699
Prof
Dr. L. Suarez
Junin 2030

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

FIBROMAS DEL OVARIO

TESIS INAUGURAL

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSÉ M. GOÑI

Ex practicante mayor de la Asistencia Pública y ex interno del Hospital Rawson

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
1053
BUENOS AIRES

BUENOS AIRES

COMPAÑÍA SUD-AMERICANA DE BILLETES DE BANCO

Calles Chile, 263 y San Martín, 155

1901

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

FIBROMAS DEL OVARIO

TESIS INAUGURAL

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSÉ M. GOÑI

Ex practicante mayor de la Asistencia Pública y ex interno del Hospital Rawson

E 173932

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS 1883 BUENOS AIRES

BUENOS AIRES

COMPAÑÍA SUD-AMERICANA DE BILLETES DE BANCO

Calles Chile, 263 y San Martín, 155

1901

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis. (Art. 162 del Reglamento de la Facultad).

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Doctor D. Juan R. Fernández

Vicedecano

Doctor D. José T. Baca

Académicos titulares

Doctor D. Leopoldo Montes de Oca
» » José T. Baca
» » Rafael Herrera Vegas
» » Jacob de Tezanos Pinto
» » Eufemio Uballes
» » Juan R. Fernández
» » Enrique E. del Arca
» » Pedro N. Arata
» » Manuel Blancas
» » Roberto Wernicke
» » Pedro Lagleyze
» » José Penna
» » Luis Güemes
» » Eliseo Cantón
» » Gregorio N. Chaves

Académicos honorarios

Doctor D. Ernesto Aberg
» » Eduardo Wilde
» » Martín Spuch
» » Telémaco Susini
» » Edmundo Nocard
» » Emilio R. Coni

Secretario titular

Doctor D. Zenón Aguilar

Prosecretario

Doctor D. Carlos Robertson

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Zoología médica	Vacante
Física médica	Doctor Juan J. Galiano
Química médica	» Francisco Bosque y Reyes
Botánica médica	» Lucio Durañona / R. S. Kolbe
Química médica	» Francisco P. Lavalle
Histología	» Samuel de Madrid
Anatomía descriptiva	» Juan D. Piñero / Joaquín López Figueroa
Patología general	» Gregorio Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	» Avelino Gutiérrez
Fisiología	» Horacio Piñero
Anatomía patológica	» José Badia
Bacteriología	Vacante
Higiene	» Enrique Revilla
Materia médica	» Enrique E. del Arca / Angel M. Centeno
Medicina operatoria	» Nicolás Repetto / Alfonso Masi
Clínica ginecológica	» Alfredo Lagarde / José F. Molinari
Clínica oto-rino-laringológica	» Wenceslao Tello / Eliseo V. Segura (en ejerc.)
Clínica dermatológica y sifilográfica	» Maximiliano Aberastury
Patología externa	» Pascual Palma / Daniel J. Cramwell
Patología interna	Vacante
Clínica oftalmológica	» Francisco Barraza / Teófilo A. Moret
Clínica médica	» Patricio Fleming
Clínica epidemiológica	Vacante
Clínica quirúrgica	» Juan B. Justo
Clínica neurológica	» José A. Esteves / José A. Semprum
Clínica médica	» Ricardo Colón
Medicina legal	» Domingo S. Cavia
Clínica quirúrgica	» Diógenes Decoud / Alejandro Posadas
Clínica médica	» Julio Méndez / Ignacio Allende
Clínica obstétrica	» Fanor Velarde
Toxicología experimental	» Juan Alba Carreras
Clínica pediátrica	» Antonio F. Piñero / Facundo Larguía
Clínica médica	Vacante
Clínica genitourinaria (hombre)	» Pedro Benedit
Clínica psiquiátrica	» Benjamín T. Solari
Clínica quirúrgica	Vacante
Clínica obstétrica	Vacante

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología médica	Doctor	Pedro Lacavera
Física médica	»	Jaime R. Costa
Química médica	»	Atanasio Quiroga
Botánica médica	»	Martín Spuch
Química médica	»	Pedro N. Arata
Histología	»	Rodolfo de Gainza
Anatomía descriptiva	»	Juan José Naón
Patología general	»	Roberto Wernicke
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z. Arce
Fisiología	»	Pedro J. Coronado
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini
Bacteriología	»	Carlos Malbrán
Higiene	»	M. González del Solar
Materia médica	»	Justiniano Ledesma
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé
Clínica ginecológica	»	Enrique Bazterrica
Clínica oto-rino-laringológica	»	Eduardo Obejero
Clínica dermatológica y sifilográfica	»	Baldomero Sommer
Patología externa	»	Obdulio Hernández
Patología interna	»	Marcial V. Quiroga
Clínica oftalmológica	»	Pedro Lagleyze
Clínica médica	»	Luis Güemes
Clínica epidemiológica	»	José Penna
Clínica quirúrgica	»	Julián Aguilar
Clínica neurológica	»	José M. Ramos Mejía
Clínica médica	»	Francisco Sicardi
Medicina legal	»	Francisco de Veyga
Clínica quirúrgica	»	Antonio C. Gandolfo
Clínica médica	»	Gregorio N. Chaves
Clínica obstetricia	»	Samuel Molina
Toxicología experimental	»	Juan B. Señorans
Clínica pediátrica	»	Manuel Blancas
Clínica médica	»	Abel Ayerza
Clínica génitourinaria (hombre)	»	Federico Texo
Clínica psiquiátrica	»	Domingo Cabred
Clínica quirúrgica	»	Alejandro Castro
Clínica obstétrica	»	Eliseo Cantón

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDR. TITULARES	CATEDR. SUSTITUTOS
Botánica sistemática aplicada á la farmacia	Dr. Adolfo Mujica	Vacante
Química inorgánica aplicada á la farmacia	» Miguel Puiggari	»
Farmacognosia vegetal y animal	» Juan A. Boeri	Dr. Juan A. Domínguez
Química orgánica aplicada á la farmacia	» Pedro N. Arata	Vacante
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica	» J. Manuel Irizar	»
Higiene	» Ricardo Schatz	»
Química analítica toxicológica	» Atanasio Quiroga	»
Ensayo y determinación de drogas	» J. Manuel Irizar	»

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDR. TITULARES	CATEDR. SUSTITUTOS
Parto fisiológico y clínica obstétrica. Parto distósico y clínica obstétrica	Dr. Juan R. Fernández	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

ASIGNATURAS	CATEDR. TITULARES	CATEDR. SUSTITUTOS
Anatomía, fisiología, patelogía	Dr. León Pereira	Vacante
Cirugía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentaria, medicina legal	» Nicasio Etchepareborda	»

Padrino de Tesis:

Académico honorario *Dr. Telémaco Susini*

A mis padres

A mis hermanos

A mis hermanos políticos

A los doctores

Andrés F. Llobet

y

Manuel Beguerestain

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Durante mi internado en el servicio de Policlínica quirúrgica del Hospital Rawson, he tenido la oportunidad de observar dos casos de fibromas del ovario; aleccionado, pués, por la rareza con que suelen presentarse lesiones de esta naturaleza en la práctica ginecológica, es que me atrevo, en la medida de lo posible con mis conocimientos, á ocuparme de estos tumores, en mi disertación inaugural para optar al grado de doctor en medicina.

Dificultades imprevistas que no han estado en mí poderlas allanar, me han impedido dedicar á este trabajo el espacio de tiempo que necesita; someto, pués, á vuestra reconocida bondad, más que á vuestra justicia, este modesto trabajo, que no os

traerá nada de nuevo, y que el único mérito que encarna, es lo que os dije anteriormente, la *rareza* de los tumores fibromatosos del ovario.

Antes de entrar en materia, permítaseme agradecer á los que lo merecen:

Al personal docente de la Facultad que se ha encargado de mi instrucción médica.

Al académico doctor Telémaco Susini, que con su acostumbrada amabilidad me honra acompañándome como padrino en el más solemne de los actos de mi vida de estudiante, cual es la de rendir mi última prueba de competencia, para afrontar en lo sucesivo las responsabilidades del médico.

A los doctores A. F. Llobet y Manuel Begueres-tain, de quienes como maestros y amigos, he recibido sabias lecciones y sanos consejos.

Al doctor J. F. Molinari, que tan galantemente puso á mi disposición su inmenso caudal científico.

Anatomía

Los ovarios son, en la mujer, lo que los testículos en el hombre, órganos de aspecto glandular, los primeros destinados á la producción de óvulos, los segundos á la producción de espermatozoides; es por este motivo que desde Galeno se conocen con el nombre de *testis muliebres*.

Los ovarios normalmente se encuentran en número de dos, uno para el costado derecho (1), otro para el costado izquierdo, no es excesivamente raro encontrar pequeños ovarios supernumerarios (el 4 °/o de las necrópsias en las mujeres adultas lo demuestran); sin embargo, no es necesario

---

(1) Este es un poco más grande que el izquierdo, en oposición contraria á lo que generalmente sucede con las mamas, en que la izquierda suele ser mayor.

creer, sin el examen microscópico, que todas aquellas pequeñas excrecencias que se encuentran sobre los ovarios, sean supernumerarios, bien pueden ser pequeños quistes; en oposición á esto existen también observaciones relativas á la falta de uno de ellos, en cuyo caso la ovulación sigue efectuándose por el otro y la fecundación es posible; la ausencia completa de ambos trae fatalmente consigo la esterilidad irremediable.

Tienen la forma de una almendra, es decir, de un ovoide aplanado, pesando de 40 á 60 centígramos en los recién nacidos, para llegar á 7 gramos ó más en la edad adulta y retroceder á 1 y á veces menos, después de la menopausa, siguiendo la ley de que todo órgano que no funciona se atrofia, la menstruación y el embarazo mismo en sus primeros meses produce un aumento de volumen que puede llegar al doble para volver á su estado normal una vez que éstas cesan.

La superficie exterior es lisa y de un color blanco rosado en la niñez, para ser rojo con salidas y depresiones en la edad adulta y gris amarillento completamente acribillada de cicatrices después de la menopausa, constituyendo así el *ovario senil.*

Están situados en la cavidad pelviana, hacia ade-

lante del recto, detrás de los ligamentos anchos y de la trompa de Fallopio y en relación con las ansas intestinales hacia arriba.

Los ovarios están fijados en su sitio por ligamentos, éstos son: El redondo superior de Rouget (lumbo ovárico) que nace en la región lumbar y termina en el borde adherente del ovario, es un verdadero ligamento suspensor que sigue el trayecto de los vasos útero-ováricos.

El ligamento útero-ovárico: corto y de poco espesor que nace en la extremidad interna del ovario y termina en el ángulo del útero.

El ligamento tubo-ovárico: que une la extremidad externa del ovario al orificio abdominal de la trompa.

Los ovarios tienen movimientos de oscilación sobre su mismo sitio y casi todos ellos sinérgicos con los del útero, sin que esto actúe en lo más mínimo sobre sus funciones fisiológicas; sin embargo, los ligamentos no están tendidos, contienen en su espesor fibras musculares y están dotados, en consecuencia, de las propiedades de este tejido (contractilidad y elasticidad), no nos debe sorprender, pues, si nos encontramos con los ovarios á una distancia más ó menos grande de su sitio normal,

esto es, muchas veces perfectamente fisiológico (embarazo), esta misma propiedad de los ligamentos nos explica por qué los autores llegan siempre á conclusiones distintas respecto á la orientación de los ovarios (Sappey, His, Hasse, Schultze, Testut), este último dice que él jamás ha podido llegar á fijar el verdadero sitio de estos órganos.

Las arterias del ovario provienen de la ovárica, brazo de la aorta abdominal; antes de anastomosarse con la uterina rama de la hipogástrica se desatan 10 á 12 ramas que se dirigen hacia el hileo, penetran por este punto y se dividen en la sustancia medular, caracterizándose por las sinuosidades de su trayecto como verdaderas arterias helicinas; de la sustancia medular remontan á la sustancia cortical, donde dan nacimiento á abundantes redes capilares que terminan, unas en la albugínea, otras sobre las paredes de los folículos de Graaf, unas externas, á anchas mallas, y otras internas, á mallas apretadas y que llegan hasta la membrana granulosa; aquí, es decir, en las paredes de los folículos, toman nacimiento las venas que anastomosándose forman una rica red apelotonada con varicosidades y que dirigiéndose hacia el híleo constituyen una considerable masa que

algunos autores han creído fuese una formación eréctil; siguiendo su trayecto las vemos salir por el hileo, anastomosarse con las uterinas, formar la útero-ovárica y desembocar las del lado izquierdo en la vena renal y las del derecho en la vena cava inferior.

Los linfáticos nacen como las venas en las paredes de los folículos, donde forman una rica red que lo rodea por completo menos el vértice, punto á donde está destinado á romperse; se dirigen á través de la sustancia medular hacia el híleo, donde forman varios troncos que terminan en los ganglios lumbares un poco hacia abajo de la extremidad inferior de los riñones.

Los nervios provienen del plexus ovárico, siguen el trayecto de las arterias y terminan, como ellas, unas en la capa cortical, otras en los folículos y algunos sobre las paredes de los mismos vasos.

Histología

Si hacemos un corte del ovario que siguiendo su eje mayor, empiece por su borde libre para terminar en el híleo, nos sorprende la nitidez con que se distinguen dos sustancias de aspecto diverso, una de ellas colocada en la periferia y que se llama sustancia cortical ó glandular, por encontrarse allí el parénquima de la glándula con los elementos esenciales del órgano; otra colocada en el centro y que se llama sustancia medular ó vascular, por su riqueza en vasos. Apuntado en breves líneas el aspecto macroscópico, pasemos ahora á ocuparnos de la misma manera de su aspecto microscópico, es decir, veamos cuáles son los elementos fundamentales que entran á diferenciar una y otra parte,

siguiendo siempre el orden con que se nos presentan de la periferia al centro.

La periferia del ovario está recubierto de una sola capa epitelial de forma cúbica, cuyas células tienen 10 á 20 micromilím. de altura con un núcleo elipevidal y un protoplasma bien apreciable; dicho epitelio se introduce en diversas partes en el estroma subyacente, formando pliegues; se diferencia del endotelio que reviste al peritoneo, porque en éste las células miden sólo 2 micromilím. de altura, son aplanadas á contornos poligonales, á bordes tanto ondulados como irregulares con un núcleo ovalar colocado ya en el centro ó próximo á sus bordes mismo á simple vista se ve á la superficie lisa y luciente del peritoneo oponerse al aspecto tomentoso propio de la superficie ovárica, de donde resulta que los ovarios no están recubiertos por el peritoneo, como muchos aún creen, sino por la membrana germinativa al nivel del híleo donde se conjuran una y otra.

Subyacente al epitelio germinativo se ve la albugínea, ó membrana propia, compuesta de fibras conjuntivas en todas direcciones y que se continúan sin línea de transición con los haces de tejido conjuntivo que forman el esqueleto ovárico.

Estos haces conjuntivales están constituídos de fibrillas ó células alargadas que presentando cierta analogía con las fibras célulo-musculares, han hecho creer á algunos autores erróneamente la existencia de fibras musculares lisas; no hay tal músculo en los espacios interfoliculares del estroma.

El estroma contiene los folículos de Graaf, en sus diversos estados de madurez (desde 0.02 mil. hasta 18.20 mil.).

Los primordiales ocupan la parte más periférica y su constitución es muy simple; se reduce á esto: un óvulo desnudo, es decir, sin membrana vitelina, una capa de células planas, futura membrana granulosa, dispuesta al rededor del óvulo éste no contiene todavía vitelus.

En el estroma cortical se encuentran éstos en una enorme cantidad; según Sappey, en número de 400.000 para la niñez, de 18.000 á los 20 años, para ir disminuyendo con los progresos de la edad.

El folículo maduro tiene ya una estructura más complicada; á grandes rasgos, es la siguiente: La parte más externa lo constituye la Theca folliculi, que no es sino el mismo tejido conjuntivo del es-

troma ovárico, que al circunscribir el folículo se vasculariza y toma por esta causa un aspecto distinto.

Más hacia el centro de la Theca folliculi, nos encontramos con la membrana granulosa, que está constituída de elementos celulares estratificados, cilíndricos los periféricos, redondeados los más internos (Lachi), los cuales, llegados al sitio que ocupa el óvulo, se acumulan para circunscribirlo en toda su extensión y formar lo que se conoce con el nombre de *disco de proliferación*, de manera que en realidad la membrana granulosa podría dividirse, según el sitio que ocupa, en dos porciones: una folicular y otra ovular.

Las partes centrales de ambas porciones, una vez que el huevo ha llegado próximamente á su madurez, se licuan, formando una sustancia mucilaginosa y un pigmento amarillento destinados á la nutrición del huevo (Paladino).

Licor folicular, se llama al líquido que llena la cavidad del folículo; en posición excéntrica se encuentra la parte esencial, el *óvulo*.

Aun cuando no se conoce bien el óvulo humano en su completo estado de madurez, pues los estudios han sido hechos de preferencia sobre ani-

males, voy á recordar en breves palabras lo que Nagel dice al respecto de los primeros:

«Están envueltos por una membrana, vitelius, estriada muy gruesa, la superficie interna no está en contacto directo con el vitelo, sino que está separada por una zona más clara llamada espacio perivitelino.

El vitelo del huevo humano, como el de los mamíferos restantes, está constituído por protoplasma y dentoplasma, en todas sus faces es transparente, siéndolo más en la parte externa, por contener menos cantidad de dentoplasma, éste está formado de sustancias grasas y materias albuminóideas, es un elemento nutritivo que se encuentra almacenado en el protoplasma, éste á su vez es la parte del óvulo donde tienen lugar los fenómenos vitales de desenvolvimiento».

En el vitelo se encuentra la vesícula germinativa, que consta de una membrana que encierra en su cavidad á la sustancia nuclear y la red nuclear; la primera consta de un líquido claro, la segunda de un entrelazamiento de filamentos que terminan en la membrana vesicular. La vesícula germinativa es el núcleo de mayor diámetro que existe en el organismo humano, mide 35 á 45 micromil más ó menos.

La mancha germinativa es un corpúsculo redondeado de 6 microm. de diámetro homogéneo y esplendente, que no está aprisionado en las mallas de la red nuclear y que, según Nagel, posee movimientos amiboideos; químicamente está constituído por nucleina (1).

Manchas amarillas. Son el resultado de la cicatrización de una cavidad folicular. Se distinguen en *verdaderos y falsos*: Los primeros son los que se producen en correspondencia de un folículo que ha salido de su cavidad. Los segundos corresponden á un folículo destruído por degeneración ó atrofia, y se diferencian solamente en el mayor volumen de los primeros, como consecuencia de la congestión ovárica.

El proceso reparativo es el mismo: consiste en una proliferación conjuntiva de la Theca folliculi, el cual cuando es falsa en el transcurso de un mes, llena completamente la cavidad, cuando es verdadera, el cuerpo lúteo asume mayores proporciones, contiene sangre en su cavidad, aumenta su tama-

---

(1) La nucleina es un derivado del protoplasma, se diferencia de éste en que la primera toma los colores con facilidad, por lo que, según Flemming, podría también llamarse cromatina.

ño hasta 3 meses y á los 4 empieza la regresión que termina á los 9.

Sustancia medular.—Está constituída por tejido conjuntivo sumamente rico en vasos; algunos autores creen en la existencia de fibras musculares lisas que actúan independientemente; pero Romiti demuestra á su vez que estas fibras son las de las paredes de los vasos, engrosadas y nunca independientes.

Anatomía patológica

Llámase fibroma, el neoplasma constituído de tejido conjuntivo.

Los fibromas son, ya unilaterales ó bilaterales, casi siempre invaden todo el órgano, conservando éste por lo general su forma, con una superficie más ó menos rugosa, de consistencia dura. Su tamaño oscila entre los límites de una nuez al de una cabeza de adulto. Suelen á veces combinarse con neoplasmas de otra naturaleza, formando tumores mixtos.

En los fibromas se distinguen macroscópicamente, nódulos netamente limitados; su consistencia varía al infinito, desde blandos hasta los más duros, que chillan al corte y presentan una superficie blanco esplendente.

Al microscopio existen ciertas diferencias entre las formas duras y blandas. Las primeras, constituídas de gruesos haces fibrosos, en los cuales se encuentran esparcidos aquí y allá más ó menos abundantes células, la estasis produce además que pueden reparar estas fibras, aumentar el volumen de las células, imbibir fuertemente la sustancia fundamental, formando así los fibromas edematosos, semejante á la sustancia gelatinosa de Warton, tanto en su estructura como en el aspecto.

Las de naturaleza blanda tienen un número mayor de células fusiformes, la sustancia fundamental está constituída de fibrillas sumamente delgadas, que bajo la acción de los colorantes dejan ver una gran cantidad de núcleos (1).

La naturaleza misma de estos neoplasmas, explica perfectamente bien que ellos pueden encontrarse, en todos los tejidos que contienen sustancia conjuntiva, (común en el útero, periosto, etc., *muy raro en el ovario*).

Son tumores de naturaleza benigna, no dan me-

---

(1) Los fibromas del ovario son tan ricos en células, que colocados en otros órganos serían considerados como fibrosarcomas.

tástasis, de manera que su presencia en el organismo, no suele ser peligrosa sino cuando el tamaño es suficientemente grande, para producir efectos mecánicos capaces de repercutir sobre el estado general de la paciente.

Los fibromas pueden calcificarse y aún osificarse.

Generalidades

Los padecimientos del ovario entran en una notable proporción á formar parte de la patología quirúrgica de la mujer. El ovario tiene, como todos los órganos, *enfermedades*, unas que le son propias y otras que son comunes á los demás; unas que son muy frecuentes y otras que son muy raras; ejemplo : el sarcoma, el carcinoma primitivo y especialmente el fibroma, lesión que muy pocas veces tenemos ocasión de observar en nuestros hospitales; en efecto, ¡qué notable diferencis existe entre la frecuencia con que se presentan los quistes del ovario y la rareza de los neoplasmas anteriormente mencionados! La desproporción es tan grande, que al tratar de éstos el tema se hace árido, sintiéndose la carencia de

esas extensas y detalladas descripciones que se encuentran en los clásicos para un sinnúmero variado de enfermedades, debido, no al olvido, ni tampoco á las dificultades, porque olvido y dificultades son dos causas que ya no existen para nuestra medicina moderna; sino porque no se presentan, y no presentándose con la frecuencia necesaria, aquí, como en todos los demás padecimientos, los estudiosos y los observadores no pueden de ninguna manera penetrar íntimamente en la etiología, patogenia, síntomas y diagnóstico, todos ellos elementos necesarios y que sólo se consiguen con la repetición de los mismos hechos.

De lo expuesto se deduce perfectamente bien que un cirujano como Lawson-Tait, diga: «Que los tumores del ovario de naturaleza fibrosa, llegando á constituir un tumor abdominal suficientemente voluminoso para reclamar la intervención, no han sido todavía descriptos». Sin embargo, no por eso deja de ser Lawson-Tait, demasiado absoluto, porque en la ciencia están distribuídos los trabajos que han sido hechos al respecto y las operaciones que se han llevado á cabo.

Greig-Smith, opera dos mujeres y extrae dos tumores del ovario, que por el análisis histológico resultan ser fibromas puros.

Martín, el ochenta y seis sacó á la misma mujer, dos tumores voluminosos sin ninguna conexión con los órganos vecinos.

Simpson, extrajo uno que pesaba veintiocho kilos.

Lejars, operando un fibroma del útero, se encontró con uno del ovario.

En nuestro país, conozco los siguientes: Dos enfermas operadas por el doctor Llobet en el Hospital Rawson, á las cuales se extrajo dos fibromas puros sin la menor traza de un tumor mixto, comprobado por los análisis practicados en su clínica particular por el jefe del laboratorio, doctor Morgan.

Dos operadas por el doctor Molinari en el Hospital de Clínicas, también fibromas puros.

Una operada por el doctor Bazterrica en el mismo hospital y de la misma naturaleza.

Respecto á la edad, los autores no están de acuerdo; unos, como Leopold, creen que son más frecuentes en la juventud, dando la estadística siguiente:

de 10 á 30 años.....	13 casos
de 30 á 40 años.....	4 casos

Otros creen que son más comunes en la vejez y tienen también á su favor casos como el de Terrier, cuya enferma tenía la respetable edad de 77 años, y una de las operadas por el doctor Molinari, que tenía 66; probablemente, los que opinan de la última manera tienen mayor razón, porque al leer las diversas historias esparcidas en las revistas, se ve que casi siempre son mujeres de edad avanzada; posiblemente como el cáncer es tan común en la vejez y su diagnóstico diferencial con el fibroma es tan sumamente difícil, hayan pasado desapercibidos muchos de estos últimos, porque hay cirujanos que no operan tumores malignos del ovario, aún cuando sean movibles, porque no creen en la curación.

Interesante es también en estos tumores su volumen, los pequeños, más frecuentes, las estadísticas no los mencionan, porque, ó acompañan los grandes fibromas del últero, ó si son solitarios no se diagnostican. Los voluminosos llegan á ser tales que pueden desdoblar el ligamento ancho, introducirse en él y no permitir diferenciarlos con los del útero, igualmente incluídos en dicho ligamento.

Estos son los tumores que Pozzi niega que sean

fibromas; para él su gran tamaño le induce á creer que sean mixofibromas ó fibrosarcomas; no se puede negar que al intervenir, por un tumor del ovario se encuentre con un fibrosarcoma ó un mixofibroma; todo lo contrario es una complicación que pueden sufrir los fibromas al degenerarse en malignos, constituyendo por dicha razón un motivo más para intervenir prematuramente.

Síntomas

Los fibromas del ovario son de evolución lenta, y por esta misma razón, son poco molestos para la enferma, que con frecuencia pasa desapercibida durante largos años, de la lesión que es portadora; los pequeños trastornos que podrían acarrear son casi siempre culpados á otra causa, aún mismo por el médico que se concrete simplemente á un interrogatorio sin examen físico; no nos extraña, pués, que se encuentren á veces como sorpresas de operación (caso del doctor Lejars).

No obstante, cuando el aumento de volumen del ovario, ha llegado á ser suficiente para que se produzcan cambios de relación en los demás órganos, la misma enferma (como se ve en las historias que presento) se da cuenta de que en su interior

existe un tumor, porque lo siente mover y provoca á veces dolores. Como se ve, en este caso, como en casi todos los tumores del ovario, al *período latente* le sigue el *período de tumefacción,* para terminar en el de *decaimiento* que lo llevaría fatalmente á la muerte si el arte no interviniese á tiempo.

Sometidas al examen, nos encontraremos con que el tumor es todavía pelviano, ó que ya es abdominal.

En el primer caso, es decir, cuando el tumor es todavía pelviano, no hay ningún síntoma particular á los fibromas; éstos actúan como todos los demás, produciendo los mismos trastornos; ellos, como los demás, cuando su tamaño es doble ó triple al del ovario normal, caen por su propio peso en el fondo de saco de Douglas, si el útero no está en retroversión. El cirujano debe por su examen, darse cuenta de la forma, resistencia, tamaño, sitio que ocupa, órgano de donde nace, si es unilateral ó bilateral, si es móvil ó adherente, y en este último caso, conviene para el pronóstico de la operación, darse cuenta, si es posible, de la resistencia que estas adherencias puedan oponer al manual operatorio.

Los fibromas del ovario permanecen por lo general largo tiempo pelvianos; es difícil, pués, que se llegue á diagnosticar esta lesión, cuando hay tantas otras más comunes y posible de confundirlas.

En el segundo caso, cuando el tumor es abdominal, puede suceder que la abundancia de la ascitis, que algunos autores creen que en los fibromas del ovario se producen con facilidad, debido al movimiento del tumor que irrita al peritoneo, sea capaz de dificultar la recolección de síntomas; en este caso, si es posible, debemos tratar de producir la evacuación artificial y colocar de este modo el abdomen en condiciones tales, que sea posible darnos cuenta de las cualidades del tumor; otro inconveniente que puede hacer necesario el uso de anestésicos generales, es el espesor y tensión que se encuentran en algunas paredes abdominales, capaces de impedir el examen de su cavidad.

A la palpación se siente un tumor duro, resistente, ya sea de superficie lisa ó con ligeras salienCias, de forma generalmente redondeada, movible, que se puede limitar hacia arriba y las partes laterales; por lo común se encuentra en la parte infe-

rior del abdomen, de manera que á veces no es posible averiguar por este medio de investigación las cualidades del tumor.

La menstruación cuando el tumor es unilateral, sigue haciéndose normalmente, ó cuando más estará ligeramente modificada en su cantidad, porque el ovario libre de lesión lo reemplaza.

La esterilidad no se concibe sino cuando los dos ovarios están tomados en su totalidad por el tumor.

La constipación es un síntoma de gran importancia; ya he dicho anteriormente, que cuando los tumores del ovario adquieren un volumen doble ó triple al de este órgano, caen por su peso en el fondo del saco posterior, para ponerse en contacto con el recto; este hecho es suficiente para que siempre se investigue el origen de toda constipación; al leer las historias que presento, veréis que las mujeres eran constipadas, y, sin embargo, ellas jamás creían que debían esto á su lesión ovárica; es cierto, que la mujer presenta este síntoma con más frecuencia que el hombre, y que puede casi siempre decirse con probabilidades de acierto, que reconozca otra causa, ya sea la alimentación, ya sea la vida sedentaria, ó también el hecho de que ellas oponen por lo general su voluntad, á los

reflejos que partiendo de las paredes del recto, por la compresión de las materias, que, acumuladas, estimulan el acto de la defecación, etc.; pero aún con todas estas probabilidades, es nuestra obligación saber que la cavidad pelviana en la mujer, es rica en órganos, y que éstos pueden enfermarse, aumentar de volumen y por esta misma causa producir fenómenos mecánicos de compresión sobre el recto, compresión externa, no ya interna, como en el caso anterior, pero cuya resultante es la misma *constipación*, porque tanto en el uno como en el otro, los filetes nerviosos comprimidos, que en un principio reaccionan, más tarde concluyen por habituarse y este hábito los paraliza en su acción.

Cuando el estancamiento de materias fecales se prolonga por mucho tiempo, pueden producirse fenómenos de intoxicación (toxemia).

Si el útero está en retroversión, el tumor puede caer en su parte anterior y producir trastornos vesicales, dolor, necesidad frecuente de orinar, etc., pudiendo simular muy bien una cistitis.

Cuando la acitis es abundante, trae consigo la disnea por impedimento á la excursión de los órganos torácicos; la disnea puede también producirse

por alteraciones venales debido á compresión de los uréteres.

La compresión de los vasos sanguíneos capaz de producir edema de los miembros inferiores es raro; cuando esto existe, generalmente coincide con la ascitis. Raro es también que exista circulación colateral de las paredes del abdomen.

El dolor producido por la lesión es variable, en unos es muy acusado, en otros no existe; en algunos es el primer síntoma que se presenta, en otros recién aparece cuando el tumor es grande y comprime los nervios; en las historias que presento, los dolores acompañan á los movimientos, son ya espontáneos, ya provocados, etc., se ve una variabilidad notable respecto á este síntoma.

Las hemorroides son frecuentes.

Como se ve, el conjunto de signos físicos y funcionales que presentan los fibromas del ovarío son tan vagos y tan pocos, que su diagnóstico se hace sumamente difícil. dando ocasión á grandes errores. Sin embargo, el doctor Llobet dice «que cuando una mujer, con un tumor en el abdomen, mediano ó pelviano de lenta evolución,movible, con peritonitis localizada á repetición, no formando parte con el útero, pudiéndose limitar bien su se-

paración, dejando libre la trompa, de consistencia dura, con gran ascitis, sin metro ni menorragias y teniendo la cavidad uterina su tamaño normal», se puede formular el diagnóstico de fibroma del ovario, y es basándose sobre estos mismos síntomas que él cree haber estado en la verdad al diagnosticar fibroma del ovario derecho, en la esposa de un explenipotenciario de la República del Paraguay.

A causa de la gran ascitis que presentaba, fué punzada por algunos médicos, á consecuencia de lo cual le sobrevino un síncope y la muerte.

Diagnóstico

Como los fibromas del ovario suelen á veces llegar á ser abdominales, y en estas condiciones es muy fácil cometer errores con los neoplasmas de los órganos contenidos en esta cavidad, voy á describir, lo más reducido posible, los síntomas que presentan estos neoplasmas, cuando son típicos, sin entrar á las excepciones.

Hígado: La inspección y la palpación demuestran que los movimientos del tumor coinciden con los de este órgano y la percusión da una matitez que continúa sin línea de demarcación con la del hígado, salvo el caso en que el tumor nace de la cara inferior y permita que el intestino se coloque en su parte anterior y dé de esta manera cierta sonoridad.

Vesícula biliar: El tumor es generalmente pequeño situado en el borde inferior de las falsas costillas y en el borde externo del músculo gran recto, no es raro que haya habido uno ó más ataques de cólico hepático; siguen por lo general los movimientos del hígado, son, por lo general mates á la percusión.

Riñón: Sus tumores ocupan, por lo general, el flanco (derecho ó izquierdo), son redondeados, el peloteo se produce con claridad.

Los riñones tienen en su parte anterior el paquete intestinal, con el color ascendente para el derecho y descendente para el izquierdo, de manera que al crecer los tumores aun cuando consiguieran expulsar el intestino delgado hacia un un lado, siempre quedaría el color de su lado y daría á la percusión un sonido claro. El examen de la orina puede también en ocasiones dar algunos datos.

El riñón flotante demuestra la ausencia en su sitio de uno de ellos, agregado á un tumor movible de forma característica y que nunca pasa en sus excursiones laterales, la línea mediana.

Bazo: El tumor ocupa el hipocondrio izquierdo, sigue los movimientos respiratorios y conserva

por lo general la forma del órgano; la percusión da siempre matitez, porque este órgano está en contacto directo con la pared del abdomen.

Gran epiplón: Está también en contacto con las paredes anteriores del abdomen, de manera que sus tumores dan siempre un sonido mate, son movibles hacia los costados y hacia arriba, poco movibles hacia abajo, ocupan el mesogastrio, son poco dolorosos.

Mesenterio: Ocupan también el mesogastrio son limitables, movibles en todo sentido y sonoros á la percusión, porque están colocados detrás del paquete intestinal.

Intestinos: Son sus tumores sumamente movibles, generalmente superficiales, á la percusión lenta dan sonido mate, á la fuerte pueden ser sonoros, traen trastornos intestinales marcados, constipación alternada con diarrea, son dolorosos, hay á veces heces sanguinolentas, traen pronto la caquexia.

Bolo fecal: Este tumor puede presentarnos un conjunto de dificultades capaces de llevar, aún á los más prácticos, á un error de diagnóstico. Se podría imaginar que un acúmulo de materias secales trae siempre consigo una constipación habi-

tual, mas no es así en absoluto; un bolo fecal puede producirse aún en las personas que padecen de diarreas intermitentes, y precisamente estas diarreas acompañadas de cólicos, suelen ser un síntoma que caracteriza á los constipados; si agregamos á esto los signos físicos que presentaba la enferma número 1, veremos como puede producirse un error de diagnóstico entre este tumor y los fibromas.

Spencer Wells cita un caso en que es llamado á operar una mujer con el doctor Waters, y dice que al examen encontró un tumor cincunscrito, que no podía especificar si era del útero ó del ovario, hizo una incisión exploradora y se encontró con una enorme masa de materias fecales algo blandas y algunos núcleos duros.

En caso de duda está indicada la administración de enteroclisis; si el intestino se desocupa y el tumor desaparece no hay por qué discutir, es un tumor fecal.

Un aparato que nos puede prestar grandes servicios, sobre todo en manos prácticas, es el coprolito tritor del doctor Milone; en efecto, este aparato llega hasta la parte superior de la S ilíaca, de manera que con él se puede explorar toda la porción que

separa este punto con la última parte del recto, y como casi todos los tumores fecales, se producen á la altura de la S ilíaca, resultaría que puede llegarse á un diagnóstico casi matemático.

El doctor Milone me ha hecho referencia de una infinidad de casos en que con su aparato ha podido solucionar diagnósticos muy discutidos. La manipulación, según él, no es peligrosa porque opina que el intestino, como todos los demás órganos, está dotado de sensibilidad, y que ésta, aún cuando no sea táctil como lo es en la piel, es, por lo menos, obtusa y capaz de despertar dolor; basándose en esto, aconseja no usar jamás el aparato durante la anestesia general.

Como los fibromas ováricos se complican generalmente de ascitis, es necesario hacer diagnóstico etiológico de este derrame, y diferenciar con las demás colecciones que se pueden formar en la cavidad.

Si á la no existencia de los signos que se han enumerado, se agrega la facilidad de poder limitar su borde inferior, de la cavidad pelviana, y que entre éstos se encuentre una zona sonora á la percusión, no hay duda de que el tumor no es pelviano.

Cuando es pelviano, para darnos cuenta de qué

órgano nace, recurriremos á la palpación bimanual; si se encuentra entre el tumor y el útero una línea de separación, hay presunción de que sea ovárico; si colocando un dedo en el cuello del útero se imprimen movimientos al tumor con la otra mano, y estos movimientos corresponden á los del cuello, es el caso de un tumor uterino; puede también hacerse la maniobra inversa. El fibroma pediculado del útero, puede siempre dar lugar á confusiones; la histerometría será el único medio que en estas circunstancias nos puede ayudar; ambos son movibles y producen ascitis, no traen metro ni menorragias.

Llegado por eliminación al caso de que el tumor es ovárico, veamos cuáles son los síntomas que pueden diferenciar unos de otros á los tumores sólidos entre sí: tomo á los sólidos, porque los que describo pertenecen á esta categoría, y aun cuando á veces sea difícil diferenciarlos de los líquidos, en la mayoría de los casos no es así, porque á la consistencia dura y resistente de los primeros, se opone la consistencia tal vez dura pero renitente de los segundos.

Entre los tumores sólidos, hay tres que se prestan á confusiones, éstos son: el *fibroma*, el *sarcoma*

y el *cáncer*, los cuales presentan síntomas tan iguales, que se hace imposible diferenciarlos en ocasiones no poco raras; los datos más importantes para llegar á la verdad, son los siguientes: El fibroma se desarrolla en todas las edades, el sarcoma en la edad mediana y el cáncer en ó después de la menopausa.

El fibroma evoluciona lentamente, el sarcoma con más rapidez y el cáncer trae pronto la caquexia.

El fibroma rara vez empieza con ascitis; el sarcoma y el cáncer todo lo contrario.

El signo más seguro es la repercusión sobre el organismo de los tumores malignos, la ascitis abundante con circulación colateral, edemas caquéxicos considerables y su pronta inmovilidad, debido á la infiltración del tejido celular que los rodea.

Accidentes

Torsión del pedículo: Este es uno de los accidentes más comunes en todos los tumores pediculados, y sin duda uno de los más graves; parece que su producción es facilitada por la longitud y poco espesor del pedículo, que permite de esta manera mayor movilidad al tumor.

El examen ginecológico ha podido provocar en algunos casos la torsión.

Cuando se hace lentamente, los fenómenos reaccionales son poco marcados, pero si es rápida, aparece del mismo modo un fuerte dolor simulando una peritonitis. La sangre afluye siempre por las arterias y el reflujo se hace imposible, porque la luz de los vasos venosos se oblitera, de donde resulta un aumento incesante de líquido sanguíneo

en el tumor, pudiendo producir, cuando la tensión es muy grande, la ruptura de éste y el derrame en el interior de la cavidad abdominal, lo cual puede acarrear una anemia, que agregada al estado ya poco satisfactorio de las enfermas, las encamina al terreno del marasmo y posible, no en pocos casos, al de la muerte.

La gangrena del tumor puede también producirse en la torsión por falta de irrigación sanguínea y consecutivamente á esto una peritonitis grave.

En algunos casos es posible también que las adherencias del tumor puedan hacerse con los intestinos y que algunas brida envuelvan á éstos de una manera suficiente para que el estrangulamiento interno aparezca; sin embargo, las adherencias son poco comunes y cuando existen son, por lo general, epiploicas.

Pronóstico

El pronóstico en esta enfermedad depende de varias circunstancias.

Los accidentes á que puede dar lugar son una razón suficiente para que no se pueda sostener su inocuidad completa.

El volumen, como ya he dicho anteriormente, es una de las causas que pueden influir sobre el pronóstico: mientras sea pequeño el tumor, el organismo lo soporta perfectamente bien, pero á medida que aumenta de volumen, aumentan también los trastornos que produce, y si á esto agregamos la ascitis que frecuentemente suele presentarse, ocasionando la compresión de los órganos torácicos, tenemos un elemento más que concurre á obscurecer el pronóstico.

Es necesario también tener en cuenta la posibilidad de la degeneración maligna de los tumores del ovario y la facilidad con que suelen caer en caquexia las enfermas de estos órganos.

En tesis general, puede decirse que los fibromas del ovario son de las lesiones menos graves que existen en dicho órgano, pero que, á pesar de esto, la intervención operatoria, teniendo en cuenta la facilidad con que se lleva á cabo en la generalidad de los casos, está siempre indicada como único y exclusivo tratamiento; los peligros que corre la enferma no son mayores á los que correría siendo operada de una hernia.

Historia de la ovariotomía

Ephrain Mac Dowel, fué el primero que hizo esta operación. Chambon dice: «llegará el tiempo en que esta operación se hará en número mayor de casos y en que las objeciones desaparecerán». John Bell, insistía siempre sobre cómo actuaría en el pronóstico de los tumores del ovario, su extirpación; y Dowel, inducido por él, practica el año 1809, 13 ovariotomías, con ocho curaciones.

Desde esa época hasta el año 1844, se practican en América algunas ovariotomías, que W. Atlee las continúa.

El año 1824, el doctor Lizars, de Edimburgo, conociendo las relaciones de Mac Dowel, hizo 5 ovariotomías con un solo resultado.

Del año 1844 en adelante, empieza á tener sus

defensores en casi todos los países. Ch. Cley en Manchester, Wolne en Londres, etc., á excepción de Francia, en que la Academia de París en 1856 y 1857, protesta contra esta operación, menos uno de sus miembros, Cazeaux, que se muestra adepto y discute en su favor.

En Inglaterra surgen varios hombres que tienen la fortuna de vencer la repugnancia hacia esta operación.

Spencer Wells es de los cirujanos que más ovariotomías ha hecho; es uno de los más grandes defensores de esta intervención; debido á él, en poco tiempo se hizo universal; cuando presentó su primer millar de operadas, tiene sólo un 25 % de mortalidad. Luego le siguen y lo superan en resultado, el doctor Köberlé y Lawson-Tait, que en 139 ovariotomizadas no tiene un solo fracaso.

Nelaton, hace un viaje á Londres, con el solo objeto de ver operar á Spencer Wells, y á su vuelta divulga la operación en París.

En resumen, tres períodos caracterizan esta intervención: 1.º de ensayos, 2.º de especialización y 3.º de generalización.

Tratamiento

Ahora que llegamos al tratamiento, cabe preguntar: ¿cuál es el mejor tratamiento de estos tumores y por qué vía se debe proceder para extraerlos? Por de pronto el tratamiento debe ser quirúrgico, y proceder á su extirpación «siempre y todo por el vientre», como dice Lejars; y ¿cuál es la operación á la que se debe dar preferencia? Pozzi, Doyen, Martín, Emmet y Schreveder, preconizan la ovariotomía y con razón, porque es el procedimiento á seguir, fundándose en las consideraciones siguientes: Estos tumores nacen del ovario, forman parte íntima con él, no rechazan el tejido de la glándula, no se encierran en una cavidad, su enucleación es fácil, aumentan de volumen á medida que pasa el tiempo y son de un

diagnóstico que nunca se puede sentar con precisión.

Así han sido operadas las cuatro mujeres que me sirven de estudio: me refiero á la ovariotomía por laparatomía mediana.

La ovariotomía es un progreso colosal del arte, merece ser considerada como la más fecunda en benéficos resultados, pocas son las operaciones que se han hecho en mayor número, y pocas son, también, las que han salvado más mujeres.

Dada su simplicidad y poco peligro, está al alcance de los cirujanos menos prácticos, haciendo abstracción, se entiende, de aquellos casos en que las adherencias las hacen difíciles.

La edad no es una contraindicación, pueden operarse tanto en la niñez como en la vejez.

El período intermenstrual es el más apropiado para esta intervención.

No voy á entrar en detalles al respecto de esta operación, por ser muy conocida, y además de esto, una infinidad de obras la explican con detención y claridad.

La incisión de la pared abdominal tiene sus partidarios; los de la incisión mediada, se dividen

en los que sistemáticamente las hacen amplias para poder introducir la mano en el vientre, y darse cuenta de esta manera, del estado en que se encuentran los órganos de la cavidad; cuando el tumor es voluminoso ó se constate la pluralidad, está muy indicada. Spencer Wells, aconseja siempre hacer una incisión, que permita examinar ambos ovarios, porque dice que estos órganos son en ginecología lo que los ojos son en oftalmología; cuando uno se enferma, puede también el otro hacerlo por simpatía. Los de incisión pequeña, dejan indudablemente más disimulada su operación y llegan al mismo éxito operatorio cuando el tumor es pequeño y móvil.

Otros más escrupulosos, en el deseo de conservar la integridad de la pared abdominal joven, recurren á los siguientes métodos: Rustner, Frantzen, Rapin, hacen una incisión transversal supra-pubiana, cuya cicatriz se hace invisible una vez que se cubra de los pelos de esta región. Segond interviene por la vía vaginal y dice que debe preferirse esta vía, desde que por ella se consigue perfectamente bien el examen y la ablación de ambos ovarios.

Cuando un ovario no está tomado por el tumor

sino en parte, se debe, si es posible, resecar solamente esa parte y conservar el resto para que continúe desempeñando sus funciones.

El pedículo suele á veces ser tan delgado, que basta un nudo simple para asegurar su hemostasia; pero por lo general no sucede así, es grueso y vascular; en estos casos se debe proceder á la ligadura en cadena, según los diversos métodos que se conocen.

Primitivamente el pedículo se trataba intraperitonealmente, pero dado el poco adelanto de la antisepsia y asepsia de aquellos tiempos, y el peligro de peritonitis que, por consiguiente, se producía con facilidad en las operadas, hizo que se sustituyera por el tratamiento extraperitoneal, que está indicado cuando el útero está en retroversión ó flexión, pues hace las veces de una gastrohisteropexia; actualmente vuelven los cirujanos al tratamiento intraperitoneal y parece que no encuentran ningún inconveniente en ello: las operadas curan perfectamente bien.

Historias clínicas

N.º 1

Rosa C., de 40 años de edad, casada, ingresa al servicio de cirugía del Hospital Rawson.

Los datos, signos y síntomas que nos proporciona, son los siguientes:

Antecedentes hereditarios.—Los padres viven y han gozado siempre de una perfecta salud.

Antecedentes personales.—No da ningún dato de importancia respecto á su niñez; jamás ha tenido ninguna enfermedad. Tuvo su primera menstruación á los 13 años y fueron siempre normales. Hace dos años empezó á sentir pesantez en el vientre, esto fué en el primer año de su enfermedad; al segundo notaba que cada vez que del de-

cúbito dorsal tenía necesidad de pasar al decúbito lateral, este cambio le producía la sensación de algo que se movía en el interior de su vientre, y que este algo no efectuaba esos movimientos sin acompañarse de dolores más molestos que agudos.

Dejó pasar el primer tiempo sin preocuparse mayormente de sus dolencias; luego sobrevino un embarazo, el cual influyó sobre el tumor, haciéndose éste más molesto y doloroso. Llegado el momento del parto hubo necesidad de recurrir á un médico que manifestó ser un parto distósico y, previa aplicación de forceps, extrajo un niño con dificultad; pocos días después notaba de nuevo sus molestias anteriores, pero no ya en el mismo sitio, sino como si estuviese encajado en la pequeña pelvis.

Examen físico.--A la palpación del abdomen se nota un tumor del tamaño de la cabeza de un feto, redondeado, uniforme, bastante resistente y poco movible.

Al tacto vaginal nos encontramos con el útero, cuello del útero y su orificio externo, normales; en el fondo del saco posterior se toca un tumor que corresponde al ya descrito hace un momento,

como enclavado en la pequeña pelvis y que, á pesar de su dureza, se dejaba deprimir á la presións del dedo; esta depresión presentaba aristas agudas que desaparecían á su vez si la fuerza depresiva se ejecutaba sobre ellas.

Las trompas normales.

El ovario izquierdo normal, el derecho no se percibe.

El tacto vaginal combinado con el rectal, permite más eficazmente darse cuenta de la consistencia del tumor. El tacto rectal puro da débiles indicios de su existencia.

Síntomas funcionales. — Corazón, arterias, pulmones, pleuras, riñones, hígado, bazo y sistema nervioso, normales.

Aparato digestivo: *Constipación*, que no ha sido tratada. Hemorroides.

Diagnóstico.—Por la constipación pertinaz, el tumor, su consistencia, la formación de aristas en las depresiones, la falta de signos y la rareza de los fibromas del ovario, se hizo diagnóstico de bolo fecal.

Operación.—Sentado el diagnóstico, el doctor Andrés F. Llobet procedió á la intervención quirúrgica, se hizo la laparatomía mediana supra

pubiana, con el objeto de practicar la coprotripsia abdominal según el procedimiento del citado cirujano, encontrándonos con un fibroma del ovario derecho, al cual se le ligó el pedículo, cerrando acto continuo el claustro abdominal, previa la extracción del tumor.

La enferma fué dada de alta á los 12 días de la operación, cicatrizando la herida por primera intención.

N.º 2

Dorotea G., argentina, de 21 años de edad, casada.

Antecedentes hereditarios.—El padre falleció repentinamente, la madre falleció de una fiebre que la enferma no sabe especificar; no da otros datos de sus padres.

Antecedentes personales.—No ha tenido enfermedades anteriores á la actual; sólo se nota en el lado izquierdo del cuello, por detrás del músculo externo cleido-mastoideo, una pequeña cicatriz que ella dice ser el resultado de una pequeña operación que sufrió hace 6 años como tratamiento de un flemón.

A la edad de 13 años tuvo su primera menstruación, que no fué dolorosa y que siempre ha sido regular, durando tres días.

Su enfermedad actual empezó hace un año, notando la paciente en su hipogastrio izquierdo, arriba del hueso ilíaco. un cuerpo redondeado, movible y que poco tiempo después este tumor había descendido á la pelvis, perdiendo su movilidad.

La enferma explica lo mismo que la anterior un dolor tanto provocado como espontáneo y que es bastante intenso para obligarla á someterse á un tratamiento quirúrgico.

Desde que la enferma notó este tumor, su menstruación apareció un mes para dejar de hacerlo al siguiente, siendo hasta ahora muy escasa.

Tuvo un hijo que es sano y el parto fué normal.

La micción se hace normal.

Examen físico.—Trompas y útero normales. Al tacto vaginal se palpa un tumor duro resistente, con algunas saliencias, redondeado, algo irregular en sus bordes y que ocupa el sitio del ovario izquierdo, teniendo el tamaño de un puño y que corresponde perfectamente al punto del vientre en que se ve un pequeño abultamiento.

Corazón—Hay un débil soplo en el primer tiempo del foco mitral.

Arterias—Normales.

Pulmones, pleuras, hígado, bazo, riñones, normales.

Aparato digestivo—Tiene buen apetito, padece, como la anterior, de constipación habitual y recurre para mover su vientre á la píldoras de Podofilina.

Piel—Presenta úlceras de Lupus vulgar, en la nariz, sin haberse tratado jamás.

Tratamiento—Se hizo la laparatomía infraumbilical mediana, extirpando el ovario izquierdo, transformado en un tumor que presentaba los mismos caracteres que hace un momento os decía.

Ligado el pedículo y cauterizado el muñón á termocauterio, termina la operación suturando la herida del vientre.

Tratamiento post-operatorio--La paciente se encuentra muy bien; á los cuatro días que siguen á la intervención, se levanta la curación, encontrándonos con la herida en perfecto estado, se sacan los puntos de sutura de la pared abdominal; á los ocho días se ve la herida completamente cicatrizada por primera intención. La enferma es dada de alta á los dieciocho días de operada.

N.º 3

Francisca Castaño, española, de 40 años, casada. Ingresa el 17 de Agosto de 1899, á la Sala X, cama 19 del Hospital de Clínicas.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales—Regló por primera vez á los 18 años, en escasa cantidad y duración de 2 á 3 días; fueron regulares hasta hace unos 13 años, en que sobrevino una interrupción sin causa aparente, que le dura ocho meses, después de los cuales se restableció espontáneamente el ménstruo, haciéndose desde entonces extremadamente variable en su periodicidad y cantidad, apareciendo á veces cada 3 ó 4 meses y otras cada 15 días, con fenómenos variables; unas veces era escasa y otras bastante abundante, sobre todo el primer día; la última es de fecha 17 de Agosto, después de una interrupción de 2 meses. No ha tenido leucorrea, ni hijos ni abortos.

Aparte de los desarreglos menstruales que comienzan desde una época relativa alejada, la enferma se siente perfectamente bien, hasta hace un año en que comenzó á sentir dolores intermi-

tentes, á veces bastante intensos, que corresponden al muslo, cadera y región ilíaca, sin localización precisa, generalmente nocturnos, acompañados de desarreglos digestivos, apetito variable, repugnancia por las grasas y gastralgias á veces intensas. Poco después, notó de un modo enteramente casual, al nivel de la región umbilical, un pequeño tumor, duro, del tamaño de una nuez, redondeado, superficie algo áspera, movible, desplazándose fácilmente, indoloro espontáneamente, pero doloroso á la presión. Dicho tumor ha ido progresando paulatinamente de volumen, hasta alcanzar su tamaño actual, sin otras novedades que las mencionadas, á no ser una aparición mayor de los fenómenos gástricos. Micción normal. Es constipada.

Examen:—Al través de la pared abdominal se palpa un tumor voluminoso, del tamaño de una cabeza de feto, situado al nivel del estrecho superior, redondeado, extremadamente duro, movible, ocupa el hipogastrio hasta tres traveces de dedo por debajo del ombligo, que avanza hacia la región ilíaca, doloroso á la presión.

Tratamiento:—El 6 de Septiembre, bajo anestesia general, es sometida á la operación. El doctor Molinari hizo la Ooforosalpingectomía derecha

por fibroma del ovario, se liga el pedículo y se extrae el tumor, cauterización del pedículo. Anexos del lado izquierdo, sanos. Es dada de alta el 27 de Septiembre, curada.

N.º 4

Mercedes Sánchez, española, de 55 años de edad, casada. Ingresa el 11 de Abril de 1901, á ocupar la cama número 17 de la Sala X del Hospital de Clínicas.

Antecedentes hereditarios:—Buenos.

Antecedentes personales:—A los 7 años tuvo sarampión.

A los 12 años primera menstruación indolora-abundante, que se estableció con regularidad; desde los 12 á los 20 años, ésta ha sufrido frecuentes y fuertes cefalalgias, y pertinaz constipación. Casóse á los 20 años y tuvo al año y medio un aborto de tres meses; cinco meses después embarazo, que terminó con parto normal, nueve días de cama y lactancia de 16 meses. Al segundo año parto igualmente normal. Por este tiempo ha tenido algunas ligeras metrorragias. Un año después

segundo matrimonio, en el cual hubo cinco partos y tres abortos, intercalados, siendo el penúltimo un parto largo y que dió mucha sangre; temperatura, escalofríos y un mes en cama; el último fué también parto, pero normal, hace ya trece años; después de esto su menstruación ha ido disminuyendo hasta hace tres años en que desaparecieron.

Hace quince años que empezó á notar un pequeño bulto en su vientre, hacia la fosa ilíaca izquierda, pero sólo desde hace dos años ha crecido hasta tomar el desarrollo actual. No hay metrorragia.

Es muy constipada siempre y á veces hay incontinencia de orina.

Estado general y apetito, regular, ha adelgazado algo.

Examen: —Al examen se nota por palpitación la presencia de un tumor duro, movible, de forma alargada lateralmente, que se extiende hasta dos traveces de dedo por encima del ombligo, en cuya zona media la percusión da sonido mate, sonoro y libre en los flancos.

No se notan rugosidades muy marcadas y parece completamente liso. Hay desarrollo venoso superficial.

Por la vía vaginal se observa una desgarradura incompleta del periné.

Al tacto se encuentra el cuello del útero en el eje del conducto vaginal algo dirigido hacia atrás; los movimientos del tumor no corresponden al del cuello del útero.

Histerometría:—6 centímetros en antiversión.

La presión del dedo en el fondo de saco anterior y parte de los laterales, deja la impresión sobre un tumor que ocupa este sitio y que corresponde al constatado en la palpación.

Tratamiento:—El 24 de Abril, bajo anestesia general, interviene el doctor Bazterrica. Hizo la laparatomía mediana á larga incisión. Extrajo un tumor liso, blanquecino y blando, sin adherencias, formado por el ovario izquierdo. La trompa del mismo lado algo engrosada, le sirve de pedículo muy vascular. El útero pequeño rechazado al lado derecho y hacia atrás. Ovario derecho pequeño. Hay ascitis. Ligadura en cadena con seda gruesa.

Se cierra el vientre en tres planos al catgut.

Duración de la operación 10 minutos.

Buenos Aires, Agosto 31 de 1901.

Nómbrase á los señores académico: Doctor Jacob de Tezanos Pinto; profesor titular, doctor Enrique Bazterrica, y profesor suplente; doctor José F. Molinari, para que constituídos en comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

J. R. FERNÁNDEZ.
Zenón Aguilar.

Buenos Aires, Septiembre 9 de 1901.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el señor José M. Goñi:

«En el local de la Facultad, á 9 de Septiembre «de 1901, reunida la Comisión que subscribe, en- «cargada de dictaminar respecto de la admisibili- «dad de la tesis del ex alumno señor José M. Go- «ñi, que versa sobre «Fibromas del ovario», resol-

« vieron admitirla. Con lo que terminó el acto. (Fir-
« mado): *J. de T. Pinto.—E. Bazterrica.—José F. Molinari.—Carlos Robertson,* Prosecretario.

Zenón Aguilar.

Buenos Aires, Septiembre 9 de 1901.

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por secretaría el día en que haya de ser sostenida.

J. R. FERNÁNDEZ.

Zenón Aguilar.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

La ascitis no es un *distingo* entre fibromas pediculados del útero y fibromas del ovario.

Todo tumor sólido del ovario, cualquiera que sea su naturaleza, mientras tenga movilidad, debe ser operado.

Cuando después de un aborto, hay fiebre que no desaparece con el tratamiento médico, debe hacerse el raspado.

BIBLIOGRAFIA

TESTUT.—*Anatomía Humana.*

D. SINETY.—*Progrès Médical*—1877—N.º 32, pag. 630.

ROMITI.—*Enciclopedia Médica.*

PALADINO.—1877.—*Estudio sobre el parénquima ovárico.*

NAGEL.—*L'uovo humano*—1888.

SPENCER-WELLS.—*Tumeurs abdominales.*

DARTIGUES.—*Revista de ginecología.*—1899.

A. F. LLOBET.—*Onze anées de pratique chirurgicale.*