Año 1913 N.º 2683

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DEGENERACIÓN MALIGNA

EN LOS

QUISTES UNILOCULARES DE OVARIO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ALEJANDRO PÉREZ

Ex-practicante externo del Hospital Francés 1910—1912)
Ex-practicante rentado de la Asistencia Pública (C. C.) (1911—1912)
Ex-practicante menor del Hospital Alvear (1912)
Ex-practicante mayor del Hospital Alvear (1913)

BUENOS AIRES
«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
845 — Junin 863 —
1913

DEGENERACIÓN MALIGNA

EN LOS QUISTES UNILOCULARES DE OVARIO

Año 1913 N.º 2683

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DEGENERACIÓN MALIGNA

EN LOS

QUISTES UNILOCULARES DE OVARIO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ALEJANDRO PÉREZ

Ex-practicante externo del Hospital Francés 1910—1912)
Ex-practicante rentado de la Asistencia Pública (C. C.) (1911—1912)
Ex-practicante menor del Hospital Alvear (1912)
Ex-practicante mayor del Hospital Alvear (1913)

BUENOS AIRES
«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
845 — Junin 863 —
1913

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ROBERTO WERNICKE

Vice-Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
3. » » EUFEMIO UBALLES
4. » » PEDRO N. ARATA
5. » » ROBERTO WERNICKE
6. » » PEDRO LAGLEYZE
7. » » JOSÉ PENNA
8. » » LUIS GÜEMES
9. » » ELISEO CANTÓN
10. » » ENRIQUE BAZTERRICA
11. » » ANTONIO C. GANDOLFO
12. » » JOSÈ M. RAMOS MEJÍA
13. » » DANIEL J. CRANWELL
14. » » HORACIO G. PIÑERO
15. » » JUAN A. BOERI
16. » » ANGEL GALLARDO
17. » » CARLOS MALBRAN
18. » » M. HERRERA VEGAS
19. » » ANGEL M. CENTENO
20. » » DIÓGENES DECOUD
21. » » BALDOMERO SOMMER
22. » » FRANCISCO A. SICARDI
23. » » DESIDERIO F. DAVEL
24. » » DOMINGO CABRED
25. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » DESIDERIO F. DAVEL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D EDUARDO WILDE
2. » » MARTÍN SPUCH
3. » » TELÉMACC SUSINI
4. » » EMILIO R. CONI
5. » » OLHINTO DE MAGALHAES
6. » » FERNANDO WIDAL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

DR. D. EDUARDO OBEJERO

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » JUAN A. BOERI (suplente)
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARCE
» » ABEL AYERZA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
» J. T. BACA
» J. Z. ARCE
» P. N. ARATA
» F. DE VEYGA
» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO » DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapia	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Médica	» ABEL AYERZA
Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO » MARCELO VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	DR. DANIEL J. GRENWAY (en ej.)
Física Médica	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriologia	» JUAN CÁRLOS DELFINO » LEOPOLDO URIARTE » ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermatog. Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES » JOSÉ R. SEMPRUN » MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET
Patologia interna	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ (en ej.)
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Fisiología general y humana	» FRANK L. SOLER
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO » MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica	» ROBERTO SOLÉ » CARLOS R. CIRIO
Anat. Patológica	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Medicina Operatoria	» PEDRO CHUTRO
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON
Clínica Dermat.ª Sifilográfica	» NICOLÁS V. GRECO
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI » JOAQUÍN NIN POSADAS
Patología interna	» PEDRO LABAQUI
Clínica Oftalmologica	» ENRIQUE DEMARÍA » ADOLFO NOCETI
» Quirúrgica	» MARCELINO HERRERA VEGAS » JOSÉ ARCE » ARMANDO MAROTTA » LUIS A. TAMINI
» Médica	» LUIS AGOTE » JUAN JOSÉ VITÓN » PABLO MORSALINE » RAFAEL BULLRICH » IGNACIO IMAZ » PEDRO ESCUDERO
» Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS » MAMERTO ACUÑA » GENARO SISTO » PEDRO DE ELIZALDE
» Ginecológica	» JAIME SALVADOR » TORIBIO PICCARDO » OSVALDO L BOTTARO
» Obstétrica	» ARTURO ENRIQUEZ » ALBERTO PERALTA RAMOS » FAUSTINO J. TRONGÉ

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO (con lic.)
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA (con lic.)
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
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A DOMINGUEZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica	» PASCUAL CORTI » RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas	DR. OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica	» TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	» PEDRO J. MÉSIGOS
Química analítica	» JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica	» ANGEL SABATINI

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstetrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clinica Obstétrica	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º año	» LEON PEREYRA
3er año	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO GUARDO (interino)

PADRINO DE TESIS

DOCTOR ERNESTO POZZI

Agregado á la Sala de Ginecología del Hospital Alvear y á la de Pediátrica del Hospital Italiano

A LA MEMORIA DE MI PADRE

A LA MEMORIA DE MI MADRE

A LA MEMORIA DE MI HERMANO

A MI TIO MANUEL

A QUIEN TODO LO DEBO

MI ETERNA GRATITUD

A MI TIA DELIA

A MI HERMANA MARGARITA

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Cumpliendo con la prescripción reglamentaria — impuesta por la Ordenanza de la Facultad al retirarme de ella — tengo el honor de presentar á vuestra elevada consideración el presente trabajo, que sólo tiene el mérito que puede darle una buena intención puesta en juego por lograr algo que esté en concordancia con los anhelos de un espíritu ávido por exteriorizar hechos no vulgares.

De novedad hay muy poca cosa, por no decir ninguna.

Y es lógico. Los que recién salimos, rebozante el alma de nobles propósitos y el cerebro con una enmarañada red de conocimientos, todavía no hilvanados; los que sólo tenemos el material científico alcanzado por continuas y laboriosas enseñanzas, y nos falta el taller donde poder dar forma á esas complicadas concepciones de las ambi-

ciones rosas, es muy difícil poder llevar como un justo coronamiento á sus esfuerzos las palmas de una originalidad bien definida.

Pero no importa. Que si no llevo la experiencia de la cual, vosotros, podéis hacer derroche, llevo, en cambio, un santo amor por la humanidad dolorida y el afán soberano de repartir el bien prodigiosa y noblemente.

Y todo ello lo debo — por qué no decirlo — al ejemplo diario, prácticamente puesto á manifiesto en todos los actos llevados á cabo en esta Casa, donde parece que todavía flotaran las venerables sombras de sus creadores, ávidas de infiltrar en nuestras almas la nobleza inmaculada de sus espíritus.

Justo es, pues, porque el íntimo reconocimiento así lo exige, exteriorizar mi franco agradecimiento por las sabias lecciones recibidas por el cuerpo docente en las diversas ramas que ella abarca.

Agradezco, igualmente, á mi joven y estimado amigo, Dr. Ernesto Pozzi, que tiene la gentileza de acompañarme como padrino de tesis, riñendo, quiza, con la encantadora modestia que lo caracteriza.

Al Dr. Héctor F. Lista, mi inseparable compañero de hospital, que, con la eterna alegría de su alma, sabía amenguar las momentáneas decepciones de la mía, vaya como simple y elocuente homenaje un sincero é inolvidable recuerdo.

Y, por fin, á mis queridos camaradas del «Alvear», donde tantos ratos inolvidables he pasado, cuando la blan-

ca miseria estudiantil golpeaba nuestras puertas con un inusitado afán de igualarnos con el irónico dolor humano, que hoy nos toca aliviar, vaya también un cariñoso recuerdo.

INTRODUCCION

El título de la presente tesis responde á un caso de quiste unilocular del ovario, seguido de degeneración cancerosa, creídos de naturaleza benigna por varios autores.

Efectivamente la degeneración maligna de los quistes uniloculares del ovario, ha sido considerada siempre como excepcional, llegando algunos autores á negar su existencia.

M. Cerné en la «Revista de Ginecología y Cirugía Abdominal», de S. Pozzi, 1904, pág. 458, hace una lista sobre la malignidad de los quistes del ovario en gravedad creciente según la estructura, en la siguiente forma: 1.º Quistes pauciloculares (uniloculares), epiteliomas mucoideos parcialmente coloideos. 2.º Quistes multiloculares á contenido parcialmente coloideos. 3.º Quistes multiloculares con «gateaux» areolar ó completamente areolares, ordinariamente á contenido coloideo. 4.º Tumores

mixtos: asociación con un quiste dermoideo ó presencia de tejidos complejos en la pared. 5.º Quistes á vegetaciones papiliformes internas. 6.º Quistes á vegetaciones papiliformes externas, comunmente con injerto peritoneal. 7.º Quiste á transformación parcialmente carcinomatosa.

Luego agrega Cerné: «Nosotros no hemos encontrado ejemplos de malignidad notada después de la ablación de un quiste pancilocular mucoideo simple (unilocular). La creencia en su benignidad, completa esta opinión poco más ó menos unánime de los cirujanos».

Clínicamente parecería esto lógico; pues las numerosas extirpaciones seguidas de un éxito franco, los colocaron en esta categoría. Pero la anatomía patológica de estos tumores, los clasifica entre los cito-epiteliomas, y además sabemos que si bien se llaman uniloculares (denominación que creemos debe conservarse), existen en sus paredes pequeñas cavidades quísticas, que los asemejan á los multiloculares, de los cuales nosotros sabemos la malignidad. Además el revestimiento epitelial externo que en algunos se encuentra, los núcleos de células epiteliales en vías de proliferación que nos muestran sus paredes (como en nuestro caso). Todo esto nos lleva á pensar en la posible malignidad de estos tumores. En consecuencia, esto debe tenerse presente para el pronóstico y al mismo tiempo para aconsejar una intervención rápida á la enferma, pues como dice muy bien S. Pozzi, «desde que un tumor incipiente del ovario se reconoce, es necesario sacarlo; antes

de todo, porque la operación en sí misma es mucho menos grave, pues es suficiente hacer una pequeña incisión sin tener que desgarrar adherencias muy grandes; en segundo lugar, porque se evita al enfermo los peligros ulteriores de la inflamación, ruptura ó torsión de pedículo. En fin, porque el quiste de ovario es, si puede decir así, un neoplasma en equilibrio inestable entre la benignidad y la malignidad. Esto lo prueba la estadística de Con, sobre 658 quistes sacados por Schräder, quien ha encontrado 100 degenerados en tumores malignos ó sea 65.8 %. Leopold ha encontrado 29 en 116, ó sea 22.4 %».

Lo cierto de nuestras afirmaciones está en el caso que pasamos á describir y que tuvimos oportunidad de seguir y estudiar de cerca en toda su evolución.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

Es en el período sexual de la mujer, que se encuentran generalmente los quistes de ovario en sus distintas variedades. El caso práctico que ha motivado este estudio no desmiente la regla general, pues los primeros trastornos sentidos por la enferma coinciden con sus primeras manifestaciones sexuales. Sin embargo, ha habido muchos casos en que éstos existen ya en el período fetal, quedando latentes hasta que una oportuna impulsión les permita su desarrollo.

Esta evolución fetal parece estar perfectamente probada en los quistes dermoideos. En cuanto á los mucoideos, parece posible por algunas observaciones de Malassez, Doran y Sinety, que han visto en un feto á término pequeñas cavidades quísticas, cuya significación y evolución ulterior no ha podido ser determinada.

Parece que la herencia hace algunas veces sentir su influencia en la génesis de estos tumores. Rose, Simpson,

Lever, Olshausen, citan casos de quistes en las mismas familias, en hermanas.

Por la estadística de Spencer-Wells y otra de Olshausen, parece que esta afección es comúnmente bilateral.

Patogenia.—El día que se comprobó la existencia constante de la capa epitelial en la cara interna de estos tumores, la patogenia de los mismos fué aclarada, sucesivamente, por las laboriosas investigaciones de Wilson, Foxen, Waldeyer, Malassez y Sinety.

Dejando á un lado la antigua concepción de Hidátides, que fué reemplazada en 1807 por la teoría de Meckel sobre la hidropesía del folículo de Graff, admitida para los quistes simples, uni y multiloculares solamente, puesto que para los complejos se admitía con Cruveilhier, Wirchow y Roskistanki, una degeneración areolar y coloidea del ovario, son Waldeyer y Kleb, que en 1870 establecen que el origen de estas neoformaciones proceden del revestimiento epitelial del ovario, sea á expensas de los tubos embrionarios, análogos á aquellos de Flugger, y que remontan del período fetal (lo que justifica la génesis de algunos neoplasmas de los primeros años), ó sea por el desarrollo tardío, post-embrionario, de masas epiteliales, emanada de la superficie del ovario, y que ha adquirido una potencia normal de vegetación.

En detalle la teoría de Waldeyer, que ha recibido la sanción general de los ginecólogos de hoy, consiste en lo siguiente: Nosotros sabemos que en el ovario del embrión se encuentran una gran cantidad de tubos epiteliales, de-

rivados del epitelio germinativo, que tapiza la superficie del mismo. Estos tubos, dichos de Flugger, deben más tarde dividirse y estrangularse para dar nacimiento á los folículos de Graff, que son productos de evolución secundaria. En el recién nacido se encuentran estos tubos, que pueden anormalmente persistir ó formarse por heterocronía en el adulto. Slawjausky, en su comunicación á la Societé d'Anatomie de París, en 1873, da prueba de ello por su observación en una mujer de 30 años. Estos tubos pueden transformarse en quistes antes de la pubertad y encontrarse en el recién nacido con un tamaño de un poroto, para evolucionar paulatinamente después. En consecuencia, se puede decir de los quistes del ovario que no sólo tienen un origen congénito, sino también una data, y que si ellos hacen su aparición recién en la edad púber, es sencillamente porque han quedado estacionarios, por razones desconocidas aún.

Cuando el quiste se forma á expensas de los tubos glandulares de Flugger por obturación de su canal, las células centrales se reemblandecen, se licúan, dando las paredes distendidas de estos tubos, brotes nuevos, que serán más tarde tubos nuevos. El quiste unilocular, que tiene igual origen que todas las variedades, parece ser el último escalafón de esta lenta evolución mórbida.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Los quistes uniloculares del ovario, pueden adquirir un volumen considerable, llegando á veces á llenar el abdomen, (como en nuestro caso). Se han citado casos conteniendo hasta 50 litros, (en nuestra enferma él era de 25). En general de forma redondeada, lisa y regular. Su coloración es blanca azulada, surcada su superficie de gruesas venas.

La configuración interior de estos quistes es bien sencilla. Se encuentra una sola cavidad grande (en nuestra enferma no había rastros de tabicamiento).

Si la denominación de unilocular no es verdaderamente exacta desde el punto de vista anatómico, lo es desde el punto de vista clínico, porque implica una reductibilidad fácil después de la evacuación del contenido, lo que es un carácter esencial de esta variedad de tumor.

Caracteres histológicos de la pared.—La membrana tiene dos capas. La una externa, muy densa, formada por

tejido fibroso pobre en elementos celulares y revestido en su cara externa por un epitelio cúbico diferente del endotelio plano peritoneal. La capa interna muy rica en células y vasos (de color amarillo azafrán) está tapizada de un revestimiento epitelial, encerrando algunas fibras elásticas. Entre estas dos capas existe una otra célulovascular muy aparente en los quistes multiloculares y que en los uniloculares desaparece cerca del pedículo. Los vasos afectan comúnmente una disposición helicinea sobre todo en esta capa mediana. Las venas más voluminosas que las arterias tienen á veces dimensiones enormes. De las arterias, parten capilares que van á ramificarse por debajo del epitelio interno. Estos capilares se renuevan incesantemente, desapareciendo los antiguos, por incrustaciones calcáreas, por transformaciones fibrosas ó por infiltración ateromatosa de sus paredes. En la capa externa, las venas forman una red con toda la apariencia de un seno venoso. Cerca del pedículo, Malassez describe un retículo de naturaleza linfática.

El revestimiento epitelial interno, reposando sobre una capa sub-endotelial, está formado por células cilíndricas, que pueden volverse caliciformes y hasta vibrátiles, según muchos casos citados. Comúnmente formada de una sola capa—puede serlo de varias—irregularizándose entonces la morfología de sus células.

Del revestimiento epitelial interno parten al espesor de la pared, tubos epiteliales simples ó ramificados, que, al

hincharse en sus extremidades, dan la impresión de glándulas tubulosas á epitelio cilíndrico.

Caracteres del contenido.—El líquido que llena la masa quística proviene de la secreción de la degeneración del epitelio, de transudación serosa y de las hemorragias.

Habitualmente de color amarillo citrino, es algunas veces rojo ó negro-chocolate (como en nuestra observación). Su consistencia varía con la naturaleza del epitelio interno.

Es límpido y filante cuando hay células cilíndricas. Viscoso y gelatiniforme cuando está formado por células caliciformes.

Su cantidad está en razón directa con las dimensiones del quiste. Los elementos figurados que se encuentran en él son células epiteliales, leucocitos, hematíes, enormes células de degeneración mucosa, cristales de colestearina y células gigantes multinucleadas y á doble contorno señaladas por Malassez.

Este líquido encierra substancias proteicas, sales, grasas. Es á la presencia de la para-albúmina que debe su consistencia viscosa filante, y algunas veces de tal manera espesa, que da la sensación de una masa semi-sólida.

SINTOMATOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO

La existencia de esta afección queda, á veces, largo tiempo ignorada por no dar ella en su principio ningún síntoma de importancia. Quizá la falta de volumen necesario para comprimir los órganos vecinos en la cavidad pelviana, sea la causa primordial, por no decir única, de esta carencia de manifestaciones exteriores. Pero en concordancia con su evolución progresiva, comienza un día por manifestar su presencia con perturbaciones reflejas que poco características al principio, toman ulteriormente perfiles inequívocos para el diagnóstico. Estos son dolores vagos con sensación de pesantez abdominal, originada por ligeras congestiones y que afectan, á veces, el trayecto de ciertos nervios, como los abdóminogenitales, crural y obturador, pudiendo también asentar en la superficie del mismo tumor, siendo debido entonces, como dice Le Dentu, á ligeras poussées de peritonitis parcial, que no duran largo tiempo y que son el origen de adherencias pa-

rietales y viscerales. Perturbaciones dispépticas que exhíbense bajo la forma de gastralgias, náuseas ó vómitos, agravan la nutrición, de sí tan precaria, contribuyendo al enflaquecimiento. La menstruación es perturbada. Las reglas se suprimen, y á menudo en las mujeres cuyos senos se ingurgitan, como en la preñez, se creen en cinta. Gallard, en su capítulo de «Lecciones clínicas sobre las enfermedades de los ovarios», analizando la influencia de los quistes en la función catamenial, constata estas supresiones y sobre todo la dismenorrea. Bouilly cree que puede ser causa de verdaderas metrorragias, y Terrier cuenta haber visto aparecer á menudo un ecoulement sanguíneo después de la menopausia.

La esterilidad no es consecuencia forzosa de la existencia de un quiste, como se ha dicho muchas veces para asignarle un carácter de síntoma; y si ella á veces se manifiesta, se la debe relacionar á una de esas tantas coincidencias que parecen afirmar lo que en realidad no tiene fundamento, pues las más de las veces la concepción tiene lugar y evoluciona felizmente hasta su término.

Compresiones diversas son bien pronto el resultado del desarrollo del quiste. Con la retención de orina en el reservorio vesical comienzan estos nuevos trastornos del enfermo. Es á consecuencia de su desarrollo progresivo que pueden presentarse la anuria ó la incontinencia de orina. Una constipación tenaz con tenesmo nos avisa que está comprimido el recto. Y cuando ya su volumen adquiere magnitudes exageradas, comienzan por su com-

presión sobre el estómago, los primeros trastornos gástricos que se inician por una pereza funcional de las glándulas secretoras para continuar por vómitos rebeldes las más de las veces. Una disnea que comienza diariamente á acentuar su intensidad, nos manifiesta que esa compresión, que toca progresivamente todos los órganos, impide ahora al diafragma su expansión normal de respiración. Los vasos, generalmente el sistema venoso, es comprimido, y según los trastornos tróficos de sus paredes, nos encontramos en presencia de hemorroides, várices, flegmasía alba dolens. El corazón también sufre por contragolpe esta dificultad funcional del organismo, y Sebileau, en su artículo «El aparato cardio-vascular y los gruesos tumores del abdomen», afirma que ellos pueden ocasionar hasta la asistolia, toda vez que la compresión sea más marcada en el corazón derecho por la insuficiencia pulmonar consecutiva. Cuando estas perturbaciones van invadiendo gradualmente, el enfermo comienza á entrar sigilosamente, si se permite la expresión, en un período francamente caquéctico. Un abultamiento general del abdomen, una desnutrición general y una facie especial que se caracteriza por un afilamiento de la nariz, hundimiento de los ojos y un aspecto de senectud anticipada, y que Spencer Wells la llama facie ovariana, nos avisa que ella se ha asentado con derecho de propiedad á costa indudable de una intoxicación general.

Todos estos trastornos nos da un quiste en su carácter de tumor. Estudiemos ahora los caracteres que le son

propios, que así resaltará la diferenciación que tiene con otras afecciones que en sus manifestaciones clínicas pueden semejarse.

A la inspección, nos encontramos con una asimetría inicial, que evolucionando gradualmente, ocupa totalmente la superficie abdominal. Proemine adelante, es aplastado en los costados, no cambia de forma cuando el enfermo se mueve, y una dilatación de la red venosa abdominal se manifiesta con edema de la pared. La palpación nos permite comprobar la regularidad de su contorno, la lisura de su pared y la prolongación de su cuerpo en el area de la pelvis, pudiendo á veces hacernos percibir una especie de crepitación, que es un signo de importancia para su extirpación; por cuanto indica faltas de adherencias ó adherencias laxas fáciles de romper. La mensura, practicada sistemáticamente, tiene también su importancia para el diagnóstico; pues un crecimiento rápidamente progresivo, nos haría sospechar inmediatamente de su existencia. La percusión, nos da también una enseñanza de valor. Efectivamente teniendo el quiste la particularidad de aplicarse inmediatamente sobre la pared abdominal, sería excepcional que no nos diera en toda su extensión, una matitez absoluta ó convexidad superior. Es por ella también que nos damos cuenta de la fluctuación que se observa casi constantemente en esta clase de quistes, salvo en los casos de una tensión mayor, que oculta sus manifestaciones exteriores. La punción exploradora puede también ayudarnos á corroborar los datos de las manifestaciones clí-

nicas (contra-indicada por muchos autores por los peligros que aporta). El carácter del líquido contenido, siruposo, de densidad superior á 1010 á 1015, á menudo coloreado, conteniendo albúmina y que tiene la propiedad de reproducirse inmediatamente después de su extracción, son preciosos datos para precisar relativamente su variedad anatómica.

Y por fin el tacto vaginal asociado á la palpación abdominal nos revela los caracteres siguientes: Útero de volumen normal. Cavidad no agrandada. Está desviado al costado del tumor, y ordinariamente dirigido atrás. Los movimientos dados al tumor no son trasmitidos sinó indirectamente al cuello uterino.

Desgraciadamente y á pesar de los muchos factores que le parecen propio, no es siempre posible identificar esta afección. Hay muchas enfermedades con quienes puede confundirse y es por ello que trataremos dentro de lo posible, de pretender diferenciarlo.

Comenzaremos con la *ascitis*, que tantas veces ha ocultado su existencia, quizás porque muchos de ellos la han producido, según unos por una irritación peritoneal y según otros por vegetaciones existentes en la superficie del ovario (Quénu).

En la ascitis, cuando el enfermo está extendido sobre el dorso, la región umbilical se deprime, los flancos se ensanchan (vientre de batracio). Cuando está de pie, el líquido se acumula en la parte inferior dando la sensación de hundimiento del abdomen, en la cavidad pelviana. La

sonoridad y matitez es movible, estando siempre á juego de un movimiento dado, lo que no sucede con el quiste que siempre es fijo; matitez al centro, sonoridad en los bordes. La confusión se hace posible cuando por la tensión del líquido, mayor de lo normal que coincida con un paquete intestinal retenido atrás y una brevedad del mesenterio, nos diera una matitez de relativa fijeza central. Así explica Tillaux la posibilidad de este error.

(1) Más fácil es confundir un quiste unilocular con uno del para-ovario que generalmente es también unilocular; pero aqui una punción nos salvará de su desconocimiento. Efectivamente, mientras que el contenido de un quiste de ovario se regenera inmediatamente después de una punción, el del para-ovario tarda mucho ó no se regenera. Además el líquido de los quistes de para-ovario, es más acuoso, más límpido y de una densidad menor, que el de los quistes uniloculares de ovario y no contienen albúmina.

Una preñez avanzada puede ser tomada por un quiste mediano, si bien es fácil diagnosticarla cuando es normal y feto vivo, no lo es cuando hay ausencia de movimientos activos, ruidos del corazón, á causa de muerte y maceración del feto; y solo los conmemorativos y la existencia de una fluxión mamaria, pueden llevarnos por el buen camino del diagnóstico. Y si esta complicación es real, lo es más cuando la preñez se complica de hydramnios, por-

(1) Estos datos referentes á la punción, los damos como ilustrativos, pero no la aconsejamos.

que la existencia de fluctuación hace más posible un error.

Tillaux indica como patonógmico del hydramnios, la existencia de un tumor con alternativas de durezas y de ablandamiento sobre una parte ó sobre la totalidad de su masa en un útero grande. Y más difícil todavía se hace un diagnóstico en una coexistencia de quiste y de preñez; pues si bien es imposible de equivocación cuando la preñez está por delante del quiste, lo es muy fácil cuando el orden de colocación mórbida es al reves, dado que todas las manifestaciones físicas de la primera son ocultadas por el volumen del quiste.

Solo los signos fisiológicos y su evolución nos haría sospechar de su existencia.

DIAGNÓSTICO CON LOS FIBROMAS UTERINOS

Entre los fibromas del útero, los unos intersticiales, mucosos y cavitarios, pueden coexistir con estos tumores pelvianos. Estos se distinguen de los quistes uniloculares por su desarrollo menos rápido, por su superficie *bosselée*, por su consistencia más dura, por su tendencia á provocar metrorragias más que amenorreas, por el agrandamiento de la cavidad uterina, en fin, por una alteración menos ligera de la salud general.

Pero sus dos signos más importantes son la ausencia de fluctuación y su contigüidad con el útero, pudiendo aun mismo engañarnos; pues de una parte fibromas blandos

infiltrados de líquido, suministran por espacio una sensación neta de fluctuación; de otra parte un fibroma puede moverse independientemente del útero si su pedículo es largo y delgado. Puede también no ser móvil si está envuelto de adherencias ó enclavado en la pequeña pelvis. Por el contrario, el quiste de ovario puede encontrarse contiguo y adherente al útero, al punto de parecer hacer cuerpo con él. En estos casos dudosos, es la punción exploradora que zanjará la cuestión.

DIAGNÓSTICO CON UN TUMOR FIBRO-QUÍSTICO DEL ÚTERO

Es muy difícil á veces hacer una distinción entre un quiste de ovario y un fibroma-quístico.

El signo, el más cierto de fibroma, es su contigüidad con el útero. Un tacto combinado con una palpación atenta, permite reconocer bajo formas de cordones sinuosos, vasos voluminosos que surcan su superficie y que faltan generalmente en el quiste.

En suma, este diagnóstico no es á menudo más que sospechado. Y para Tillaux éste no es sino de importancia teórica, puesto que el tratamiento es más ó menos el mismo.

DIAGNÓSTICO CON UNA PREÑEZ EXTRA-UTERINA

Mientras el feto está vivo es fácil distinguir un quiste de un embarazo extra-uterino; pero cuando él es muerto, y no ofrece más á la palpación las sensaciones que le son

características, el diagnóstico se hace difícil, mucho más si se tiene en cuenta que el útero en los dos casos es móvil é independiente del tumor. Sólo los conmemorativos de un embarazo manifiestamente constatado al principio, con hemorragias uterinas irregulares, expulsión de una caduca, existencia de un falso trabajo y una ingurgitación mamaria, podrían descubrir su existencia. Pinard ha señalado una particularidad anatómica que puede ayudar al diagnóstico de estos tumores fetales. Esta consiste en la presencia demasiada frecuente de una ansa intestinal que cruza transversalmente á guisa de corbata, la cara anterior del tumor, y que la percusión nos daría una zona de sonoridad.

DIAGNÓSTICO CON UNA PERITONITIS ENQUISTADA

Una colección líquida, enquistada del peritoneo, sea ésta constituída por focos ó por la transformación serosa del contenido de un hematocele antiguo, puede presentar signos físicos análogos á los de un quiste de ovario. El diagnóstico reposará entonces sobre la noción precisa de su comienzo. El quiste se desarrolla lentamente y sin dolor, Lo contrario sucede en una peritonitis:

DIAGNÓSTICO DE LAS ADHERENCIAS Y DE LAS COMPLICACIONES

No basta haber distinguido un quiste de ovario de otros tumores del abdomen. Es necesario completar esto

con algo que es de capital importancia para la intervención, es decir, reconocer si el quiste está libre ó presenta adherencia. Si el quiste observado de perfil, se desplaza de arriba á abajo en los movimientos respiratorios. Si la mano aplicada sobre el vientre, percibe un ruído de crepitación. Si sobre todo se constata una capa de líquido ascítico en la superficie del tumor, todo eso nos indica la ausencia ó la laxitud de las adherencias. En sumo, todos estos sígnos no constituyen más que presunciones; pues aquí, como en casos de otra naturaleza, la laparotomía reserva á menudo sorpresas.

Complicaciones.—Es bueno de estar prevenido de las complicaciones que pueden accidentar la evolución de un quiste. Estas son: La inflamación de la superficie interna del quiste, pudiendo llegar hasta la supuración. La ruptura sea en la vejiga ó en el intestino (borramiento súbito del vientre que es momentánea; pues vuelve á ser proeminente cuando el quiste se llena de nuevo. En fin, el accidente más serio es la torsión del pedículo. Si la torsión es lenta, poco acentuada, se produce dolor, vómitos pero la circulación se restablece en apariencias. Si la torsión comprime las venas sin suspender el aflujo de sangre arterial, puede resultar una hemorragia interna mortal por exceso de presión sangínea. Si la torsión es brusca y completa al punto de interceptar toda circulación en el quiste y si una circulación suplementaria no puede establecerse á tiempo por intermedio de adherencias, la necrosis sobreviene, con los resultados consi-

guientes. De ello se desprende, que toda vez que la torsión del pedículo llegue á ser diagnosticada, la ovariotomia de urgencia se impone

TRATAMIENTO

Tratamiento médico en la verdadera acepción de la palabra no existe en realidad, pues cuantas veces él ha sido aplicado, ha sido otras tantas para responsabilizarse de la muerte de muchas enfermas.

La punción abdominal ha sido empleada como paliativo antes de la vulgarización de la ovariotomía. Dice Pozzi que ella puede llevarse á cabo en caso de compresión excesiva ó cuando sea el tumor inoperable. La punción se hará entonces de preferencia en la línea blanca ó en la fosa ilíaca donde se haya reconocido la existencia de una matitez absoluta. Algunos autores más escrupulosos la han reservado para los quistes uni-loculares y de paraovario solamente, seguramente por algunos casos de curas definitivas; pero otros más escrupulosos aún, en vista de que generalmente recidivan, la han abandonado absolutamente.

La punción por la vagina, cuando el tumor es accesible

por esta vía, es peligrosa por la infección consiguiente. Tavignot recomienda la punción por el recto, detestable para Pozzi. Las inyecciones de yodo aconsejadas por Boinet en 1852, y que tantos partidarios tuvo en su tiempo, se la ha relegado al olvido.

El drenaje después de la punción ó incisión de los quistes extirpables, no debe usarse, reservándolo únicamente para los casos en que hayan quedado restos de membranas que no hubieran podido excluirse.

Pero ahora la operación de elección por lo irreemplazable es la ovariotomía. Ephraim Mac Dowel (de Kentucky), alumno de John Bell, de Edimburgo, la practica la primera vez en 1809. L'Astlee la vulgarizó en Washington en 1841 despues de 246 operaciones de esa índole, instalándose definitivamente en América en 1863 (Peaslee). En Inglaterra, Lizars la practica por vez primera, y Spencer Wells se encarga de expandirla. En Alemania, Chrysmann hace la primer tentativa desgraciada en 1823, entrando varios años después en la práctica corriente con los éxitos de Waldeyer, Hegar y otros. Por fin, en Francia, Baycikausky Quingey, en 1844, hace la primera ovariotomía, siendo Koeberle y Pean los encargados de catalogarlas entre las intervenciones de resultados positivos. En definitiva, la ovariotomía ha pasado por tres faces: la de incertidumbre, de origen esencialmente americano; la de especialización excesiva, y, por último, la de vulgarización bajo la potente acción de la antisepsia.

Dejando á un lado las indicacionos de ella, puesto que

ya las hemos citado anteriormente, pasemos á describir su técnica.

Hecha la antisepsia de la pared abdominal, por un lavaje de agua y jabón el día anterior y dos capas de tintura de yodo momentos antes de la intervención, se procede á la anestesia, que puede hacerse al cloroformo ó al éter, y en los casos que éstos no puedan usarse por estar contraindicada su aplicación, la anestesia local con cocaína puede suplantarla con éxito. Efectivamente, hemos observado un enorme quiste multilocular operado en el Servicio de la sala IV del Hospital Alvear por el doctor Valdés con toda felicidad.

Incisión de la pared.—Es preferible en los quistes grandes, hacer una laparotomía mediana infra-umbilical (10 cm.) que puede prolongarse, cuando se haga necesario.

En los quistes medianos se pueden hacer incisiones transversales como la de Pfannenstiel que al mismo tiempo secciona la aponeurosis superficial transversalmente como la piel, y luego separa verticalmente los músculos rectos para llegar al peritoneo.

La incisión de Rapin-Kustner llamada transversal estética, tiene la ventaja de ocultar la herida en la región pilosa del pubis. La aponeurosis es incindida verticalmente. El inconveniente que tiene es su poca extension por las dificultades operatorias que aporta.

La incisión transversal de Bardenheuer, corta todos los planos aponeuróticos y musculares, con el objeto de

evitar todas las eventraciones que suceden á las laparotomias verticales.

Nosotros damos preferencia á la incisión vertical mediana. Incindidos los planos aponeuróticos y musculares, llegamos á la fasia transversalis y á la grasa sub-peritoneal y al peritoneo, que se incinde en la parte más alta. Se agranda esta á tijera, teniendo cuidado en la parte inferior de no herir la vejiga, por lo que es conveniente hacer sondar la enferma antes de la operación.

2º tiempo. *Desprendimiento de las adherencias.*—La mano derecha introducida á plano sobre la superficie del quiste, despega poco á poco las adherencias que presenta este con la pared abdominal.

Las adherencias del epiplón son rotas de igual manera, poniendo pinzas ó ligaduras, en los vasos que sangren. Si estas fueran muy grandes, se cortan entre dos ligaduras. Las adherencias intestinales hay que desprenderlas sobre el quiste y lentamente. Si el intestino diera hemorragia, se ponen unos puntos de sutura, si es limitada. Si es muy grande esta, se busca de pararla por una compresión.

Si la separación parece peligrosa, es preferible renunciar á desprenderlo y dejar una delgada capa de pared quística, la cual se destruye á termo-cauterio para abatir las células epiteliales que generalmente proliferan. Para destruir las adherencias pelvianas, si el quiste es muy grande, es necesario evacuar primeramente al líquido para permitir la introducción de la mano; procediéndose lue-

go de la misma manera que para el epiplón. Si estas fueran imposibles de destruir, habría que hacer una operación parcial, dejando un drenaje (marsupialización). La evacuación del quiste, puede hacerse á bisturí; pero expone á ensuciar la herida por el chorro del líquido que ha perdido su fuerza. El trócart es preferible. Nosotros usábamos el de fabricación Collin.

3.er tiempo. *Extraccion del quiste y ligadura de su pedículo.*—Se retira el trócart y se coloca una pinza en el punto de su introducción. Se enuclea el quiste, hacia afuera todo lo posible, hasta poner en descubierto el pedículo. el cual se toma entre dos clamps y se secciona este, asegurada como está la hemostasia. Luego se procede á la ligadura del pedículo ya sea por transfixión ó con un solo hilo si es muy delgado, pudiendo cauterizar después. Se examina el ovario opuesto y por poco que parezca sospechoso, si la mujer está en la menopausia, se termina con una histerectomía. Si es joven, se hace una resección parcial del punto sospechoso, hecho lo cual se procede á la peritonización.

4º *Peritonizacion y cierre de la pared.*—El cierre de la pared lo hacemos generalmente en tres planos: Peritoneo: sutura contínua. Musculo aponeurótico: puntos separados. Piel: puntos separados. Algunos cirujanos, la hacen en masa; pero el resultado es el mismo.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Dolores V,, 38 años, casada, española, cocinera, ingresa á la Sala IV del Hospital Alvear, el 21 de Enero de 1913.

Antecedentes hereditarios,—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Varicela en la infancia. Regló por primera vez á los 20 años, en España, cantidad abundante, de cinco días de duración, indoloras y regulares.

Contrajo sus primeras relaciones sexuales á los 36 años, Tuvo un hijo en Febrero de 1912, á término. Puerperio normal, apirético. Después del parto, sus menstruaciones se reanudan, periódicas y normales, No ha tenido aborto ni flujos. Hay antecedentes alcohólicos.

Enfermedad actual.—Hacen tres años comenzó á sentir molestias (picazón) del lado izquierdo del vientre, acompañado de un aumento de volumen, especialmente del lado iniciado, que fué progresando é invadiendo la totalidad

del abdomen. Fué en estas condiciones que embarazóse, llavando á buen término su único parto.

Dice no haber padecido desarreglos digestivos, respiratorios ni urinarios, en el transcurso de su enfermedad. Sólo su locomoción estaba relativamente perturbada; pues su vientre, que paulatinamente aumentaba de volumen, le impedía la marcha, por lo cual se decide hacerse ver con un faultativo, que le aconseja su ingreso á un hospital.

Estado actual.—Facie caquética, que hacía recordar la clásica ovariana de Spencer-Wells. A pesar de su edad, muestra huellas de muchos años. Vista apagada. Piel de color bronceado. Hay un excesivo desarrollo piloso en la frente, mentón y labio superior (hipertricosis por hipofuncionamiento ovariano).

Reflejos tendinosos y cutáneos normales.

Sensibilidad sensorial y sensitiva, íd.

Tórax.—Desarrollo normal. A la inspección se ven latidos en los cuatro primeros espacios intercostales izquierdos, desde el esternón hasta la línea mamilar. Red venosa muy desarrollada, 22 respiraciones por minuto. Ambos pulmones por detrás, sonoridad exagerada desde el vértice hasta la espina del omóplato, donde comienza una submatitez que va acentuándose hasta trocarse en absoluta, en la base.

Vibraciones ligeramente aumentadas, desde el vértice hasta dos traveses de dedo por debajo de la espina, para abolirse de aquí hasta la base. Murmullo vesicular, in-

tenso arriba. No se oyen abajo. En la base izquierda rales finos esparcidos.

Corazón.—Choque difuso de la punta, que se extiende desde el 1.° hasta el 4.° espacio intercostal en la línea mamilar. Frémito á la palpación. A la auscultación se oye un soplo intenso en la punta, que ocupa el primer silencio, rasposo. No hay propagación hacia la axila.

Foco triscupideo, 2.° tono intenso. No hay soplo.

Foco pulmonar y aórtico, normales.

Pulso, igual, regular, buena tensión, late 85 veces por minuto.

Abdomen.—Enorme abultamiento que comienza á la altura del apéndice xifóideo y se extiende hacia abajo, exagerando desmesuradamente los pliegues inguino-crural. La convexidad del abultamiento es más exagerada del lado izquierdo que del derecho. Red venosa ingurgitada. Las medidas abdominales son las siguientes: por arriba del ombligo 1,21; por abajo, 1,24. Altura del apéndice xifóideo al pubis, = 73 cm.; de la mama al pubis, = 84 cm.

Por la palpación se notan unas durezas lobulares en casi toda su extensión. Hay una zona dolorosa en la región del hipocondrio izquierdo. La percusión declara una zona mate, que llega en la parte media á unos traveses de dedos por debajo del apéndice xifoideo, descendiendo hacia las partes laterales, representando en su totalidad una curva á convexidad superior. En el hipocondrio derecho se percute el hígado rechazado hacia arriba. Su bor-

de superior en el tercer espacio intercostal y el inferior, un dedo por arriba del reborde costal, separado de la curva de matitez inferior por una franja de sonoridad timpánica.

En el hipocondrio izquierdo, se percute en la zona del tumor, una matitez absoluta y resistente al dedo, inmediatamente por debajo de los tegumentos, de forma irregular, asemejándose á la de un bazo.

La percusión combinada con la palpación hace sentir fácilmente la fluctuación. La zona de matitez abdominal no se desplaza con los movimientos imprimidos á la enferma, ni con los cambios de posición.

El tacto combinado con la palpación nos hace sentir el cuello del útero grande, un poco entreabierto, blando. El cuerpo ligeramente aumentado de volumen, en anteversión é inmóvil, y el todo, rechazado con respecto al eje pelviano, al costado derecho. El fondo de saco lateral izquierdo y el de Douglas, ocupado por un tumor liso, redondeado, con consistencia elástica y que no se desplaza; pero los movimientos comunicados por el dedo vaginal son recibidos por la mano abdominal, como una sensación de líquido en una cavidad cerrada. El fondo de saco lateral derecho está ocupado por el útero.

Orinas.—Albuminuria, cantidad regular. No fué dosada. Restos sin importancia.

Operación.—Hecho el diagnóstico de quiste unilocular del ovario izquierdo, se decide á practicar una laparotomía, la cual se lleva á cabo el 29 de Enero de 1913.

Previa anestesia clorofórmica se hace una amplia incisión infra-umbilical mediana, que debida al tamaño del tumor hay que prolongarla por arriba del ombligo, dos traveses de dedos.

A la abertura del vientre, se cae sobre un tumor liso, que ocupa toda la cavidad abdominal. Se desprenden las adherencias que presenta con la pared, intestinos y epiplón y en la parte superior de la zona que se percutía mate, hay grandes adherencias con el estómago, gran curvadura y cara anterior.

Debido á su gran tamaño, no pudiéndose sacar entero, se practica una punción con el trócar para quiste de fabricación Collin y se evacúa en varias veces, una gran cantidad de líquido color chocolate, hecho lo cual se desprende el resto de las adherencias posteriores. Se liga el pedículo útero-ovariano y se extirpa la pared quística. Encontrando el útero grande y reblandecido se termina con una histerectomía sub-total.

Peritonización de la cavidad abdominal. Sutura de los planos musculares. Sutura de la piel y drenaje con gasa simple.

El quiste estaba formado á expensas del ovario derecho torcido sobre su pedículo, ocupando el lado izquierdo del abdomen, lo que explica nuestro error de diagnóstico al hacerlo del ovario izquierdo. El útero ocupaba como nosotros lo habíamos determinado por el tacto, el lado derecho, desplazado completamente del eje pelviano. Su borde izquierdo y el anexo del mismo lado ocupaban la cara

anterior, hecho girar en báscula, por la tracción del tumor, que llevaba el borde posterior hacia atrás y á la izquierda. La trompa se encontraba adherida al quiste en la parte del pedículo y paralelo á ella corría el ligamento ovariano.

La cantidad de líquido que contenía el quiste era de 25 litros (color chocolate). La membrana de envoltura tenía el espesor de un centímetro en casi toda su totalidad pesando 800 gramos, surcadas de enormes venas, algunas de las cuales tenían el tamaño de la femoral. En el útero existía un feto de cuatro meses, muerto y macerado.

Después de la operación.—La enferma mejora rápidamente después de su intervención. A los 15 días se levanta y camina perfectamente. Tratándose de una enferma venida de la campaña quédase unos días en la sala, en espera de sus parientes y en el transcurso de este tiemp (1.º de Marzo), pide que se la examine por que la pierna izquierda le ha aumentado de volumen, haciéndose sumamente pesada y dolorosa. Examinada la paciente, encontramos efectivamente el miembro izquierdo de mayor volumen que el derecho, doloroso, sobre todo en el trayecto de los vasos femorafes, con señales de edemas (godet).

Examinando su abdomen, nos sorprende el aumento de volumen de éste; que después de la intervención había quedado, como lo compara S. Pozzi como un pez, al cual se le hubieran sacado las vísceras.

A la palpación se observan unas masas irreglares que

ocupan la antigua región del quiste. Al nivel del estómago, estas masas son sumamente grandes, lo que indica que el punto probable de su iniciación se encuentra al nivel de éste, resultado talvez de una reinoculación por esos restos de membranas, que como dijimos anteriormente, quedaran adheridas.

Al quinto día de estos fenómenos, se observa en la cicatriz al nivel del ombligo, un punto que se pone duro é indoloro, adquiriendo el aspecto de un origen maligno.

Al mismo tiempo, el estado de la enferma, se halla sumamente malo. Es entonces que se hace el diagnóstico de generalización maligna con una flebitis del mismo origen.

La enferma fallece de esta recidiva el 23 de Marzo es decir cerca de los dos meses, después de la intervención.

Autopsia.—En la cicatriz operatoria al nivel del ombligo se encuentra un nódulo de aspecto neoplásico, en el centro del cual había un líquido, color chocolate, mezcla de pus y sangre. La abertura del abdomen dá salida á un líquido amarillo verdoso, abundante. Peritoneo parietal sumamente espesado, con gran cantidad de nódulo de apariencia neoplásica, y numerosas adherencias con las ansas intestinales. En el punto correspondiente á la histerectomía, la herida de peritonización, completamente cicatrizada. No hay pus ni serosidad. Sin embargo existe à su nivel, uno que otro nódulo de los antes citados. El estómago presenta adherencias fibrosas con el colon transverso que está dilatado.

El hígado, tamaño normal, color verdoso, separada su

cara superior del diafragma por una cantidad de líquido contenido dentro de una gruesa membrana de color blanca, nacarado. Este líquido se encontraba en una cantidad de 300 gramos, color amarillo verdoso, (peritonitis localizada?) Al corte el parenquima hepático, aparece congestionado, y presenta algunos nódulos, blancos, duros, y que no dan salida á ningún líquido.

Vesícula biliar, atrofiada, fibrosa, conteniendo un líquido color pardo. Canales biliares libres. En el hipocondrio izquierdo, se encuentra una masa, color blanco grisaceo, que presenta adherencias con el peritoneo parietal, rechazando el bazo hacia arriba y afuera, y no adhiriéndose á él. Esta masa, de tamaño de un puño, de forma oblongada, presenta al corte un aspecto lardaceo, color blanco, con algunos puntos hemorrágicos. Pancrea y bazo, normal. Riñones pequeños, duros, su cápsula se desprende con suma dificultad. Al corte se nota, lesiones de una nefritis intersticial. Corazón, normal. Pulmones, lóbulos inferiores, atelectesiados y congestionados, el resto normal.

Examen histo-patológico. — Este examen, practicado amablemente por el Dr. Carlos Spada (hijo), nos hace observar en los diferentes cortes de la membrana quística, muy pequeñas cavidades secundarias, no visibles macroscópicamente, luego sin importancia con relación á la cavidad principal, por lo cual la denominación de quiste unilocular debe conservarse. La membrana estaba formada por bandas de tejido conjuntivo, denso y fibrilar. Más hacia la cavidad se encuentran numerosos vasos en un te-

jido conjuntivo laxo. La parte interna de la cavidad principal es tapizada por una capa única de células epiteliales, reposando sobre una membrana basal, perfectamente visible. Lo que nos llama la atención es el polimorfismo celular que se observa en la cavidad principal como en las pequeñas cavidades quísticas, en las cuales se repite la misma disposición de tejido observada para la primera. Estas células son especialmente cilíndricas, con núcleo en la base. En algunos puntos de la membrana, lisa macroscópicamente, el examen histológico deja ver tubos de células epiteliales que traducen la tendencia prolífera de este epitelio. En la pared externa del quiste se observa una capa de tejido epitelial, que en algunos cortes no existen, probablemente porque ha quedado adherida á los órganos vecinos al practicar la extirpación del tumor.

El examen histológico de la masa que encontramos en el hipocondrio izquierdo en la autopsia, nos muestra una degeneración epiteliomatosa, á células cilíndricas. Efectivamente, en medio de un estroma fibroso, encontramos tubos de células cilíndricas, en forma de dedo de guante; además de estas agrupaciones, encontramos células cancerosas, diseminadas en dicho estroma. Esta disposición se repite en los cortes de los nódulos, que hemos encontrado en el hígado, peritoneo, etc., lo que nos hace pensar en una carcinomatosis difusa, cuyo origen está probablemente en los restos epiteliales que quedaran adheridos al peritoneo. Esto al mismo tiempo nos explica la evolución tan rápida de la generalización.

CONCLUSIONES

Todo quiste del ovario, sea unilocular ó de cualquier naturaleza debe ser extirpado, inmediatamente después de haber sido reconocido.

El pronóstico debe ser reservado en cualquier caso, porque la benignidad no es cierta siempre, como lo demuestra nuestra observación.

Buenos Aires, Mayo 31 de 1913

Nómbrase al señor Consejero Dr. Eliseo Cantón, al profesor extraordinario Dr. José F. Molinari y al profesor suplente Dr. Jaime Salvador, para que constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

EDUARDO OBEJERO

J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Junio 11 de 1913

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2683 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gabastou
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Diagnóstico en un caso de quiste del ovario y embarazo.

E. Cantón.

II

Diagnóstico de la degeneración maligna.

José F. Molinari.

III

Metástasis por infestación operatoria.

Jaime Salvador.