



N.º 3235

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Mix. B. 30.7

QUISTES PAPILÍFEROS DEL OVARIO

(EVOLUCIÓN, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO)

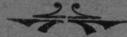
TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

DAVID BERDEAL AVILA

Ex-practicante «ad honorem» y rentado del Instituto Jenner (1910-11-12)
Ex-practicante externo del Hospital Español (1912)
Ex-practicante menor por concurso de la Asistencia Pública, Casa Central (1914)
Ex-practicante externo del Hospital San Roque (1914)
Ex-practicante menor interno por concurso del Hospital San Roque (1915)
Ex-practicante mayor interno por concurso del Hospital San Roque (1916)
Ex-ayudante del Laboratorio de Toxicología Experimental de la Facultad de Ciencias Médicas (1915-16)



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

2254 — Córdoba — 2254

1917

QUISTES PAPILÍFEROS DEL OVARIO

(EVOLUCION, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

QUISTES PAPILÍFEROS DEL OVARIO

(EVOLUCIÓN, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO)

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

DAVID BERDEAL AVILA

Ex-practicante «ad honorem» y rentado del Instituto Jenner (1910-11-12)
Ex-practicante externo del Hospital Español (1912)
Ex-practicante menor por concurso de la Asistencia Pública, Casa Central (1914)
Ex-practicante externo del Hospital San Roque (1914)
Ex-practicante menor interno por concurso del Hospital San Roque (1915)
Ex-practicante mayor interno por concurso del Hospital San Roque (1916)
Ex-ayudante del Laboratorio de Toxicología Experimental de la Facultad de Ciencias Médicas (1915-16)



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
2254 — Córdoba — 2254

1917



*Mi
B
30-7*

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

(Artículo 162 del R. de la F.)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

Vice-Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Miembros titulares

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

Secretario general

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

Secretario anual

Vacante.



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros honorarios

1. DR. D. TELÉMAGO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

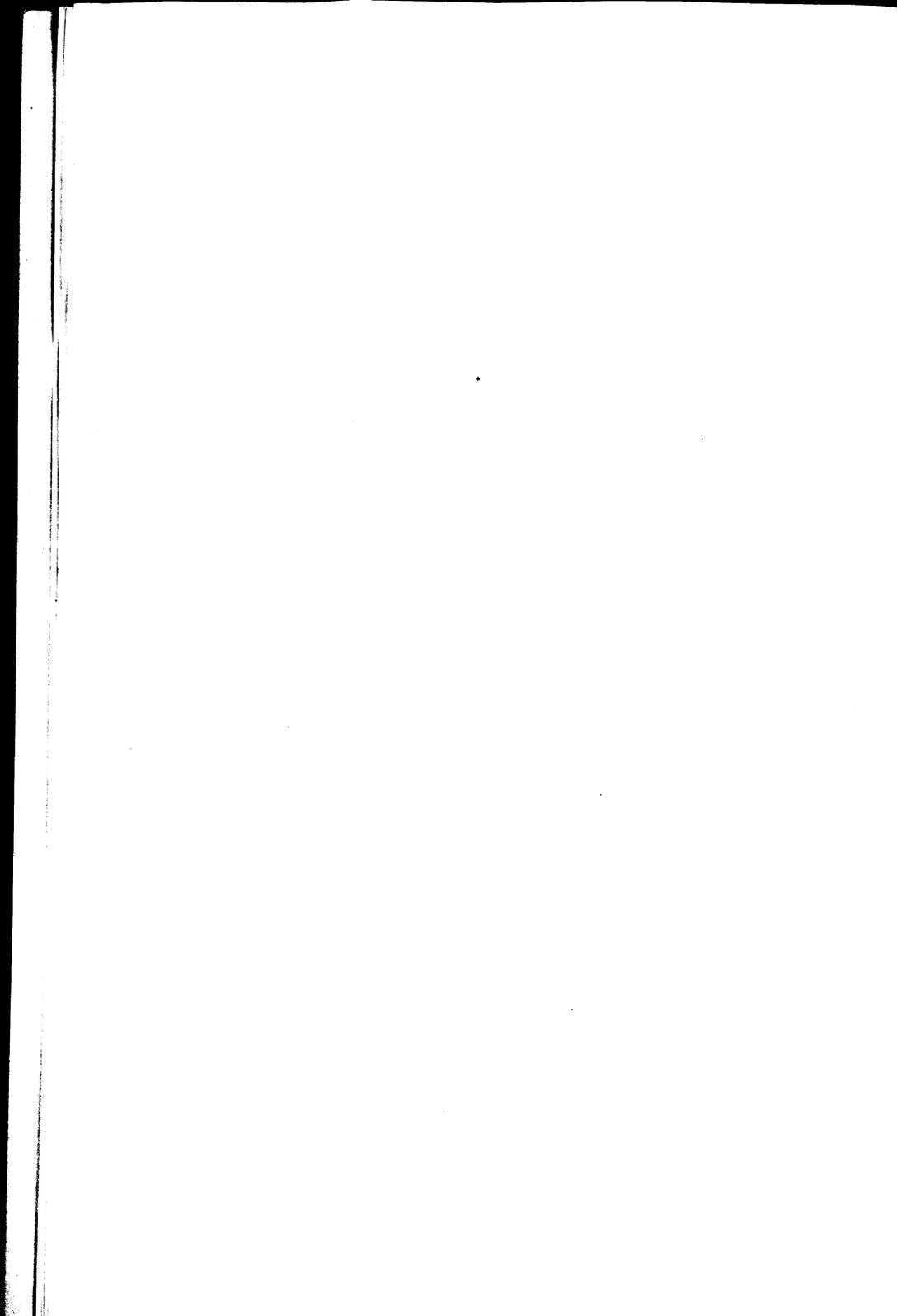
DR. D. CARLOS MALBRÁN

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARCE
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » DANIEL J. CRANWELL
» » CARLOS MALBRÁN
» » JOSÉ F. MOLINARI
» » MIGUEL PIGGARI
» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)
» » FANOR VELARDE
» » MARCELO VIÑAS
» » IGNACIO ALLENDE
» » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA
» » JUAN A. GABASTOU



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

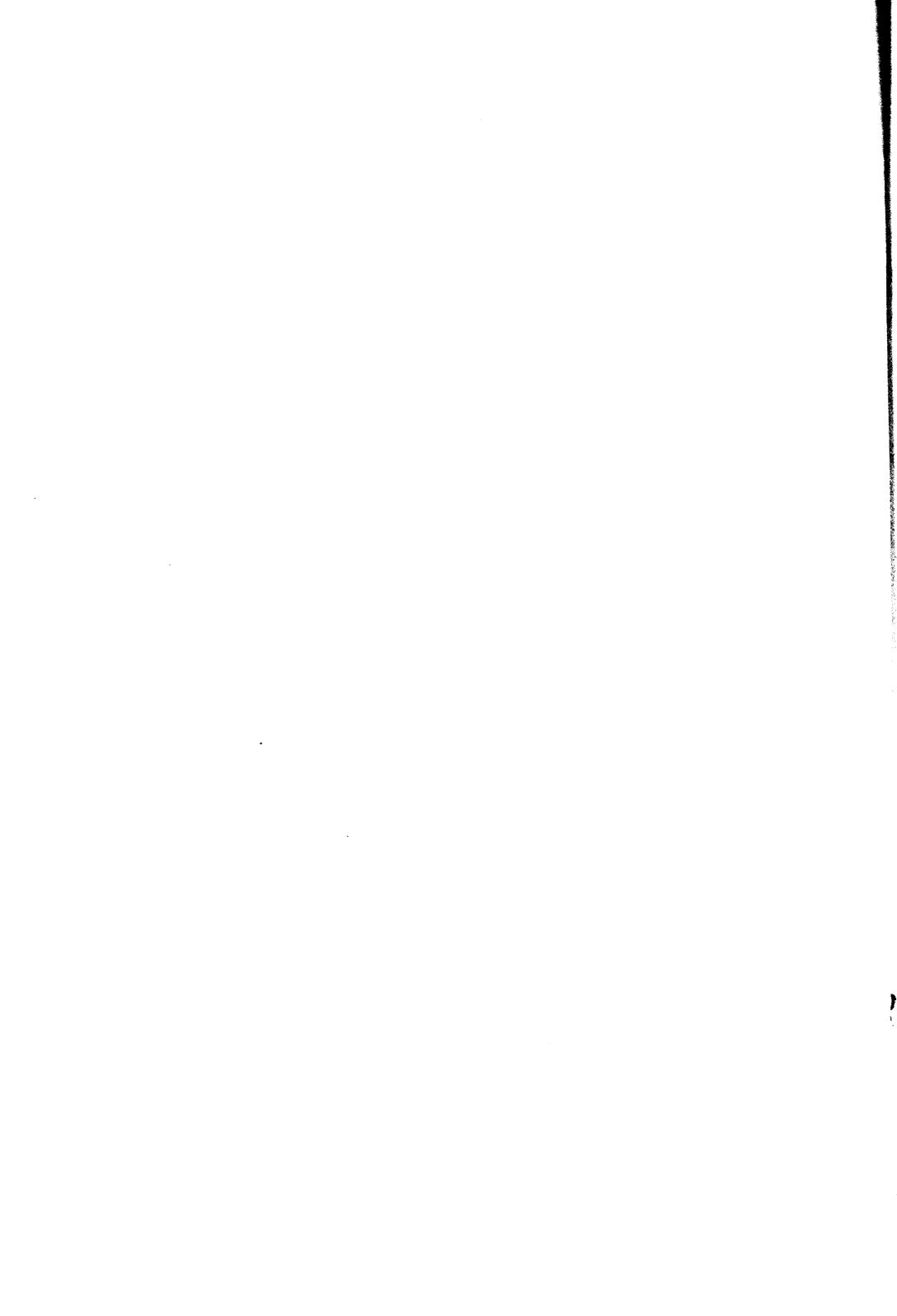
» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEYGA

» ELISEO CANTÓN

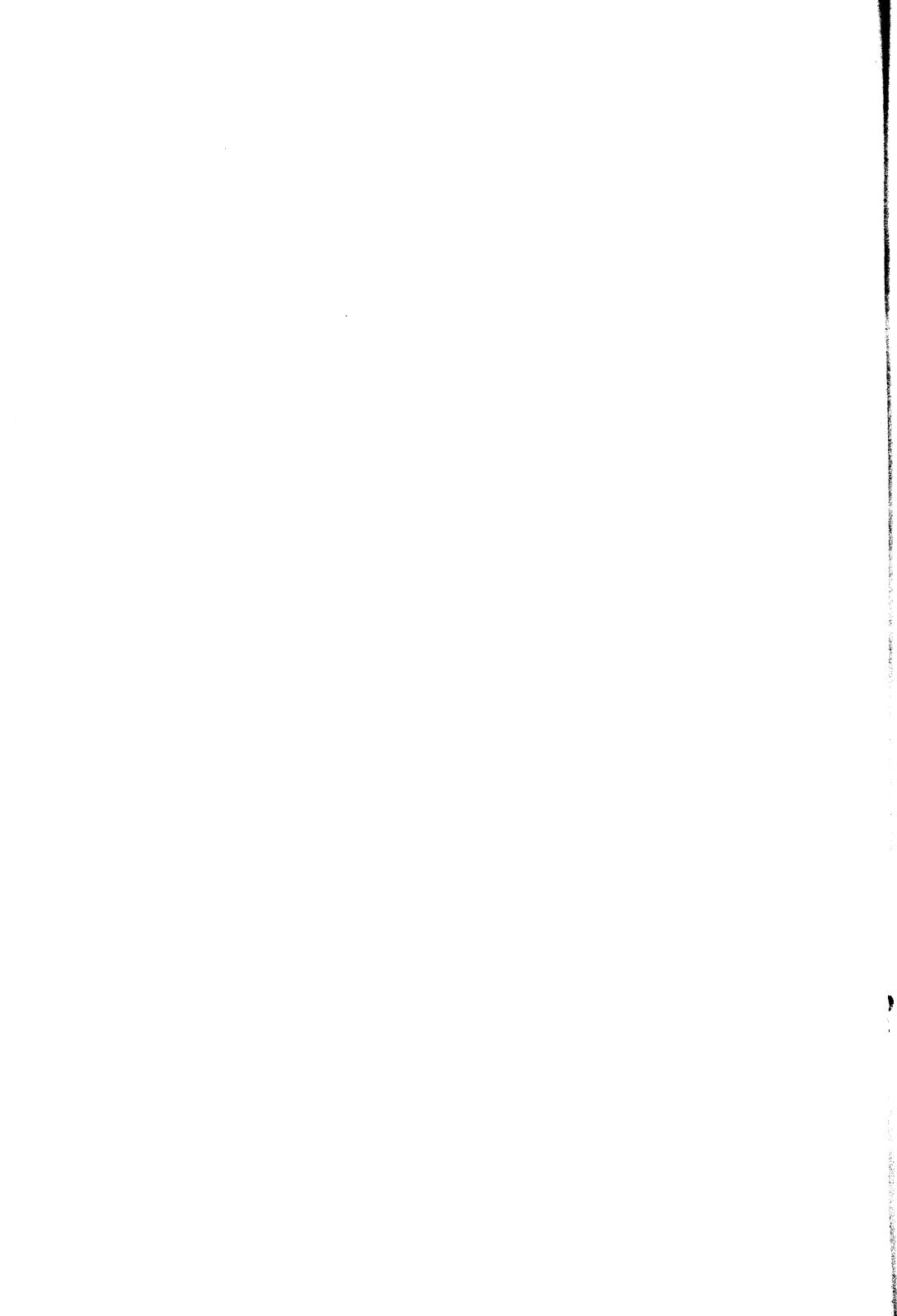
» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

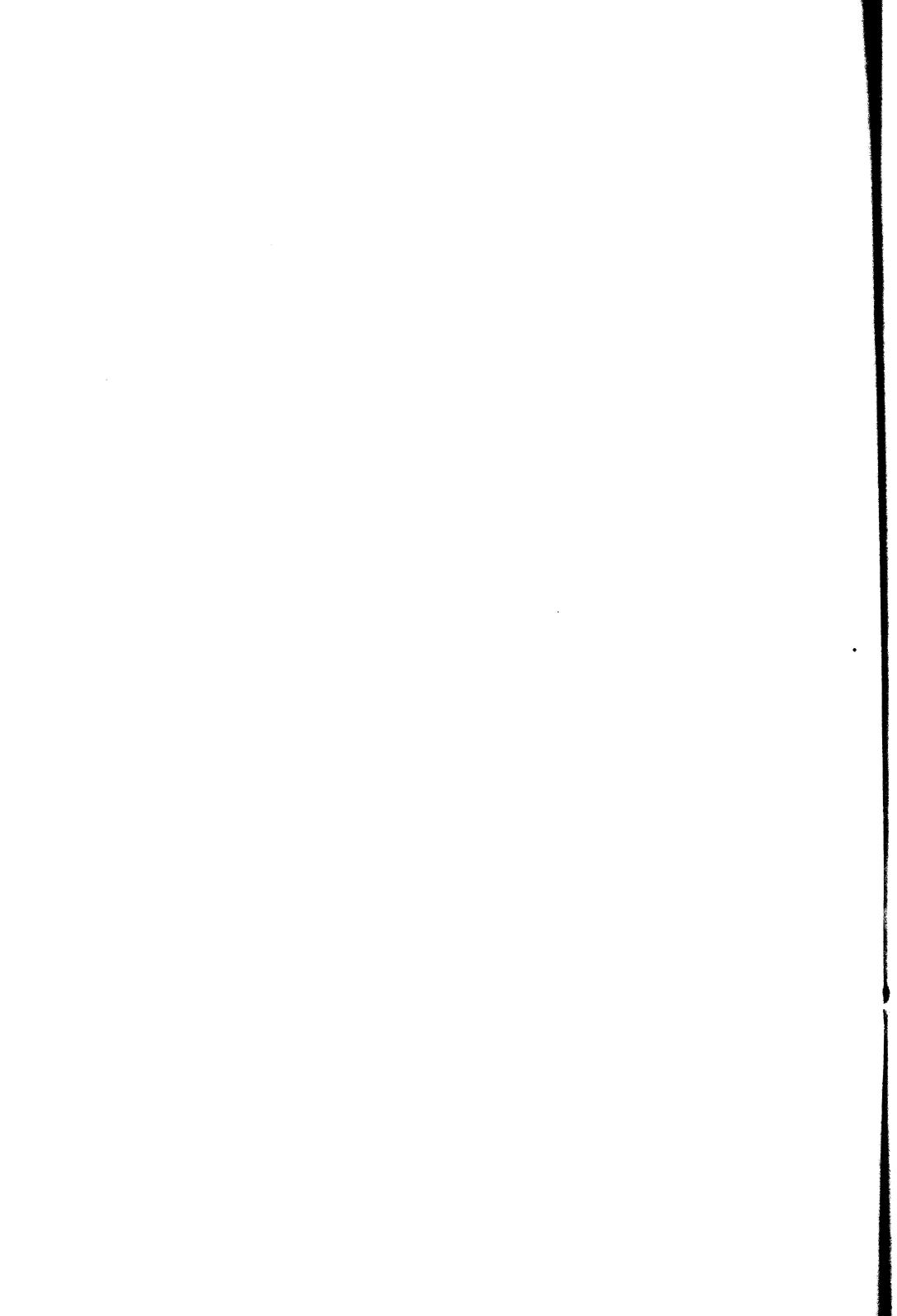
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General 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 Terapéutica.	» 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 Oftalmológica.....	(Vacante)
	» LUIS GÜEMES
	» LUIS AGOTE
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

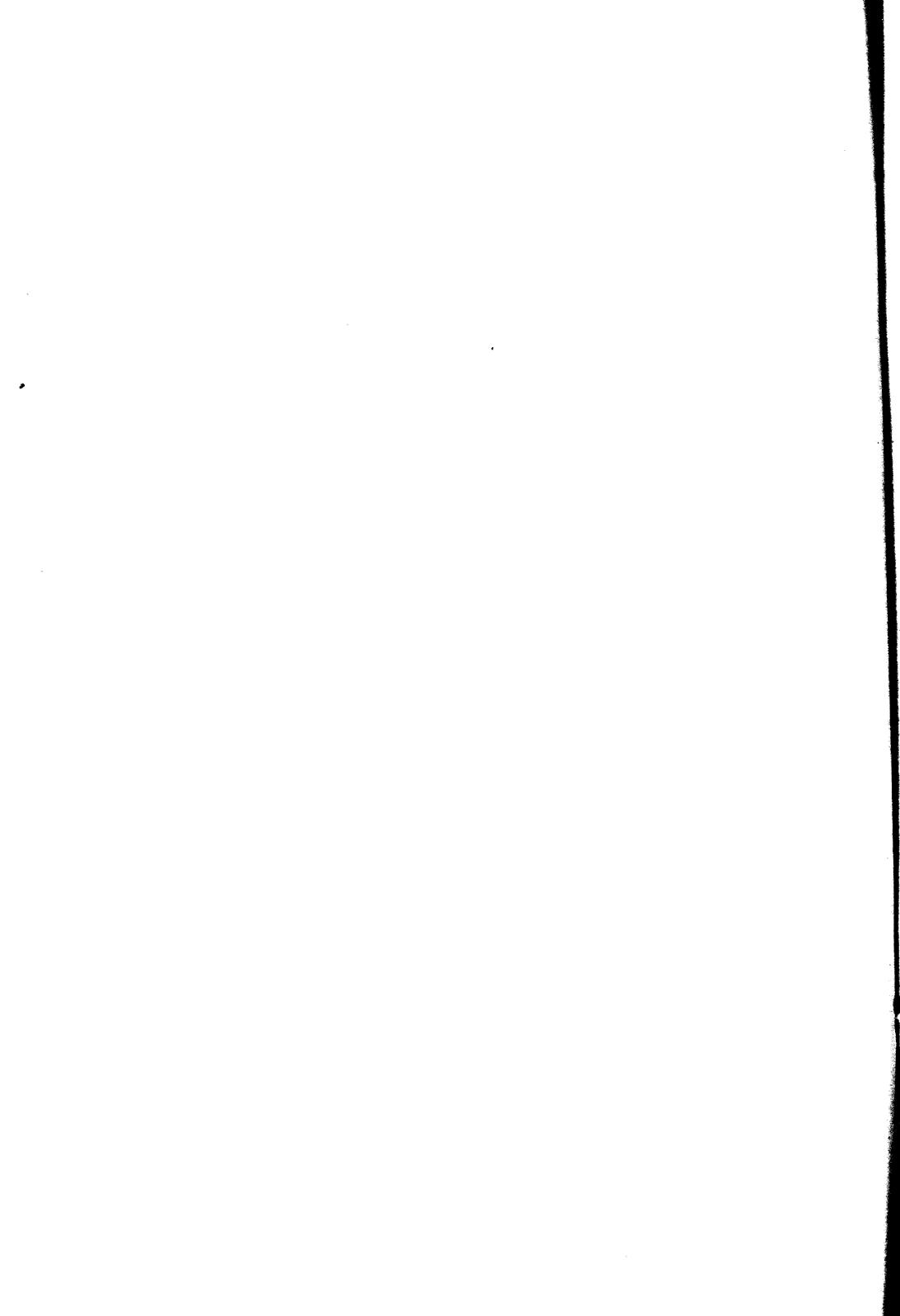
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ R. SEMPRUN
	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.....	» ELISEO V. SEGURA
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» JOSÉ T. BORDA



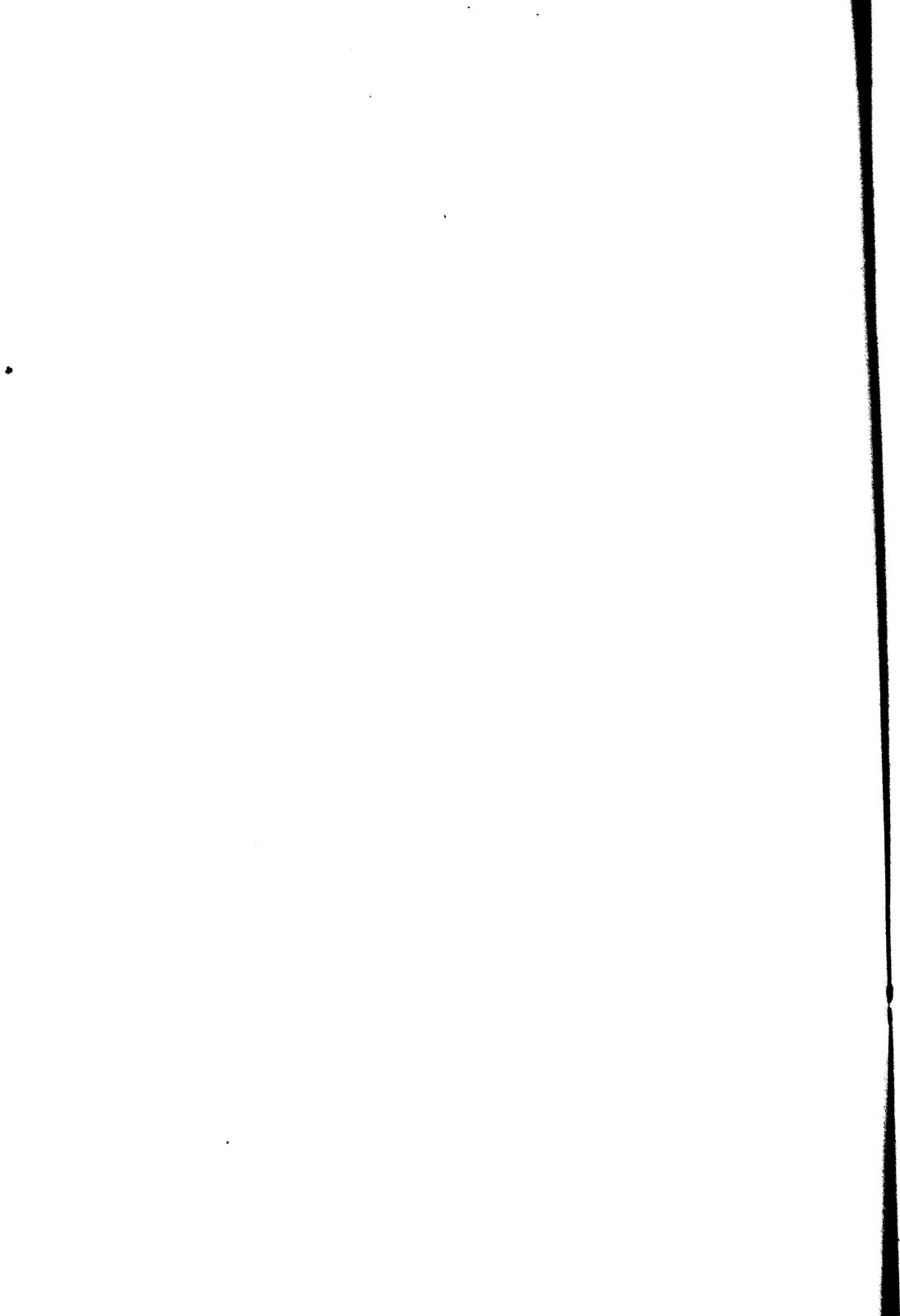
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Botánica médica.....	DR.	RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	"	GUILLELMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	"	SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	"	EUGENIO A. GALLI
Bacteriología.....	"	FRANK L. SOLER
Química Biológica.....	"	BERNARDO HOUSSAY
Higiene médica.....	"	RODOLFO RIVAROLA
Semeiología y ejercicios clínicos.....	"	SALVADOR MAZZA
Anatomía patológica.....	"	BENJAMÍN GALARCE
Materia médica y Terapia.....	"	FELIPE A. JUSTO
Medicina operatoria.....	"	MANUEL V. CARBONELL
Patología externa.....	"	CARLOS BONORINO UDAONDO
Clínica dermato-sifilográfica.....	"	ALFREDO VITÓN
" génito-urinaria.....	"	JOAQUÍN LLAMBIAS
" epidemiológica.....	"	ANGEL H. ROFPO
" oftalmológica.....	"	JOSÉ MORENO
" oto-rino-laringológica.....	"	ENRIQUE FINOCCHIETTO
Patología interna.....	"	CARLOS ROBERTSON
Clínica quirúrgica.....	"	FRANCISCO P. CASTRO
" médica.....	"	CASTELFORT LUGONES
" pediátrica.....	"	NICOLÁS V. GRECO
" ginecológica.....	"	PEDRO L. BALINA
" obstétrica.....	"	JOAQUÍN RIN POSADAS
" neurológica.....	"	FERNANDO R. TORRES
Medicina legal.....	"	FRANCISCO DESTÉFANO
	"	ANTONINO MARCÓ DEL PONT
	"	ENRIQUE B. DEMARÍA (en ejercicio)
	"	ADOLFO NOCETTI
	"	JUAN DE LA CRUZ CORREA
	"	MARTIN CASTRO ESCALADA
	"	PEDRO LABAQUI
	"	LEONIDAS JORGE FACIO
	"	PABLO M. BARRIARO
	"	EDUARDO MARIÑO
	"	JOSÉ ARCE
	"	ARMANDO R. MAROTTA
	"	LUIS A. TAMINI
	"	MIGUEL SUSSINI
	"	ROBERTO SOLÉ
	"	PEDRO CHUTRO
	"	JOSÉ M. JORGE (H.)
	"	OSCAR COPELLO
	"	ADOLFO F. LANDIVAR
	"	JUAN JOSÉ VITÓN
	"	PABLO J. MORSALINE
	"	RAFAEL A. BULLRICH
	"	IGNACIO IMAZ
	"	PEDRO ESCUDERO
	"	MARIANO R. CASTEX
	"	PEDRO J. GARCÍA
	"	JOSÉ DESTÉFANO
	"	JUAN R. GOYENA
	"	JUAN JACOBO SPANGENBERG
	"	MAMERTO ACUÑA
	"	GENARO SISTO
	"	PEDRO DE ELIZALDE
	"	FERNANDO SCHWEIZER
	"	JUAN CARLOS NAVARRO
	"	JAIME SALVADOR
	"	TORIBIO PICCARDO
	"	CARLOS H. CIRIO
	"	OSVALDO L. BOTTARO
	"	ARTURO ENRIQUEZ
	"	ALBERTO PERALTA RAMOS
	"	FAUSTINO J. TRONGÉ
	"	JUAN B. GONZÁLEZ
	"	JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	"	JUAN A. GABASTO
	"	ENRIQUE A. ROERO
	"	ROMULO H. CHIAPPORI
	"	VICENTE DIMITRI
	"	JOAQUIN V. GNECCO
	"	JAVIER BRANDAM
	"	ANTONIO PODESTÁ



ESCUELA DE PARTERAS

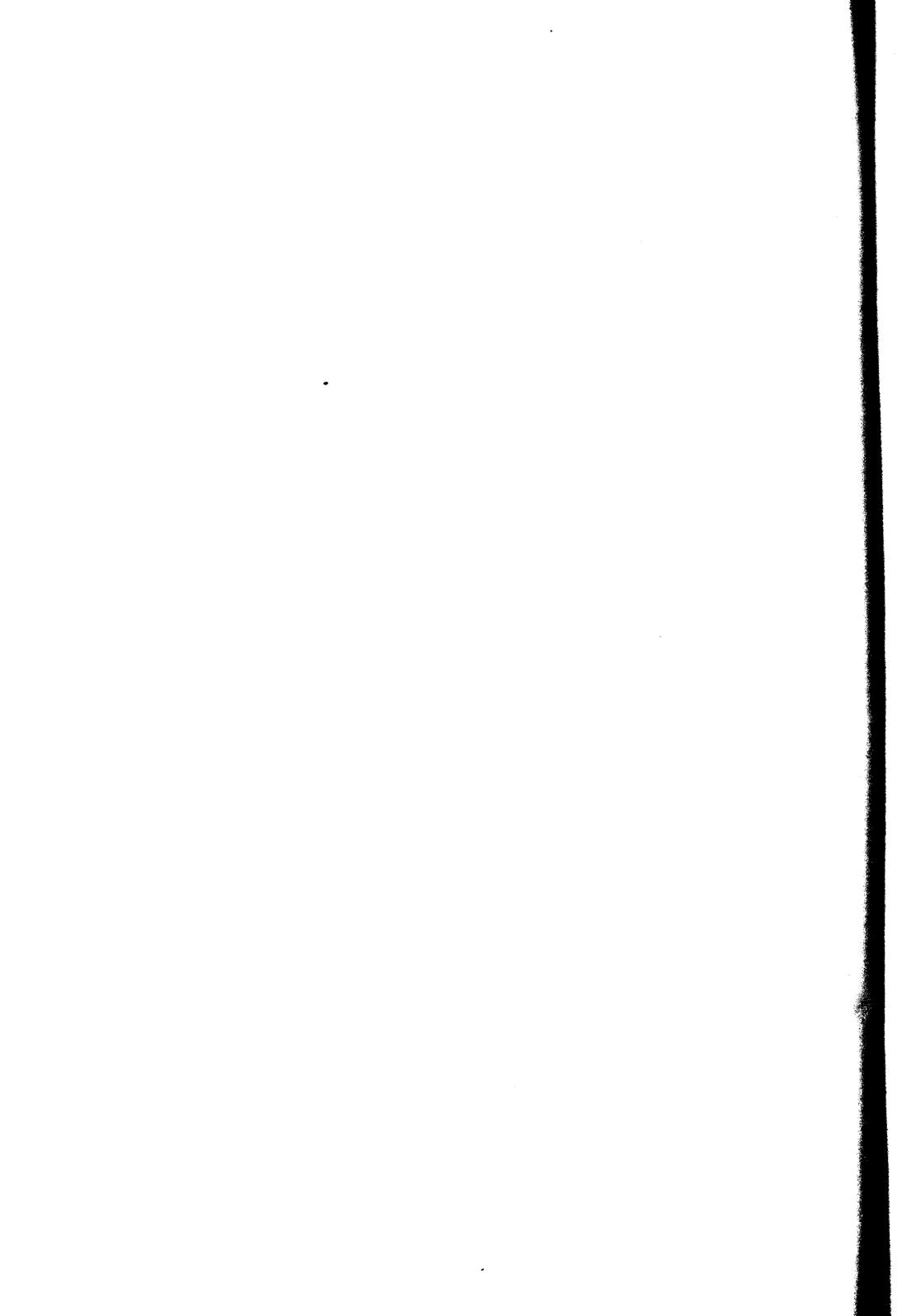
Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.....	DR. J. C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clinica obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE
Puericultura.....	» UBALDO FERNANDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada ..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica	DR. 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 sustitutos
Técnica farmacéutica	{ SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas ..	» OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	{ SR. PEDRO J. MÉSIGOS
	» LUIS ZUGLIAMELLI
Química analítica	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica	{ » ANGEL SABATINI
	» EMILIO M. FLORES

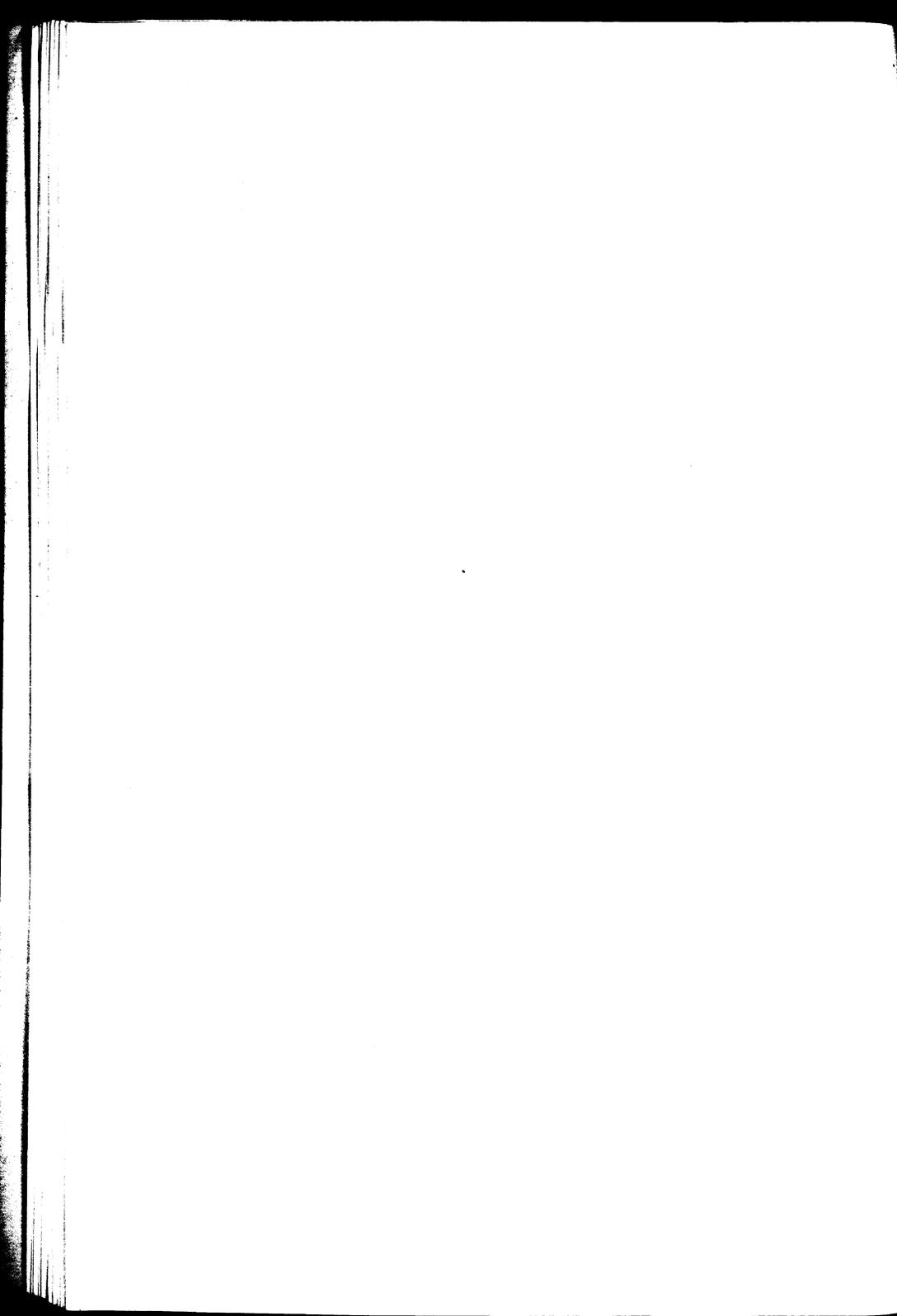


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1 ^{er} año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2 ^o año	» LEON PEREYRA
3 ^{er} año	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

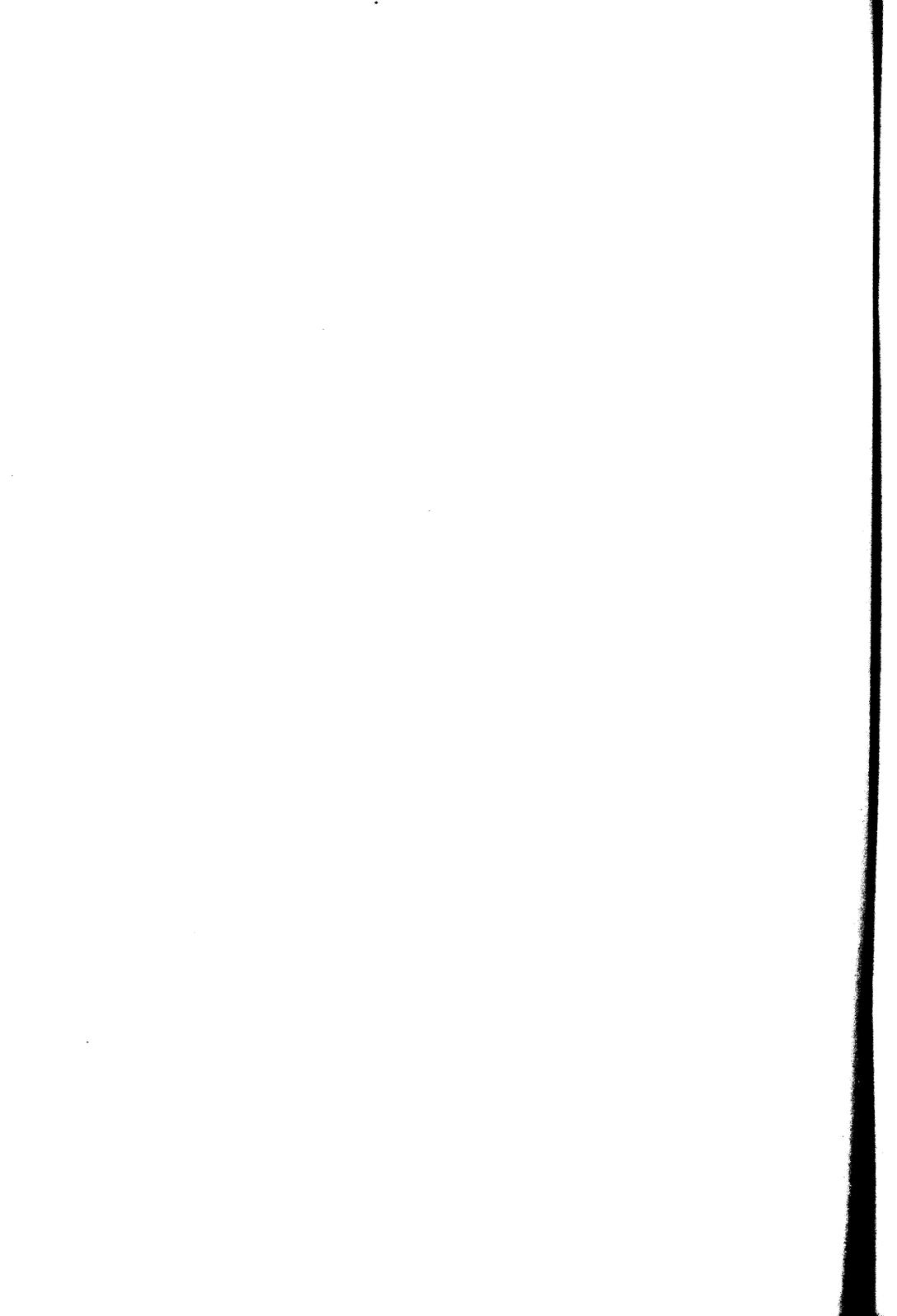
DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2.^o año)
SR. JUAN M. CARREA (Prótesis)



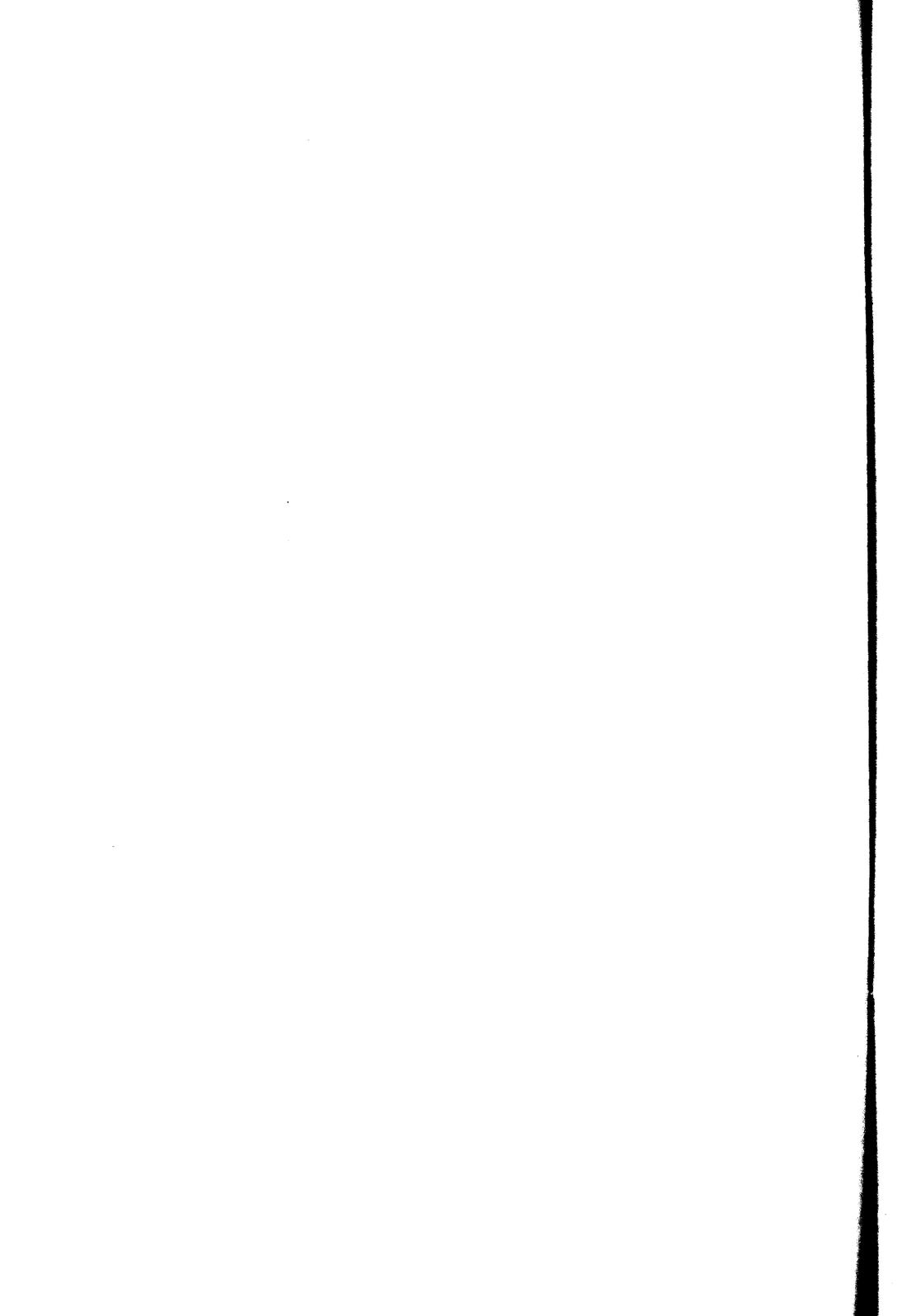
PADRINO DE TESIS

DOCTOR OSVALDO L. BOTTARO

Profesor suplente de Clínica Ginecológica de la Facultad de Medicina
Jefe de Clínica del Servicio de Ginecología del Hospital San Roque
(Servicio del Profesor Molinari)

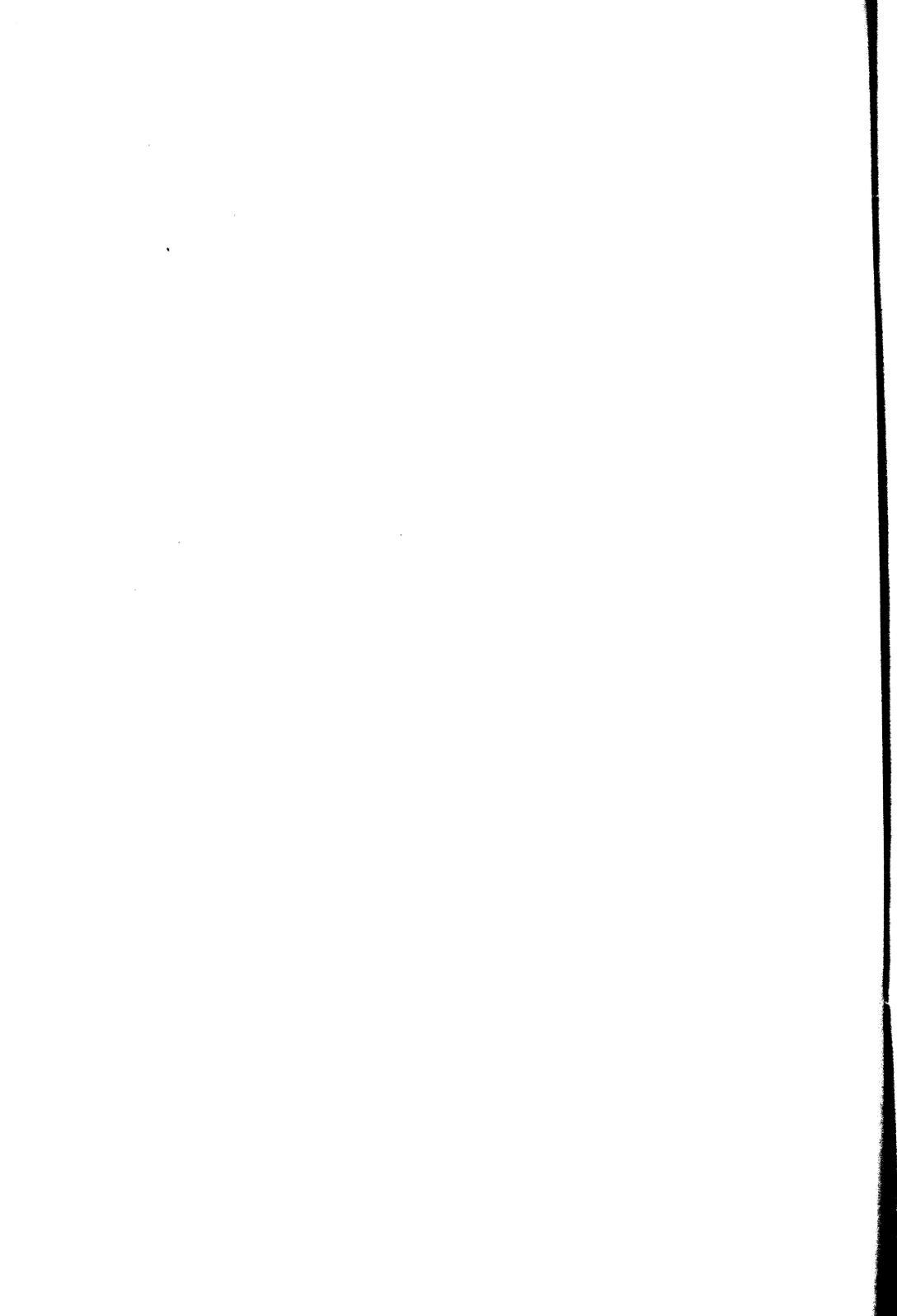


A M I P A D R E



A MI ADORADA MADRE

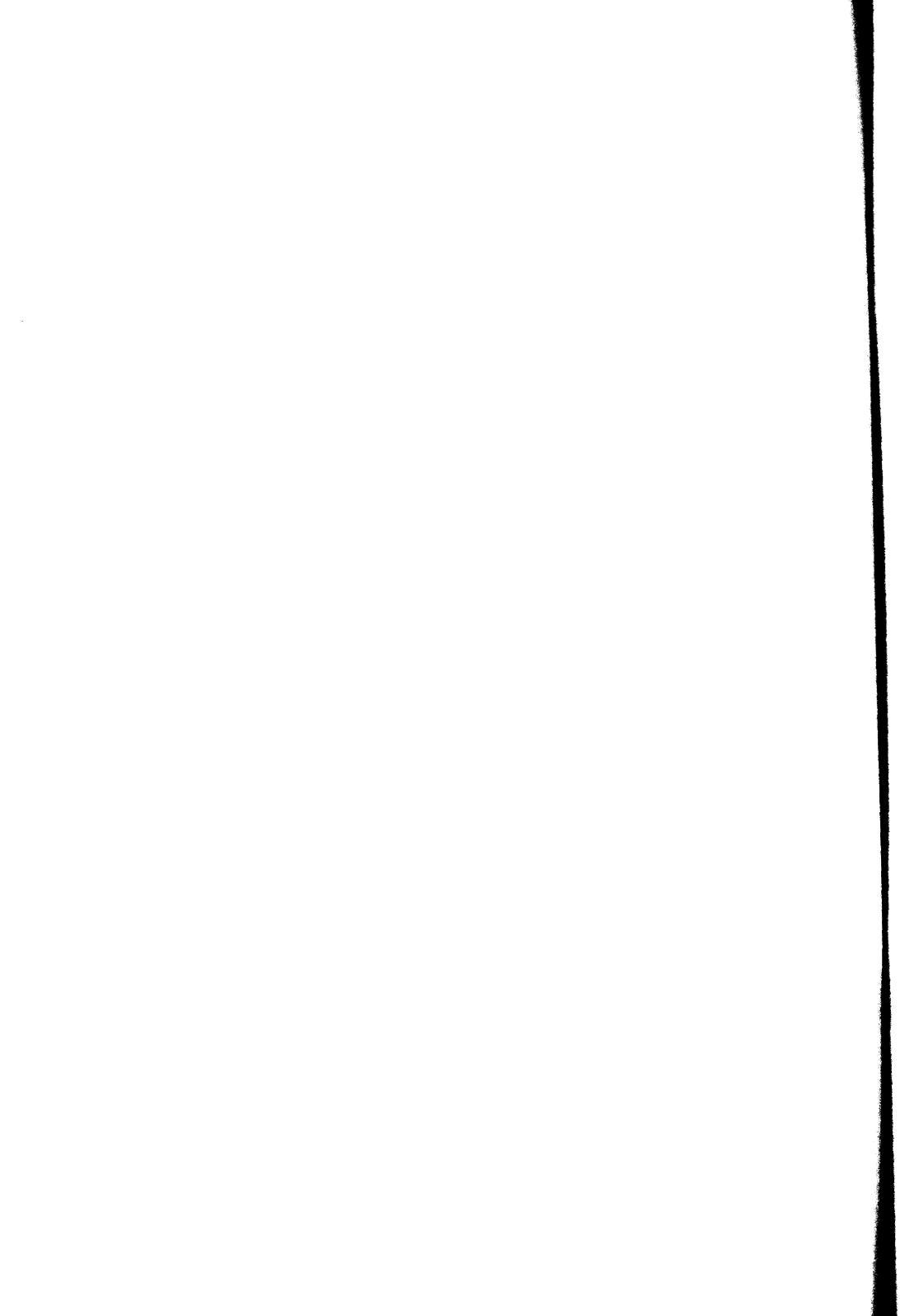
ETERNA GRATITUD



A M I H E R M A N O



A LOS MÉDICOS Y COMPAÑEROS DE INTERNADO
DEL HOSPITAL SAN ROQUE



SEÑORES ACADÉMICOS :

SEÑORES CONSEJEROS :

SEÑORES PROFESORES :

Cumpliendo con una prescripción reglamentaria presento a vuestra distinguida consideración el presente trabajo, con el cual pretendo dar cumplimiento a la última prueba para optar al título de Doctor en Medicina.

Lanzados al torbellino de la vida con un considerable bagaje de energías y esperanzas, constituye el presente momento, de la culminación de nuestros estudios universitarios, uno de los acontecimientos más graves y solemnes de nuestra existencia.

Acompañados hasta aquí por el ejemplo y consejo del maestro, á quien siempre hemos sentido cerca, vémonos ahora librados a nosotros mismos, pero no desmayaremos, no!, emprenderemos con valor y decisión nuestra marcha, sin alejarnos nunca del sendero del estudio, única forma

de estar siempre en condiciones de ser útil al que sufre y solicita nuestra ayuda.

Llegue ahora, al profesor doctor Juan B. Señorans, modelo de corrección y caballerosidad, mi más profundo agradecimiento por las distinciones de que fuera objeto mientras fuí ayudante de su cátedra.

Mis afectos, también, a los jefes y compañeros de ese laboratorio.

Al profesor doctor Osvaldo L. Bottaro, maestro y amigo, con quien iniciara mi aprendizaje de la ginecología y a quien debo lo que conozco de esta especialidad, mi más vivo agradecimiento por ello y por el honor que me dispensa al acompañarme como padrino en este acto.

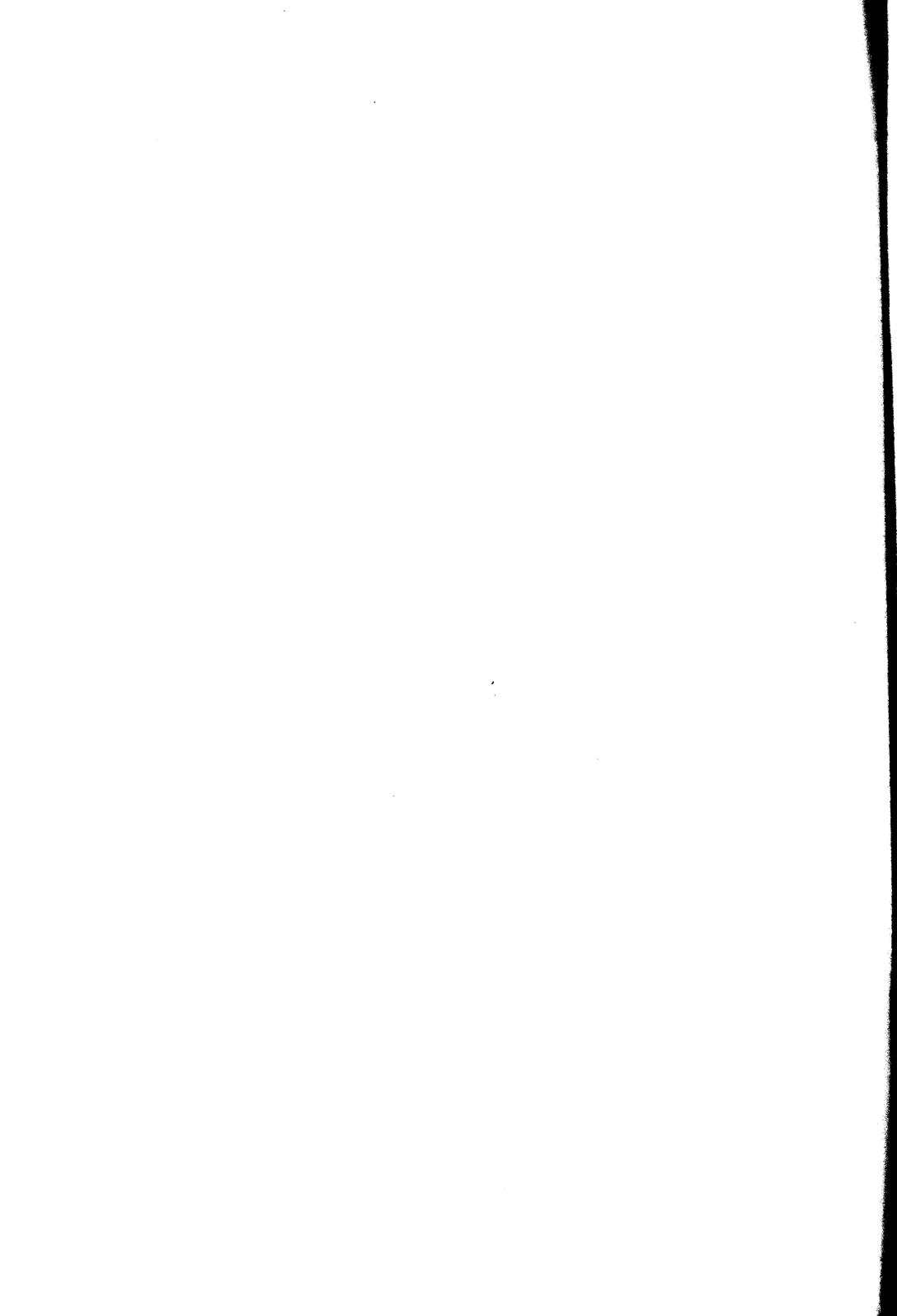
Al profesor doctor Carlos Robertson Lavalle, director del hospital de mi actuación, respetuoso homenaje.

Al doctor Carlos Edo mi especial estimación por las deferencias tenidas para conmigo, mientras fuera practicante de la Asistencia Pública; a los médicos y compañeros en ella, mi saludo afectuoso.

Al doctor Widacowich, mi agradecimiento por su gentil colaboración en el estudio anátomo-patológico del tumor de nuestra observación personal.

El único sentimiento que experimento en este instante es tener que alejarme de esta digna y vieja casa que cariñosamente llamamos San Roque y donde hasta hoy estuviera viviendo intensamente esa vida de internado, que constituirá siempre un jalón en mi existencia y que jamás olvidaré.

Mi agradecimiento, aquí, a los que en ella fueron mis maestros y superiores inmediatos, en particular a los doctores: profesor Gregorio Aráoz Alfaro y doctor Ramón Iribarne, a quienes debo múltiples atenciones y el recuerdo más grato, luego, para todos los compañeros de internado con los cuales he pasado las horas más felices de mi vida estudiantil.



PRÓLOGO

El interesante caso de nuestra observación personal sobre una enferma portadora de un quiste papilífero del ovario nos ha llevado a meditar sobre la tan «discutida y oscura cuestión», como la llama Pozzi, de su malignidad o benignidad.

Considerados como malignos durante mucho tiempo y reconocidos como tales por todos los autores, llega un momento en que Pfannenstiel demuestra su relativa benignidad y menciona varios casos de enfermas intervenidas con éxito; en 1911, Desurmont, (tesis de París) en su «Estudio anátomo-clínico sobre los tumores bilaterales de los ovarios», llega á clasificar al quiste papilífero como tumor generalmente benigno, y Semb (citado por Meriel) llega aún más allá, afirmando, al hablar de los tumores papilares, el hecho de que siempre son benignos.

Sumamente interesante es seguir esta evolución de las ideas en la bibliografía extranjera, ya que sobre el punto

en la nacional muy poco hemos encontrado, y deseando formarnos un juicio propio teniendo sobre todo en cuenta la labor realizada por especialistas argentinos, hemos consultado distintos profesores y cirujanos cuyas opiniones, que enunciamos en un capítulo posterior, y el valioso material de historias clínicas que nos han brindado y que con satisfacción insertamos al final, han ilustrado al respecto nuestro criterio y por ello, desde estas líneas, vaya mi más profundo agradecimiento.

Haré algunas consideraciones generales sobre anatomía patológica, histogenia, síntomas y diagnóstico para ocuparme con detención de los capítulos siguientes, que han sido, en realidad, el motivo de mi estudio.

CAPÍTULO I

CONSIDERACIONES GENERALES

Desde el punto de vista anátomo-patológico es imposible separar los tumores vegetantes o papilares de los quistes del ovario, no obstante constituir, desde el punto de vista clínico, una clase aparte de tumores.

En su evolución no pueden ser comparados a los quistes del ovario, propiamente dichos, pero no puede negarse la transformación en ciertas condiciones del quiste del ovario en tumor vegetante y es también un hecho comprobado el encontrar cavidades quísticas en los tumores vegetantes.

Admitido, pues, que no existe línea de demarcación entre los tumores vegetantes y quistes papilíferos y considerando que estos últimos forman una clase interme-

diaria entre los quistes y los tumores sólidos propiamente dichos del ovario, entremos en algunas consideraciones sobre:

Anatomía Patológica.—Los tumores papilíferos se presentan bajo tres variedades morfológicas distintas:

1.º En la primera variedad tenemos los quistes vegetantes del ovario, en los cuales la proliferación gradular está asociada a la proliferación papilar. Esta variedad se acerca netamente a los quistes papilíferos del ovario y es la que nos interesa.

2.º La segunda variedad comprende los tumores vegetantes sin quistes o que por lo menos no son aparentes a simple vista, constituyendo por lo tanto tumores sólidos.

El volumen de estos tumores es más pequeño que los precedentes, llegando a lo sumo a alcanzar el de una cabeza de feto. Macroscópicamente no se observan cavidades quísticas, pero éstas nos son reveladas por la observación microscópica y siendo su estructura idéntica a la variedad anterior, la diferencia está únicamente en los caracteres macroscópicos del tumor.

3.º La tercera variedad es mucho más rara: el ovario se encuentra apenas aumentado de volumen y conserva su forma casi normal, pero su superficie es rugosa. Patton lo describe como «si el ovario estuviera embadurnado por una substancia viscosa y espolvoreado después con arena muy fina».

Las vegetaciones que se observan en estos tumores

varían grandemente en aspecto, disposición y dimensiones. Algunas son rosadas o rojas, carnosas y con apariencia de fungosidades; otras son, por el contrario, grisáceas, transparentes y de consistencia gelatinosa.

Su modo de implantación varía muchísimo: sesiles o pediculadas, muéstranse ya aisladas o bien aglomeradas, tomando el aspecto y apariencia de un coliflor.

Las vegetaciones pueden recubrir por completo el tumor y extenderse, no solamente sobre el peritoneo que cubre al útero y las paredes de la pelvis sino también al epiplón, intestino, diafragma, etc., siendo de notar que estas vegetaciones así sembradas tienen los mismos caracteres morfológicos y la misma estructura que las primitivas, aunque suelen ser, en verdad, más blanquecinas y menos vasculares.

Están constituídas por un estroma conjuntivo y su superficie está recubierta por una capa epitelial cilíndrica o de pestañas vibrátiles. Cuando el epitelio cilíndrico es casi regular constituye un dato a favor de la benignidad del tumor y cuando el epitelio es atípico e irregular, podemos admitir que se pronuncia la malignidad, por ser ésta la característica del epitelioma verdadero.

Junto a las vegetaciones se observan invaginaciones epiteliales y tubos glandulares neoformados.

En el quiste papilífero del ovario, cuyo volumen puede llegar al de una cabeza de adulto, se encuentra la glándula adosada, por así decir, a uno de los polos del ovario.

La pared de los quistes varía en resistencia de un

tumor a otro y aún en el mismo tumor, según el sitio que se considera.

Su aspecto es fibroso en la parte que queda libre y está constituida casi siempre por una capa de la glándula, en la parte que corresponde al ovario.

El contenido suele ser un líquido coloideo de mayor o menor viscosidad y que el formol le hace adquirir una consistencia gelatinosa.

Las vegetaciones cuyos caracteres hemos descripto se encuentran en el interior del quiste, tapizando su pared interna; pero siguiendo en su crecimiento perforan la pared, se hacen libres y continúan su proliferación transformando al quiste en tumor vegetante.

Ahora bien, estas vegetaciones cuando se desprenden pueden implantarse en diferentes partes del abdomen, de preferencia en el fondo de saco de Douglas, sirviéndoles de vehículo la ascitis que acompaña al proceso; o bien se realiza una propagación por contigüidad, que es lo más lógico admitir para las que tapizan las trompas y los ovarios.

Esta tendencia de las vegetaciones a injertarse se pone de manifiesto hasta en las intervenciones quirúrgicas, pues tiende a realizarse sobre la herida operatoria.

De ahí el peligro que existe en los casos de ruptura de los quistes papilíferos, que puede traer como consecuencia la generalización, ya sea *in situ* o a distancia (caso de Reclus, citado por Fossard).

Esta ruptura puede ser favorecida por las mismas ve-

getaciones actuando sobre las paredes del quiste, que así son adelgazadas.

Una vez verificado el derrame del líquido se realiza la siembra del peritoneo, que es un terreno favorable para la multiplicación de dichas células, contribuyendo todavía en la tarea los movimientos peristálticos del intestino.

El peritoneo parietal y visceral puede llegar a presentarse completamente sembrado de granulaciones, que reproduciendo todas el tipo primitivo y continuando en su desarrollo determinan más tarde adherencias, inmovilizan las vísceras y efectúan compresiones.

Los injertos pueden llegar aún a órganos lejanos por vía sanguínea o linfática, ocasionando un derrame pleural si llegan a ganar la pleura, en cuyo caso deben sospecharse reacciones del mismo origen en el peritoneo y alarmarse ante la posible generalización.

Los tumores vegetantes son casi siempre bilaterales, según Pfannestiel en el 50 por 100 de los casos y según Zweifel en el 60 por 100.

Tienen tendencia a infiltrarse en el ligamento ancho, lo cual se debe, tal vez, como supone Cazenave, a que en el momento de su comienzo las vegetaciones encuentran menos resistencia por parte del tejido celular del hilio del ovario y del ligamento ancho que por parte del mismo tejido ovárico, mucho más denso.

Fácilmente se producen adherencias viscerales, lo cual, unido a su bilateralidad, constituye una gran dificultad para su extracción.

La ascitis es casi constante y existen dos teorías para explicar su producción: la teoría de la irritación peritoneal y la teoría de la secreción por las vegetaciones.

La primera, formulada por Ziembicki, es sostenida por Duplay y defendida por Terrier; según ella, las alteraciones de la superficie externa del quiste, representadas por la vegetaciones, irritan la serosa y motivan su reacción, que se traduce por ascitis.

La segunda pertenece a Quenu: la ascitis es el producto de la secreción de las vegetaciones que existen en la superficie de los quistes.

La ascitis es casi siempre constante y caracterizada por dos hechos principales: su abundancia y su reproducción a corto plazo. Thédénat puncionaba una de sus enfermas cada 8 a 10 días. Peasle hizo, en 13 años, 605 punciones a una de sus enfermas y al consultorio externo del Hospital de Clínicas concurre semanalmente una enferma a que se le haga paracentesis.

No obstante esto y como en medicina no hay nada absoluto, De Rouville y Stoltz han publicado casos típicos de tumores papilares del ovario notables por la ausencia de ascitis, «la compañera inseparable de los tumores papilíferos», según Vacquez.

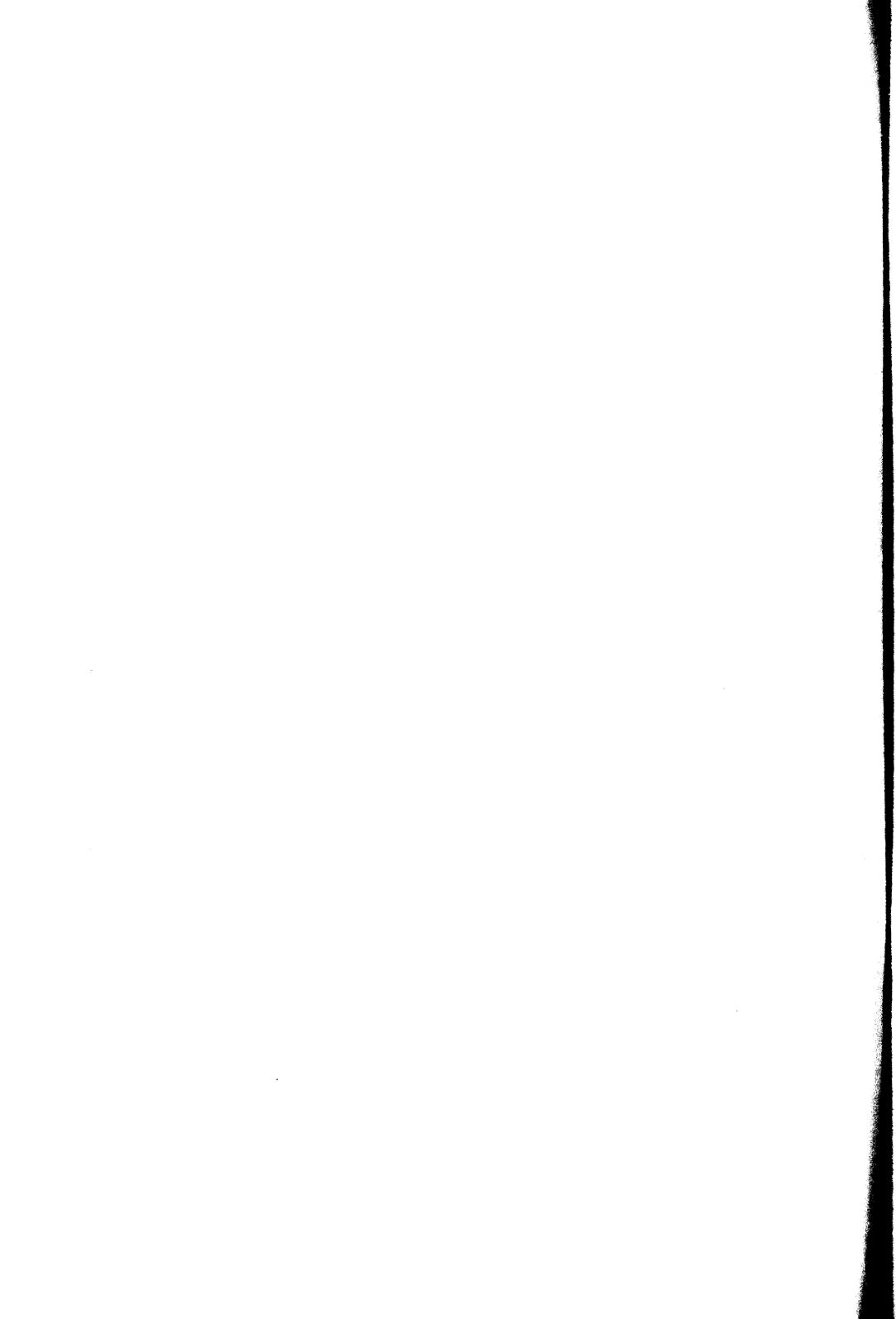
El líquido ascítico tiene un color amarillo citrino o bien hemático, debido a la friabilidad de las vegetaciones, que sangran fácilmente.

Histogenia.—Entre las hipótesis emitidas para expli-

carla nos parece muy racional la que hace derivar estos tumores del epitelio superficial del ovario y aquí conviene recordar lo que dicen Labadie-Lagrave y Leguen, a saber: que los tumores vegetantes o papilíferos constituyen una variedad clínica que puede ser la consecuencia de la transformación de un quiste ovárico, existiendo siempre un proceso de proliferación epitelial.

En el quiste papilífero se hace la proliferación en superficie, las vegetaciones se multiplican, atraviesan las paredes del quiste y continúan luego libremente su proliferación por fuera de él.

Así se hace la transformación de un quiste en tumor vegetante, y muchos autores que han estudiado la cuestión, como Quenu, Pfannenstiel, Olshausen, Coblenz y Güsserow, admiten este mecanismo y este origen.



CAPITULO II

ETIOLOGÍA, SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO

Trátase casi siempre de grandes múltiparas y tal es el caso de nuestra observación personal, mujer que ha tenido 21 hijos.

En cuanto a la edad se admite que la más frecuente es alrededor de los 45 años, no habiendo, empero, uniformidad sobre este punto.

Al comienzo de la enfermedad, lo mismo que sucede ante la mayoría de los neoplasmas, aun de los más grandes, los dolores son generalmente nulos.

El aumento de volumen del vientre es lo primero que llama la atención de las enfermas. A veces no sienten ningún dolor o a lo sumo algunos tironeamientos que indican el principio de la ascitis.

Algún tiempo después aparecen la pesantez y la dificultad en la marcha, síntomas que parecen ser debidos únicamente al obstáculo mecánico producido por la abundancia del derrame.

Más tarde pueden sobrevenir dolores pelvianos, alteraciones digestivas (vómitos y cólicos) y sobre todo alteraciones de la micción, al estar comprimida la vejiga por las masas vegetantes. Sobreviene después adelgazamiento, pérdida de fuerzas y al final edema de los miembros inferiores; sin embargo, en el caso citado por Peasle, de las 605 punciones, no se presentó ningún signo de caquexia.

El diagnóstico es a veces difícil porque la ascitis no permite delimitar y ni aún sentir las masas papilomatosas. En estos casos algunos autores aconsejan la punción evacuadora, después de la cual la palpación está muy facilitada, pero hay que tener presente que, tratándose de quistes papilíferos, la punción pudiera ser contraproducente por una mala maniobra (punción del quiste), dado que favorecería la siembra en el peritoneo de las vegetaciones papilíferas, sin contar con el peligro de infección, que debemos descontarlo, ateniéndonos a las reglas de la asepsia y antisepsia.

Otras veces, cuando la ascitis no es muy abundante, se perciben desigualdades e irregularidades diseminadas en el abdomen que despiertan la idea de una peritonitis tuberculosa.

El tacto vaginal revela al útero enclavado y fijado, estando inmovilizado, como en ciertas supuraciones pel-

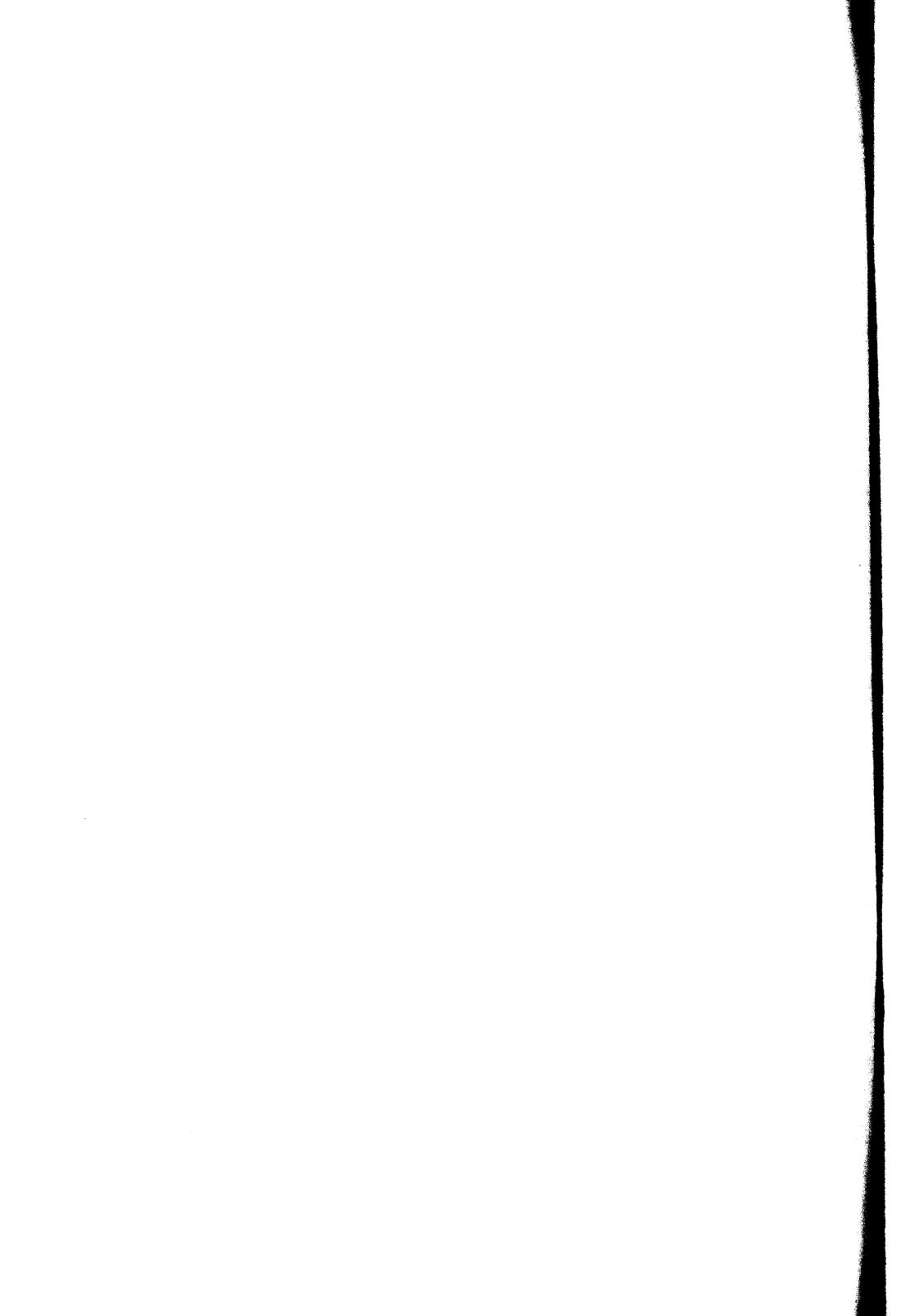
vianas. Los fondos de saco vaginales están borrados, los tumores que los ocupan son irregulares, duros, indoloros o muy poco dolorosos. Por la palpación bimanual se constata que invaden toda la excavación pudiendo remontar hasta la altura del pubis, recubriendo el fondo del útero, que suele, por lo demás, no percibirse claramente al examen.

Si no existe ascitis es muy fácil confundir estas masas neoplásicas con supuraciones pelvianas y en ese caso los conmemorativos vendrían en nuestra ayuda. En efecto: la falta de fiebre, de sensibilidad y la repercusión sobre el estado general, de una manera bien distinta, son condiciones que permitirán eliminar la hipótesis de una supuración peri-uterina.

Se eliminará también el embarazo cuando hay supresión de reglas, cosa que suele suceder algunas veces.

Puede establecerse que no hay paralelismo absoluto entre la gravedad de los síntomas y la importancia de las lesiones y así vemos, como sucede en varias de las historias clínicas que insertamos, que existiendo lesiones avanzadas, en cuanto a su propagación por continuidad, el estado general se conserva relativamente satisfactorio.

Tratándose de metástasis a distancia la cosa varía y si ellas se produjeran, por ejemplo, en la pleura y nos dieran un derrame, el caso es ya distinto por su gravedad manifiesta.



CAPÍTULO III

E V O L U C I Ó N

La evolucion que tienen estos tumores es variable.

Hemos visto en páginas anteriores como se verifica su crecimiento y como se originan las vegetaciones que, primero intraquísticas, hácense luego extraquísticas, originan la ascitis y con ella la siembra peritoneal, favorecida ésta, entre otras causas, por los movimientos peristálticos del intestino.

Sobrevienen más tarde con el desarrollo progresivo del tumor, adherencias viscerales y compresiones diversas que originan trastornos de la micción, digestivos y dolores varios. La ascitis va en aumento, la enferma pierde fuerzas, se adelgaza, se caquectiza y finalmente muere si no le llega el auxilio quirúrgico, o bien, ve pro-

longada su existencia por paracentesis repetidas que le alivian unos días hasta que la rápida reproducción del derrame obliga a realizar nueva punción.

La evolución clínica es en general notable por su lentitud e insidiosidad y por la indolencia y ausencia de síntomas viscerales, aun con una invasión considerable.

Es indudable que pueden existir períodos de calma, pero el fin, si no se interviene, es el previsto.

Hoy día, que las ideas han evolucionado y el tratamiento quirúrgico que se emplea es amplio y radical, teniendo en cuenta que después de su ablación completa pueden no recidivar, la evolución de estos tumores es ya otra y vemos así enfermas que consiguen, si bien no la curación en todos los casos, por lo menos una larga sobrevivencia.

Aquí se presenta la oportunidad de hablar sobre la benignidad o malignidad del quiste papilífero del ovario, sobre cuya noción se basa el tratamiento y por ende la evolución y pronóstico, pero dejaremos el punto para tratarlo en el capítulo siguiente.

CAPÍTULO IV

PRONÓSTICO

La presencia de ascitis hace ya sospechar la naturaleza vegetante del tumor y la existencia de injertos, lo cual oscurece el pronóstico.

Si del examen ginecológico resulta una gran extensión de las lesiones, es indudable que se trata de un caso delicado y mayor aún si la evolución del proceso ha sido rápida y el estado general deja que desear.

Si el líquido extraído es sanguinolento el pronóstico se agrava, noción que hemos aprendido en sus sabias lecciones al profesor Bazterrica. Conviene descartar el diagnóstico de ascitis hemorrágica, producida por tumores pediculados a pedículo torcido, pues ella escaparía en-

tonces del mal carácter pronóstico que se le atribuye a este signo físico, cuando no responde a esta causa.

Pero, para sentar pronóstico es indispensable, ante todo, tener una noción sobre la malignidad o benignidad del proceso, cosa que, según la opinión de Pozzi, es aún «una cuestión llena de obscuridad».

Hace 90 años, Delpéch (de Montpellier) había acercado, clínicamente, el quiste del ovario al cáncer, considerándolo, por lo tanto, como maligno. (Cerné. *Annales de Gynécologie et D'Ostetrique*, 1904). Las investigaciones posteriores de Waldeyer, Malassez, Quenu, Poupinel, tendían a sentar el mismo criterio y Cerné, en su comunicación al IV Congreso Nacional de Obstetricia, Ginecología y Pediatría reunido en Rouen, nos manifiesta la malignidad clínica absoluta, como resultado de su práctica profesional, apoyándose en el hecho de las recidivas que ha visto producirse y que, efectivamente, suelen ser comunes.

Bouilly sostuvo en el Congreso de Cirugía de 1891 la benignidad relativa, fundándose en el post-operatorio de siete casos, sobre un total de 22, que quedaron bien durante un tiempo de uno a cinco años.

Lejars, en la discusión de la comunicación de M. Cerné ya citada, dice que de 121 casos por él operados han evolucionado hacia la malignidad 18 casos, es decir, el 14.88 por 100.

Significa que es importante reconocer cuándo se debe temer la recidiva, para poder sentar un mal pronóstico

y no reconoce valor absoluto a la ascitis hemorrágica, pues dice poder darla un simple quiste a pedículo torcido desde algún tiempo atrás y que por su dureza suministra la sensación de una masa neoplásica. Atribuye gran valor clínico al hecho del crecimiento brusco de un quiste, en el momento de la menopausia, coincidiendo con la aparición de dolores, ascitis y gran adelgazamiento. Para él, la bilateralidad es sospechosa de malignidad y establece en consecuencia la indicación de su más completa ablación por histerectomía total.

Para Boursier los quistes papilíferos son relativamente benignos.

Pozzi sostiene que los tumores papilíferos del ovario (quisticos o sólidos) no deben ser considerados necesariamente como malignos.

Afirma que un gran número evolucionan como los tumores benignos y después de su ablación no recidivan o recidivan tardíamente o localmente. Dice que el proceso del injerto peritoneal de las vegetaciones papilíferas del ovario es de orden benigno y comparable a lo que se observa para los papilomas de la piel.

En ausencia de signos positivos de malignidad (caquexia, metástasis, etc.) el cirujano deberá siempre comportarse frente a estos tumores, dice Pozzi, como si fueran benignos y practicar su ablación lo más completa posible.

Es claro que algunas vegetaciones suelen quedar, siendo de temer las recidivas, pero en muchos casos la ascitis no reaparece y las vegetaciones que quedan sufren,

como también lo ha constado Bumm, un evidente proceso de regresión.

Para Meriel (*Annales de Gynécologie. Paris. 1907*), los tumores papilíferos vegetantes son lo más a menudo benignos.

Labadie, Lagrave y Legueu sostienen la malignidad de los quistes papilíferos y los consideran muy predisuestos a transformarse en cáncer. Atribuye en este sentido un gran valor a la ascitis.

Döderlein y Krönig consideran al cistoma papilífero como el representante de un tipo clásico de transición entre los tumores ováricos benignos y los malignos, considerándolo anatómicamente como dudoso.

Hasta aquí los autores extranjeros; sus opiniones, como vemos, no son uniformes pero nos parece muy práctico el modo de ver de Pozzi e interviniendo radicalmente como él aconseja es indiscutible que se pueden conseguir muchos éxitos, lo cual es un factor muy a tener en cuenta para sentar un pronóstico.

Entre nosotros, el profesor Bazterrica le atribuye al quiste papilífero una malignidad relativa, asignándole mal pronóstico al hecho de la existencia de ascitis sanguinolenta. Ha operado hace 20 años a una enferma que en la actualidad se encuentra bien; en 1911 operó otra, cuya historia clínica acompaño, que salió de alta en perfectas condiciones.

Para el profesor José F. Molinari son tumores malignos, pero que teniendo en cuenta el resultado favorable

obtenido en ciertos casos por la operación, cree que a ella debe recurrirse siempre que no hubieren contraindicaciones formales de orden general.

El Dr. Zárate los considera relativamente benignos.

El profesor Arturo Enriquez sostiene, en su trabajo publicado en 1907, la relativa benignidad del cisto-adenoma-papilífero del ovario y la enferma de su observación vivía aún en 1916.

La historia clínica del caso va en otro lugar.

Para el profesor Durañona son malignos cuando existen vegetaciones extraquísticas y relativamente benignos cuando las vegetaciones son intraquísticas.

Para el profesor Salvador son relativamente benignos y las historias clínicas que acompaño, de dos de sus enfermas operadas, son un éxito en tal sentido. Una de ellas, sobre todo, es muy interesante a este respecto.

Los profesores Piccardo y Cirio los consideran malignos.

Los doctores Beláustegui y Zabala los tienen en concepto de malignos y los doctores Caballero y Passeron como relativamente malignos.

Es indudable que es sumamente difícil conocer el post-operatorio alejado de las enfermas, pues si bien suelen concurrir al servicio nuevamente si otra vez se sienten mal, acostumbran no hacerlo más si es que gozan de buena salud y en esta forma, al no poder examinarlas nuevamente, la estadística necesariamente se resiente.

No obstante, por los resultados obtenidos en el extran-

gero y en nuestro país, recurriendo al tratamiento quirúrgico amplio, creo que el pronóstico en los casos de quistes papilíferos del ovario no debe ser tan severo como al principio lo fuera y pienso que podemos considerarlos como no fatalmente malignos, dado que muchas enfermas curan completamente o por lo menos consiguen una sobrevida de muchos años.

La «oportunidad de la operación» es un gran factor á tener en cuenta y el éxito depende también, en buena parte, de esta circunstancia.

Pasa con estos tumores algo semejante a lo que acontece con el carcinoma del útero, cuyo pronóstico depende de la misma circunstancia: «oportunidad diagnóstica y operatoria».

Basados en este criterio de la supervivencia por mejoría o curación post-operatoria, en un relativo número de casos sorprendidos antes de la generalización, creemos, como lo piensa el doctor Bottaro, nuestro asesor en este criterio, que siempre que sea posible debe recurrirse a la intervención.

CAPÍTULO V

TRATAMIENTO

Admitido que el fin de las enfermas es la muerte en un plazo más o menos largo, si no se operan, y como por otra parte se obtienen algunos éxitos interviniéndolas, es lógico pensar que debe imponerse el tratamiento quirúrgico.

Como contraindicaciones tenemos el estado de caquexia demasiado avanzado y el tumor sumamente extendido, pero no debemos olvidar que se han salvado casos en condiciones ya muy precarias. Recordemos también aquí, la falta de paralelismo entre la gravedad de las lesiones y el estado general.

Si el tumor es movable, mayores indicaciones existen para intervenir y su extirpación será más fácil.

La operación debe ser lo más radical posible y teniendo en cuenta la tendencia a la bilateralidad, es prudente suprimir los dos ovarios, tanto más cuanto que, por lo general, este proceso ataca a mujeres de cierta edad y en las cuales su actividad genital no es ya de tener en cuenta.

Por otra parte, se ha observado la regresión y desaparición frecuente de las vegetaciones que pudieran quedar, habiéndose querido ver en esto la influencia de la supresión de dichas glándulas, pues, como sostiene Delmas y Aymes, desempeñarían una verdadera función trófica frente á las vegetaciones que ellos han engendrado.

Cuando la mujer es joven, antes de extraerle los dos ovarios, siendo uno solo el enfermo, prefiere Pozzi exponerla a una nueva laparotomía.

Es conveniente, no solo tratar de sacar todas las vegetaciones que percibe el operador, sino también extraer el útero, por histerectomía sub-total o total, lo cual facilita, por lo demás, la ablación de las masas vegetantes.

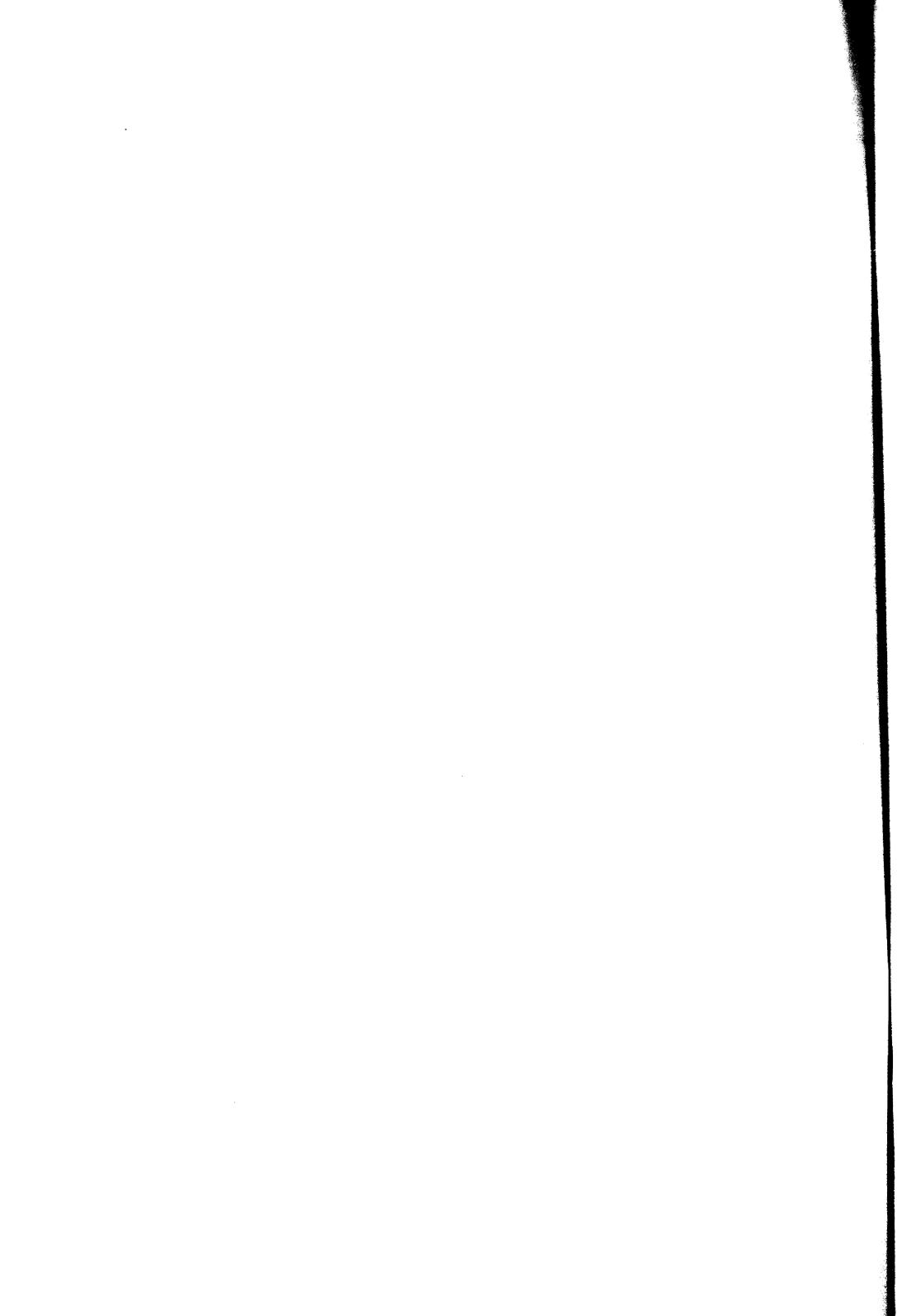
Si el drenaje encuentra indicaciones frecuentes en las simples histerectomías, en estos casos, por las adherencias y vegetaciones, puede ser sumamente útil como aislador.

Es de aconsejar, además, una aplicación intraperitoneal de Radium, en el drenaje, que puede ser, como preconiza el profesor Bazterrica, a una dosis de 0.20 centigramos, mantenida durante 24 horas.

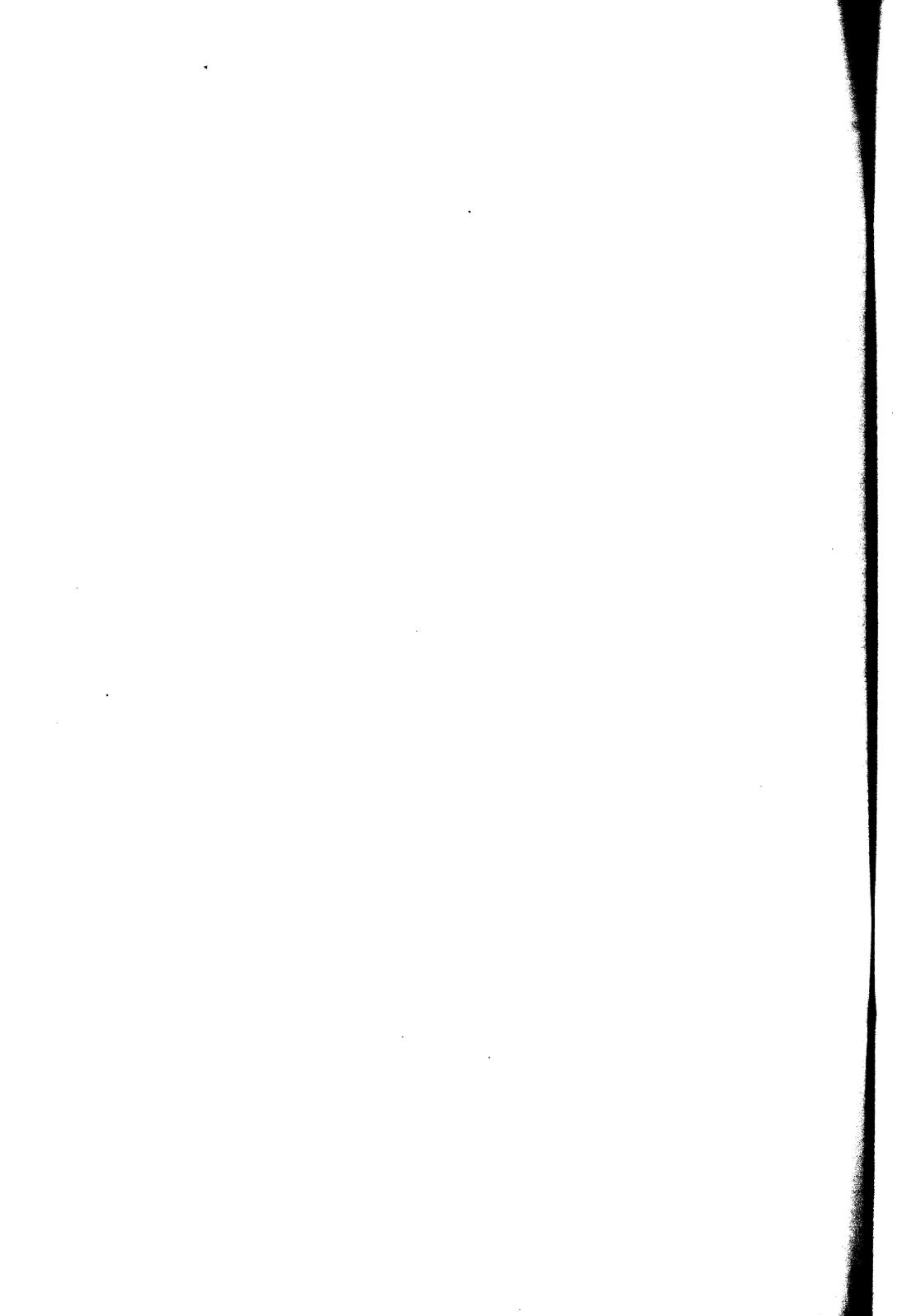
La técnica y dosaje son cuestiones sujetas á disparidad

de criterios entre los cirujanos y conocemos casos de lesiones ulcerativas producidas por él.

Por último diremos, que la resección incompleta o aún la simple laparotomía exploradora con extracción del líquido ascítico, en los casos inoperables, suele producir, más de una vez, una mejoría local y general.



OBSERVACIONES CLINICAS



Observación I

(Personal)

HOSPITAL SAN ROQUE

SALA XII.—SERVICIO DEL PROFESOR MOLINARI

JEFE DE CLÍNICA: PROF. O. L. BOTTARO

(La enferma de nuestra observación ingresó dos veces al Servicio, habiendo sido dada de alta, la primera vez, en perfectas condiciones).

Enriqueta J. de T., 52 años, casada, española.

Primer ingreso el 10 de Octubre de 1916.

Alta el 30 de Noviembre de 1916.

Diagnóstico.—Quiste papilífero del ovario.

Tratamiento.—Quirúrgico.

Antecedentes hereditarios.—Padre fallecido a los 22 años, de tuberculosis laríngea; la madre vive y es sana. Colaterales, sin importancia.

Antecedentes personales.—Viruela y coqueluche en la infancia. Regló a los 11 años, siendo sus menstruaciones regulares, abundantes, indoloras y de cuatro días de dura-

ción. Ha tenido 21 hijos, habiendo nacido cuatro muertos; partos y puerperios normales y ningún aborto. Actualmente tiene solamente cinco hijos, habiendo fallecido los doce restantes de enfermedades agudas.

Hace 8 años tuvo reumatismo, durándole la enfermedad un año.

Mueve con regularidad su vientre, tiene buen apetito, orina bien.

Enfermedad actual.—En el mes de Septiembre del año pasado, nota la enferma que su vientre se iba abultando poco a poco, pero sin acusar sensación de dolor sino de pesantez, cansancio y ligera disnea. En Octubre es vista por el doctor Bottaro, que le aconseja su ingreso á este Servicio, cosa que hace con el siguiente:

Estado actual. — Mujer con pronunciado adelgazamiento; mucosas pálidas. Obsérvase marcada disnea, sin que se constate nada de anormal del lado pulmonar. Pulso frecuente, 98 por minuto, chico, regular. Orinas escasas. Constipación ligera.

Vientre abovedado, distendido uniformemente, piel lisa, seca, con red venosa superficial. Al nivel del ombligo una regular eventración. Signos francos de ascitis.

La distensión exagerada, la disnea y los fenómenos cardíacos concomitantes exigen la paracentesis; se extraen 12 a 15 litros de líquido ascítico sin poderse recurrir a la intervención inmediata por fenómenos de cianosis que se exageran aun durante la punción, obligando a hacer inyecciones tónico-cardíacas y estimulantes difusi-

bles, a suministrarle oxígeno y provocar reacciones caloríferas de la periferia, debido al enfriamiento.

El líquido extraído es transparente y de color amarillo citrino.

La enferma mejora, pudiéndose luego completar el examen por la palpación y el tacto. Con lo primero se consigue apreciar una separación de los rectos anteriores, un onfalocoele de pequeño tamaño y en la cavidad abdominal un tumor, grueso como una cabeza de feto, ocupando la fosa ilíaca derecha, como también grandes nódulos diseminados y que hacen cuerpo con la pared anterior, de preferencia en la zona umbilical.

Pocos días más tarde se pretende operar a la enferma, la cual, al notar su mejoría se resiste a ello, debiendo practicársele 20 días más tarde una nueva paracentesis, que da salida a unos 10 litros de líquido ascítico con los mismos caracteres que la vez anterior. Durante el acto de la punción se presentan fenómenos disneicos y de cianosis que exigen la misma terapéutica ya empleada y con el mismo resultado.

El examen ginecológico se realiza con alguna dificultad, por las causas expuestas, no obstante la vacuidad del abdomen.

Se constata vagina amplia, colpocele anterior y posterior, desgarradura perineal.

Útero desviado hacia la izquierda de la línea media y en la fosa ilíaca derecha un tumor grueso, descendido al

fondo de saco y poco movilizable. Se aprecia vagamente una ligera renitencia.

Operación.—Noviembre 10 de 1916. Inyección de morfina previa. Anestesia clorofórmica (18 gramos).

Operador: Dr. Bottaro. Laparotomía mediana infra-umbilical. Intervención rapidísima dado el estado de la paciente. Extirpación de un tumor quístico del ovario derecho con su trompa correspondiente. Ovario izquierdo de aspecto normal. Resección del epiplón que se halla engrosado, friable y lleno de nódulos de infiltración.

Peritoneo visceral y parietal libre de metástasis, salvo la parte de adherencias que el epiplón ofrece a la pared abdominal anterior y a las ansas intestinales (resistentes las primeras, laxas las segundas).

El post-operatorio no presenta nada de anormal y es dada de alta con una mejoría notable de su estado general.

Segundo ingreso.—Entrada, el 12 de Marzo de 1917. Alta, el 31 de Marzo de 1917.

Vista la enferma en los primeros días de Marzo se encuentra una gran mejoría del estado general, sin disnea, con menor grado de ascitis, pero se aprecia al nivel del ángulo cólico izquierdo una masa tumoral que adhiere a la pared. En estas condiciones se aconseja una nueva intervención que la enferma acepta, dado el resultado satisfactorio de la primera.

Operación.—Marzo 16 de 1917. Anestesia etérea.

Operador: Dr. Bottaro. Laparatomía supra-umbilical.

Se aprecia una diseminación metastásica en el peritoneo parietal y visceral, principalmente en las ansas intestinales y revistiendo una forma de tipo miliar sobre la glándula hepática.

La zona de induración del ángulo cólico corresponde al lóbulo izquierdo del hígado, adherido a la pared peritoneal anterior.

Cierre sin drenaje, conformándonos con la laparotomía exploratriz. A los 15 días es dada de alta con un regular estado general y el pronóstico consiguiente.

En la fecha, Abril 11 de 1917, la enferma presenta disnea, ascitis, dolores abdominales y avanza su estado caquéctico.

Estudio anátomo-patológico.—La pieza anatómica extraída se encuentra recubierta en su superficie por algunos brotes papilíferos y se halla constituida por un tumor parcialmente quístico y sólido, cuyos diámetros son de 14 a 11 centímetros y la altura de 9 centímetros aproximadamente.

Distínguese por fuera una subdivisión del tumor en dos grandes partes y una más pequeña, viniendo a estar delimitadas entre sí por surcos más o menos profundos.

La parte sólida del tumor, que está situada entre los dos lóbulos grandes y el pequeño, tiene una forma alargada y corresponde aparentemente al ovario y trompa, cuyos diámetros, en ambas extremidades, son de 5 y $3 \frac{1}{2}$ centímetros respectivamente.

Haciendo un corte longitudinal del tumor, en el sen-

tido de su mayor diámetro, vemos que está constituido por cavidades llenas de una substancia gelatinosa de color verdoso claro, estando delimitadas estas cavidades por tabiques que parten de los surcos que hemos descripto en la superficie externa.

En muchos puntos estos tabiques presentan granulaciones papilomatosas.

Haciendo un corte longitudinal de la parte sólida y alargada que simula el ovario y su trompa, vemos que no se pueden reconocer tejidos normales, sino que todo tiene apariencia neoplásica, estando cruzada esta parte por tabiques resistentes que la subdividen en compartimentos distintos, llenos de la misma masa.

El fragmento de epiplón que se ha resecado se encuentra transformado en una especie de placa de $1 \frac{1}{2}$ a $2 \frac{1}{2}$ centímetros de espesor, su consistencia es friable y la superficie está sembrada por numerosas granulaciones.

En el corte macroscópico se observa que la superficie está limitada por una corteza de tejido neoplásico cuyo espesor es de 1 a 3 milímetros y de la cual salen numerosos tabiques, de disposición irregular, que circunscriben en medio de la grasa verdaderos islotes de tejido neoformado.

La observación microscópica del tumor quístico, previa coloración con hematoxilina-eosina, nos revela una neoformación celular bien coloreada, a células alargadas en

algunas partes y redondas en otras. Existen trabéculas de tejido conjuntivo, infiltración leucocitaria y acumulaciones celulares dispersas.

De parte del epiplón las mismas formaciones, que se destacan en medio del tejido grasoso.

Observación II

Terrillon.—Communication à la Société Ostetricale et Gynécologique de Paris. Annales de Gynécologie. Paris, 1890. Tome 33, pag. 455.

Diagnóstico.—Quistes papilomatosos de los dos ovarios, con ascitis.

Tratamiento.—Ablación por laparotomía.

Resultado.—Curación.

Esta enferma, de 32 años de edad, nota que su vientre aumenta de volumen desde hace 18 meses. Se punza y se extraen 12 litros de líquido. Se hace una laparotomía y como se encuentran producciones papilomatosas se cree en un cáncer y se renuncia a la operación radical. Más tarde se hace una segunda punción, se extraen 16 litros de líquido y una vez extraído el líquido se alcanzan a palpar dos tumores duros y abollados a los costados del útero y que lo inmovilizan.

Terrillon hace entonces una laparotomía y extirpa con gran trabajo dos tumores poliquísticos, presentando en

su superficie una gran cantidad de vegetaciones friables. Se produce una hemorragia seria. La enferma se cura.

En la discusión del caso, Pean, que ha presentado a la Academia dos papilomas semejantes, los considera como tumores generalmento benignos y que no recidivan.

Observación III

J. Delmas y Aymes.—Sur les tumeurs papillaires de l'ovaire. La Gynécologie. París, 1912.

Diagnóstico.—Quistes papilíferos de ambos ovarios. Ascitis. Metástasis peritoneales.

Tratamiento.—Ovariectomía doble.

Resultado.—Curación.

María R., 65 años; ingresa al servicio el 11 de Septiembre de 1911. No suministra ningún antecedente patológico. Reglada a los 20 años y con regularidad, la enferma ha tenido cuatro partos normales, a término. Menopausia a los 50 años. No hay pérdidas rojas ni blancas. El apetito es nulo y las digestiones difíciles. Al examen todos sus aparatos son normales y el estado general parece satisfactorio.

Su abdomen ha comenzado a aumentar de volumen hace tres meses, empezando a sentir también la enferma en esa fecha dolores lumbares, que se han acentuado desde hace un mes y que se irradian a las caderas.

El vientre tiene el volumen de un embarazo a término.

Hay edema suprapúbico. La palpación descubre abundante ascitis que impide toda exploración profunda.

Al tacto se encuentra una masa voluminosa en el fondo de saco izquierdo, dura, irregular y poco movilizable. Ella empieza en el fondo de saco derecho e inmoviliza completamente el útero.

Operación.—Septiembre 15; anestesia con éter, gota a gota.

Incindida la pared se da salida a unos seis litros de líquido ascítico, de color citrino.

Los dos ovarios son grandes como una naranja y están recubiertos de saliencias verrugosas, cortas y carnosas, como fungosidades y que sangran al menor contacto. Las vegetaciones han invadido las trompas hasta el cuerno uterino y algunas se encuentran sobre la vejiga y el recto.

Se practica la ablación de las dos masas ováricas al ras de los cuernos uterinos.

Se cierra la pared sin drenaje.

Consecuencias operatorias buenas y la enferma sale de alta en perfecta salud el 22 de Octubre.

A fines de Febrero de 1912 se ve a la enferma que sigue gozando de buena salud y no sufre nada.

Observación IV

J. Delmas y Aymes.—Sur les tumeurs papillaires de l'ovaire. La Gynecologie. París, 1912.

Diagnóstico.—Quistes papilíferos de ambos ovarios. Ascitis. Siembra peritoneal.

Tratamiento.—Ovariectomía doble.

Resultado.—Satisfactorio.

Rosalía G., 56 años; ingresa al servicio de ginecología el 23 de Septiembre de 1911. No recuerda haber tenido enfermedad alguna. Tuvo cinco embarazos normales y un parto prematuro. Menopausia a los 46 años, después no hubo pérdidas rojas ni blancas. La mujer orina poco pero no tiene edemas. Todos los aparatos, normales.

Su vientre ha comenzado a crecer en el mes de Agosto pero este aumento de volumen ha sido precedido durante dos meses por cólicos y tenesmo.

Actualmente no hay fenómenos dolorosos sino ligera sensación de pesantez.

Al examen se encuentra un abdomen muy voluminoso, distendido y con ombligo saliente.

La circunferencia alrededor del ombligo mide 111 centímetros y 52 centímetros la distancia del pubis al apéndice xifoide. La gran ascitis hace imposible la palpación.

Al tacto: cuello pequeño y desviado ligeramente hacia la izquierda. En el Douglas grandes masas irregulares, duras, poco movibles y pareciendo independientes del útero. No hay dolor a la presión.

Operación.—Septiembre 28; anestesia con éter, gota a gota.

Se hace una laparotomía mediana que da salida a unos 10 litros de líquido ascítico, de color amarillo citrino. Toda la cavidad peritoneal se encuentra cubierta de vegetaciones en coliflor, muy abundantes sobre el ciego, colon ascendente y transversal y gran curvatura del estómago. Se encuentran también en la retrocavidad de los epiplones, estando el peritoneo parietal sembrado de granulaciones, pero más pequeñas. En la pelvis se encuentran invadidos el recto y la vejiga.

La masa ovárica izquierda, a la vez quística y papilar, tiene el volumen de una cabeza de feto. Se practica su ablación y se hace una escisión cuneiforme del cuerno izquierdo del útero, al cual se encuentra íntimamente soldada.

La masa ovárica derecha es más pequeña. No hay inclusión ligamentaria. Se realiza su ablación. La intervención se limita a la doble ovariectomía que se hace lo más amplia posible y se cierra el vientre sin drenaje.

Las consecuencias operatorias son normales. A fines de Febrero de 1912 la enferma sale de alta bien; come y duerme perfectamente. No acusa más que una sensación de pesantez ligera en los riñones y pinchazos en el vientre, que no ha aumentado de volumen.

Observación V

C. B., argentina, 14 años, soltera.

Esta enferma es operada en el año 1905, en el Sanatorio Caride, por el doctor David F. Prando, quien constata un quiste papilífero del ovario izquierdo. Realiza la extirpación del ovario enfermo y trompa correspondiente, dándose de alta a la enferma en perfectas condiciones.

Al año siguiente es vista nuevamente y presenta gran ascitis. Se interviene y se constata un quiste papilífero del otro ovario y múltiples metástasis en el peritoneo parietal.

Se hace oforo-salpingectomía y se queman las metástasis con termocauterio. La enferma es dada de alta bien y se va a Suiza, donde es vista por el profesor Kocher que comprueba su buen estado actual. Más tarde contrajo matrimonio y de regreso en Buenos Aires es operada hace dos años, en 1915, por el profesor Molinari, encontrándose una siembra metastásica peritoneal que obliga a reducir la intervención a la simple laparotomía.

Observación VI

Molinari.—Observaciones de ginecología operatoria.
Buenos Aires, 1892.

Diagnóstico.—Cistoma papilífero del ovario derecho.
Ascitis.

Tratamiento.—Ovariectomía y apendicectomía.

Resultado.—Curación.

M. M. de B., 53 años, italiana, casada; quehaceres domésticos.

Antecedentes hereditarios.—Buenos.

Antecedentes individuales.—Regló por primera vez a los 17 años, ha seguido reglando siempre con regularidad hasta los 50 años, época en que la menstruación desapareció.

Se casó á los 18 años; ha tenido 7 hijos, el último a los 36 años.

El tumor que tiene actualmente lo notó hace 7 meses, apareciendo en la fosa ilíaca derecha; se desarrolló con tal rapidez que a los dos meses hubo que hacerle una punción, debido a que el tumor le producía mucha disnea,

constipación, deseos frecuentes de orinar y un dolor muy fuerte al costado izquierdo.

Con la punción, según refiere la enferma, se le extrajeron unos 16 litros de líquido verdoso.

A los dos meses el líquido se había reproducido nuevamente, adquiriendo el vientre mayor desarrollo que la vez anterior y produciéndole las mismas molestias.

El 17 de Febrero de 1912 se le hizo una nueva punción, pues no quiso que se hiciera otra operación y le extrajo 15 $\frac{1}{2}$ litros de líquido con el mismo color que el anterior.

Después de la última punción se notaba un tumor duro, irregular, con gran movilidad é independiente del útero.

El líquido se reproduce en un mes y entonces la enferma se resuelve a que se le haga laparotomía.

Hay considerable ascitis. La matitez se extiende hasta el ombligo.

Cistocele muy pronunciado, útero en anteflexión, fondos de saco borrados.

Estado general malo.

Operación. — (8 de Mayo). Opera el doctor Castro.

Se hace una incisión abdominal de 12 centímetros y se da salida a gran cantidad de líquido ascítico. El tumor está formado por el ovario derecho y tiene adherencias al peritoneo parietal, intestino delgado y apéndice vermicular. Las adherencias se desprenden con mucha facilidad. Se reseca el apéndice vermicular y a continuación se extirpa el tumor.

El peritoneo parietal está lleno de vegetaciones papilares hasta por encima del ombligo.

Consecuencias operatorias muy buenas.

Mayo 9: hay incontinencia de orina.

» 11: no pierde orina.

Abril 5: sale del hospital curada.

Agosto 16: sigue bien. El estado general ha mejorado mucho.

— — — — —

Observación VII

Enriquez.—Cistoadenoma papilífero del ovario. Buenos Aires, 1907.

Diagnóstico.—Cistoadenoma papilífero de ambos ovarios. Ascitis.

Tratamiento.—Ovariectomía doble.

Resultado.—Curada.

S. J. de D., argentina, 26 años, casada, quehaceres domésticos.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Coqueluche á los seis meses, escarlatina a los tres años, sarampión a los cinco años; reumatismo poliarticular agudo á los 17 años, enfermedad que la obligó a estar un mes en cama.

La primera menstruación data de los trece años; son regulares, algo dolorosas y duran tres días.

Se casa a los 24 años y donde entonces la menstruación le dura cinco o seis días; no ha tenido hijos ni abortos.

Enfermedad actual.—Data de unos ocho o nueve meses, comenzando por sentir dolores en el bajo vientre y espe-

cialmente en el lado derecho, dolores que se irradiaban a las caderas y sobre todo al caminar.

Dos meses después del comienzo de estos dolores notó la enferma que su vientre aumentaba de volumen y pensó en un embarazo, no obstante tener la menstruación con toda regularidad y alarmada concurre al Hospital.

Estado actual.—Septiembre de 1906. Examinada la enferma en los primeros días del mes, se encuentra en la fosa ilíaca y flanco derecho un tumor algo movable, fluctuante y mate a la percusión; la pared abdominal está muy tensa y no permite sentir choque de líquido.

Al tacto se encuentra que el tumor ocupa el fondo de saco lateral derecho y que ha rechazado el útero hacia la izquierda, notándose al mismo tiempo la fluctuación

Operación.—Septiembre 17. Se practica una laparotomía, encontrando el peritoneo abdominal muy engrosado; incidido éste, sale del vientre una cantidad de líquido ascítico en un total de 1500 a 2000 gramos, observándose, en medio del líquido abdominal, las vegetaciones en coliflor del quiste del lado derecho, más desarrollado que el del izquierdo, el cual también presenta las mismas lesiones, aunque en menor grado.

Se extrae el doble tumor con cierta dificultad por las adherencias al epiplón é intestino y, previo un drenaje, se sutura la pared del vientre. La enferma cura por primera intención, sin fiebre, no sufriendo sino una ligera indisposición el segundo y tercer día de operada, moti-

vada por un fuerte ataque de tos, con algunos rales bronquiales y frotos pleurales.

Sale de alta del servicio de los doctores J. Ayerza y A. Zabala, en el Hospital Rivadavia, el 14 de Octubre del año 1906.

Hecho el examen histológico de los tumores extraídos, se comprueba el diagnóstico.

La enferma ha sido vista diez años después, en 1916 y se encontraba en perfectas condiciones.

Observación VIII

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

SALA X.—SERVICIO DEL PROFESOR BAZTERRICA

Constancia B., 57 años, italiana, casada, quehaceres domésticos.

Ingresa el 6 de Julio de 1911.

Alta el 15 de Agosto de 1911.

Diagnóstico.—Quiste papilífero del ovario izquierdo.

Tratamiento.—Ovariectomía y salpingectomía izquierda.

Resultado.—Curada.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—No ha tenido enfermedad alguna en su infancia. Regló por primera vez a los 13 años; siempre ha menstruado periódicamente, durándole cuando soltera 3 o 4 días, indoloras y abundantes. Ha tenido 8 hijos, siendo sus partos normales y un aborto de tres meses hace 6 años, perdiendo abundante sangre por espacio de tres días y quedando bien sin necesidad de raspado.

Hace 2 años que ha entrado en la menopausia.

Enfermedad actual.—Comienza hace 2 años con molestias en el bajo vientre y sensación de peso, sin ningún dolor. Vista por un médico, éste constata un prolapso uterino y prescribe el uso de un pesario. Lo usó la enferma algún tiempo, pero no resistiéndolo se lo sacó y consiguió seguir cierto tiempo bien hasta que la sensación de peso se hace mucho mayor y aparecen trastornos del lado de la vejiga: tenesmo y dificultad para orinar. No siente ningún dolor, ni en el bajo vientre ni en las caderas. No ha tenido menorragias ni metrorragias. Es muy constipada, pasando hasta 3 días sin mover el vientre.

Tiene apetito y no se siente débil ni desfallecida.

Estado actual.—Abdomen globuloso, simétrico, estando caídas las partes laterales y flancos. Piel de coloración pálida con una red venosa muy marcada, ascendiendo las venas de ambas fosas ilíacas. A la palpación se constata un tumor multilobulado, movable y renitente, que ocupa el hipogastrio y ambas fosas ilíacas; consiguiéndose percibir frotos peritoneales cuando se deprime la pared.

La percusión del vientre revela matitez en todas las regiones periumbilicales y en los flancos, pero el cambio de posición no da cambios de sonoridad marcados.

Examen ginecológico.—Desgarradura incompleta del periné. Por la vulva aparece el cuello del útero y las paredes vaginales que se invierten y hacen prominencia a través de ella.

Por el tacto y la palpación combinada se encuentra el útero algo aumentado de volumen, en posición normal, si bien un poco rechazado por un tumor que se palpa a la izquierda, movable, renitente, indoloro y multilobulado, que ocupa el hipogastrio, por detrás del pubis y es independiente de la matriz, pues los movimientos imprimidos á aquél no se transmiten a ésta. Además, se puede introducir los dedos por entre el tumor y el útero. Una parte del tumor se extiende por la fosa ilíaca derecha revelándose en el fondo de saco vaginal del mismo lado e invade también parte del fondo de saco vaginal izquierdo.

El cuello del útero se encuentra aumentado de volumen, irregular y de superficie erosionada.

La hysterometría es de 8 centímetros.

Operación.—Julio 20 de 1911. Anestesia clorofórmica. Operador: Dr. Bazterrica.

Se hace laparotomía média sub-umbilical y abierto el vientre se exterioriza un tumorcito papilífero del ovario izquierdo; adosada a él se halla la trompa que es pequeña y sin caracteres dignos de mención. El tamaño del tumor es el de dos cabezas de feto a término. está unido a su base por un largo y grueso pedículo torcido tres veces sobre su eje, en dirección de las agujas de un reloj. Había también como unos tres litros de líquido ascítico, de color citrino claro.

Se liga el pedículo, se le secciona, se pasa el termo-cauterio por la sección, se peritoniza y se cierra el vien-

tre en tres planos; los profundos con catgut y el superficial con crin.

Había sobre la cara posterior del útero unos pequeños núcleos papilíferos que fueron extirpados y otros del tamaño de un grano de maíz, en número de dos, muy profundos, sobre la pared pelviana.

Post-operatorio.—Se sacan los puntos a los 12 días, curándose la herida por primera.

La enferma se levanta a los 21 días y sale de alta en perfectas condiciones.

Observación IX

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS.—SALA X
SERVICIO DEL PROFESOR BAZTERRICA A CARGO DEL PROFESOR
SUPLENTE (EN EJERCICIO) DR. JAIME SALVADOR

Catalina P., 48 años, árabe, viuda. Quehaceres domésticos.

Ingresa el 10 de Febrero de 1913.

Alta el 20 de Marzo de 1913.

Diagnóstico.—Quistes prolíferos papilares de ambos ovarios. Metástasis peritoneales. Ascitis.

Tratamiento.—Oóforo-salpingectomía bilateral.

Resultado.—Curada.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sarampión en la infancia. Regló por primera vez a la edad de 14 años; son normales y de seis días de duración.

Se casó a los 15 años. Ha tenido un hijo y ningún aborto.

Hace cuatro años entró en menopausia.

Enfermedad actual.—Hace tres meses, de noche, sintió repentinamente en todo el bajo vientre un fuerte dolor.

Se le aplicó una bolsa de hielo y se le administraron medicamentos, disminuyendo los dolores poco después, pero tres semanas más tarde reaparecieron nuevamente, acompañados de vómitos, pero con menor intensidad. Mejora más tarde, pero desde entonces siente un ligero dolor constante en el bajo vientre y dificultad para mover el vientre y orinar.

Estado actual.—Ventre abultado de una manera regular, proeminente hacia la región umbilical, encontrándose el punto más elevado por debajo del ombligo. La circunferencia del abdomen a ese nivel es de 82 centímetros.

Piel blanca, con múltiples resquebraja duras, sin circulación venosa subcutánea visible y cicatriz umbilical algo saliente.

Por la palpación se aprecia un tumor que llena casi toda la cavidad abdominal, redondeado, regular, de paredes tensas y lisas excepto en la fosa ilíaca izquierda, donde se palpa un tumorcito duro en relación con la pared del tumor grande.

Este llena las fosas ilíacas, ambos flancos y llega hasta cerca del reborde costal; es fijo, no doloroso y mate en toda su extensión, matitez que en la línea media se extiende hasta seis traveses de dedo por arriba del ombligo.

Examen ginecológico.—Desgarro incompleto del periné y prolapso de las paredes vaginales. Vagina corta. Fondo de saco de Douglas ocupado. Utero situado por delante del tumor y a la derecha de la línea media. En los fondos de saco laterales se siente una masa tumoral.

Operación.—Febrero 15 de 1913. Operador: Dr. J. Salvador. Se hace laparotomía incindiendo en la línea media desde el pubis hasta más allá del ombligo, que se contornea por su lado izquierdo.

Aparece la cara anterior del tumor quístico más voluminoso y que corresponde al ovario derecho, con un pedículo relativamente largo, cilindroide, grueso y edematoso. Las paredes del quiste son gruesas, duras y de color rojo obscuro, salpicado por manchas menos rojas, amarillentas o blancas. Hay ascitis de color amarillento y de consistencia siruposa.

Con la ascitis aparecen masas gelatiniformes de forma irregular, transparentes unas y blancas o blanco amarillentas otras, con porciones más resistentes. Se enuclea el gran quiste incompletamente, pues se halla adherido a la izquierda del colon pelviano e iliaco, que fijan su extremidad inferior.

Se toma el pedículo con una larga pinza clamps y se le secciona por arriba, dando al ayudante el tumor y ligando a continuación dicho pedículo.

En el lado izquierdo se hace lo mismo. La extremidad inferior del colon pelviano y la superior del recto se encuentran invadidas por brotes que también se hallan diseminados en el peritoneo, ansas delgadas, etc. Se cierra el vientre y se deja drenaje de gasa al Douglas.

Febrero 17: Se cambia el drenaje.

Marzo 10: Cicatriz de la pared por primera intención. La enferma se encuentra bien.

Observación X

HOSPITAL PIROVANO.—SALA IX
SERVICIO DEL PROFESOR SALVADOR

(Esta observación clínica es sumamente interesante porque se ha seguido a la enferma durante casi todo el proceso de su enfermedad, obteniéndose al final un resultado altamente satisfactorio. Es de notar que había sido intervenida en otro hospital, donde se le hizo solamente una laparotomía exploradora, razón por la cual se hiciera después en este servicio y al principio, sin mayor seguridad, el diagnóstico de ascitis neoplásica?)

Celina C. de V., 36 años, italiana, casada, quehaceres domésticos.

Ingresa por primera vez el 29 de Octubre de 1915.

Alta el 7 de Noviembre de 1915.

Diagnóstico.—Ascitis neoplásica?

Tratamiento.—Paracentesis.

Resultado.—Estacionario.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Regló a los 14 años, siendo sus reglas regulares, algo dolorosas y de tres días de duración. Se casó a los 22 años. No se ha embarazado. Ha tenido flujo, blanco amarillento. Sufre de frecuentes cefaleas y es muy constipada.

Enfermedad actual.—Desde fines del año pasado la enferma comenzó a adelgazar considerablemente. En Abril de este año sintió dolores en el vientre, costados y espalda.

A los 15 días notó que el vientre se abultaba, aumentando también la resistencia de sus paredes y cesando los dolores. Ingresó en esas condiciones a un hospital donde se le practicó una laparotomía y se le extrajo líquido ascítico en considerable cantidad. Salió de alta mejorada, pero en Septiembre el vientre comenzó a abovedarse nuevamente por lo que decide ingresar a este servicio.

Estado actual.—Mujer bien desarrollada, muy demacrada, mucosas y piel pálidas, pulso frecuente, 120 por minuto, poco tenso y arrítmico, lo que se comprueba a la auscultación. Presenta un vientre globuloso y muy distendido, con una circunferencia a nivel del ombligo de 103 centímetros. Se nota una cicatriz operatoria de laparotomía infraumbilical de unos 12 centímetros de largo. La piel distendida deja ver el desarrollo venoso subcutáneo en ambos lados, hallándose borrada la cicatriz umbilical.

A la palpación no se puede diferenciar nada debido a la distensión abdominal, siendo fácil obtener una sensación franca de ola.

El líquido ocupa las partes inferiores y laterales del abdomen, lugares que se encuentran mate a la percusión salvo una pequeña zona en el epigastrio, con un límite a concavidad superior, que en la parte media se encuentra a seis traveses de dedo por encima del ombligo.

Vulva de nulípara y de coloración algo cianótica, vagina corta, cuello del útero ligeramente agrandado, cianótico, erosionado y con un orificio circular pequeño.

Paracentesis.—Noviembre 2 de 1916.

Se extraen 13 $\frac{1}{2}$ litros de líquido ascítico, de color amarillo verdoso y poco fluido y se inyectan 5 c. c. del mismo líquido debajo de la piel del muslo.

Estado actual (después de la paracentesis).—Con el vientre flácido y deprimido se palpan en el hipogastrio unas masas duras e irregulares, fijas en las partes profundas de la excavación y algo renitentes, pero no se puede precisar su naturaleza. En la parte superior del abdomen se tocan otras durezas que parecen corresponder al colon transverso y que en el hipocondrio derecho son algo dolorosas.

El cuerpo del útero parece encontrarse en retroversión muy marcada, tocándose su fondo inmediato al fondo de saco vaginal posterior. Por arriba del útero se encuentran las masas duras antes descriptas que ocupan los fondos de saco laterales y la parte superior; tienen una forma irregular, son poco móviles y transmiten algo su movimiento al cuerpo del útero, sin poderse precisar si es por vecindad o por formar cuerpo con él.

Segunda entrada al servicio.—Ingresa el 27 de Diciembre de 1915.

Alta el 31 de Diciembre de 1915.

Resultado.—Mejorada.

Estado actual.—Diciembre 29 de 1915. Se ha reproducido la ascitis alcanzando a 109 centímetros la circunferencia del abdomen.

Paracentesis.—Diciembre 30 de 1915.—Se extraen 15 litros de líquido ascítico, de color amarillo uerdoso.

Tercera entrada al servicio.—Ingresa el 21 de Febrero de 1916.

Alta el 17 de Marzo de 1916.

Resultado.—Mejorada.

Estado actual.—Febrero 22 de 1916.—La circunferencia abdominal a nivel del ombligo es de 114 $\frac{1}{2}$ centímetros. Vientre de paredes muy tensas, con marcado desarrollo venoso subcutáneo y ombligo borrado. Presenta un edema duro de ambos miembros inferiores, en toda su extensión.

Paracentesis.—Febrero 22 de 1916.—Se extraen por punción 14 litros de líquido ascítico con las características macroscópicas del extraído la vez anterior.

Estado actual.—Marzo 1.º de 1916.—Circunferencia abdominal a nivel del ombligo 119 $\frac{1}{2}$ centímetros. Edema de ambas piernas.

Paracentesis.—Marzo 16 de 1916.—Se extraen 10 litros de líquido ascítico algo sanguinolento. El edema de

las piernas ha desaparecido, habiéndose administrado urotropina y cafeína.

Cuarta entrada al servicio.—Ingresa el 28 de Abril de 1916.

Alta el 23 de Junio de 1916.

Diagnóstico.—Tumor papilar del ovario derecho. Quiste papilífero intraligamentoso del lado izquierdo. Núcleos serosos y sub-serosos, sesiles, en el cuerpo del útero. Ascítis.

Tratamiento.—Extirpación de los tumores, histerectomía abdominal sub-total (procedimiento americano modificado), evacuación del derrame ascítico, drenaje.

Resultado.—Curada.

Operación.—Mayo 9 de 1916.—Anestesia clorofórmica. Operador: Dr. J. Salvador.

Se hace laparotomía supra-umbilical en la línea media. Se deja salir con lentitud varios litros de líquido ascítico claro, de color amarillo verdoso y se enjuga con gasas el resto del líquido.

Epiplón retraído, no visible.

En el sitio del anexo derecho se encuentra un tumor papilar voluminoso, sobrepasando por arriba la cresta posterior del hueso iliaco y sin presentar ninguna adherencia.

No se ve la trompa ni el ovario, encontrándose reducido el ligamento ancho de ese lado nada más que a su base; se ligan los pedículos interno y externo con cat-gut y se extirpa el tumor papilar. Se recogen, además, algu-

nas masas papilares que se habían desprendido en estas maniobras.

Útero pequeño, con varios núcleos fibrosos en posición alta y rechazado a la derecha de la línea media por un tumor quístico, tenso, voluminoso e intraligamentoso, que llena toda la mitad izquierda de la excavación, invade el fondo de saco posterior y ha rechazado hacia el lado opuesto la vejiga.

No se encuentra la trompa ni el ovario del lado izquierdo. Se aspira el contenido del quiste y se extraen 1200 grs. de un líquido fluído, amarillo verdoso. En realidad, el líquido aspirado parece corresponder a un derame situado entre ambas hojas del ligamento ancho o a un primer quiste, pues una vez retirada la cánula se palpa dentro de las dos hojas un tumor quístico del tamaño de un puño de adulto y de paredes tensas.

Posición de Trendelenburg. Valva supra-pubiana. Se hace histerectomía sub-total por sección continua transversa de derecha a izquierda, ligadura con cat-gut de la uterina derecha, disección del colgajo peritoneal anterior con la vejiga, sección del cuello del útero, cauterización ígnea del canal cervical, sección de la uterina izquierda después de tomarla con una pinza y abertura amplia de las dos hojas del ligamento ancho izquierdo desde el borde del útero, hacía afuera y hacia abajo.

Se inicia la decorticación del quiste descripto, que es del tamaño de un puño, pero sus paredes se desgarran

derramándose su contenido líquido, semejante o igual al obtenido por punción.

En dos pedazos se extirpa su membrana encontrándose en el fondo, sobre el piso de la pelvis (base del ligamento ancho) dos masas papilíferas del tamaño de una nuez cada una, en un todo semejantes a la masa papilar del tumor derecho.

Se extirpa también otra membrana situada en la porción más alta del ligamento ancho y que seguramente correspondía al primer quiste, del cual se habían retirado por punción aspiradora 1200 gramos de líquido.

Hemostasia y peritonización, dejando una abertura en el ligamento ancho izquierdo que se fija a la pared y cuya cavidad se drena previamente con unas gasas.

Drenaje del Douglas con una gasa colocada por detrás, es decir, por arriba de la anterior.

Sutura del vientre en tres planos; la piel con crin y agraffes de Michel.

Posición de Fowler.

2.º día: se saca la gasa del Douglas y se pone otra.

4.º día: se saca la gasa que hace el drenaje de la base del ligamento ancho izquierdo.

Ese día no se pudo colocar un drenaje con tubo de vidrio pues fue imposible encontrar el trayecto. Posteriormente se colocó el tubo de vidrio y por él salió líquido rojizo en abundancia.

La enferma sigue bien hasta ser dada de alta en perfectas condiciones.

Agosto 8 de 1916: se ve a la enferma en el consultorio externo.

Dice encontrarse bien, no siente ninguna molestia, ha aumentado de peso y su estado general es bueno.

Está completamente sana en apariencia y dice que a veces se le hinchan las piernas, pero esto no se ha podido comprobar en el momento.

En el vientre, que está plano, no se palpa nada anormal y presenta una buena cicatriz (16 centímetros).

Por el tacto se palpa el muñón del cuello uterino, móvil e indoloro. Los fondos de saco vaginales están libres de adherencias, tocándose el lateral izquierdo algo duro, empastado y doloroso, sin constatarse la presencia de tumor en el sitio donde estaba implantado el quiste intraligamentoso que se marsupializó.

Por el lado vesical nada de particular.

Observación XI

HOSPITAL FERNÁNDEZ.—SERVICIO DEL PROF. DURAÑONA

Gabriela A., 49 años, italiana. Quehaceres domésticos.
Ingresa el 4 de Septiembre de 1916.

Alta el 22 de Noviembre de 1916.

Diagnóstico.—Quistes papilíferos de ambos ovarios. Ascitis.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Primeras reglas a los 18 años, regulares y en bastante cantidad. Nulípara.

Enfermedad actual.—Hace dos meses que empezó a crecer su vientre con gran rapidez, comenzando a nivel de la fosa ilíaca izquierda y comunicándose después a la otra fosa.

Las menstruaciones de los dos últimos meses han sido muy abundantes y algo dolorosas.

Desde 15 días antes de ingresar comenzaron a hincharse sus piernas y a tener disnea.

Estado actual.—Mujer alta, bien constituida, muy adel-

gazada, de color amarillo pajizo, con gran disnea y edema que se extiende hasta la base del tórax. A la auscultación se oye un soplo en el foco mitral. Orina escasa, albuminosa y con pocos cloruros.

Al examen del vientre se encuentra un enorme tumor cuyo desarrollo es mayor en el lado izquierdo, presentando un núcleo más pequeño en el derecho. Ambos son francamente renitentes, tensos, irregulares, fijos e indoloros. Parece haber un poco de ascitis. Se la pone en tratamiento médico (leche, reposo, etc.), y el día antes de la operación la orina era abundante y había únicamente restos de albúmina, con aumento de cloruros.

Los edemas y la ascitis han desaparecido casi en absoluto, lo mismo que el soplo mitral.

Por el tacto se toca un tumor redondeado y renitente en el fondo de saco posterior, que oprime a un útero pequeño y adosado contra el pubis.

Operación.—Septiembre 20 de 1916. Operador: doctor Durañona.

Laparotomía longitudinal, desde uno o dos centímetros por arriba del ombligo hasta el pubis. Adherencias epiploicas a la pared e intestinos, fáciles de romper. Se pinza y se saca del tumor mayor unos 5 a 6 litros de líquido espeso y sanguinolento. Del otro núcleo menor, del lado derecho, se saca también unos dos litros de líquido, pero éste es citrino. En vista de que con el final del líquido salen papilas típicas de maligno y de que el tumor tiene en su base adherencias solidísimas en todo

el contorno, se resuelve marsupializar los dos tumores aisladamente.

Hasta los primeros días de Diciembre de 1916 la enferma concurría al consultorio externo a curarse un trayecto fistuloso que le había quedado. En los últimos días el estado general, que había mejorado considerablemente después de la operación, comienza de nuevo a decaer y por el orificio fistuloso asoman algunas papilas con un olor muy fétido.

En esta fecha la enferma deja de concurrir a curarse.

Observación XII

SANATORIO POLICLÍNICO

(Esta enferma salió de alta en buenas condiciones, pero vuelve a ingresar al sanatorio tres meses después, con fenómenos de oclusión intestinal crónica. Es intervenida nuevamente, pero fallece cinco días después).

Anunciación P. de B., 47 años, casada, italiana, quehaceres domésticos.

Ingresa por primera vez el 5 de Octubre de 1916.

Alta el 28 de Octubre de 1916.

Diagnóstico.—Quiste papilífero del ovario derecho y del para-ovario izquierdo. Ascitis.

Tratamiento.—Extirpación de ambos quistes. Apendicectomía. Drenaje.

Resultado.—Mejorada.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Eruptivas en la infancia.

Durante su niñez y hasta la edad de 14 años fué siempre débil. En esa época aparecieron trastornos nerviosos que le duraron hasta la edad de 19 años y atribuidos por varios médicos a su falta de menstruación. Esta aparece por primera vez a los 19 años y desde entonces cesaron los fenómenos antedichos. Eran abundantes, indoloras y regulares en su aparición y duración (6 a 7 días). Se casó a los 24 años y ha tenido dos hijos, con parto normal; un parto prematuro y un aborto de tres meses.

En 1912 aparecen las primeras manifestaciones de la menopausia desapareciendo completamente sus reglas al año siguiente, fecha en que adquiere fiebre tifoidea.

Enfermedad actual.—Comienza hace año y medio con fuertes dolores en la región renal derecha, que se irradian al vientre.

Nota desde hace un año la presencia de un tumor en el flanco derecho, movable, que se desplaza con los cambios de posición, indoloro espontáneamente pero doloroso a la palpación.

Desde hace dos meses se percibe de que este tumor aumenta mucho de volumen, su estado general, que era bueno, comienza a desmejorar, habiendo perdido varios kilos de peso.

Estado actual.—Mujer en pobre estado de nutrición. Escaso panículo adiposo; piel blanca, seca. Hay edemas.

Pulso regular e igual, 100 por minuto. Soplo breve y áspero de aortitis. Mueve regularmente su vientre. Tiene trastornos vesicales.

El abdomen se presenta globuloso, de paredes distendidas y tensas y con abundante red venosa superficial. A la palpación se constata la presencia de un enorme tumor: duro, movable, indoloro, que se desplaza de un lado al otro pero que abandonado a sí mismo ocupa la región de la fosa ilíaca derecha, sobrepasando por arriba como cinco traveses de dedo por encima de la espina ilíaca antero-superior y por la parte media dos traveses de dedo por fuera de la línea parda.

Hacia abajo se ubica en la excavación pelviana.

Da una sensación particular de peloteo y es mate a la percusión.

Hay ascitis.

Examen genital.—Órganos genitales externos de multipara, sanos. Vagina estrecha y corta, tocándose los fondos de saco a una profundidad de 3 centímetros: son indoloros, bombean y están totalmente ocupados. El cuello del útero, rechazado por detrás del pubis, está desgarrado y presenta en su superficie nodulitos fibrosos duros. Útero pequeño, levantado y rechazado hacia el pubis por el tumor que lo comprime. Tiene flujo amarillento, abundante y fétido.

Operación.—La efectúan los doctores Gómez y Palacios Costa.

Laparotomía mediana supra e infraumbilical. Líquido ascítico amarillento, transparente, en una cantidad de 10 a 12 litros. Ansas intestinales libres.

Quiste papilífero del ovario derecho, que cuesta enuclearlo pero que se saca entero.

Quiste papilífero del paraovario izquierdo, que se punza con trocar por no poder pasar la mano a la excavación. Vaciado que fué se le extrajo la bolsa íntegra. Se saca el apéndice sano porque se presentó a la vista. El fondo de la vejiga se encuentra infiltrado. Se deja drenaje a la Mickulicz durante 24 horas. Retirado se cierra la pared. Sutura en tres planos: catgut (2 y 3) y crin.

Post-operatorio.—A las 24 horas se extrae el tapón, cerrándose la brecha. Cicatriza por primera intención. Un tacto vaginal realizado 15 días después de operada revela los fondos de sacos libres e indoloros. El útero en posición ligeramente hácia la izquierda debido a que el ligamento ancho de ese lado albergaba el otro quiste y al suturarlo quedó corto.

Útero libre de adherencias.

La enferma sale de alta en buenas condiciones.

Segunda entrada al Sanatorio.—Ingresa el 30 de Enero de 1917.

Defunción el 4 de Febrero de 1917.

Diagnóstico.—Oclusión intestinal crónica y metástasis peritoneales del quiste papilífero del ovario.

Tratamiento.—Laparotomía.

Enfermedad actual.—A fines de Diciembre de 1916, a raíz de un disgusto de familia, aparecen nuevamente trastornos nerviosos y ascitis, que amenta con rapidez.

No mueve su vientre desde hace 7 días. Los enemas no la mejoran.

Vómitos continuos, primero alimenticios y luego biliosos, porráceos y fecaloides.

Siente dolores en la vejiga, las micciones son frecuentes pero indoloras.

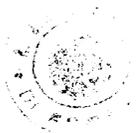
Estado actual.—Decúbito horizontal; facies ansiosa, ojos hundidos, nariz afilada; mucosas pálidas; lengua saburral; pulso hipotenso, regular, igual, 120 por minuto.

Abdomen globuloso, de paredes distendidas y tensas, gran meteorismo, timpanismo exagerado y doloroso a la presión.

Operación.—Laparotomía mediana, con resección de la vieja cicatriz.

Al abrir el peritoneo salen como 16 litros de líquido amarillo pardo, turbio y denso.

Una vez abierta la cavidad peritoneal se nota sembrado el peritoneo parietal, epiplón, estómago e hígado, de nódulos metastásicos cuyo tamaño varía desde el de una cabeza de alfiler hasta el de una nuez y se reconoce un gran nódulo que obtura casi por completo la luz del intestino delgado. Se hace en dicho intestino, por debajo de la oclusión, una abertura que da salida a abundantes gases y material líquido de olor fetido, consistencia fluida y color obscuro, cerrándose luego la pared.



CONCLUSIONES

1.º El quiste papilífero del ovario es poco frecuente, desarrollándose generalmente en multíparas y que ya han llegado a la menopausia.

2.º La ascitis es compañera casi inseparable de este proceso y su presencia debe hacer sospechar la naturaleza vegetante del tumor.

3.º La presencia de líquido ascítico en gran cantidad hace difícil el examen clínico y el diagnóstico, recordando aquí que la paracentesis previa, a pesar de ser útil, puede dar lugar a la producción de injertos si se llega a la bolsa quística.

4.º El diagnóstico es difícil y la confusión posible con la peritonitis tuberculosa y las supuraciones periuterinas.

5.º La evolución clínica se caracteriza por su indolencia, lentitud e insidiosidad, no existiendo paralelismo

absoluto entre la gravedad de los síntomas y la importancia de las lesiones.

6.º Las vegetaciones papilíferas tienen una tendencia marcada a injertarse sobre el peritoneo y aún sobre la herida operatoria, siendo vehiculizadas en la cavidad abdominal por el líquido ascítico y favorecido su traslado por los movimientos peristálticos del intestino.

7.º La ruptura de un quiste papilífero, que puede ser favorecida por el simple crecimiento de las vegetaciones intraquísticas, al obrar debilitando su pared, puede traer la generalización peritoneal.

8.º El pronóstico de los quistes papilíferos del ovario es relativamente benigno «si se impone con oportunidad el tratamiento quirúrgico radical».

9.º El aumento brusco de un quiste en el momento de la menopausia, coincidiendo con la aparición de dolores, ascitis y adelgazamiento notable, habla en favor de la gravedad del proceso.

10.º Cuando la ascitis es hemorrágica se puede sentar un pronóstico más reservado.

11.º Por lo general las lesiones son bilaterales, lo que justifica la extirpación sistemática de los dos ovarios, asunto fuera de cuestión cuando la mujer pase de la edad de actividad genital.

12.º Al practicar la intervención conviene extirpar todas las vegetaciones que se presenten al operador. Las pocas que pudieran quedar pueden ser el punto de par-

tida de recidivas, pero no es raro que regresen y desaparezcan.

13.º Los ovarios parecen ejercer una acción trófica sobre las vegetaciones que han engendrado y de ahí la necesidad de extirparlos.

14.º Solamente se debe extirpar el ovario reconocido enfermo en el caso de que la mujer sea joven, aunque ello signifique exponerla al riesgo de una nueva laparotomía.

15.º El tratamiento quirúrgico «debe imponerse» dado que las enfermas pueden curar u obtener una larga sobrevida.

16.º Como contraindicaciones a la intervención radical tendríamos el estado de caquexia muy avanzado, el desarrollo exagerado del tumor y las metástasis viscerales alejadas.

17.º Cuando las lesiones son bilaterales se simplifica la técnica operatoria practicando la histerectomía subtotal o total, tanto más cuanto que, suele estar el útero cubierto por brotes papilíferos.

18.º Es conveniente dejar un drenaje de gasa durante 24 horas y hacer una aplicación intraperitoneal de radium en el drenaje.

19.º En los casos inoperables o cuando la resección es incompleta, la simple laparotomía exploradora con extracción del líquido ascítico suele traer una mejoría local y general.

DAVID BERDEAL AVILA.

BIBLIOGRAFÍA

Pozzi.—Traité de Gynécologie, clinique et opératoire.—Paris, 1907.

Labadie, Lagrace et Leguen.—Traité médico-chirurgical de Gynécologie.—Paris, 1898.

Faure et Siredey.—Tratado de Ginecología médico-quirúrgica.—Madrid.

Boursier.—Précis de Gynécologie.—Paris, 1903.

Döderlein y Krönig.—Ginecología operatoria.—1915.

Fossard.—Rupture spontanée des kystes de l'ovaire.—Thèse. Paris, 1901.

Terrillon.—Communication à la Société Ostetricale et Gynécologique de Paris. «Annales de Gynécologie». Paris, 1880. Tome XXXIII.

Touvenain.—Communication à la Société Ostetricale et Gynécologique de Paris. «Annales de Gynécologie». Paris, 1895. Tome XLIII.

Delmas et Aymes.—Sur les tumeurs papillaires de l'ovaire.—«La Gynécologie». Paris, 1912.

Dobratsorsky.—Contribution à l'étude des tumeurs solides bilatérales des ovaires.—Thèse. Paris, 1903.

Desurmont.—Étude anatomo-clinique des tumeurs solides bilatérales des ovaires.—Thèse. Paris, 1911.

Cerné.—De la malignité des kystes de l'ovaire.—Communication au IV Congrès National D'Ostetrique, Gynécologie et de Pédiatrie (Rouen).—«Annales de Gynécologie et D'Ostetrique», 1904.

Meriel.—Les tumeurs solides de l'ovaire.—Communication au VI Congrès National D'Ostetrique, Gynécologie et Pédiatrie (Toulouse).—«Annales de Gynécologie». Tome VII.

Gascheau.—Étude sur les tumeurs solides de l'ovaire. —Thèse. Paris, 1903.

Golschmann.—Contribution à l'étude des tumeurs solides de l'ovaire à pedicule tordu.—Thèse. Paris, 1909.

Hartmann.—Gynécologie opératoire.—Paris, 1911.

Barozzi.—Manuel de Gynecologie pratique.—Paris, 1907.

Fargas.—Tratado de Ginecología.—Barcelona, 1903.

Molinari.—Observaciones de Ginecología operatoria.—Tesis. Buenos Aires, 1892.

Enríquez.—Cistoadenoma papilifero del ovario.—Buenos Aires, 1907.

Salvador.—Cirugía de los anexos del útero.—Buenos Aires, 1908.

Pérez.—Degeneración maligna en los quistes uniloculares del ovario.—Tesis. Buenos Aires, 1913.

Buenos Aires, Abril 13 de 1917

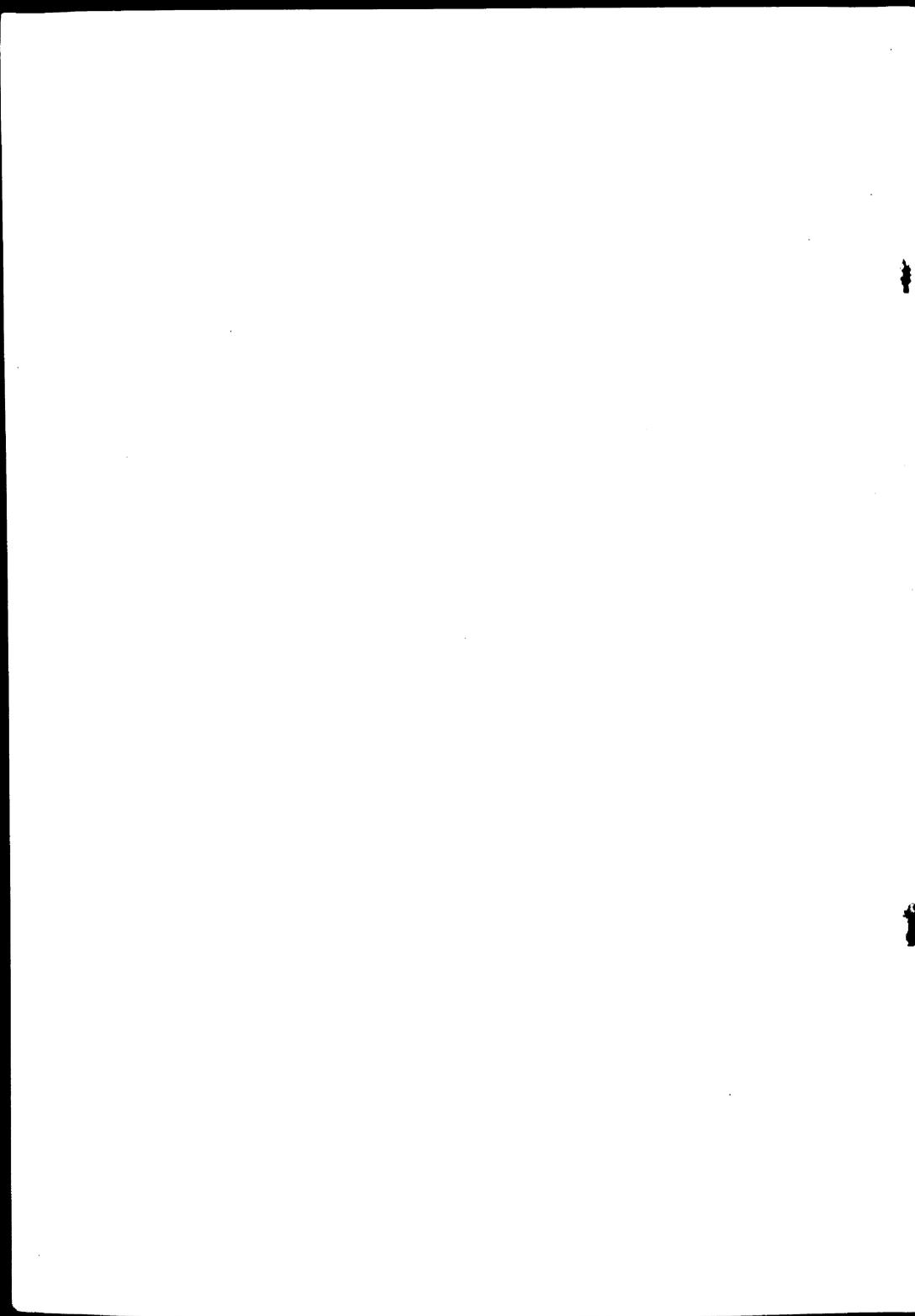
Nómbrese al señor Consejero Dr. José F. Molinari, al profesor titular Dr. Miguel Z. O'Farrell y al profesor suplente doctor Jaime Salvador, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA
J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Abril 20 de 1917.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 3235 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA
J. A. Gabastou
Secretario



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Concepto actual del quiste papilifero.

José F. Molinari.

II

Pronóstico de los quistes papiliferos.

M. Z. O'Farrel.

III

Menoplasias post-operatorias.

Jaime Salvador.

30544



