AÑO 1908 N.° 1898

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

QUISTE DEL OVARIO

— Y —

EMBARAZO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MANUEL B. CABRERA

Ex-practicante externo por concurso del Hospital Rivadavia, años 1905 y 1906.

Ex-practicante interno por concurso del mismo hospital, años 1907 y 1908.

BUENOS AIRES

IMPRENTA "LA VICTORIA" DE DE MARTINO & GUTIERREZ

CALLE SAN JOSÉ 142

1908

QUISTE DEL OVARIO

— Y —

EMBARAZO

AÑO 1908 N.º 1898

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

QUISTE DEL OVARIO

— Y —

EMBARAZO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MANUEL B. CABRERA

Ex-practicante externo por concurso del Hospital Rivadavia, años 1905 y 1906.

Ex-practicante interno por concurso del mismo hospital, años 1907 y 1908.

BUENOS AIRES

IMPRENTA "LA VICTORIA" DE DE MARTINO & GUTIERREZ

CALLE SAN JOSÉ 142

1908

—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tésis.

(*Art. 162 del Reglamento General*).

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón.

Vicedecano

Dr. D. José Penna.

Consejeros

Dr. D. Eufemio Uballes (con lic.).
» » Pedro N. Arata.
» » Pedro Lagleyze (con lic.)
» » José Penna.
» » Luis Güemes.
» » Eliseo Cantón.
» » Enrique Bazterrica.
» » Antonio C. Gandolfo.
» » José M. Ramos Mejía.
» » Juan A. Boeri (suplente).
» » Baldomero Sommer.
» » G. Araoz Alfaro.
» » José R. Semprun.
» » Abel Ayerza.
» » Jaime R. Costa.
» » J. Manuel Irizar.

Secretarios

Dr. D. Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina).
Dr. D. Jonás Larguia (Consejo Directivo).

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología médica	Doctor Pedro Lacavera
Física médica	» Jaime R. Costa
Química médica	» Atanasio Quiroga
Botánica médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gainza
Anatomía descriptiva	» Joaquín López Figueroa
Anatomía descriptiva	» José Arce (interino)
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	» Juvencio S. Arce
Fisiología general y humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Carlos Malbrán
Higiene pública y privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología externa	» Obdulio Hernández
Medicina operatoria	» Leandro Valle
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Quirúrgica	» Pascual Palma
» Epidemiológica	» José Penna
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luis Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleize (con lic.
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pedriática	» Angel M. Centeno
» Médica	» Abel Ayerza
» Génito urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS EXTRAORDINARIOS
Anatomía Patológica	Doctor José Badía
Clínica Ginecológica	» (Alfredo Lagarde
	» (José F. Molinari
Clínica Oftalmológica	» Teófilo A. Moret
Clínica Quirúrgica	» (Daniel J. Cranwell
	» (Avelino Gutiérrez
Clínica Dermatológica y Sifilográfica	» Maximiliano Aberastury
Clínica Neurológica	» (José A. Esteves
	» (José R. Semprún
Clinica Psiquiátrica	» Benjamin T. Solari
Clínica Pediátrica	» Antonio F. Piñero
Medicina Legal	» Domingo S. Cavia
Física Médica	» Juan J. Galiano

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Zoología Médica	Doctor D. Greenway
Física Médica	» Vacante
Química Médica	» Vacante
Botánica Médica	» Rodolfo Enríquez
Química aplicada á la Medicina	» Vacante
Histología	» (Julio G Fernández » (Alois Bachmann
Anatomia Descriptiva	» Vacante
Semiología y ejercicios clínicos	» Vacante
Anatomía Topográfica	» Vacante
Fisiología General y Humana	» Vacante
Anatomía Patológica	» Vacante
Bacteriología	» (Juan Carlos Delfino » (Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	» Felipe Justo
Materia Médica y Terapéutica	» Vacante
Medicina Operatoria	» Vacante
Clínica Ginecológica	» Vacante
» Oto-rino-laringolica	» Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	» Vacante
Patología externa	» (Carlos Robertson » (Ricardo S. Gómez
Patología interna	» Vacante
Clínica Oftalmológica	» Enrique Demaría
» Epidemiológica	» Vacante
» Quirúrgica	» Francisco Llobet » Marcelo Viñas » Marcelino Herrera Vegas » José Arce
» Neurológica	» Mariano Alurralde
Medicina legal	» Pedro Barbieri
Clínica Médica	» Patricio Fleming » Ricardo Colón » Luis Agote
Clínica Obstétrica	» Enrique A. Pardo » Enrique Zárate » Alberto Peralta Ramos » Arturo Enriquez
Toxicología Experimental	» Vacante
Clínica Pediátrica	» (Manuel A. Santas » (Mamerto Acuña
» Génito-urínaria	» Bernardino Maraini
» Psiquiátrica	» José T. Borda

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas	Doctor Angel Gallardo
Botánica y Mineralogía	» Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognosia y Posología razonadas	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica	» Julio J. Gatti
Química analítica y toxicológica (primer curso)	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	» J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas	» Francisco P. Lavalle
Higiéne, legislación y ética farmacéuticas	» Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas	» Vacante
Botánica y Mineralogía	» Vacante
Química inorgánica aplicada	» Vacante
Química orgánica aplicada	» Vacante
Farmacognosia y Posología razonadas	» Juan A. Dominguez
Química analítica y toxicológica (primer curso)	» Vacante
Técnica farmacéutica	» Vacante
Física farmacéutica	» Vacante
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas	» Vacante
Higiéne, legislación y ética farmacéuticas	» Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisiológico y clínica obstétrica	Doctor Fanor Velarde
Parto distócico y clínica obstétrica	

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Parto fisiológico y clínica obstétrica	Doctor Miguel Z. O'Farrel
Parto distócico y clínica obstétrica	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía, Fisiología, Patología	Doctor León Pereyra
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	» N. Etchepareborda (con lic.)

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Anatomía, Fisiología, Patología	Vacante
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	Vacante

PADRINO DE TÉSIS

DOCTOR JOSÉ M. CABALLERO

Á MIS PADRES

Á LOS MÍOS

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Presento á vuestra consideración el último trabajo que me liga á la Facultad de Medicina. El versa sobre «Quiste del ovario y embarazo». Al elegir ese tema, no creí encontrar dificultades en la recopilación de datos, que he tratado de salvar para colmar así los deseos del entonces compañero de tareas que me insinuó desarrollase el presente tema.

Como es natural, no pretendo presentar un trabajo original, sino dar á publicidad algunos casos que he podido observar durante mi internado en el Hospital Rivadavia, llenando así la prescripción reglamentaria.

Agradeceré eternamente á vosotros, señores Profesores, por el caudal científico que supísteis inculcarme.

Al eminente cirujano Dr. José María Caballero, que me acompaña en este acto, muy reconocido.

Manifestaré igualmente mi agradecimiento á mis maestros del Hospital Rivadavia, á cuyo lado he aprendido la Medicina práctica, Dres. Samuel Molina, Enrique Del Arca, Silvio Tatti, José

Ayerza, Arturo Zabala, Cárlos Malbrán, Luis Vila, Rodolfo Lemos, Pedro Ghiso, Samuel Alvarez, A. Güemes, A Uballes, Cárlos Lloveras.

Al Dr. Eduardo Belaustegui, nuestro antiguo médico interno y jefe de servicio y al Dr. Roberto Aroztegui, nuestro médico interno. Aprecio sincero

CONSIDERACIONES GENERALES

Historia. La coexistencia de quiste del ovario y preñez, es una complicación que no es bien conocida sino á principios del siglo XIX.

En el siglo XVIII han constatado las dificultades que produce el quiste en el parto Schamberg, Baudelocque.

Las diferentes publicaciones de Park, Velpeau, etc, en el siglo pasado hacen conocer las dificultades que se pueden presentar sin ocuparse del tratamiento. Después otros autores, hicieron avanzar un poco los conocimientos generales que se tenían hasta entonces y propusieron interrumpir el parto provocando el aborto ó el parto prematuro ó sino puncionaban el quiste.

En 1809 aparece Mac Dowell, efectuando la primera ovariotomía y desde entonces una nueva vía se presenta y se interviene ya desconociendo una preñez de poco tiempo ó voluntariamente.

Numerosos trabajos aclaran el tema y principalmente Burns, Spencer, Wells, Schoeder, etc., dan luz y señalan la conducta que se debe seguir en estas casos.

La complicación de quiste del ovario acompañando el embarazo es rara, así en el Hospital Ri-

vadavia desde el año 1900 en un total de 5.965 ingresados en el servicio de la Maternidad hay tres embarazos complicados de quiste del ovario, siendo uno dermoide y los otros dos mucoides.

Esta rareza concuerda con las de las estadísticas extranjeras.

Parece posible que una mujer que tenga un quiste del ovario, sea estéril sobre todo si la degeneración quística es bilateral, (véase observación XIII); pero se debe admitir que basta una pequeña porción sana de uno ó del otro ovario, permitiendo á la ovulación efectuarse, para que la fecundación sea posible.

Se ha encontrado, las variedades de quistes las mas diversas; mucoides, dermoides, moloculares y multiloculares, simples ó vegetantes.

Los quistes paraovaricos merecen ser adheridos al quiste del ovario propiamente dicho.

La presencia del quiste del ovario durante la preñez es una verdadera complicación, por su volumen y situación, incomoda al desarrollo del utero y puede ser un obstáculo insuperable al parto; además la preñez puede influir sobre el quiste y producir toda una serie de accidentes.

Preñez y quiste del ovario se complica pues el uno al otro.

INFLUENCIAS RECÍPROCAS Y SÍNTOMAS

Influencia de la preñez sobre el quiste.—Se admite generalmente que los quistes del ovario sufren un aumento de volumen en el transcurso de la preñez.

Este aumento es frecuente y puede ser considerable como en el caso de Peán, de Keberlé; Audevert ha visto un quiste, grueso como una nuez al momento de la concepción, alcanzar al séptimo mes de la preñez 0'35 centímetros del altura con un ancho de 0'27 centímetros; en otros casos los tumores quedan estacionarios y á medida que el utero aumenta su volumen el quiste se va desplazando hacia arriba, hacia la cavidad abdominal.

Si los quistes son adherentes, ellos pueden quedar fijos y perturbar entonces el parto.

En cuanto á los quistes abdominales, se dejarán rechazar por el utero; el tumor se alojará en un lado de la cavidad abdominal, el utero en el otro.

Las complicaciones que se observan son:

La torsión del pediculo.—La preñez predispone á la torsión y ésta se produce de una manera lenta ó brusca; durante la preñez es generalmente al segundo ó tercer mes que se produce.

La ruptura del quiste es una complicación mu-

cho más temible que la torsión; se produce generalmente al principio de la preñez y resulta ya de la torsión del pediculo, ya á la presión ejercida por el utero.

La tronsformación maligna del quiste puede ser también la consecuencia, pero esto es mucho más raro.

Influencia del quiste del ovario sobre la preñez.— Cuando se trata de un quiste voluminoso se producen accidentes debidos á la distensión abdominal, la marcha es penosa, la presión abdominal impide el libre funcionamiento de los músculos respiratorios y pueden sufrir los enfermos crisis de dispnea.

Se observan fenómenos de compresión del lado del recto y de la vejiga y hay retención ó perturbaciones del lado de la micción, pollakuria, etc.

La compresión nerviosa puede producir dolores intensos y el quiste puede comprimir las venas ilíacas y producir edema de los miembros inferiores. Bajo la influencia de estas perturbaciones el parto se puede producir prematuramente.

Estudios recientes dan como verosímil que pueda dar lugar el quiste á la formación de la mola hidatiforme.

La opinión que hace de la mola hidatiforme una enfermedad primitiva del huevo, es generalmente adoptada.

Si las influencias extrínsecas, mecánicas, microbianas ó tóxicas, determinan sobre el huevo á su origen perturbaciones de desarrollo, que producen los monstruos, como Dareste lo ha bien establecido, se puede concebir también que estas influencias se

ejercen sobre un huevo ya desarrollado y provocando una verdadera enfermedad, una actividad normal y morbida de sus elementos celulares. Podemos concebir pues que un ovario enfermo produzca huevos también enfermos.

Un autor ha podido reunir 48 observaciones de ovarios enfermos en caso de mola hidatiforme. He tenido oportunidad de observar en el Hospital Rivadavia un caso de mola con doble quiste del ovario ó pediculos torcidos (observación N.° V).

Influencia del parto sobre los quistes del ovario. — El utero contraido comprime el quiste y puede facilitar la ruptura.

El utero puede rechazar el tumor hacia la cavidad abdominal, tironeando el pediculo lo que hace que una vez efectuado el parto sea facilitada la producción de una torción del pediculo [1].

Sentamos pues que es después del parto que es más frecuente la torsión del pediculo no excluyendo naturalmente la torsión durante el embarazo que también es producida pero es menos frecuente.

Además, es frecuente después del parto, ver al quiste supurar; lo que se explica porque el utero ha ascendido rechazando el quiste y tironeando su pediculo.

Después que el parto se ha producido, el útero ha involucionado y el quiste no ha podido descender porque, bien irrigado durante la preñez, ha contraído adherencias con la masa intestinal, y su pedículo tironeado no produce bien la

---

(1) Véase las observaciones IX, X, XI.

irrigación sanguínea y por lo tanto la nutrición del quiste; entonces los microbios y toxinas del intestino emigrarán en el quiste, lo que produce la supuración, dándole al pus ese olor fétido que es frecuente observar en tumores vecinos al intestino.

Influencia de los quistes del ovario sobre el parto.—La acomodación del feto puede adoptar una posición viciosa. Los quistes pelvianos se oponen á toda acomodación durante la preñez.

Los quistes abdominales pediculados son los que menos se oponen al parto.

Los pelvianos pueden crear una verdadera distocia poniendo obstáculo al encaje ó al descenso de la parte fetal que se presenta, y durante el trabajo algunos quistes tensos se rompen y sobrevienen signos de peritonitis ó hemorragia. El parto puede ser imposible, el útero fatigado por las contracciones queda inerte y hay que emplear el forceps (observación N.° IB), sino, el feto muere, agravando el pronóstico para la madre.

Cuando por su situación y volumen el quiste ha permitido efectuarse el parto, la expulsión de las secundinas puede ser impedida de dos maneras. Ya el cuerpo del útero se encueutra desviado por el tumor quístico-abdominal, lo que impide el desprendimiento y el encaje de la placenta. Entonces hay que corregir la posición viciosa del útero para que el alumbramiento se efectúe.

Ya después del parto el tumor se hace intrapelviano é impide el encaje de la placenta.

Entonces se reduce manualmente el tumor en el vientre. A veces hay que recurrir al alumbramiento artificial.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del quiste del ovario no es siempre facil y á veces se puede confundir con focos fluctuantes que se encuentran en la vecindad de la región de los ovarios, como pasa en la peritonitis tuberculosa ó focos enquistados.

Aún se puede confundir, sobre todo cuando se trata de un quiste voluminoso que ocupa la mayor parte del abdomen, con una ascitis, ya como lesión aislada ó como lesión concomitante y consecutiva, como sucede en la variedad de quiste del ovario prolifero; puede confundirse también con el embarazo sólo ó ya se trate de un embarazo teniendo como complicación el hidramnios.

Diferenciar también el quiste del ovario con el fibroma, sobre todo cuando se trata de un fibroma pediculado que ha sufrido la degeneración quística, y este último con embarazo en los primeros meses ó á feto muerto, tanto más que los fibromas pueden presentar síntomas similares; me refiero al soplo uterino por dilatación de los senos venosos.

El hidrosalpiux, hemato-salpiux y preñez extrauterina hay que diferenciarlos con el quiste del ovario.

Requiere, pues, á veces un examen clínico metódico para llegar al diagnóstico de quiste del ovario ó embarazo ó co-existencia de los dos, en cuyo caso puede pasar desapercibido el embarazo examinando ligeramente por interposición entre el útero y la pared abdominal del quiste, que contiene en su interior gran cantidad de líquido que puede hacer desaparecer uno de sus signos de más certidumbre: los latidos del feto.

El aumento de la cavidad abdominal por meteorismo y que se observa en las histéricas simulando un embarazo, y que al llegar la época del parto han presentado dolores del trabajo, y el embarazo de la reina de Servia, son casos rarísimos y que desaparecen un buen día ó bajo el cloroformo.

En cuanto á la vejiga distendida simulando un tumor no sucederá por cierto si se toma la precaución de vaciar la vejiga y el recto y que debe preceder á todo examen ginecológico.

Diferencia entre quiste del ovario, ascitis y embarazo.

INTERROGATORIO

Ascitis.—El enfermo nos suministra datos de una lesión cardiaca, hepática ó renal.

Embarazo.—Supresión de la menstruación, perturbaciones del sistema nervioso, del aparato digestivo, urinario, movimientos del feto.

INSPECCIÓN

Ascitis —La forma del vientre es aplanada, vientre de batracio. Hay circulación venosa suple-

toria en forma de cabeza de medusa ó circunsufal.

Ombligo desplegado á veces distendido por el líquido.

Quiste del ovario.—La forma del vientre es globuloso y hace fuerte salida hacia adelante. La circulación venosa es rara en el quiste.

El ombligo presenta sus caracteres normales ó es rechazado hacia arriba.

Embarazo.—Salida ovoidea con gran eje inclinado de arriba hacia abajo y de derecha á izquierda, aumento de volnmen de los senos, aparecen varices en los miembros inferiores y puede haber una pequeña red venosa menos marcada que en el quiste; la areola del mamelón en forma de vidrio de reloj, tubérculos de Montgommery; aparece el calostro á los tres ó cuatro meses antes del parto.

El ombligo al quinto mes está al mismo nivel que la superficie del abdomen; al fin del embarazo se hace más saliente; rafe pigmentado que va del ombligo al monte de Venus.

PALPACIÓN

Ascitis.—Sensación de fluctuación ó de ola que se observa aún al nivel del sonido timpánico.

Quiste.—Sensación de fluctuación estrictamente limitada á la zona de matitez.

Embarazo.—Hacia el cuarto mes ballotement abdominal como quien rechaza con la mano un pedazo de hielo (signo patognomónico). La palpación de las partes fetales.

PERCUCIÓN

Ascitis. Hay que estudiar el asiento de la matitez, la forma y desplazamientos con las modificaciones de posición de la enferma; pero hay casos que no es desplazable, es cuando está enquistada ó en casos de peritonitis tuberculosa á plastrón. La matitez es principalmente en los lados y en los puntos declives y presenta una concavidad hacia arriba.

Quiste del ovario.—La matitez no es desplazable, tiene la forma de un ovoide á convexidad hacia arriba.

Embarazo.—No da datos de importancia.

AUSCULTACIÓN

Ascitis.—Se observan alteraciones en el miocardio y hay lesiones valvulares.

Quiste del ovario.—No hay modificaciones de importancia.

Embarazo.—Los movimientos activos del feto, soplo uterino, latidos del corazón fetal.

PALPACIÓN BIMANUAL Y TACTO

Ascitis.—El utero no es influenciado, á veces hay descenso.

Quiste.—La matriz es poco movil y desviada en auteversión ó retroversión, además este tumor está separado del utero por un surco netamente fluctuante si es multilocular, pues algunos observadores creen que cuando se trata de un quiste poco fluctuante ó que no lo es y tenso se puede pensar que sea umilocular.

Además se puede distinguir por el tacto si se

trata de un quiste dermoide; primeramente por su situación, que es casi siempre hacia adelante, pudiendo recubrir una parte del útero; además, con el dedo se puede producir una depresión tal cual se produce en el edema y que para algunos autores sería característico.

Embarazo.—Hay reblandecimiento del cuello de arriba hacia abajo - beance del orificio uterino sobre todo en las multiparas—ballotement vaginal—palpación de las partes fetales—el cuello reblandecido en todas sus partes dando la sensación que se obtendría tocando un higo maduro. (Signo de Hegar).

Punción.—En la ascitis hay un líquido gelatinoso, límpido de densidad 1014 y que contiene en su interior células epiteliales planas.

En el quiste, el líquido es también gelatinoso de un color chocolate de densidad de 1018 á 1024 y conteniendo en su interior células epiteliales ciluidricas.

La punción como medio diagnóstico es insuficiente; porque el análisis del líquido no siempre permite determinar la lesión á que pertenece, después de ella no está exenta de peligro: la infección, etc. Si puede recurrir mejor y cuando la asepsia está garantizada á la incición exploratriz preconízada por Lawson-Tait pero siguiendo el consejo muy juicioso de Segond. «Cuando la operación no es realizable, es necesario tener bastante experiencia para reconocerlo rápidamente y para cerrar tan pronto la herida abdominal, sin compli-

car la intervención por manipulaciones intra abdominales más ó menos ofensivas y siempre peligrosas.» Una preñez en el útero puede ser confundida con nn fibroma, sea éste sesil ó pediculado; submucoso, interticial ó subseroso, ya sea del cuerpo ó del cuello. Por un solo síntoma podemos descartar el fibroma submucoso ó interticial del embarazo, la metrorrajia abundante, repetida y que muchas veces apresura la histerectomia por su indocilidad al tratamiento médico hemostático; no sucede lo mismo con el fibroma subseroso, donde falta este síntoma y donde el útero puede adquirir un aumento de su tamaño que puede llegar al nivel del ombligo ó sobrepasarlo aún, entonces hay que buscar los síntomas de embarazo con cuidado, en el fibroma subseroso, hay fenómenos de compresión del lado de la vejiga y del recto, compresión que puede terminar en la retención de orina y generalmente es entonces cuando acuden al médico alarmadas por dificultad en la micción ó incontinencia.

El tacto rectal puede suministrarnos datos como también si es pediculado ó sesil. La histerometria aseptica indicándonos el aumento de la cavidad uterina nos permitiría diferenciar el fibroma del embarazo, salvo quizá el fibroma subseroso, donde no hay aumento de la cavidad; pero habiendo presunción de embarazo jamás debe recurrirse á este medio, pues provocaríamos un aborto.

Dijimos que el quiste del ovario puede ser confundido con el pio-salpiux, hidro ó hemato-salpiux y la preñez ectápica.

En el pio-salpiux hay dolor, lo que general-

mente falta en el quiste, hay un pasado gonococico y reacción peritoneal.

En la preñez ectópica hay síntomas de embarazo y se constata en uno de los anexos un tumor que data de la supresión de la menstruación.

Ahora, ya analizado con que se puede confundir un quiste del ovario ó el embarazo, vamos á ver que se observa cuando coexisten estas dos cosas.

Encontramos primeramente un desarrollo considerable del vientre ó si la existencia del quiste del ovario es desconocida se puede pensar en el hidramnios ó en la preñez gemelar (Penard).

Se reconoce la preñez á los signos habituales; percepción de las partes fetales; después reconocemos la existencia de un tumor independiente del útero; se siente al tacto un surco, el tumor no es en contumidad con el útero; pero como los dos tumores son en contacto el uno del otro, los movimientos trasmitidos al quiste se trasmiten también al útero y viceversa.

Es muy útil para el pronóstico del parto reconocer las adherencias del quiste; se presume que hay adherencias cuando ha habido signos de reacción peritoneal. Para las adherencias parietales es menos difícil de reconocerlas; cuando el tumor movilizándose deprime el ombligo es que hay adherencias: se puede utilizar como lo aconseja Spencer Wells los movimientos respiratorios, si el tumor es móvil y libre, él desciende durante la inspiración y se eleva durante la expiración. Esto se vé ó sinó se percute

Las adherencias pelvianas se reconocen á la inmovilidad del tumor, á la induración de los fondos de saco vaginales.

Diagnóstico de las complicaciones del quiste coexistiendo con el embarazo.—Si la ascitis acompaña los quistes del ovario, es que se trata de un quiste prolífero vegetante.

Se distingue por los desplazamientos de la matitez con los cambios de posición de la enferma.

La ruptura es tanto más frecuente cuando que el embarazo viene á ejercer su acción sobre un tumor cuyo volumen puede ser variable y donde los mismos síntomas vienen á constituir una causa productora de estos accidentes; quiero referirme á los esfuerzos que hace la enferma, vómitos, etc.

La ruptura puede ser intrapiritoncal ó extraperitoncal según que no haya adherencias ó que si las haya.

La ruptura intraperitoncal de los quistes no adherentes se diagnóstica porque después de la existencia conocida de un tumor se ve que ha desaparecido, el líquido se ha derramado en el peritoneo; puede haber síntomas de hemorragia, síncope, enfriamiento ó signo de infección y se declara una peritonitis.

La ruptura extraperitoneal de los quistes adherentes se hacen en las vísceras vecinas con las cuales contraen adherencias.

La torsión del pediculo [1] puede ser determinada por la presencia de un útero gravido; se carac-

---

(1) Véase observación II

teriza por el dolor súbito y los accidentes de peritonismo; en la ruptura del quiste el tumor desaparece en la torsión del pediculo al contrario, él aumenta de volumen, conserva más fijación y una inmovilidad absoluta.

Mouls ha señalado la existencia al nivel del pedículo de un soplo sistólico perceptible á la auscultación.

Diagnóstico de la variedad del quiste.—El quiste unilocular es fluctuante, á superficie lisa, redondeado. En el multilocular la fluctuación es menor á veces no hay, la superficie irregular y á veces es acompañado de ascitis.

El quiste dermoide da una sensación de empastamiento sobre todo cuando está en el fondo de saco de Douglás y no es pediculado; cuando es á pedículo es muy difícil diferenciarlo.

El quiste vegetante es mas fácil distinguirlo por su abundancia de líquido, por su tendencia maligna y metastática.

En cuanto á otros tumores paraovarios y del ligamento ancho es mas fácil confundirlos; un fibroma puede desarrollarse en el ligamento ancho; un quiste uniloculor del ovario puede incluirse en lugar de quedar pediculado y móvil.

La mayor parte de los tumores del ligamento ancho son quistes paraovaricos.

Nacidos en el órgano de Resenmuller próximos al ovario entre él y la trompa son generalmente serosos y transparentes; van aumentando de volumen, fluctuante, (Véase observación VIII).

Por el tacto se observa que el fondo de saco

vaginal de un lado hace saliencia hacia el centro de la vagina, enorme, adherente y rechaza fácilmente el útero al lado opuesto y hacia adelante, de modo que el cuello está detrás del pubis.

Hay que notar que el contenido de estos quistes no contienen la paralbumnia como sucede en el quiste del ovario, es límpido y no coloide y untuoso como pasa en el quiste.

PRONÓSTICO

Los quistes del ovario complicando la preñez y el parto dificultan la determinación del pronóstico tanto para la madre como para el feto: el pronóstico depende primeramente del volumen y del sitio en que está situado. Como bien se comprende un quiste voluminoso ocupando todo el abdomen puede ocasionar menos trastornos que otro más chico pero colocado en la excavación, mas sin el primero es pedículado y el otro no.

Según la naturaleza del tumor pues, se sabe que hay quistes que tienen una evolución maligna y tendencia á las metástasis, como el cáncer; estos quistes prolíferos tienen un pronóstico sombrío para la madre cuando no para el feto, y van acompañados de ascitis.

La consistencia del tumor hace variar el pronóstico: así un quiste tenso con adherencias situado en la excavación ó un quiste dermoides, pueden estrechar los diámetros de la pequeña pelvis y ser una causa de distocia y dar lugar á la intervención del cirujano.

Son las adherencias las que pueden traer consecuencias más temibles para el parto; pero el pronóstico se ha modificado sensiblemente por la influencia de las intervenciones más apresuradas: así según

Mac Kerrón la mortalidad ha descendido en la madre de 37 á 12.5 por 100 y la mortalidad fetal de 60.7 á 34.7 por 100.

El aborto es lo que hay que temer y es bastante frecuente. Las estadísticas dan 17 á 19 por ciento.

TRATAMIENTO

El tratamiento de los quistes coexistiendo á la preñez debe ser considerado en tres épocas diferentes: durante la preñez, durante el parto y después del parto

Tratamiento durante la preñez.—La medicina antigua aceptaba en estos casos la punción ó sino el parto prematuro.

La punción como tratamiento curativo, no vale nada y solamente ha sido empleada como paliativa en tumores inoperables, sería el criterio á seguir únicamente cuando se trata de quistes prolíferos

Los inconvenientes que presenta es que expone á la peritonitis y produce adherencias.

Ha sido empleada también la punción por vía vaginal; es una operación peligrosa y expone aún más á la peritonitis.

Retrocedamos á esos tiempos de la punción y veamos en cuales casos podía ella ser indicada. Consideremos:

1° El tumor amenaza obstaculizar la preñez de llegar á su término.

2° Ella será un obstáculo serio al parto. Para el primer caso y tratándose de un quiste del ovario se hacía la punción y tanto más pronto si el volumen

del quiste es tal que pueda impedir la ampliación y el movimiento de ascenso del útero. Cuando no es un obstáculo serio para el parto y si la capacidad del quiste no impide mayormente el pasaje del feto, esperar entonces el momento del parto para hacer la punción.

Es el momento de examinar porque temían en otro tiempo los cirujanos, hacer la ablación de los tumores durante la preñez y la influencia que creían pueda tener semejante intervención para la continuación del embarazo.

En cuanto á la primera pregunta responde á que algunos habían avanzado que el estado de preñez, al momento de una operación practicada en el útero ó en la vecindad, en la pelvis, exponía á los enfermos á hemorragias abundantes casi imposibles de detener y tan peligrosas que ellas contraindicaban toda intervención Es muy cierto que la vascularidad del organo gestador y de sus anexos sea considerablemente aumentada durante el estado de preñez, pero no es á tal punto que una buena hemostasia no pueda ser asegurada.

En cuanto á la influencia para la continuación del embarazo es sin importancia.

El aborto es tanto menos de temer, que el órgano sobre el cual ha actuado el cirujano es mas alejado anatómicamente del útero y fisiológicamente más independiente de él y estamos en el derecho de ver continuar un embarazo tanto más cuando se interviene más cerca de su principio.

Posteriormente Hesselbak hace la descripción de un procedimiento que no es más que la avarioto-

mía vaginal, ó coeliotomia vaginal que Atlee hiciera el primero, Hesselbak tiene como principio que cuando es posible es necesario en los quistes ováricos complicando el parto, practicar la ovariotomía vaginal conformándose así á las operaciones mutilantes por la vagina, que hizo imaginar ya como novedad la operación cesarea vaginal; tendencia que si de un lado puede traer resultados útiles, puede también hacerse peligrosa por las exageraciones en que caen los ginecólogos.

En apoyo de su tesis relaciona Hesselbak, un caso en el cual efectúa, durante el parto, la ablación del quiste á fin de hacer lugar para la extracción de un feto: He aquí el manual operatorio de la ovariotomía vaginal de Atlee cuyo procedimiento siguió:

Se incinde la pared vaginal y el peritoneo, el quiste aparece entre los lábios de la incisión y es puncionado, sea con un trocart, sea mas simplemente con un bisturí.

La bolsa así vaciada es fácilmente atraida afuera con los dedos ó á la ayuda de una pinza, el pedículo es ligado lo más cerca posible del cuerpo uterino, tratando, mientras se pueda, no provocar la contracción uterina y es reducido en el abdomen Se sutura la herida abdominal si es segura la asepsia ó se deja drenaje que se levanta á las 48 horas. Se puede usar una pinza clamp si es muy difícil ligar al catgut el pedículo.

Bossi ha logrado durante la cloroformisión y manteniendo la enferma en la posición de Tredelenburg llevar hacia lo alto el tumor, librar el canal pelviano y extraer fácilmente un feto vivo

En una memoria Bossi concluye, que en los casos de tumores, obstruyendo el canal pelviano antes de proceder á la punción ó á la ablación durante el parto, sea por el abdómen, sea por la vagina, se debe tenta siempre la reducción, asociando la narcosis á la posición de Tredelenburg. Es ahora la opinión de la mayor parte de los ginecólogos que cuando los quistes del ovario se diagnostican durante la preñez, particularmente al 6° ó 7° mes es preferible la intervención por la ovariotomía.

La ovariotomia—Es una operación bastante benigna y en interés de la madre y del feto, la indicación es á veces necesaria y es tanto más benigna cuando se efectúa al principio de la preñez.

La enferma será confiada entonces al cirujano desde el principio de la preñez y se encontrará en condiciones óptimas.

Andebert publica el caso de una ovariotomia al 8^0 mes seguida de parto prematuro y á feto vivo y en este caso hace notar:

1^0 Influencia de la preñez sobre el tumor que primero del tamaño de una nuez, alcanzó un volumen enorme durante el embarazo.

2^0 La resistencia de las suturas abdominales durante el trabajo.

3^0 Legitimidad de la oportunidad de la intervención.

La oportunidad de la intervención es evidentemente la más importante, y primeramente veamos, apoyándonos en estadísticas francesas, cuál es la

mortalidad maternal, debida á la ablación del quiste durante la la preñez.

Sobre	146	casos de	Orgler	hay 4 muertos
No hay fallecidos en	27	„	„	Grœfe
En	64	„	„	Heil un solo fallecido
En total	237	dan 5	muertos,	sea 2'1 %

Diremos con Heil «Esta cifra de mortalidad demuestra que el pronóstico de la ovariotomia durante la preñez no es influenciada desfavorablemente . . . . . francamente la reflexción enseña que el pronóstico depende únicamente de la naturaleza de los tumores que complica la preñez, pero no que la ovariotomia es desfavorablemente influenciada en su pronóstico por la exi-tencia de la preñez.

Nos podemos ligar á la opinión de Pinard: «todo quiste ovárico diagnosticado durante la preñez debe ser operado».

Se observa amenudo el parto prematuro después de una laparotomia?—La estadística de varios autores dan en 231 casos 45 partos prematuros, sea 19'47 %

Si se pone en balanza la probabilidad de interrupción de la preñez con los peligros que pueden comprometer la vida del niño durante la gestación y durante el trabajo; si además se admite con Remy que en 23 % de los casos de aborto ó el parto prematuro sobrevienen expontáneamente fuera de todo traumatismo quirúrgico, estamos obligados á reconocer que el mejor medio de salvaguardar la vida del niño es practicar la ovariotomia.

La ovariotomia doble da una proporción más

elevada de abortos y de partos prematuros que la ovariotomia simple.

Cuándo se debe intervenir y cuál es el momento— Todos los autores están de acuerdo que la operación debe hacerse en los tres primeros meses, la interrupción de la preñez es menos á temer en estos momentos.

Se debe admitir con todo rigor el aforismo de Pfannenstiel «operar desde que el diagnóstico de tumor ovárico durante la preñez es hecho.» Ya hemos dicho que en los primeros meses no hay que dudar en la intervención; á los cinco ó seis meses intervenir es exponer el niño á todos los peligros de un nacimiento demasiado prematuro; entonces es bueno contemporizar hasta que la viabilidad del feto sea posible, á no ser que sobrevengan complicaciones (torsión del pedículo, etc.) en cuyo caso hay que operar hasta de urgencia.

Técnica de la ovariotomía por la vía abdominal— Es Ephraim Mac Dowell quien hizo la primera ovariotomia por quiste del ovario en 1809 en una enferma con curación consiguiente, después se ha vulgarizado cada vez más y es hoy el procedimiento de elección.

Se puede dividir en cuatro tiempos la operación de la ovariotomia:

1.er tiempo—Abertura del abdomen—Se incinde la línea blanca del ombligo á la simfisis en una extensión de 10 centímetros. El tegumento y tejido celular incindidos, se busca el interticio de los músculos rectos en la parte superior de la herida;

se abre la vaina del gran recto, se separan estos dos músculos y se cae sobre la fascia trasversal, se incinde esa grasa y se cae en el peritoneo Se agarra el peritoneo con pinzas en la parte superior é introduce el dedo y sobre él se incinde el peritoneo hacia abajo, teniendo cuidado de no incindir la vejiga.

Es mucho más preferible esta incisión mediana que no la incisión crucial estética de Pfannenstiel que secciona transversalmente la piel y aponeurosis y después separa el intersticio de los rectos.

2.º tiempo.—Ruptura de las adherencias—Evacuación.—Se introduce la mano y se destruye las adherencias á derecha é izquierda tan lejos como sea necesario. Se destruyen las adherencias con el epiplón. En cuanto á las adherencias con el intestino hay que destruirlas con mucho tacto; si el intestino sangra se suturará con seda fina y á puntos separados. Las adherencias más sólidas, muchas veces hace necesario dejar una delgada capa de la pared quística adherente al intestino, pero es necesario cauterizarla al termocauterio para destruir todas las adherencias epiteliales proveniendo de la pared quística.

Las adherencias pelvianas hace necesario evacuar el quiste para desprenderlas y agarrar el tumor con pinzas especiales; las adherencias fuertes se rompen con tijeras, las muy vasculares entre dos pinzas.

La evacuación del quiste puede ser hecha al bisturí, teniendo cuidado de la contaminación de la herida cuando el chorro del líquido ha perdido la fuerza; el uso del trocart es pues preferible

3.º tiempo —Extracción del quiste y ligadura del pedículo. Se retira el trocart por un movimiento brusco mientras el ayudante pinza la abertura al nivel del pinchazo. Un segnndo par de pinzas se colоca en sitio conveniente y comienza la extracción del quiste tirando dulcemente para producir los menos tiramientos al pedículo y movimientos al útero, que pueda despertar la contracción uterina y el aborto ó parto prematuro consiguiente. El pedículo es ligado al catgut y cauterisado si se quiere.

El cirujano examina entonces el ovario del lado opuesto por si puede contener otro quiste.

4.º tiempo.—Toilette del peritoneo y oclusión del abdomen.—Cuando la operación no se hace con derrame de lìquido, es inútil limpiar las gotas de sangre que puedan quedar y que se reabsorberán pronto El frote con compresa tiene el inconveniente de descamar el peritoneo y desprender pequeños coágulos y producir la hemorragia secundaria consiguiente. Este es el tiempo más delicado de la operación del quiste del ovario complicado de preñez pues la rica irrigación de esos órganos, hace imposible la afusión de sangre, cuando no el derrame de líquido y entonces, teniendo que dejar un drenaje, ya sea con tubo ó Mickulicz en que condiciones va á quedar la enferma si se ha operado próxima al parto y sobreviene el trabajo, no estando aún la herida bien consolidada y todavía con drenaje. Por eso y previendo hay que hacer en un quinto tiempo, la sutura á tres planos con toda solidez.

Andebert en la publicación de una ovariotomia

seguida de parto prematuro de ocho meses observó, que la sutura de la herida resistió á las contracciones uterinas y abdominales del trabajo.

Esta descripción es para los quistes del ovario simples á pedículo; pero cuán diferente y dificil es tratar esos quistes adherentes, sin pedículo y los quistes incluidos en el espesor del ligamento ancho y retroperitoneales y tan difícil de evitar el contacto y los tironeamientos del útero que hacen más difícil la continuación del embarazo.

Tratamiento durante el parto de los quistes del ovario.—En los quistes abdominales, con ó sin pedículo, no interesando el estrecho superior, se abstiene de toda intervención y las operaciones obstétricas, serán indicadas como en los casos no complicados

Los solos quistes del ovario que son justificables de un tratamiento operatorio en el curso del trabajo, son los quistes pelvianos, poniendo obstáculo al encaje ó a la expulsión del feto; en estos casos el tratamiento expectativo es condenado. Un tratamiento que se puede ensayar primeramente, es la reducción del quiste arriba del estrecho superior.

Se rechaza el tumor con la mano introducida en parte ó entera en la vagina, la mujer colocada en posición obstétrica y cloroformada permitiendo esto último, efectuar maniobras más suaves y evitar la ruptura.

Si con las maniobras de reducción no se consigue nada hay que recurrir á la punción. Este procedimiento es el más simple y el que da menos resultados. Este tratamiento presenta un gran pe-

ligro alejado, que es las matástasis peritoneales del tumor y la infección. La punción debe ser hecha por via vaginal

Se puede emplear también por via vaginal la incisión ancha seguida del taponamiento del quiste, que será primeramente fijado por algunos puntos de sutura á la pared vaginal.

Todos estos procedimientos enumerados son á desechar, unos porque generalmente fracasan, otros por los peligros que presenta para la madre ó el feto. Antes de intervenir, es natural que siempre se debe tentar la reducción ó si es imposible emplear procedimientos mejores por falta de comodidad ó por lo apremiante de las circunstancias.

Si suponemos un parto á feto muerto y un quiste del ovario obstruyendo la pelvis, se puede hacer la craniotomía; pero es muy poco recomendable por los peligros que acarrea á la madre. Las estadísticas dan 8 muertos en 21 craniotomia.

Es siempre preferible recurrir á la laparotomía para hacer la ovariotomía abdominal; la operación cesárea conservatriz ó la operación de Porro.

La ovariotomía abdominal es á veces difícil, porque el útero se opone á las manipulaciones; pero siempre que lo permite se debe hacer.

Algunos autores basados en la dificultad que tiene ir al encuentro del tumor, prefieren la ovariotomía vaginal y dicen que es bastante raro que la ovariotomía vaginal no logre. No habiendo en estos casos el temor de provocar el parto, me adhiero á los partidarios de la laparotomía, que van al encuentro

del tumor, la extraen y esperan que el parto se produzca ó si no acelerarlo aplicando forcepo.

Cuando es imposible de extirpar el quiste, se puede hacer la operación cesárea conservatriz si el quiste es unilateral; el útero vaciado del contenido, permitirá ir al encuentro del tumor y abordarlo. El pronóstico de esta intervención es grave: en 25 operaciones de éstas, hay 9 casos de muerte maternal y 6 de muerte del niño (Bard).

En casos difíciles y antes de contaminar el peritoneo, se puede completar la operación con histerectomía ú Operación de Porro.

Tratamiento después del parto. — Es necesario hacer la ovariotomía tan pronto como sea posible, porque el pedículo, muy alargado por el movimiento de ascenso del útero, está más expuesto que nunca á la torsión del pedículo.

El estado puerperal no hace el pronóstico de la ovariotomía más grave. Si no se puede operar en seguida hay que vigilar la enferma y operar á los menores signos de torsión ó de infección de la matriz; porque hay que temer que el contenido del quiste supure (Observación número XII).

Es pues en los casos de embarazo complicado de quiste del ovario, la ovariotomía el tratamiento de elección ya sea durante la preñez, durante el parto ó después del parto.

OBSERVACIONES PERSONALES

OBSERVACIÓN I

Hospital Rivadavia.—Servicio del Dr. José María Caballero

HISTORIA NÚMERO 827 DEL SERVICIO

Virginia C., de 35 años de edad, italiana, casada, sin ninguna profesión, ingresa al servicio el 22 de octubre de 1907.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia

Antecedentes personales.—Regló á los 14 años, regulares, duraban 6 días, con dolores, eran abundantes. Se casó á los 27 años, no ha tenido hijos: hace un año tuvo un aborto de 5 meses cuya causa ignora. Actualmente está embarazada de 5 meses y medio, siente dolores hipogástricos y vómitos

Examen ginecológico.—Al examen se nota: el vientre muy voluminoso, no guardando relación con la edad del embarazo, hay sensación neta de fluctuación, edema de los miembros inferiores. Al tacto del lado izquierdo un tumor también fluctuante y voluminoso, separado del útero por un surco visible y palpable.

Hay sensación clásica de ballotement vaginal.

Diagnóstico.—Embarazo y quiste del ovario izquierdo.

Tratamiento.—Dada la edad presumida del embarazo y temiendo el aborto, el doctor Caballero se abstiene de toda intervención y se le aconseja que quede en el servicio para vigilarla é intervenir si hay complicaciones ó cuando el feto sea viable, lo que acepta. En los primeros días de cnero 1908 se le da pase á la Maternidad.

B

HISTORIA EN LA MATERNIDAD DE LA MISMA ENFERMA

Hospital Rivadavia.—Maternidad

Servicio del Dr. Samuel Molina y A. Zabala

Virginia C., de 35 años de edad, italiana, profesión ninguna ingresa al servicio el 9 de enero de 1908.

Antecedentes hereditarios. Sin importancia.

Antecedentes personales —No ha tenido niugu-na enfermedad en la infancia. Regló á los 14 años, duraban 5 ó 6 días abundantes é indoloras, regulares. No hay antecedentes de sífilis ni de alcoholismo. Ha sufrido del estómago (malas digestiones). No ha tenido embarazo ni partos anteriores. Ha tenido un aborto de cinco meses que fué seguido de fiebre; la última menstruación tuvo lugar el 10 Mayo de 1907.

Estado actual —Examen general.—Abdomen.— El vientre se presenta sumamente abultado, globuloso; la circunferencia al nivel del ombligo es de

128 centímetros; el ombligo se encuentra destendido, A la palpación se percibe fluctuación bien neta, en toda la extensión del vientre, excepto en el flanco derecho donde desaparece y es posible tocar un tumor duro y contractil por momentos que es la matriz y que permite tocar partes fetales.

A la percución matitez en todos sentidos excepto en el epigastrio donde hay ligero timpanismo. La matitez se desplaza ligeramente haciendo cambiar de posición á la enferma. Al tacto cuello reblandecido su orificio deja pasar un dedo que constata presentación de vertice en O. I. D. P. fontanela anterior y suturas amplias, huesos parietales se deprimen con facilidad.

Esqueleto bien conformado.

Aparato circulatorio —Edema de los miembros inferiores, edema suprapubiano y varices.

Aparato digestivo.--Vómitos y diarrea.

Aparato nervioso.—Cefalalgias y vértigos.

Examen obstétrico.—Senos bien desarrollados, el útero completamente rechazado á la derecha; presentación de vértice, variedad O. I. D. P. diagnóstico hecho por el tacto, la palpación abdominal es imposible.

La pelvimetria externa é interna es normal.

Orina. - Ambar, ácida, 1014, espuma blanca, sedimento escaso. Albumina hay vestigios, en el sedimento hay pocas células y leucocitos no se encuentran elementos renales. En exámenes de orina posteriores, la albuminia había desaparecido.

Diagnóstico. Embarazo á termino complicado de quiste del ovario.

Tratamiento —El 9 de Marzo de 1908 se rompe la bolsa de las aguas; la dilatación es completa á las 8 p. m. del 10 de Marzo y el 11 de Marzo de 1908, se aplica forceps en el estrecho inferior por inercia uterina extrayendo un niño vivo de 3200 gramos, de longitud y diámetros cefálicos normales.

Hubo una desgarradura de periné de primer grado.

C

HISTORIA GINECOLÓGICA DE LA MISMA ENFERMA

Servicio del Dr. José María Caballero

Virginia C, de 35 años de edad, italiana, casada, ingresa al servicio el 21 de Abril de 1908.

Antecedentes hereditarios.– Sin importancia.

Antccedeutes personales.—No ha tenido enfermedades en la infancia. Regló á los 14 años duraban 4 ó 5 días, regulares.

El año 1907 ha tenido un aborto y en Marzo último, un parto que hubo que aplicarle forceps, el embarazo ha sido molesto por el gran abultamiento que presentaba su vientre. El puerperio fué normal.

Enfermedad actual.—La enferma no ha presentado sintomatología alarmante.

Lo que más le ha llamado la atención es el aumento de su vientre, abultamiento que se ha acentuado más, después del último parto. Hay ligeras perturbaciones en la micción y dolor en la fasa ilíaca izquierda.

Estado actual.—Aparato circulatorio.—Hay li-

gero edema en los miembros inferiores. A la inspección del vientre aumentó de volumen en todos sentidos

Hay fluctuación sin modificarse sensiblemente con los cambios de posición de la enferma. A la percución matitez en gran parte del abdomen.

Por la palpación bimanual y el tacto se observa un tumor en el anexo izquierdo, tumor que es independiente de la matriz. El útero descendido y móvil; los fondos de saco ocupados.

Diagnóstico.—Quiste del ovario izquierdo.

Tratamiento.—Laparotomía. - Se encuentra un quiste voluminoso, se punza; se observa la trompa que está obliterada, se hace oosforo-salpinguectomia izquierda.

El quiste pesaba 1500 gramos, contenía 12 litros de un líquido color chocolate. El quiste era multilocular.

OBSERVACIÓN II

Servicio del Dr. José María Caballero

HISTORIA NÚMERO 124 DEL SERVICIO

Desea G., 23 años, italiana, casada, profesión ninguna; ingresa al hospital el 11 de Diciembre de 1902, con grandes dolores hipogástricos, vómitos, postración general.

Los antecedentes hereditarios sin importancia.

Antecedentes personales.—Ha tenido coqueluche, regló á los 14 años, eran regulares, dolorosas, duraban 4 ó 6 días en cantidad abundante.

No tiene antecedentes de enfermedades genitales de ninguna especie; sólo dice que desde hace 2 años sentía dolores en el hipogastrio, á veces flujo y reglas más dolorosas que de costumbre. Hace seis meses que se casó y está embarazada de cinco meses. Se hizo examinar por un médico porque le parecía que el vientre era demasiado grande, y constataron sólo el embarazo.

En Octubre del corriente año, como siguieran molestándole los dolores hipogástricos, se hizo examinar en el servicio, diagnosticándose embarazo y quiste del ovario izquierdo; se le propone la inter-

vención, que no la acepta, hasta que ingresa en el servicio en las condiciones anotadas.

Al examen, se constata: vientre muy voluminoso, paredes muy tensas.

Al tacto: útero grávido con sus caracteres á los cinco meses, del lado izquierdo un tumor separado francamente del útero, del tamaño de una cabeza fetal, cuyo contenido era fluctuante, se desplaza algo hacia arriba y está muy doloroso.

Se interviene. Operador Dr. Caballero.

Laparotomía.—Se encuentra un quiste del ovario á pedículo torcido. Ovariotomía.

Sale curada el 11 de Enero de 1903.

Vuelve después al servicio, contando que su embarazo terminó en condiciones normales.

En 1904 tuvo otro hijo bien. El 5 de Septiembre de 1905 concurre al servicio nuevameute embarazada.

OBSERVACIÓN III

Servicio del Dr. José María Caballero

HISTORIA NÚMERO 1397 DEL SERVICIO

Juana C., de 38 años de edad, casada, quehaceres de casa, ingresa al servicio el 2 de Agosto de 1903

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sarampión, viruela y escarlatina en la infancia. Regló á los 14 años, duraban 3 días, escasas, no dolorosas.

Se casó á los 20 años; ha tenido seis hijos y dos abortos. El puerperio consecutivo al primer parto fué malo, teniendo que guardar cama con temperatura un mes.

Hace tiempo qne sufre de dolor en el hipocondrio, poco agudo. Está embarazada de cuatro meses. Su enfermedad actual data de 20 días, con puntadas fuertes en el epigastrio é irradiaciones al hipocondrio derecho y á la parte derecha del tórax, vómitos biliosos, flujo, es constipada.

Al examen, presenta un tumor vecino al hipocondrio derecho del tamaño de una cabeza de feto, perfectamente movible y flotando en la cavidad abdominal.

Al tacto se siente un tumor independiente de la matriz.

Diagnóstico.—Quiste dermóideo del ovario y embarazo.

Tratamiento.—Laparotomía. Ovariotomía. La operación se efectuó el 10 de Agosto de 1908.

Después se ha sabido que el parto tuvo lugar con toda felicidad.

OBSERVACIÓN IV

Servicio del Dr. S. Molina y A. Zabala

Rosa S, de 16 años de edad, italiana, planchadora; ingresa al servicio en el mes de Enero de 1900.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Tuvo la menstruación á los 13 años, regular, un poco dolorosa. Ha tenido sarampión en la infancia. No ha tenido embarazos anteriores. Por el tacto se le diagnos ticó embarazo y quiste del ovario (dermoides).

El parto se produce espontáneamente y la enferma sale del servicio el 20 de Enero de 1900.

Después del alta, no se ha sabido más de la enferma.

OBSERVACIÓN V

Servicio de pensionistas

María M, argentina, casada, de 32 años de edad, ingresa al servicio en asistencia del doctor Caballero.

Antecedentes hereditarios —El padre falleció de viruela. La madre vive: es paralítica.

Antecedentes personales.—Sarampión y viruela en la infancia. Regló á los 13 años; eran de 8 á 10 días de duración, abundantes, sin dolor Se casó á los 18 años y ha tenido tres hijos y un aborto de dos meses; embarazo, parto y puerperio normales.

Enfermedad actual.—Hace dos meses y medio que comienza su enfermedad con dolores constantes en los lados del hipogastrio, dolores que son intensos y aumentan con el movimiento. Observa al mismo tiempo que su vientre aumenta de volumen, aumento que va haciéndose cada vez más intenso; simultáneamente á este aumento de volumen, le falta la menstruación cuya última fué el 14 de marzo de 1908. Poco después, el 31 de mayo, dice la enferma, recibió un golpe en el costado izquierdo, comenzando entonces á perder un líquido

sanguinolento que le venía cada tres ó cuatro días y le duró 15 días; 20 días después de no tener pérdidas, el 7 de julio, tiene nuevamente durante 3 ó 4 días nuevas pérdidas en pequeña cantidad.

No tiene pérdidas el 15 de julio que se le examina para operar al otro día.

Diagnóstico.—Se examina y diagnostica doble quiste del ovario y embarazo.

Tratamiento.—Operador Dr. Caballero.

Laparotomía—Se observa un doble quiste del ovario con sus pedículos torcidos. Ovariotomía.

A las varias horas de haberse efectuado la operación siente la enferma síntomas de aborto y expulsa una mola hidatiforme sin quedar restos en la cavidad uterina.

Este caso da lugar á algunas consideraciones. Al examen de la enferma por la palpación bimanual y el tacto se encontró un cuello reblandecido y con todos los caracteres del embarazo; el aumento de volumen de la matriz coincidía con la época presumida de la preñez. Si la enferma hubiera ido á la mesa de operaciones con el diagnóstico de mola hidatiforme y quiste del ovario, la intervención habría sido más radical (Histerectomía); además que estudios muy recientes tienden á hacer el pronóstico de la mola más benigno.

L. Nattan-Larrier y A. Brindeau han practicado el examen histológico de nueve molas hidatiformes y una sola produjo un placentoma maligno. Otra estadística, da en 49 molas, tres casos

sólo que fueron seguidos de carcinoma plasmodial ó placentoma ó deciduoma maligno como también se llama y dicen estos autores, que de 100 placentomas malignos, 50 tienen por origen una mola hidatiforme, pero ésta sólo es seguida de placentoma maligno en un 10 por ciento de los casos Por estudios histológicos que han efectuado de la mola, se puede deducir que ella por sí es un tumor maligno y el placentoma viene á ser una forma más maligna é invasora; en lugar de admitir que sus relaciones sean casuales ó que el aborto molar lo precede simplemente como cualquier otro aborto. No hay, pues, caracteres histológicos que permitan distinguir una mola benigna de otra más maligna y más peligrosa. Todas las molas que ellos han examinado han presentado los caracteres que se le asignan á las malignas, una sola de ellas fué seguida de carcinoma plasmodial, dos de sus enfermas atacadas de esas molas de apariencia maligna curaron bien y tuvieron preñeces normales.

No se practicará, pues, la histerectomía en toda mujer atacada de mola, ni pedir al examen histológico justificarla.

Al contrario, la observación de los enfermos permitirá ver los primeros síntomas de la mola recidivante; un curetaje exploranor confirmará el dignóstico de carcicomo plasmodial y la indicación entonces de la histerectomía.

Publicaré como dato ilustrativo un caso, diré casi semejante al anterior, aparecido en «La Presse Médicale» del 1° de Julio de 1908.

Se trata de una joven que en los primeros meses de una preñez, presenta hemorragias repetidas, abundantes que la puso en un estado grave; el examen al 4° mes permite constatar la existencia, á los lados de la matriz gruesa y blanda, de un doble tumor independiente de este útero, el uno se sitúa en la fosa ilíaca derecha, el otro en el fondo de saco posterior. Se hace el diagnóstico de preñez extrauterina rota.

La laparotomía permite ver un útero enorme, blanduzco, escondiendo atrás de él dos quistes del tamaño de dos puños.

La blandura extrema del útero y su desproporción con la edad de la preñez, hicieron pensar en una mola hidatiforme, lo que comprueba la histeratomia. Curó la enferma sin complicaciones.

Los dos quistes eran formados de aglomeración de vesículas; se trataba de quistes racimosos. Hacen notar en esta observación la coexistencia del quiste con la preñez molar, con la cual no es imposible hayan tenido relación patogénica.

Observaciones que permiten constatar la posibilidad del aborto ó el aumento de volumen del quiste por la preñez.

OBSERVACION VI

Servicio del Dr. José María Caballero

HISTORIA NÚMERO 1174 DEL SERVICIO

Rosa C. de C, 45 años, casada, argentina, quehaceres de casa; ingresa al servicio el 3 de Agosto de 1902

Antecedentes hereditarios.—El padre falleció de pulmonía.

Antecedentes personales.—Ha tenido sarampión y fiebre tifóidea en la infancia; ha sido débil. Regló á los 16 años, siendo abundantes y poco dolorosas. Ha tenido seis hijos y dos abortos. Es y ha sido seca de vientre y ha tenido bolo fecal. En el mes de Junio le faltó la mentruación, y nuevo aborto, que fué seguido de metrorragia, por lo que ingresa al servicio.

Siente dolor en la región lumbar y perturbaciones en la micción

Se toca un cuello de multípara y dos tumores en los anexos.

Diagnóstico.—Quiste de ambos ovarios.

Tratamiento.—Ovariotomía doble.

OBSERVACIÓN VII

(El aborto bien puede ser producido por el quiste).

HISTORIA NÚMERO 1171 DEL SERVICIO

Elena G. de F., 19 años, argentina, quehaceres de casa; ingresa al servicio el 14 de Agosto de 1902.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia

Antecedentes personales.—Regló á los 12 años; después se retira la menstruación para volver á los 14, son irregulares tanto en su duracicn como en su periodicidad. Se casó á los 16 años y tuvo un aborto á los cinco meses. Presenta el simdroma genital. Al tacto se toca en el fondo del saco izquierdo un tumor fluctuante, no doloroso.

Diagnóstico.—Quiste del ovario.

Tratamiento. —Oosforo-salpinguectomía.

OBSERVACIÓN VIII

HISTORIA NÚMERO 137 DEL SERVICIO

Julia G , 40 años, alemana, casada, ingresa al servicio el 26 de Diciembre de 1905.

Antecedentes personales —Sarampión en la infancia, regló á los 16 años siendo normales, se casó á los 19 años, ha tenido 9 hijos con partos normales; hace 3 meses ha tenido un aborto de 2 meses quedando con dolores al vientre á causa de él.

Al examen se nota un tumor movible, poco fluctuante y que no forma parte con el cuerpo del útero.

Diagnóstico—Quiste paraovárico.

Tratamiento—Oosforo-salpinguectomía izq.

OBSERVACIÓN IX

(Posibilidad de torsión del pedículo después del parto).

HISTORIA NÚMERO 148

Clementina B.

Antecedentes personales—Sarampión en la infancia, regló á los 15 años siendo normales; se casó á los 22 años y ha tenido un hijo hace 4 meses con parto distósico.

A los pocos días de tener familia, empezó á aumentar el vientre, siguiendo al presente con lentitud. Tuvo un dolor muy agudo que le duró 12 horas. Al examen se nota el fondo de saco anterior ocupado y á la palpación un tumor del tamaño de un melón.

Diagnóstico—Quiste del ovario á pedículo torcido.

Tratamiento—Oosforo-salpinguect. izq.

OBSERVACIÓN X

HISTORIA NÚMERO 108

Liberata A, 32 años, casada, italiana, ingresa al servicio el 25 de Noviembre 1905.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

„ *personales*—Sarampión en la infancia. Regló á los 14 años, normal; se casó á los 26 años, ha tenido 5 hijos con partos normales; en el primer puerperio ha tenido una afección que la tuvo 8 meses en cama, hace 3 meses tuvo un hijo, levantándose á los 8 días sin novedad, hasta el lunes que sintió fuertes dolores en el bajo vientre. Al examen se nota el útero en retroversión y un tumor renitente.

Diagnóstico—Quiste del ovario á ped. torcido.

Tratamiento—Oosforo-salpinguectomía

OBSERVACIÓN XI

HISTORIA NÚMERO 726

Tomasa T., 45 años, argentina, casada, ingresa al servicio el 11 de Julio 1907.

Antecedentes personales –Regló á los 19 años, regulares, dolorosas, escasas Se casó á los 20 años Tiene 12 hijos de los cuales 3 han fallecido, y después 2 abortos uno de 3 y otro de 5 meses. Después del último aborto se encuentra con dolores en el bajo vientre que se irradian á la pierna.

En el costado derecho del útero se encuentra al tacto un tumor fluctuante y grande.

Diagnóstico—Quiste del ovario á ped. torcido.

Tratamiento –Ovariotomía.

OBSERVACIÓN XII

(Donde se constata la supuración del quiste después del parto por infección uterina).

Servicio del Dr. José María Caballero

HISTORIA NÚMERO 316

Catalina P. de Cortese, 38 años, italiana, ingresa al servicio en Noviembre 29 de 1908.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

„ *personales*—No precisa cuando ha tenido la menstruación. Se casó á los 17 años y ha tenido 11 hijos; hace cuatro meses tuvo el último, se siente enferma desde entonces, notó que tenía un tumor en el vientre del lado izquierdo que fué aumentando de volumen, tuvo fiebre elevada y fuera del servicio le hicieron tratamiento médico. A la palpación se nota un tumor fluctuante, doloroso que llega hasta el ombligo. Se toca por los fondos de saco posterior, anterior y lateral izquierdo, la matriz libre.

Diagnóstico—Quiste dermoide supurado.

Tratamiento—Marzupialisación del quiste, salió gran cantidad de pus fétido, pelos, membranas. Curaciones diarias con permanganato. La enferma curó.

OBSERVACIÓN XIII

(Probando la posible esterilidad por doble lesión ovárica).

T. Sch., 23 años, alemana, casada, sin prof.

Antecedentes personales Regló á los 14 años, regulares, indoloras, no ha tenido embarazo ni enfermedad ninguna hasta la actual con dolores á los costados del bajo vientre, aumentando en los períodos menstruales. Al tacto se toca hacia los dos costados de la matríz, dos tumores dolorosos, blandos, de regular tamaño, que borran los fondos de saco laterales de la vajina.

Diagnóstico—Doble quiste dermoide.

Tratamiento—Ovariotomía doble.

MANUEL B. CABRERA.

Buenos Aires, Agosto 18 de 1908

Nómbrase al señor consejero Dr. Enrique Bazterrica, al profesor titular Dr. Samuel Molina y al profesor suplente doctor Arturo Enríquez para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4.º de la ordenanza sobre exámenes.

E. Cantón,
Decano.

R. S. Gómez,
Secretario.

Buenos Aires, Agosto 31 de 1908.

Habiendo la Comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 1898 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Cantón,
Decano.

R. S. Gómez,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

El diagnóstico de mola hidatiforme es causa suficiente para indicar la histerectomía?

II

Predispone el quiste del ovario á las presentaciones viciosas?

III

Diagnosticado quiste ovárico y embarazo, debe practicarse inmediatamente la extirpación del quiste?