

Los quistes mas anchos (*parent cysts*, de W. Fox) presentan con frecuencia ciertas *excrecencias* que provienen de su interior, y que les ha merecido el nombre de *quistes prolígeros* (1). Entre estas excrecencias, llamadas *papilares* (*en coliflor ó dendríticas*) quedan en sus bases espacios que pueden cerrarse por la fusion de las partes inmediatas por la influencia de la presión ejercida por el líquido. De aquí un modo de formacion de los *quistes compuestos* que pueden actuar como quistes primitivos, pero cuyas paredes están unidas por la presión que sufren. A veces la fusion no se verifica mas que por partes; existen alrededor de las papilas espacios areolares, que comunican por una y otra parte con la cavidad general, y aparecen llenos de una masa análoga al queso podrido, procedente de la degeneracion *en masa* de las papilas secundarias.

Independientemente de las prolongaciones papilares, se encuentran tambien en el interior de los grandes quistes excrecencias vellosas y glandulares que con frecuencia se observan á la par. Mientras que las prolongaciones papilares se forman de tejido conectivo, las vellosidades que contienen son casi exclusivamente formadas por vasos; cuando son flojas no dan lugar á la produccion glandular que se observa, por el contrario en las de estructura apretada.

Lo que distingue de las otras glándulas las producciones glandulares que se observan entonces, es que además de la existencia de muchas capas epitéllicas que les pertenecen, hacen de la superficie por la prolongacion de las vellosidades y del estroma intermedio, de modo que circunscriben tubos que son tanto mas largos cuanto mas crezcan las vellosidades. Los quistes derivados de estas excrecencias glandulares pueden formarse de varios modos: 1.º por oclusion del orificio, consecutivamente al crecimiento y fusion de dos vellosidades próximas que se desarrollan ulteriormente; 2.º porque la glándula se divida en cavidad cerrada engruesada de un tabique desarrollado á espensas de su pared merced á *quistes terciarios*.

«No considerando la pared de los quistes mas que como acabamos de estudiarla, se encuentran quistes mas pequeños, del tamaño de un grano de mijo ó de adormideras, en parte salientes en el quiste, en parte introducidos en su pared, y el microscopio hace descubrir un gran número más pequeños, á la par que descubre la existencia de una cavidad en su interior.» Estos quistes existen cerca de los puntos en que nacen las producciones glandulares, y se presentan raras y diseminadas. Parece nacen de la trama ovárica *procedentes de una evolucion ulterior*, y por último contienen y obliteran los orificios de las glándulas entre sus capas. Antes de adquirir crecimiento, pueden estos quistes presentar la degeneracion adiposa, y si esto se verifica estando ya desarrollados, pueden comunicarse unos

(1) Quistes uniloculares vegetantes, de J. Cruveilhier. (*Traité d'anatomie pathologique générale*, t. III, p. 399).

con otros, de lo que depende el aspecto areolar (*quistes areolares*). En fin, hay pequeños quistes que presentan una ó varias prolongaciones representando una série de porciones extranguladas que parecen formar cavidades cerradas. Estas producciones, segun W. Fox, han comenzado por una alteracion de las vexículas de Graaf.

Independientemente de estas variedades de origen, «los quistes parietales, cuando se abren al exterior, dan á la superficie peritoneal un aspecto vellosa; las vellosidades están desprovistas de su epitelio, y no se sabe si tienen ó no aptitud para contener adherencias con las superficies inmediatas.» Pero lo que parece resultar de las investigaciones de Fox, es que *todo quiste, aun los aislados en masas complejas, pueden hacerse punto de partida de una formacion de quistes múltiples, punto de gran interés cuando se discute el valor relativo de la puncion y de la extirpacion* (1).

III. El estudio de las bolsas quísticas y de las condiciones orgánicas que parecen darlas origen ó favorecer su desarrollo, debe completarse por el de su *contenido*.

Las cavidades de los quistes tienen una capacidad en extremo variable, pues se han encontrado que apenas admitian el dedo pequeño, y otras que podrian contener 50 kilogramos de líquido y aun mas, y contienen una materia que varía segun los casos y en todos conceptos. A veces existen gases debidos á la descomposicion de esta materia, lo que generalmente se encuentra es una masa líquida, unas veces blanca, trasparente y fluida como agua, otras una serosidad cetrina, algunas lactescente, y á veces espesa, gelatinosa, de color de café ó de chocolate. En ocasiones se encuentra una materia semilíquida, semejante á la miel, la cola, el sebo, la grasa, etc. La cantidad de la materia contenida está en relacion con el volumen del quiste y su capacidad.

El contenido varía tambien, segun la forma del quiste que se examina, así en los uniloculares (á excepcion de la variedad llamada *quiste vegetante* (en la que el líquido es por lo general viscoso), el producto es por lo comun seroso, y por lo tanto de una evacuacion fácil y completa. El líquido es generalmente seroso en los quistes multiloculares.

Las cavidades de los quistes areolares ó vexiculares están llenas de una materia filamentososa como la clara de huevo, presentando la consistencia de la miel ó de la jalea; cualidad física que unida á la estrechez de comunicacion de las diversas cavidades entre sí, hace rechazar la puncion que solo produciria la emision de algunas cucharadas de líquido.

El estudio del contenido es, pues, segun la justa observacion de

(1) Ch. Périer, Análisis del trabajo citado por Wilson Fox. (*Journal de l'anatomie et de la physiologie*, por Ch. Robin, t. II, p. 326, Paris, 1855.)



J. Cruveilhier (1), una cuestión de la mayor importancia, pues los puntos de diagnóstico que hay que resolver en los quistes del ovario son los siguientes:

»1.º El quiste, ¿es unilocular, es multilocular? Y en este último caso, ¿existe una cavidad principal?

»2.º El quiste ovárico, ¿es areolar ó vexicular en totalidad ó en parte, y en qué proporción?

»3.º Relativamente á la calidad del líquido, ¿es seroso, viscoso, ó gelatiniforme?»

Debemos hacer observar, desde ahora, que al principio de la enfermedad el líquido puede parecer contenido en una sola vexícula, aunque existan muchos departamentos internos, y que en realidad estos quistes son multiloculares. Sin embargo, no es siempre así; el líquido puede ocupar una gran cavidad sola, y aunque existan otros pequeños quistes, comunican entre sí y dan el resultado de un quiste unilocular. Cuando hay muchas células pueden ó no comunicar entre sí.

Es una gran ventaja cuando existe la comunicacion, porque una sola puncion permite salir todo el líquido (fig. 51), como si solo hubiese un saco único (2).

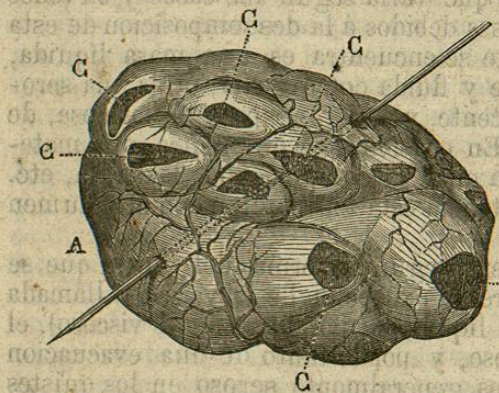


Fig. 51.—Hidropesía enquistada del ovario.—A, gran quiste á través del cual se ha pasado un estilete.—C C C, pequeños quistes, primero independientes unos de otros, y despues comunicando generalmente, segun una pieza depositada en el Museo Dupuytren, número 409.

IV. Además del líquido contenido en la cavidad quística, simple ó compuesta, se observa casi siempre, sobre todo en la raíz del tumor, cierta cantidad de materia sólida que puede llegar á un grado tal de desarrollo, que forme una gran parte del tumor haciendo disminuir notablemente su cavidad (Fl. Churchill). En un caso observado por J. Cruveilhier (3), independientemente de los pequeños tu-

(1) J. Cruveilhier, *loc. cit.* t. III, p. 403.

(2) Fl. Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*, trad. fran., Paris, año 1866, p. 606.

(3) J. Cruveilhier, *loc. cit.*, t. III, p. 421.

mores areolares, de forma esferoidal, que hacian prominencia en la cara interna de un quiste unilocular vegetante; las paredes de la bolsa contenian en su espesor una torta areolar que tenia la forma, aspecto y diámetro de la placenta. J. Cruveilhier, que ha observado con frecuencia esta disposicion, hace observar que seria funesto en estos casos que penetrara el trócar por el punto ocupado por esta torta areolar.

V. Bajo el punto de vista práctico, *las relaciones del ovario enfermo con los órganos inmediatos*, merecen estudiarse por su importancia. La hidropesía puede además afectar ambos ovarios á la vez (1) ó bien uno solo; pero es raro que presente el mismo desarrollo en ambos lados; así es que uno de los ovarios puede llenar todo el abdomen, mientras que el otro apenas alcance el volumen de una naranja. (Fl. Churchill.)

Los quistes del ovario están casi constantemente en *relacion inmediata* en toda su altura con la *pared abdominal anterior*, y rechazan arriba las asas intestinales. Solo el epiploon se interpone á veces, permaneciendo unido á la pared abdominal, á la que le habia adherido previamente el desarrollo del quiste (2).

Generalmente el quiste está libre de toda adherencia con las paredes abdominales, aun en el punto que ha perforado la puncion, lo que sin duda depende de la falta de paralelismo despues de la puncion entre el punto perforado de la pared abdominal y el del quiste. (J. Cruveilhier.)

Excepto en algunas excepciones, el útero está por lo general colocado delante de la parte inferior del quiste ovárico, al que con frecuencia se adhiere por bridas celulares mas o menos apretadas, lo que parece depender de la situacion del ovario en el pliegue posterior del ligamento ancho. Con frecuencia se suelen observar en estos casos dislocaciones uterinas ó deformaciones, entre las que figura la prolongacion, á veces muy notable, produciéndose casi exclusivamente á expensas del ángulo uterino correspondiente al ovario enfermo.

La trompa uterina correspondiente participa de la posicion del útero, y como este se encuentra por lo comun delante del quiste, al que acompaña en gran parte, á la manera de una banda muy oblicuamente extendida de abajo arriba, y de fuera adentro. El pabellon de la trampa le acompaña en su prolongacion, y se presenta bajo el aspecto de un repliegue fasciforme, casi siempre libre y á veces adherente al tumor.

Mientras que el ligamento redondo correspondiente al quiste no presenta nada de particular, el del lado sano se encuentra considerablemente hipertrofiado, en longitud y volumen, lo que parece de-

(1) Osiander, *Neue Denkwürdigkeiten*, 1799, t. II.—Joerden, *Hufeland's Journal*, t. II.

(2) E. Cloquet, *Bulletins de la Société anatomique*, año 1841, p. 111.



pender de la traccion ejercida por el ovario enfermo sobre el útero, y por lo tanto, sobre el ligamento redondo. (J. Cruveilhier.)

En el lado enfermo, unas veces no se encuentra vestigio de ovario, y otras lo que queda del órgano aparece como un nudo sobre las paredes del saco, haciéndose á veces estos nudos cartilagosos ú oseos. (Fl. Churchill.)

«El intestino delgado está siempre rechazado arriba y atrás por el tumor; y cuando el quiste del ovario llega al epigástrico, el intestino delgado ocupa casi todo el hipocondrio izquierdo por delante y por debajo del estómago.

«El arco del colon participa de la parte del intestino delgado en su mitad izquierda; su mitad derecha se aloja en el hipocondrio derecho por debajo del hígado. El ciego, el colon ascendente y descendente, la S iliaca y el recto quedan los únicos en su sitio (1), y la posicion del intestino grueso detrás del quiste puede determinarse por la percusion de las regiones lumbares. (J. Cruveilhier.)

De lo que antecede se deduce, que la compresion del intestino, y por lo tanto la retencion de materias fecales, solo puede verificarse en la parte del intestino grueso que permanece en su puesto; en un solo caso J. Cruveilhier ha observado la estrangulacion del intestino grueso por un quiste del ovario (2).

#### § IV.—Síntomas.

*Invasion.*—Uno de los primeros síntomas de la existencia de un quiste en el ovario es un *dolor sordo*, una dificultad, obstáculo, peso, una especie de tirantez hácia las fosas ilíacas, sensacion que se manifiesta sobre todo antes ó despues de las épocas menstruales. Este síntoma, cuyo poco valor al principio (si se trata de formular el diagnóstico) permite considerar esta invasion como latente en la mayoría de los casos, adquiere mas adelante una significacion importante. Cuando el vientre adquiere mas desarrollo, por su disposicion uniforme, no permite reconocer, ni por la vista, ni por la palpacion, en qué lado ha tomado origen la enfermedad; el asiento primitivo del dolor, da á conocer el lado en que ha comenzado el quiste, indicando al operador el sitio en que deberá practicar la puncion. (Boinet.)

*Enfermedad confirmada.*—*Estudio sintomático de su desarrollo.*—A medida que el tumor, contenido todavia en la *pélvis*, adquiere mayor desarrollo, se aumenta el peso, el estreñimiento y las hemorroides. La presion sobre el recto impide el paso de las materias fecales, lo que produce la *distension* de los intestinos, así como una causa análoga determina la dilatacion de los uréteres. En algunos casos, la

(1) Cruveilhier ha observado un caso en el que el ciego y el colon ascendente no ocupaban su sitio acostumbrado, sino la parte superior del abdomen (*loc. cit.*, t. III, p. 412).

(2) Cruveilhier, *loc. cit.*, t. III, p. 412.

presion ejercida por el tumor impide el que se vacie la vejiga (1). El *tacto* da á conocer un tumor entre la vagina y el recto, y si las paredes son delgadas, se percibe la fluctuacion. El orificio uterino puede estar en su lugar normal un poco descendido ó elevado, rechazado á uno ú otro lado, segun el sitio y dimensiones del tumor que por otra parte no es sensible á la presion. Introduciendo el dedo en el recto por encima del tumor, se encuentra el cuello del útero fácil de distinguir del ovario hipertrofiado. Es importante distinguir ambas partes, para no incurrir en el error de considerar la afeccion como una retroversion del útero.

Mas tarde aparece en una de las fosas ilíacas un tumor que, generalmente indolente, provoca, sin embargo, á veces dolores extremadamente vivos. En un caso observado por Valleix, una jóven que tenia un quiste del ovario derecho, del tamaño de la cabeza de un feto, y experimentaba en la fosa ilíaca é hipocondrio del mismo lado dolores que se disipaban despues de dos ó tres dias de duracion, para reproducirse despues de un espacio de tiempo mas ó menos considerable.

El tumor indolente, ó no es apreciado por la mano, lobulado ó redondeado, y presenta una resistencia igual, elástica. Con frecuencia sobrepasa los púbis ó llega hasta el ombligo, sin que la enferma se dé cuenta de su desarrollo; al cabo de cierto tiempo, el abdomen presenta una disposicion uniforme y el volúmen de un embarazo avanzado, circunstancia que puede favorecer la confusion. Pero si el quiste ha continuado desarrollándose, su volúmen se hace mas considerable, aumenta la tension del abdomen, se dificulta la respiracion, se manifiestan desarreglos funcionales en los órganos abdominales, y entonces las enfermas empiezan á inquietarse, y consultan al médico. En estas circunstancias, la *presion*, la *percusion*, y los *grandes movimientos* y la *fatiga* causan por lo comun un poco de dolor en la region que ocupa el tumor; pero esto casi nunca sucede mas que cuando es bastante voluminoso para distender el abdomen.

La *palpacion* del vientre solo ofrece algunos datos cuando el tumor ha llegado á adquirir cierto volúmen, y entonces se le percibe con su figura mas ó menos redondeada y presentando diversos caracteres, segun su volúmen. *Si es de mediano volúmen*, es decir, que no excede, por ejemplo, del volúmen de la cabeza de un feto, se le nota perfectamente bien circunscrito en uno de los lados del abdomen, y apretando con fuerza con el borde cubital de la mano sobre la pared anterior de esta cavidad, se le puede tocar por el lado del ombligo donde se halla su fondo globuloso. Pero no debe contentarse el médico con esta exploracion, sino seguir la tumefaccion hasta la fosa ilíaca, donde puede asegurarse de que existe la raíz del tumor que

(1) Robert Lee, *Cyclopædia of pract. med.*, art. *Diseases of the Ovaria*.—Burns, *The principles of Midwifery*, p. 155.



es lo que mas interesa para el diagnóstico. Si, por el contrario, el tumor tiene un gran volumen y distiende mucho la pared abdominal, es mas difícil circunscribirle; pero poniendo un poco de atencion se puede reconocer en casi todos los casos que un lado del abdomen está mas estirado, mas duro y resistente que el otro, y que una de las dos fosas iliacas está flexible, al paso que la otra donde radica el tumor es muy resistente.

La simple inspeccion del abdomen es con frecuencia muy útil para reconocer la naturaleza de la enfermedad. El vientre se encuentra deformado, el lado que ocupa el tumor es mas prominente que el otro. Sin embargo, en las jóvenes y en las que no han tenido hijos, es á veces difícil conocer en qué lado ha comenzado el tumor, porque á la par que este crece, son rechazados al lado opuesto los intestinos, de suerte que el abdomen queda tenso (Boinet).

La percusion viene en estos casos en ayuda de la palpacion. En la hidropesía del ovario los intestinos son empujados del lado opuesto al tumor, y presentan por este lado del vientre un sonido claro, al paso que en el opuesto es á macizo (1). Si se hace con cuidado la percusion, se halla en la fosa iliaca en que ha empezado el tumor un sonido á macizo manifesto, y por el contrario, en la opuesta hay resonancia; tratando despues de buscar el límite superior del sonido á macizo, se observa que está separado de la resonancia de los intestinos por una línea curva cuya convexidad mira hácia arriba, línea que va á perderse en el lado que ocupa el tumor, dejando el otro libre en una extension mayor ó menor. Cuando el tumor es sumamente considerable, estos signos son menos fáciles de conocer; pero entonces se nota que los intestinos han sido empujados á un punto lateral del abdomen, y si además se hace variar la posicion de la enferma, no sobreviene ningun cambio en el nivel del liquido.

Sin embargo, cuando presentan las paredes del vientre cierta laxitud, frecuente en las mujeres que han tenido muchos hijos, y cuando el vientre no es muy voluminoso, el tumor puede dislocarse cuando la mujer adquiere una posicion derecha ó izquierda, sintiéndose una especie de ondulacion (2) (Boinet).

Estos signos son igualmente mucho mas oscuros cuando la enfermedad ocupa los dos ovarios; pero en estos casos, que no son ni con mucho los mas frecuentes, aun cuando la mayor parte de los autores hayan asegurado que cuando la afeccion ocupa un ovario no tarde en invadir el otro, la palpacion y la percusion ofrecen otros recursos, porque nunca los dos tumores tienen igual volumen, y con

(1) Rostan, *Mémoire sur les moyens de distinguer l'hydrocèle enkystée de l'ascite* (Nouv. Journal de méd., t. III, et *Traité du diagnostic*).

(2) Nos limitamos aquí á esta sola indicacion: el estudio de los datos suministrados por la fluctuacion nos parece debe hacerse cuando tratemos de las diversas formas de quistes ováricos y de los medios apropiados para reconocerlos.

notar la gran irregularidad de la tumefaccion que producen, se obtiene un signo de suma importancia para el diagnóstico.

Hemos visto anteriormente que cuando ha habido ocasion de examinar la enferma en una época en que el ovario enfermo estaba (como el útero, grávido en los primeros tiempos del embarazo) contenido aun en la escavacion de la pélvis, el tacto practicado bajo diversas formas ha podido dar á conocer con alguna exactitud la naturaleza de la lesion. Pero sea que no se haya podido verificar esta primera exploracion, sea que se vea á la enferma por la primera vez, hay una faz en desarrollo de los tumores ováricos en el que asciende á la region ileolumbar adquiriendo un desarrollo mas ó menos considerable (siempre semejante al embarazo), y entonces el tacto vaginal y el rectal no darán ningun signo de los indicados anteriormente (1). Sin embargo, cuando el tumor ovárico ha adquirido en la pélvis mayor un desarrollo muy pronunciado al tacto vaginal, puede aun prestar alguna utilidad. Ayudará en efecto á conocer en qué lado ha comenzado la enfermedad, porque entonces, á causa de su mismo desarrollo, el quiste atraerá á su lado el fondo de la matriz, dándola una posicion oblicua tal, que su cuello está opuesto á su fondo; si el uno está á la derecha el otro á la izquierda y recíprocamente. (Boinet).

La compresion que el tumor ejerce sobre los intestinos, sobre todo cuando está situado á la izquierda, suele producir un estreñimiento pertinaz, y á veces ocasiona por su accion sobre la vejiga conatos frecuentes de orinar y hasta la disuria. En un caso en que habia quistes en ambos ovarios, habia una presion de los dos uréteres, y consecutivamente doble pielonefritis crónica (2).

Estos son los síntomas que se observan cuando el tumor ovárico no pasa de un mediano volumen; pero si este es bastante considerable para que el abdomen se halle muy distendido, aparecen otros dependientes de la compresion de los diversos órganos. Empujados los intestinos y no pudiendo dilatarse el estómago, resultan trastornos manifestos en la digestion. La repulsion de las vísceras abdominales se hace sentir sobre el diafragma, que solo se contrae de un modo muy incompleto, por lo cual los pulmones no pueden dilatarse bastante, y de aquí el obstáculo á la respiracion y circulacion que sobreviene en esta época.

Un síntoma que no debe echarse en olvido y que se observa cuando el tumor tiene un volumen algo considerable, es un ruido de fue-

(1) Mas tarde, por el contrario, cuando alcanzan un periodo mas avanzado en su desarrollo, el tumor ovárico (como el útero en estado de gestacion, cediendo á su peso, desciende á la escavacion pelviana, y en este punto puede el tacto vaginal y el rectal adquirir de nuevo una importancia que volveremos á encarecer á tratar de algunos puntos del diagnóstico.

(2) Rayer, *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, 1.<sup>a</sup> série, t. IV, año 1852, p. 37.



Ue que se produce en cada pulsacion arterial, y que se ha notado en cierto número de casos. Interesa mucho para el diagnóstico tener siempre presente la posibilidad de este síntoma.

La compresion que ejerce el tumor sobre las venas gruesas de la pelvis puede dar origen tambien al *edema de las extremidades*, á una *flebitis* y á la *flegmasia blanca dolorosa*.

Por último, á veces aparecen *dolores intensos de naturaleza neu-rálgica*, resultado de la compresion de los ramos que van á formar el gran nervio ciático.

Independientemente de estas alteraciones sobrevenidas en algunos de los principales aparatos de la economía, la salud general que ha podido permanecer sin alterarse por mucho tiempo acaba por comprometerse mas tarde. «La enferma presenta crisis con dolores abdominales y fiebre, lo que indica que el tumor presenta inflamacion parcial que puede terminarse por supuracion y producir fiebre héctica. La crisis puede ser violenta, acompañada de vómitos, de sensibilidad exagerada del vientre, fiebre intensa, y en poco tiempo una terminacion funesta; ó bien hay dolores muy intensos, que duran poco tiempo y que van acompañados de aniquilamiento momentáneo. En muchos casos estos síntomas agudos no se presentan, y la enferma solo experimenta alguna dificultad hasta el dia en que el tumor llega á ser muy voluminoso, impidiendo la respiracion y determinando una sensacion penosa de distension. En este momento la constitucion desmerece y los fenómenos hidrópicos se producen en todas partes. Las paredes abdominales son á veces tan sensibles, que no pueden soportar la menor presion. La enferma adelgaza, pasa las noches sin sueño, y al fin es presa de la fiebre, pierde el apetito y muere en medio de una disnea intensa y de dolores muy violentos (1).»

#### § V.—Curso, duracion, terminacion.

El *curso* de la enfermedad es ordinariamente lento y continuo. En algunos casos ha llegado el tumor á adquirir un volumen muy considerable en pocos meses; pero estos casos son sumamente raros, pues casi siempre se necesitan muchos años para que el quiste llegue á distender considerablemente el abdomen. Algunas veces despues de haber hecho el tumor rápidos progresos, permanece estacionario, y aun esto durante años enteros hasta que su incremento recibe un nuevo impulso sin que sea posible adivinar la causa.

La *duracion* es por lo comun muy larga, y se han visto mujeres que tenian hácia treinta ó cuarenta años tumores ováricos sin sufrir grandes incomodidades cuando su volumen no era muy considerable.

Si en algunos casos raros, puede verificarse la resolucion del tu-

(1) Burns, *Principles of Midwifery*. Londres, 1843, p. 154.

mor por la *absorcion del liquido* (1), la enfermedad puede *terminar* por la muerte, terminacion que depende ó del desarrollo extraordinario del tumor de que resultan los accidentes que dejamos citados, ó lo que es mas raro, de una inflamacion desarrollada, bien espontáneamente, bien por una rotura del quiste en el abdomen, ó en fin, á consecuencia de una de las operaciones de que hablaremos mas adelante. Sin embargo, la rotura del quiste en el peritoneo no es tan grave como pudiera creerse, segun se deduce de los hechos que han citado Bonfils (2) y Camus (3).

En algunos casos á consecuencia de un estado inflamatorio mas ó menos estenso, se forman adherencias entre el quiste del ovario y las partes inmediatas (4), colon (5), vejiga (6), etc. El tumor se abre á veces en uno de estos órganos, y el liquido se vierte por esta via, y la enferma se ha curado por algun tiempo, y á veces para siempre.

Adolfo Richard ha referido cinco observaciones de comunicacion establecida entre el ovario y la trompa de Falopio correspondiente (7): el líquido se vertia por esta via como en los casos de Morgagni (8), de Frank (9), de Follin y de Boivin y Dugés (10).

#### § VI.—Diagnóstico.

El diagnóstico de los quistes del ovario no puede trazarse de un modo absoluto, pues muchas circunstancias pueden hacer variar las condiciones en las que á la cabecera de la enferma hay necesidad de formularle. En efecto, los quistes ováricos, segun ciertas particularidades de su estructura (11), dan lugar á síntomas diferentes, y estas

(1) Nauche, *Maladies propres aux femmes*, vol. I, p. 174.— Véase tambien *Medic. Gazette*, 18 Julio 1836.—Hermann, *Siebold's Journal*, t. II, caso 3.º

(2) Bonfils, *Bulletin de l'Acad. de méd.* Paris, 1843, t. IX, p. 192.

(3) Camus, *Revue médicale*, 1844.

(4) Seymour, *On diseases of the Ovaria*, p. 55.

(5) Denman, *Med. and Phys. Journal*, t. II, p. 20.—Boivin y Dugés, *Maladies de l'utérus*, t. II, p. 537.—En una mujer, cuya observacion se tomó del *Northerly Journal (Bulletin de thérapeutique)*, t. XXXVI, p. 235, 15 marzo 1849, se produjo la curacion por la abertura espontánea del quiste en la vejiga. Los únicos síntomas indicados fueron la abundancia, color amarillo y viscosidad de la orina, la presencia de pus en este liquido; caracteres evidentemente debidos á su mezcla con el liquido del quiste. (Valleix).

(6) Monro, *Essais et observations de la Société de médecine d'Édimbourg*. Paris, 1840, t. VI, p. 397.—Boivin, *Recherches sur l'avortement*. Paris, 1828, p. 103, 131.

(7) Adolphe Richard, *Note sur les kystes tubo-ovariens (Bulletin de l'Académie de méd.)*, Paris, 1855-56, t. XXII, p. 356.—*Mémoires de la Soc. de chirurg.*, Paris, t. III, entrega 2.ª.

(8) Morgagni, *De sedibus et causis morborum* (2.ª carta).

(9) Frank, *De curandis hominum morbis*, libro VI, par I.

(10) Boivin y Dugés, *Traité des maladies de l'utérus*, t. II.

(11) Véase § III, pag. 347.