

hemorragia que luego sobreviene en una cavidad patológica, cuya superficie es incapaz de reabsorción, se convierte por necesidad en definitiva. Algunas veces la transformación se hace directamente de pio- en hémato-sálpinx; otras hay á modo de una fase intermedia

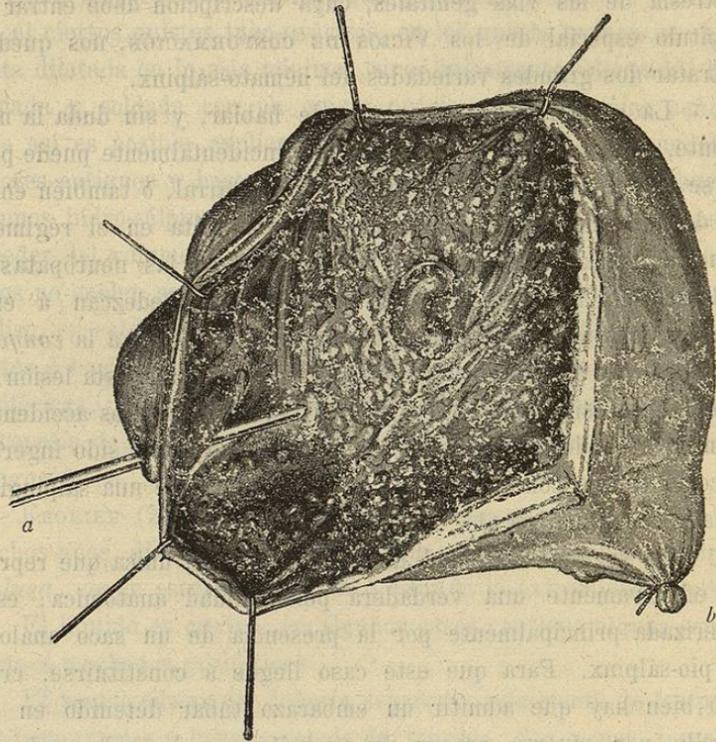


Fig. 15.—Hémato-sálpinx supurado

La bolsa está abierta: en ella se ve el aspecto apezonado de la superficie interna y un pequeño cuerpo reniforme (coágulo ó embrión?) (1). Una sonda acanalada *a* atraviesa el orificio que ponía en comunicación la bolsa con el recto.—*b*. Ligadura colocada en la extremidad uterina (pieza extraída por la laparotomía).

de hidro-sálpinx; en estos casos es cuando el líquido es más claro y más adelgazada está la pared.

Al contrario, puede suceder que un hémato-sálpinx supure secundariamente: en tal caso la infección se verifica seguramente por los linfáticos y no por intermediación de la cavidad uterina, con la cual está interrumpida toda comunicación.

El volumen de estas bolsas quísticas no suele exceder del de

(1) El pequeño cuerpo reniforme representado en esta figura, que en el acto de dibujar la preparación había sido tomado por un coágulo y que luego se perdió desafortunadamente, tal vez era un coágulo, ó tal vez un embrión, y el hémato-sálpinx representaría entonces el saco transformado de un embarazo tubar, detenido muy temprano en su evolución por una apoplejía y después por supuración. La enferma en cuestión, operada por mí en enero de 1887, curó muy pronto; la observación fué publicada. Véase RISKALLAH. Tesis de París, 1889. (Obs. 5).

una pera; con todo, LAWSON-TAIT cita una que alcanzaba más arriba del ombligo y contenía muchos litros de líquido. Es de creer que en este caso habría además un hematocele intra-peritoneal enquistado, unido al hémato-sálpinx.

A menudo se ve coincidir el hémato-sálpinx con cuerpos fibrosos; en tales circunstancias no debe atribuirse la presencia del quiste á la presión que estos tumores ejercen sobre el *hiato uterino*, sino á la metro-salpingitis hemorrágica que acompaña el desarrollo de los miomas (1).

La bolsa de los hémato-sálpinx es gruesa á trechos y delgada en otros. Puede presentar la hipertrofia de las fibras musculares, como en el pio-sálpinx. La comunicación con el útero puede haberse conservado. En cuanto al contenido, unas veces está formado por sangre viscosa de color de chocolate (así ocurre principalmente cuando la lesión se debe á la retención de menstruos, por vicio de conformación genital), otras más frecuentes por un líquido claro, formado de serosidad mezclada con sangre ó con pus y sangre á la vez. Los coágulos pueden formar capas sobre las paredes ó pequeñas masas fibrinosas libres (fig. 15).

El estudio histológico de la bolsa demuestra la existencia de un proceso irritativo menor que en el pio-sálpinx. Sin embargo, todavía presenta la mucosa una riqueza inusitada en células fusiformes, que en algunos repliegues parecen levantarse perpendicularmente de la capa profunda. La cúspide de estos pliegues suele carecer de epitelio; los intervalos que los separan pueden conservar una red rica en capilares repletos de sangre, que es fácil perseguir hasta las cercanías de la superficie de la mucosa. En muchos puntos hay pequeñas hemorragias parenquimatosas que ocultan la trama de los tejidos (fig. 16).

II. Ovaritis quística (2).—Los *microquistes* ó *quistes del ovario mediocrementemente desarrollados* tienen su lugar correspondiente en el estudio de la inflamación de que derivan.

A.—*Quistes serosos*.—Es bastante común en la superficie de ovarios normales la presencia de cierto número de folículos henchidos de líquido; probablemente que su significación no es otra que

Ovaritis quística

Quistes serosos

(1) V. CAMPE. *Verhandl. der Berl. Ges. f. Geburtsh. und Gyn.*, 1883.—A. TH. WYDER. *Arch. f. Gyn.*, 1878, t. XIII, p. 35.

(2) La ovaritis quística, que *clínicamente* no debe separarse de la oóforo-salpingitis, se junta por la *anatomía patológica* con los quistes del ovario. Por este motivo, aunque se exponga aquí parte de su estudio, deberemos más tarde volver á ocuparnos de ella en el capítulo de los QUISTES DEL OVARIO.

la de un puro estado fisiológico (1), es decir, la evolución simultánea de cierto número de óvulos para asegurar la puesta. Autores de los más competentes afirman por otro lado que, hasta en los casos de manifiesta alteración de los tejidos periféricos, los folículos existentes no ofrecen la menor modificación histológica, que permita diferenciarlos de los folículos normales en vías de crecimiento ó de regresión. Para juzgar, pues, acerca el estado mórbido, además de apoyarnos en las lesiones concomitantes, deberemos basarnos en la multiplicidad de estos folículos y principalmente en su volumen,

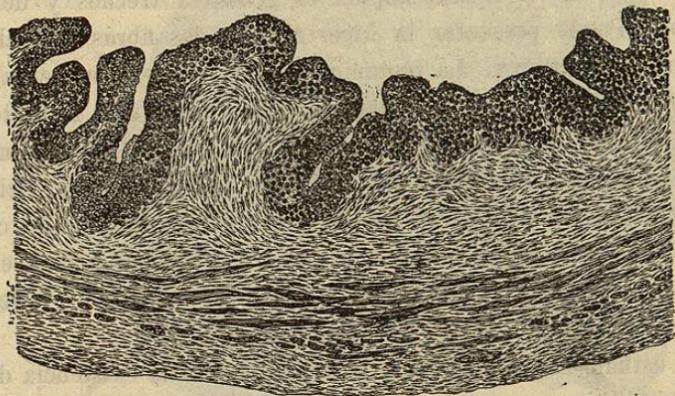


FIG. 16.—Hémato-sálpinx  
Corte visto con un aumento débil (WYDER)

que en el estado normal no debe ascender de 2 centímetros á 2 1/2 centímetros de diámetro.

Los quistes foliculares se presentan en forma de bolsas esféricas, uniloculares, y suelen tener un volumen que varía entre el de una cereza pequeña y el de una nuez, lo que no quita que á veces lleguen á alcanzar otras dimensiones mucho más considerables (2). Diseminados ó frecuentemente aglomerados en la superficie del ovario, también se les halla en el espesor de este órgano. Al corte presentan una pared de doble contorno y superficie lisa, su contenido es límpido é incoloro. Según RITCHIE y WEBB (3), ya no se encuentra

(1) OLSHAUSEN. *Loc. cit.*—LEOPOLD. *Arch. f. Gyn.*, 1883, Bd. XXI, (Taf. III, figs. 19, 23 y 24).—E. ZIEGLER. *Lehrbuch der allg. und spec. pathol. Anatomie*, 4.<sup>a</sup> edic., 1886, p. 924.—W. NAGEL. *Arch. f. Gyn.*, 1887, Bd. XXXI, Heft 3, p. 327.

(2) E. NEUMANN (*Hydrops eines GRAAF'schen Follikels mit zahlreichen Eiern* en *VIRCHOW'S Arch.*, 1889, Bd. CIV, p. 489 y siguientes) ha descrito un quiste multilocular del tamaño de la cabeza, que considera como resultado de una hidropesía folicular.—Para la crítica de esta observación y para la de todo lo que hace referencia á la hidropesía folicular, véase NAGEL. *Beitrag zur Anatomie gesunder und kranker Ovarien* (*Arch. f. Gyn.*, 1887; Bd. XXXI, Heft 3, p. 327).

(3) CH. G. RITCHIE. *Contribution to assist the study of ovarian Physiology and Pathology*, Londres, 1865, p. 197.

ningún óvulo en los quistes mayores que una cereza; esta desaparición parece obedecer á la proliferación de las células granulosas que lo rodean. La capa llamada linfoide (SLAVJANSKY) se confunde poco á poco con la capa célulo-vascular presa de un proceso común de esclerosis. En ciertos casos, parece que se trata, según TOUPET, de una hidropesía, no del folículo, sino del mismo óvulo (1).

He extirpado un ovario poliquístico que presentaba cierta cantidad de bolsas, las cuales variaban del volumen de una cabeza de alfiler al de una avellana y estaban llenas de un líquido seroso, mientras que otras encerraban una materia caseosa ó lardácea. El examen microscópico de dicho ovario practicado por TOUPET en el laboratorio del profesor CORNIL, demostró la presencia de tejido mixomatoso. Probablemente se trataba de un proceso análogo al de la cicatrización de los folículos normales. (Véase más adelante figuras 38, 39 y 40).

Desde el punto de visto clínico, creo que conviene distinguir la alteración microquística acompañada de esclerosis, de los grandes quistes foliculares conglomerados que transforman todo el ovario en una masa de aspecto entabicado y multilobular que alcanza el volumen del puño ó hasta el de la cabeza. He aplicado á esta modalidad de la lesión el nombre de *enfermedad quística del ovario*.

El edema del ovario suele presentarse comunmente en los casos de tumor pélvico por la dificultad que éste opone al regreso de la circulación; este estado causa cierta disociación en el tejido conjuntivo del órgano. Este trabajo puede acentuarse hasta el punto de determinar la formación de pseudo-quistes, como los acaba de describir PAUL PETIT en una pieza de mi clínica (2). A primera vista pudieran confundirse estos pseudo-quistes, análogos á la bola de edema fisiológico, con los quistes foliculares; sin embargo, se distinguen perfectamente de éstos por la carencia de pared propia y por su apelmazamiento luego de abiertos.

B.—**Quistes sanguíneos.**—Los quistes sanguíneos de los folículos se presentan bajo diversos aspectos, según sean las causas que los engendran. Múltiples y de pequeño volumen, acribillando á veces el órgano en todo su espesor, representan la lesión dominante de la ovaritis infecciosa de origen interno (3). Los quistes mayores varían del volumen de una almendra al de un puño y contienen un

Quistes  
sanguíneos

(1) PAUL PETIT. *Ovarite et Kystes de l'ovaire* (*Nouv. Arch. d'Obstetr. et de Gyn.*, julio 1883, p. 296).

(2) PAUL PETIT. *Bull. Soc. obstétr. et gyn.*, junio de 1891.

(3) F. ROLLIN. *Hémorrhagies de l'ovaire*. Tesis de París, 1889.—SLAVJANSKY. *Loc. cit.*

fluido sero-sanguinolento, pareciendo en este caso proceder de hemorragias que se han producido en folículos hidrópicos ó estar formados de sangre casi pura. Estos últimos se juntan principalmente á la esclerosis cortical, y se ha dicho de ellos que eran susceptibles de crecer hasta la ruptura, por una especie de puesta intra-quística de los folículos inmediatos (*quistes menorragicos* de BÆCKEL). Poseen estos quistes una pared fibrosa, á veces muy delgada; su epitelio de revestimiento ha sufrido degeneración ó está destruido.

Los quistes sanguíneos situados en los *cuerpos amarillos* provienen de una exageración de la hemorragia fisiológica después de la puesta ó son debidos á aflujos hemorrágicos, repentinos y violentos en cuerpos amarillos ya cicatrizados. Los de la primera clase poseen una cubierta casi uniforme, en la cual se descubren más ó menos alterados los elementos distintivos de los cuerpos amarillos, masas vítreas de epitelio degenerado sustentadas por papilas. Los otros deben ser considerados como una variedad de hemorragia intersticial.

Estas hemorragias se presentan unas veces diseminadas, otras difundidas por todo el espesor del estroma del ovario, transformándolo en una papilla análoga á la pulpa esplénica.

Entre la hemorragia intra-vesicular y la apoplejía del estroma se pretende que existe una forma mixta (BESNIER), que consiste en un verdadero *hematocele intra-ovárico* por puesta anormal.

C.—**Quistes purulentos.**—La supuración del ovario se manifiesta al principio en forma de abscesos múltiples (1) de pequeño volumen y bien limitados, la mayor parte de los cuales parece que tienen su asiento en los ovisacos, si se ha de juzgar por su forma y por los restos de células epiteliales que se encuentran en sus paredes. Poco á poco se fusionan en virtud de la supuración consecutiva que sufre el tejido celular interpuesto y llegan á constituir bolsas más ó menos vastas, y á veces una bolsa única. La pared del grande absceso está formada de dentro afuera por una capa embrionaria, á la que sigue otra fibrosa densa y por último otra vascular, en cuya última se descubren más ó menos modificados los elementos del órgano. Probablemente se deben referir á los quistes purulentos los quistes por reblandecimiento circunscrito que han señalado RINDFLEISCH y MAYWEG.

D.—**Quistes linfáticos.**—Estos pseudo-quistes, que, según parece, dependen siempre del varicocele ovárico, pueden alcanzar las dimen-

(1) Se ha hallado el *estreptococo* en el pus de un absceso del ovario.—J. VEIT. *Soc. obstétr. y gin. de Berlín*, 13 diciembre 1889 (*Centralbl. f. Gyn.*, 1890, p. 66).—R. SCHEFFER *Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn.*, 1890, Bd. XX, Heft 2, p. 231.

Quistes purulentos

Quistes por ectasia linfática

siones de los pequeños quistes foliculares. Se presentan en forma de masas estrelladas, tapizadas de células planas, que encierran cierto número de glóbulos blancos.

Todos estos microquistes de variedad tan diferente y de contenido seroso, sanguinolento ó purulento, y las más veces asociados entre sí unos con otros, tienen como caracteres comunes su origen inflamatorio ó simplemente irritativo y su desarrollo limitado. Parece ya demostrado en absoluto, que no pueden transformarse en quistes prolíferos. En un momento dado, vierten su contenido ora en la gran cavidad abdominal (quistes sanguíneos), ya en las vísceras contiguas (quistes purulentos), ó bien se atrofian después de haberse reabsorbido su contenido (1).

**Síntomas.**—Puede parecer algo extraño, *à priori*, que se quiera presentar simultáneamente el cuadro clínico de colecciones purulentas y de colecciones serosas y sanguíneas de las trompas y de los ovarios. En efecto, si no se ha comprobado por la observación clínica, es muy difícil representarse que una mujer pueda albergar en el vientre una ó dos bolsas llenas de pus sin ofrecer fenómenos graves, y á veces hasta sin acusar el menor sufrimiento. Entre el período inicial de formación y el período último de inflamación de contigüidad y de esfuerzos de evacuación espontánea, el pio-sálpinx atraviesa una fase de embotamiento ó, por decirlo así, una fase latente, durante la cual la economía se muestra perfectamente protegida por el enquistamiento exacto del líquido séptico y parece tolerar su presencia (2): entonces los signos racionales son totalmente parecidos á los de una salpingitis crónica, y los físicos no difieren de los del hidro- ó del hémato-sálpinx. Por esta razón, es lícito trazar el cuadro de conjunto, añadiendo tan sólo algunos rasgos relativos á los períodos agudos del absceso de las trompas.

Muy poco difiere este cuadro del antes trazado á propósito de la salpingitis no quística. Encontramos en él los mismos dolores, los mismos desórdenes de la menstruación (amenorrea, dismenorrea, menorragia); estos últimos, empero, pueden faltar en algún caso excepcional y no sufrir las reglas ninguna perturbación (3).

(1) Á M. PAUL PETIT debo la redacción del trozo relativo á la anatomía patológica de la ovaritis quística, por lo cual le expreso aquí mi más sincero agradecimiento.

(2) LAWSON-TAIT (*Brit. med. Journ.*, 4 junio 1887, t. 1, p. 1211) refiere que extirpó á la mujer de un colega suyo un pio-sálpinx bilateral, el cual estaba á punto de romperse y que probablemente habría causado la muerte de la enferma antes de una semana, por más que ésta nunca había manifestado sufrimientos; el eminente cirujano tuvo que luchar mucho para convencer al marido de la necesidad de la operación.

(3) L. CHAMPIONNIÈRE. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 18 enero y 8 febrero, 1888, p. 65 y 145.

Síntomas