del gran dolor que ocasiona.

Cuando aparece la enfermedad despues del parto, los síntomas locales son los mismos en el principio; en efecto, nada ofrece de par-

(1) Harisson (de Luoisville), *The American Journ. of the med. sciences*, 1835.

ticular bajo este punto de vista mas que la terminacion por supuracion en ciertos casos.

Los demás síntomas locales que indican algunos autores eran dependientes de lesiones de los órganos inmediatos, y pertenecian por consiguiente á complicaciones de que no debemos ocuparnos aquí.

Los *síntomas generales* son muy variables segun los casos. Si la enfermedad ha aparecido espontáneamente, puede ocasionar tan solo un simple *malestar* y un movimiento febril insignificante. Cuando sobreviene durante una menstruacion difícil, hay signos de la *dismenorrea* y además, una calentura bastante manifiesta (Chereau); la calentura con *quebrantamiento de miembros, cefalalgia, sed y trastornos digestivos* acompañaba á las ovaritis desarrolladas á consecuencia de una supresion de las reglas. Finalmente, todos saben que la ovaritis que se manifiesta en el puerperio determina una calentura semejante á la que produce la metritis. En todos estos casos puede haber un *estreñimiento* pertinaz, resultado de la compresion que el tumor, cuando es considerable, ejerce sobre el intestino.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

El *curso* de la enfermedad es continuo, y su duracion de uno á dos setenarios cuando termina por resolucion; en el caso contrario, se forma un *absceso*, de que nos ocuparemos mas adelante (1). Segun algunos autores, la *terminacion* por un absceso que nunca se ha observado en los casos de ovaritis idiopática, no es la única que debe temerse; pues puede tambien *gangrenarse* el ovario; pero no se han citado casos de ovaritis simple que hayan terminado de este modo.

Luton (2) ha publicado la relacion de un caso seguido de muerte en que se produjo una hemorragia intra-peritoneal difusa que tuvo un punto de partida en un ovario alterado por la inflamacion.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

Para la *ovaritis variolosa*, el pronóstico comparado al de la orquitis del mismo nombre, ofrece una gravedad mayor segun Beraud. Hay una inflamacion que se declara en una gran membrana serosa, y que localizada en un principio en un punto, puede invadir las partes inmediatas y determinar una verdadera peritonitis (3). El signo principal que sirve para poder distinguir esta enfermedad antes de la supuracion de un *flemon de la fosa iliaca* es la figura del tumor que es ovóideo y circunscrito; pero este signo no siempre se observa. El que hemos indicado, y que consiste en un intervalo entre el tumor y el hueso ileon, es muy importante y nunca se encuentra en los absce-

(1) Véase el artículo INFLAMACION DE LAS FOSAS ILÍACAS INTERNAS.

(2) Luton, *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, 2.^a série, t. II, año 1855, p. 129.

(3) Beraud, *loc. cit.*, p. 592.

sos; pero como ya hemos dicho tambien, este intervalo no es sensible hasta despues de algunos dias. Si siempre fuere así, me parece seria muy difícil distinguir antes de esta época la ovaritis del flemon de la fosa iliaca. No debe omitirse el tacto por el recto, que puede permitir apreciar la figura del tumor en los casos en que no se le percibe fácilmente al través de la pared abdominal.

El *pronóstico* es poco grave cuando la enfermedad se ha desarrollado fuera de la época del parto; mas en el caso contrario es de temer la supuracion, cuyos peligros daremos á conocer mas adelante.

§ VI.—Tratamiento.

La *sangría y sanguijuelas* en mayor ó menor número, segun las fuerzas de las enfermas, y expecialmente segun la intensidad de los fenómenos locales y generales, los *emolientes*, algunos *narcóticos*, la *dieta*, la *quietud* y los *purgantes* mas ó menos enérgicos para combatir el estreñimiento, tales son los únicos medios de que se ha hecho uso, y que han sido suficientes en los casos de ovaritis simple. Si tarda en verificarse la resolucion, se aconseja recurrir á las *fricciones mercuriales*, y á los medicamentos llamados *fundentes*, etc.; pero carecemos de buenas observaciones que nos den á conocer los casos de este género. En los casos en que en una mujer afectada de viruelas sobrevenga dolor en las fosas iliacas ó sus inmediaciones, Beraud aconseja no detenerse en disponer una aplicacion de sanguijuelas en relacion con la constitucion, despues fricciones con unguento mercurial y pomada de belladona y cubrir la region con cataplasmas emolientes.

2.º OVARITIS CRÓNICA.

Los autores que consideran las diversas degeneraciones de los ovarios como consecuencia de una ovaritis crónica, han creido necesariamente que esta enfermedad era bastante frecuente; pero nada prueba que su opinion sea fundada, á lo menos en el mayor número de casos.

Nos faltan observaciones por las cuales pudiésemos trazar la historia de esta enfermedad, á la cual se atribuyen por *síntomas* un dolor sordo, con tumefaccion mas ó menos considerable de un ovario ó de ambos á la vez. Este dolor, en algunos casos, aumenta al menor movimiento, y á la defecacion y emision de orina. A veces hay tambien diarrea y sudores. Apenas hay fenómenos generales, pero las alteraciones orgánicas pueden percibirse por el tacto rectal (1).

(1) Fl. Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*, trad. fran. Paris, año 1866, p. 597.

ARTÍCULO II.

QUISTES DE LOS OVARIOS.—HIDROPESÍA ENQUISTADA.

Los diversos quistes del ovario deben colocarse entre las enfermedades que interesan mas á la cirugía que á la medicina, y así solo haremos mencion en este artículo de los que corresponden con mas especialidad á nuestro objeto.

1.º QUISTES ANORMALES.

Estos tumores no llegan á adquirir ninguna importancia hasta que se inflaman, y entonces dan lugar á abscesos que reclaman la intervencion de la cirugía (1).

Mencionaremos solamente los *quistes hidatídicos* del ovario, cuya realidad ha sido puesta en duda cuando se han examinado con atención las observaciones de casos semejantes (2). En cuanto á los quistes anormales descritos con la designacion general de *quistes embrionarios*, recordaremos la division presentada por Velpeau (3) que los ha dividido en tres órdenes. En el *primero* coloca los que al parecer dependen de la misma causa que ha producido el organismo que los contiene; en el *segundo*, los que son el resultado de una fecundacion incompleta, y en el *tercero* coloca aquellos cuyos productos morbosos parecen producciones del saco que los encierra.

El origen de los quistes anormales del ovario ha sido muy discutido. Segun Fl. Churchill (4), la única explicacion racional que puede darse de la presencia de estos tejidos, es que los gérmenes se han podido encontrar reunidos en la misma vexícula, y mientras que la una es asiento de una hidropesía, la otra se desarrolla parcialmente. Lee, por el contrario, no considera estos singulares productos como ligados á la concepcion; son, segun él, ejemplos de esa monstruosidad descrita por Olivier y Breschet, con el nombre de *diplogénesis por penetracion*. Segun Bauchet (5), que ha reunido todos estos casos bajo la designacion de tumores enquistados embrionarios, unos tienen por punto de partida un embarazo extra-uterino, otros una inclusion.

Los productos que se hallan en estos quistes son, segun su orden

(1) Véase Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, XVIII livraison, in-folio, pl. color.

(2) L. J. Bauchet, *Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire, et de ses conséquences pour le diagnostic et le traitement de ces affections*. Memoria premiada por la Academia de medicina, el 14 de Diciembre 1858. (*Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1859, t. XXIII, p. 65.—Véase tambien la Bibliografía presentada por Churchill, 605).

(3) Velpeau, *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, t. XXII, p. 581.

(4) Fl. Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*, Paris, 1866, p. 605.

(5) Bauchet, *loc. cit.*, p. 66.

de frecuencia, pelos, dientes, grasa que los envuelve, fragmentos de hueso, otros que tienen el aspecto del tejido muscular, de la piel, etc.

Estos quistes forman tumores *indolentes*, á no ser que ocurran accidentes particulares; ocupan una extension bastante considerable de la parte inferior del abdomen, tienen bastante dureza, pero por lo comun diversa en los diferentes puntos, dan á la percusion un sonido á macizo, y tienen su raíz en una de las fosas ilíacas.

Las mujeres no experimentan ordinariamente ninguna incomodidad, pero repetimos que estos tumores pueden inflamarse y dar origen á *abscesos* que se vacian al exterior, en los intestinos, en la vagina, etc., y los restos de materia organizada que entonces salen dan á conocer la naturaleza del tumor.

2.º QUISTES SEROSOS Ó HIDROPESÍA ENQUISTADA.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Se da el nombre de *quistes del ovario ó hidropesía enquistada* á una afeccion, en la cual contiene este órgano un líquido cualquiera en una ó mas cédulas que en él se han formado. Esta definicion prueba ya que no se trata de una hidropesía ordinaria, puesto que el líquido contenido en los quistes no es, ni con mucho, siempre seroso.

La hidropesía del ovario no es una enfermedad rara, sin que no obstante podamos colocarla entre las afecciones crónicas que se observan con mas frecuencia.

§ II.—Causas.

1.º *Causas predisponentes*.—Las *causas* de esta afeccion son muy oscuras. Entre las *predisponentes* se ha puesto la *edad* de veinte á cuarenta y cinco años, pero no tenemos acerca de este punto una estadística de hechos concluyentes. Se ha dicho tambien que una circunstancia que favorece mucho su produccion es haber tenido *una ó mas preñeces anteriores*, y las *relaciones sexuales* (Lisfranc). Pero nada tiene de sorprendente que la enfermedad aparezca las mas veces en las circunstancias en que casi todas las mujeres se hallan colocadas. Nada prueba mejor la ligereza con que han sido estudiadas estas cuestiones que semejantes proposiciones, cuya ingenuidad es casi increíble. Segun Meckel, esta enfermedad aparece con mas frecuencia en el ovario izquierdo que en el derecho; pero resulta de una estadística que ha presentado el doctor Bloff (1), que de cincuenta y cuatro casos, treinta y uno residian en el ovario derecho, y solo veint-

(1) Bloff, *Journal l'Expérience*, t. I.

titres en el izquierdo. No hay duda de que sería útil que el número fuese mucho mayor; pero los que ha reunido el autor que acabamos de citar demuestran, cuando menos, que la asercion de Meckel tiene gran necesidad de pruebas.

2.º *Causas ocasionales.*—Las *causas ocasionales* son, segun los autores, las *violencias exteriores*, los *escesos venéreos*, y todo lo que puede ocasionar la *inflamacion* de los órganos genitales; pero nada menos probado que la exactitud de estas aserciones.

§ I.—Lesiones anatómicas y fisiología patológica.

I. Los caracteres exteriores, suministrados por la *disposicion del tumor*, han permitido dividir los quistes del ovario en muchos grupos (1):

1.º *Quistes ováricos uniloculares*, en los que el ovario se convierte en una bolsa fibrosa, ó mas exactamente en un saco fibro-seroso muy resistente, que adquiere á veces el volúmen del útero en el último mes del embarazo y aun mas.

2.º *Quistes ováricos multiloculares*, constituidos por un número mas ó menos considerable de distintas bolsas sin comunicacion unas con otras, estos quistes presentan además muchas variedades. La disposicion mas general es aquella en que existe un quiste principal y muchos secundarios. Es raro encontrar muchos quistes de un volúmen casi igual.

3.º *Quistes ováricos areolares ó vexiculares*, en los que el ovario se trasforma en una masa areolar, de mallas ó vexículas de diversas capacidades comunicando unas con otras, y llenas de una materia filamentososa como la clara de huevo, ó la consistencia de miel, ó á veces la de la jalea.

4.º *Quistes ováricos compuestos*; en algunos hay asociacion de un quiste unilocular ó de un quiste multilocular con la especie areolar ó vexicular. Puede decirse de un modo general, que en todos los casos en que existe el tejido areolar ó vexicular, el líquido del quiste unilocular ó multilocular participa de la naturaleza del líquido del tejido areolar, y por consiguiente es siempre viscoso. Sucede á veces que la parte unilocular ó multilocular del quiste es completamente distinta de la parte areolar ó vexicular.» (J. Cruveilhier).

II. Si considerados bajo el punto de vista de las *condiciones orgánicas*, entre los que toman origen ciertos quistes multiloculares estudiados por Delpech (2) y J. Cruveilhier (3), han parecido constituir una especie de cáncer á la que el último de estos autores, que

(1) J. Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique générale*. Paris, 1856, t. III, página 398.

(2) Delpech, *Chirurgie clinique*, t. II, p. 521.

(3) J. Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, en folio, t. II, entrega XXV, *Maladies de l'ovaire*.

la considera como una alteracion de las extremidades venosas, ha dado el nombre de *cáncer areolar*; hoy á lo menos la opinion mas general es que en la mayoría de los casos, los quistes del ovario, sean simples ó múltiples, provienen de una modificacion de las vexículas de Graaf.

Resulta además de las diversas investigaciones histológicas emprendidas sobre esta cuestion, y en particular de las de Fox (1) que á pesar de la posibilidad de establecer muchas variedades entre los quistes del ovario presentan sin embargo todos la misma estructura. Presentan una pared formada de un tejido conectivo ó fibroso, representando mas ó menos exactamente, segun su espesor, los caracteres principales de la trama ovárica, y una capa epitelica presentando algunas variedades en el volúmen y carácter de las células.

La pared externa, cubierta por la superficie peritoneal, se divide por lo comun en dos capas: una externa, mas resistente, densa, formada de fibras anchas; otra interna mas blanda, conteniendo en sus mallas areolares de fibras, gran número de núcleos prolongados y fibro-células con vasos numerosos. En el espesor de la pared se encuentran pequeños quistes haciendo prominencia hácia fuera ó adentro. (W. Fox). Las venas tienen sobre las arterias un predominio muy considerable y están dispuestas por lo comun en dos capas muy distintas. La una de estas, superficial y muy considerable, se compone de gruesas venas cruzadas en el espesor de la capa fibrosa superficial, teniendo mucha analogía con los senos de la dura madre, y, como en ellos, parecen reducidos á su membrana interna; se puede decir que estos vasos están situados inmediatamente debajo del peritoneo. Las venas de la capa profunda están, por el contrario, muy poco desarrolladas, pero son por lo general muy numerosas. Las arterias son relativamente mucho menos considerables. Los únicos de estos vasos que parecen justificar la opinion de Delpech (2) ocupan la parte mas inferior del tumor y su pedículo, y por lo tanto no podrian ser atacados por la paracentesis. (J. Cruveilhier.) En la pared interna, las células epitelicas parece que se continúan por gradaciones insensibles con las del tejido conectivo de la pared. En algunos casos hay regeneracion epitelica, con caida del primero en el contenido de los quistes; cuando esta regeneracion no se efectúa, la pared queda desunida y susceptible de modificaciones ulteriores. Las células del tejido conectivo pueden á su vez sufrir degeneracion grasienta, y aun la peticificacion por líneas oplacas. Estas alteraciones nos dan explicacion de la rotura de las paredes de los quistes, comunicándose entre sí y nos da razon de sus diversos aspectos.

(1) Wilson Fox, *On the origin, structure and mode of development of the cystic tumours of the ovary* (extr. del t. XLVII de *Transactions médico-chirurgicales*. Londres, 28 Junio 1864, con tres láminas).

(2) Boivin et Dugès, *Traité des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. II, p. 523. Hooper, *Morbid anatomy of the human Uterus*, lámina XX.