



Año 1918

N. 3461

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

*Mix. B. 40. 10*

# QUISTES DERMOIDEOS DEL OVARIO OPERADOS POR VIA VAGINAL

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LUIS MASTRONARDI

Practicante del Instituto Jenner (1911-1912)

Practicante externo del Hospital San Roque (1915-1916)

Practicante menor interno, por concurso, del Hospital J. A. Fernández (1916-1917)

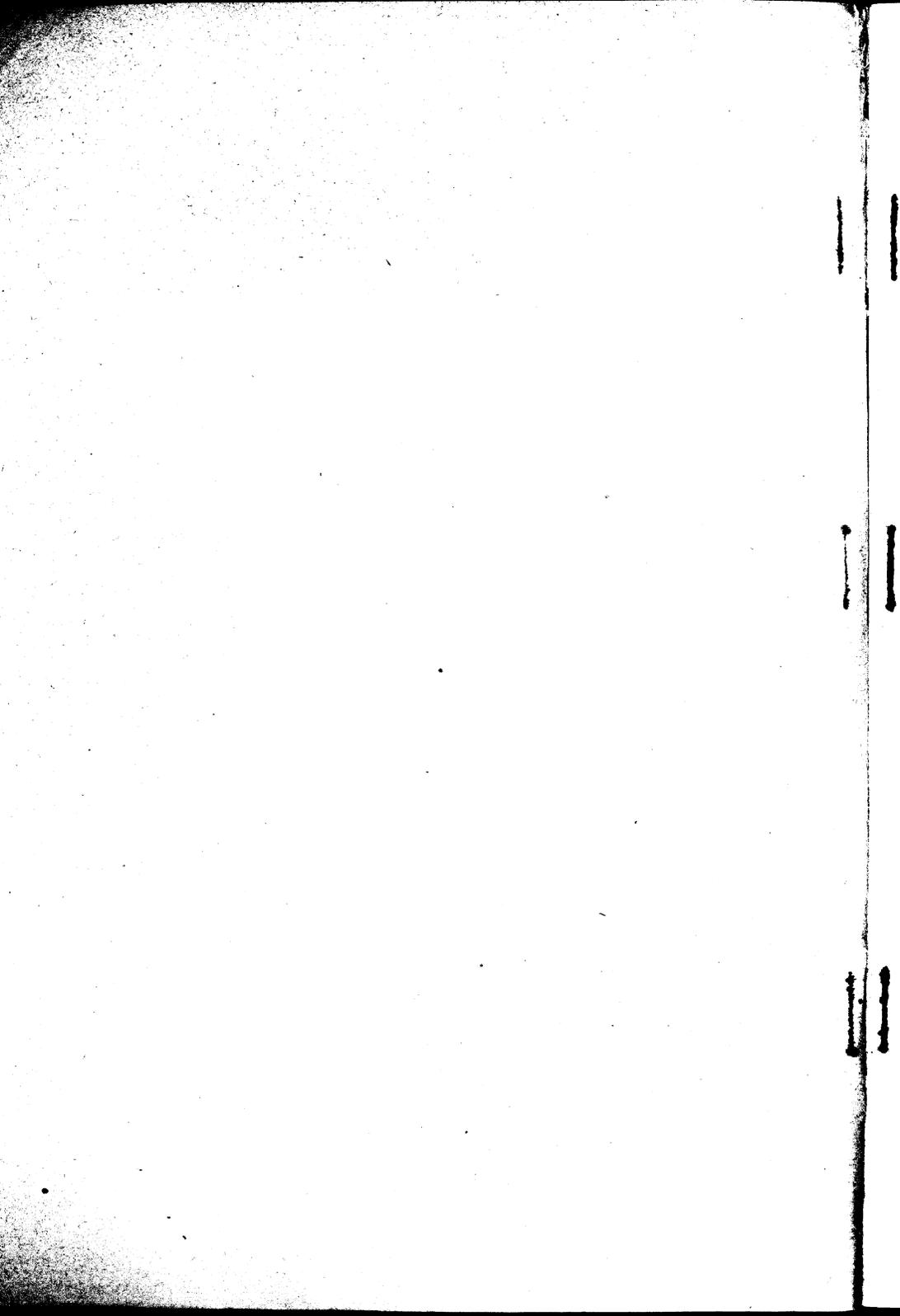
Practicante mayor interno por concurso del Hospital J. A. Fernández  
(1917-1918)



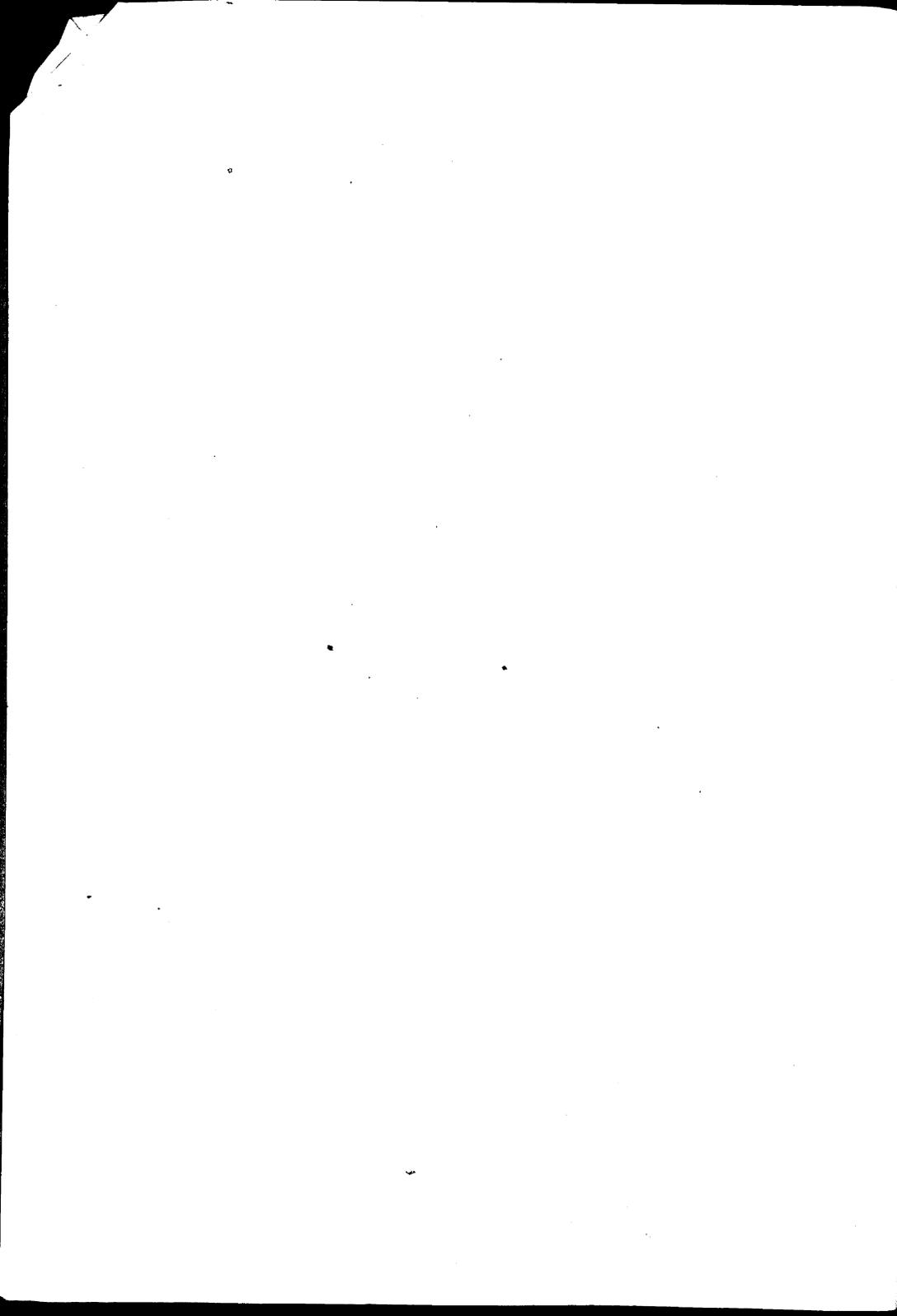
BUENOS AIRES

IMP BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151

1918



QUISTES DERMOIDEOS DEL OVARIO  
OPERADOS POR VIA VAGINAL



**Año 1918**

**N. 3461**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

**QUISTES DERMOIDEOS  
DEL OVARIO  
OPERADOS POR VIA VAGINAL**

---

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**LUIS MASTRONARDI**

Practicante del Instituto Jenner (1911-1912)

Practicante externo del Hospital San Roque (1915-1916)

Practicante menor interno, por concurso, del Hospital J. A. Fernández (1916-1917)

Practicante mayor interno por concurso del Hospital J. A. Fernández  
(1917-1918)



BUENOS AIRES

IMP BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151

1918

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

*Artículo 162 del R. de la Facultad.*

# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

### Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

### Miembros Titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ 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 MALBRÁN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SIGARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » DESIDERIO F. DAVEL
19. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
20. » » DOMINGO CABRED
21. » » EDUARDO OBEJERO
22. » » JOSÉ A. ESTEVES.
23. » » Vacante
24. » » Vacante

### Secretario General

Vacante

### Secretario

DR. D. DIÓGENES DECOUD



# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



## ACADEMIA DE MEDICINA

### **Miembros Honorarios**

1. DR. D. TELÉMACO SUSSINI
2. » » EMILIO R. CONTI
3. » » OLHINDO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO
6. » » CARLOS CHAGAS
7. » » MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO



# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## CONSEJO DIRECTIVO

### **Decano**

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

### **Vice Decano**

DR. D. DOMINGO CABRED

### **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 MALBRAN

» » JOSÉ F. MOLINARI

» » MIGUEL PUIGGARI

» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

» » FANOR VELARDE

» » IGNACIO ALLENDE

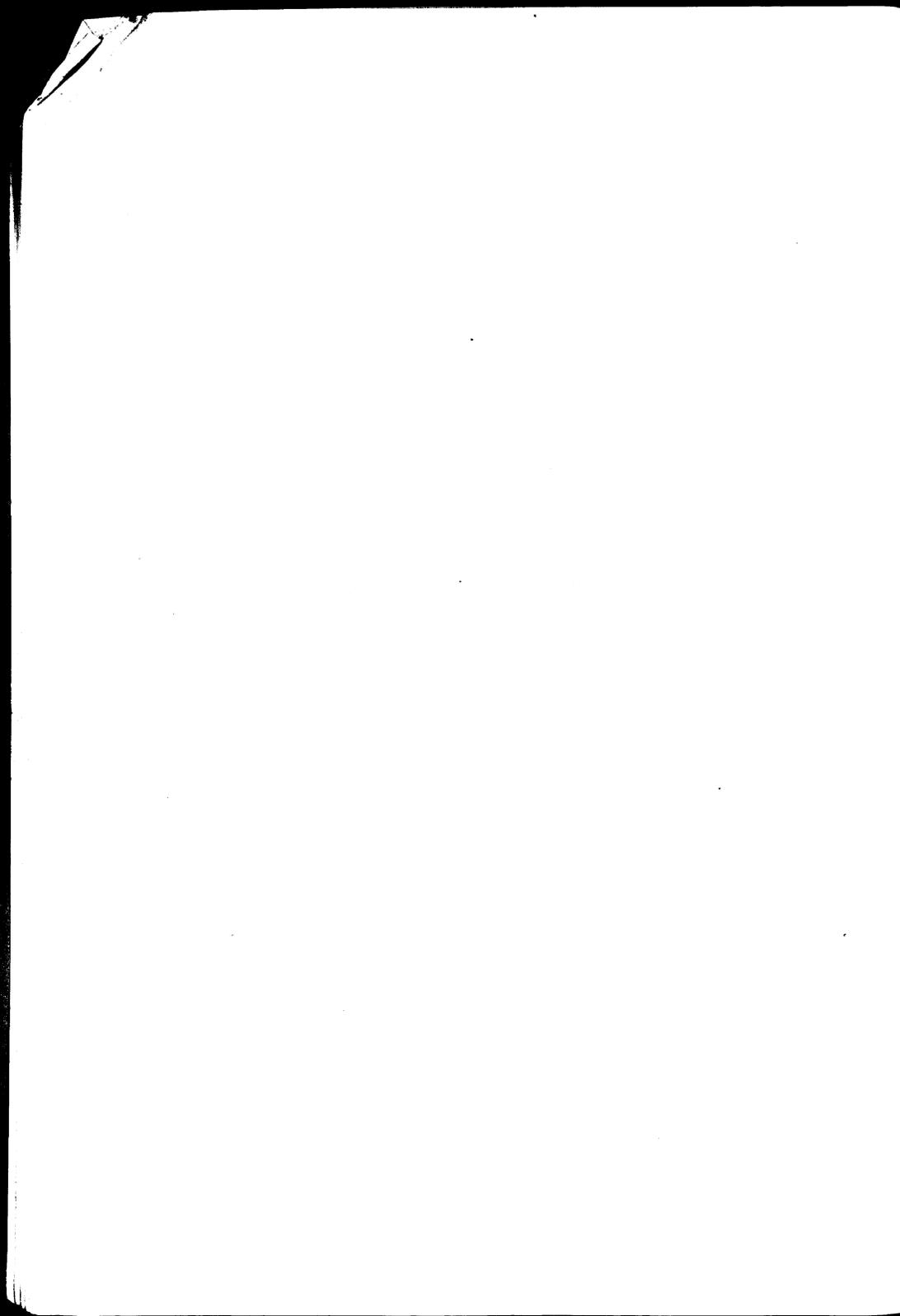
» » MARCELO VIÑAS

» » PASCUAL PALMA

### **Secretarios**

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

» » JUAN A. GABASTOV



## ESCUELA DE MEDICINA

---

### PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

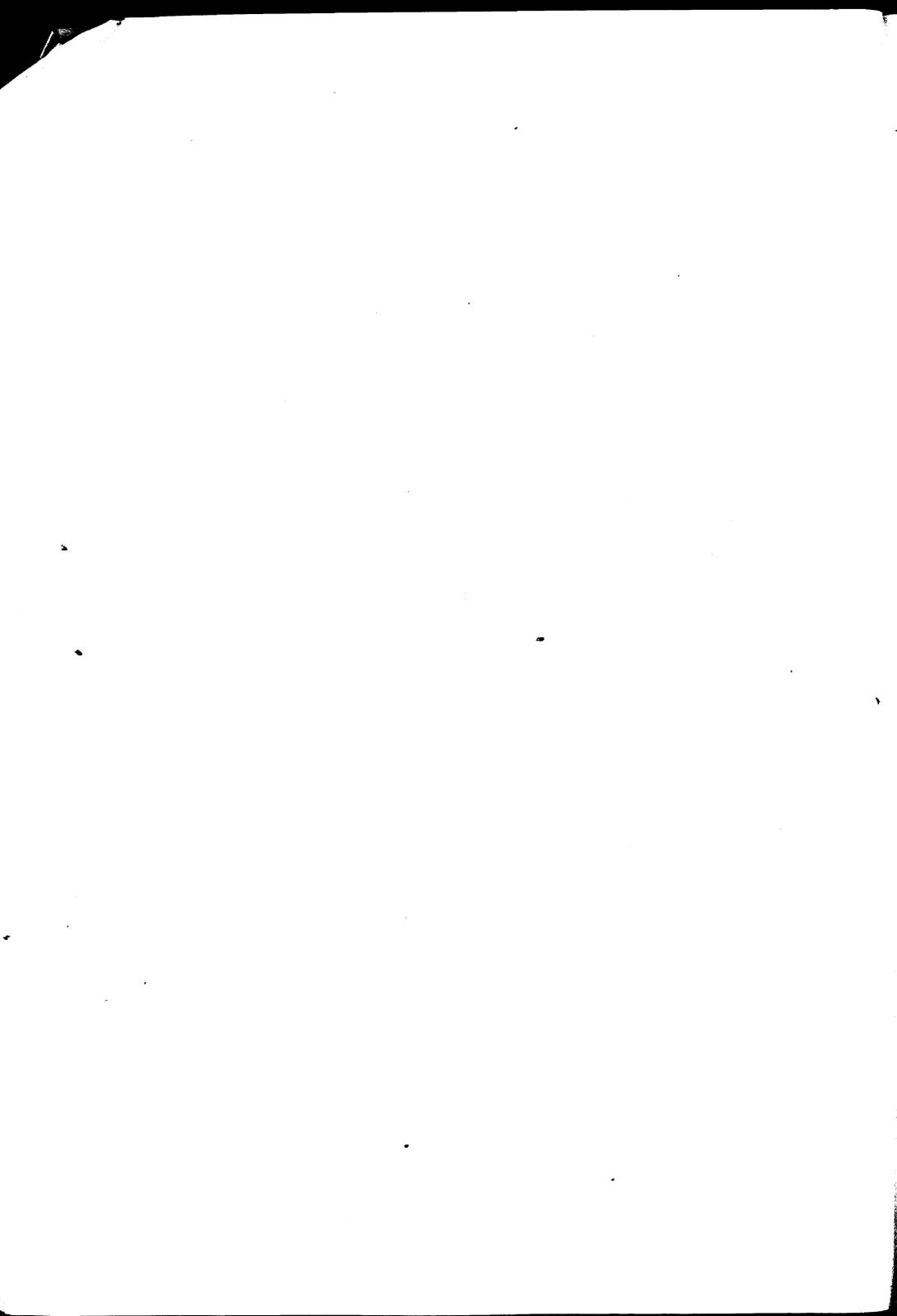
» FRANCISCO DE VEYGA

» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI

» TELÉMACO SUSINI



## ESCUELA DE MEDICINA

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos Titulares</b>
Zoología Médica .....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica .....	» LUCIO DURAÑONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva .....	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología .....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica .....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología .....	» CARLOS MALBRÁN
Química Biológica .....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
	» GREGORIO ARÁOZ ALFARO
Semiología y ejercicios clínicos	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica .....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica .....	» (VACANTE)
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa .....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria .....	» LEANDRO VALLE
Clinica Dérmato-Sifilográfica.	» (Vacante).
Clinica Génito-urinaria.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORÁNS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
Clinica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» LUIS GÜEMES
	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
	» Vacante
	» PASCUAL PALMA
	» DIÓGENES DECOUD
» Quirúrgica.....	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
	» JOSÉ A. ESTEVES
» Neurológica.....	» DOMINGO CABRED
» Psiquiátrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» Vacante
» Obstétrica.....	» Vacante
» Pediátrica .....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



## ESCUELA DE MEDICINA

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos extraordinarios</b>
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRÍQUEZ
Zoología » .....	» DANIEL J. GREENWAY
Histología normal.....	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología.....	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Higiene Médica.....	» FELIPE A. JUSTO
Clinica Dérmato-Sifilográfica..	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Patología externa.....	» CARLOS ROBERTSON LAVALLE
Patología Interna.....	» RICARDO COLÓN
Clinica oto-rino-laringológica..	» ELISEO V. SEGURA
Clinica Neurológica.....	» MARIANO ALURRALDE
	» ANTONIO F. PIÑERO
Clinica Pediátrica.....	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» FRANCISCO LLOBET
Clinica Quirúrgica.....	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
	» JOSÉ T. BORDA
Clinica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» ARTURO ENRÍQUEZ
Clinica obstétrica.....	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clinica Ginecológica .....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Médica.....	» PATRICIO FLEMING

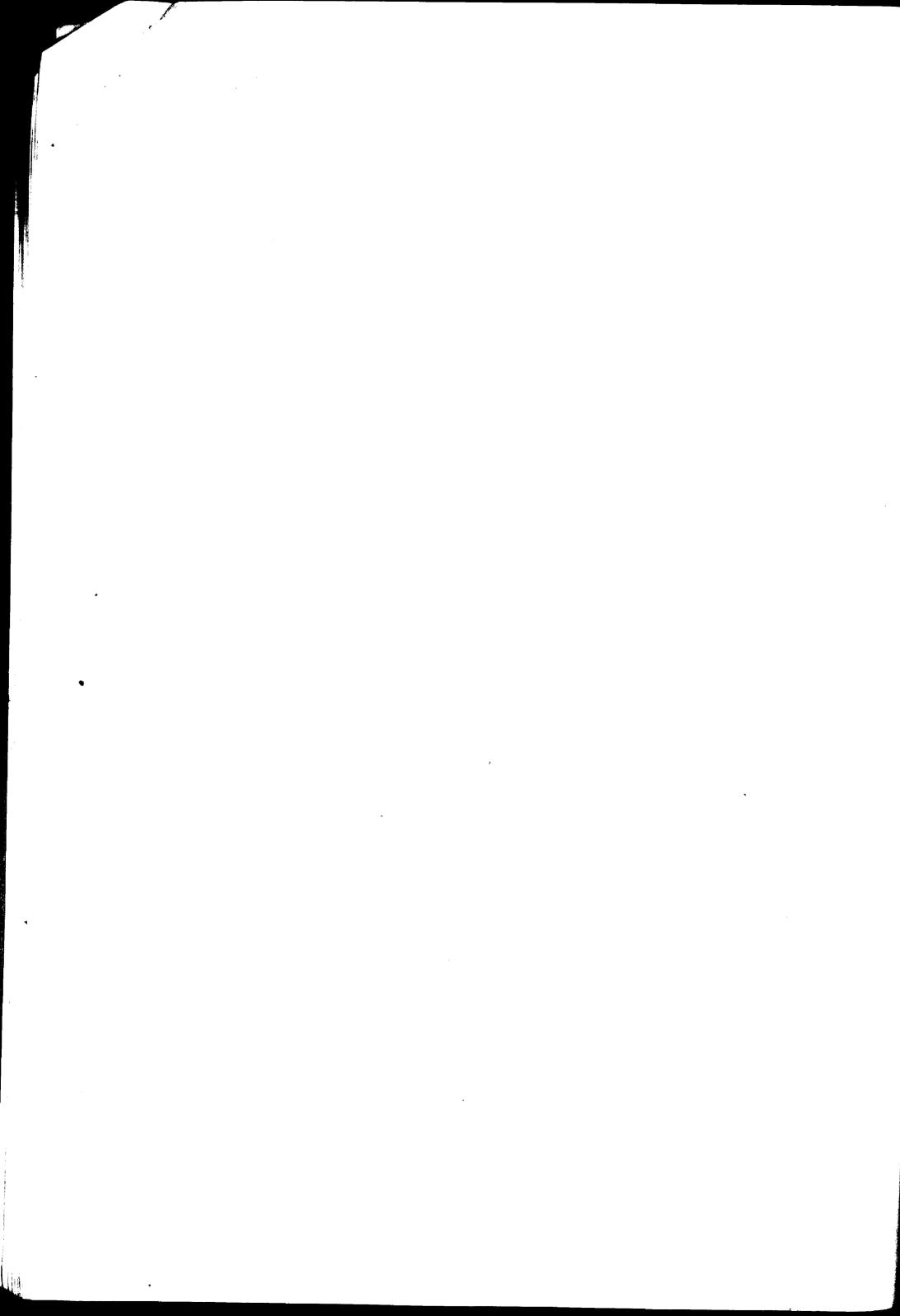


# ESCUELA DE MEDICINA

## Asignaturas

## Catedráticos sustitutos

Zoología médica.....	DR. GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	• SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	• EUGENIO GALLI
Bacteriología.....	• JUAN JOSÉ CIRIO
Química Biológica.....	• FRANCISCO ROPPHILLE
Higiene Médica.....	• FRANK L. SOLER
Semiología y ejercicios clínicos.....	• BERNARDO BOUSSAY
Anatomía patológica.....	• RODOLFO RIVAROLA
Anatomía topográfica.....	• SALVADOR MAZZA
Materia médica y terapéutica.....	• BENJAMÍN GALARCE
Medicina operatoria.....	• MANUEL V. CARBONELLI
Patología externa.....	• SANTIAGO M. COSTA
Clinica dermato-sifilográfica.....	• CARLOS BOSCHINO UBAONDO
• Génito urinaria.....	• ALFREDO VITON
• epidemiológica.....	• PEDRO J. HAIDDOY
• oftalmológica.....	• JOAQUÍN LLAMBÍAS
• oto-rino-laringológica.....	• ANGEL H. ROFFO
Patología interna.....	• PEDRO ELIZALDE
• Clínica quirúrgica.....	• ANGEL P. SAN MARTÍN
• Neurológica.....	• JOSÉ MORENO
• Médica.....	• PEDRO CASTRO ESCALADA
• pediátrica.....	• ENRIQUE FINOCCHIETTO
• ginecológica.....	• FRANCISCO P. CASTRO
• obstétrica.....	• CASTELFORT LUGONES
Medicina legal.....	• ENRIQUE M. OLIVIERI
Clinica Psiquiátrica.....	• ALEJANDRO CEVALLOS
Toxicología.....	• NICOLÁS V. CIRIO
	• PEDRO L. BALSA
	• JOAQUÍN CERVEIRA
	• JOAQUÍN NIN POSADAS
	• FERNANDO R. TORRES
	• FRANCISCO DESTÉFANO
	• ANTONINO MARCO DEL POSTE
	• DANIEL THAMM
	• AMOLFO NOCIETI
	• RAÚL ARGASARAZ
	• JUAN DE LA CRUZ CORREA
	• MARTÍN CASTRO ESCALADA
	• FELIPE J. BASAVILLBASO
	• ANTONIO R. ZAMBRINI
	• ENRIQUE FERREIRA
	• PEDRO LAJAGUI
	• LEGONIDAS JORGE FACIO
	• PABLO M. BARLARO
	• EDUARDO MARIÑO
	• ARMANDO R. MAROTTA
	• LUIS A. TAMINI
	• MIGUEL SUSSINI
	• ROBERTO SOLÉ
	• PEDRO CHUTRO
	• JOSÉ M. JORGE (H.)
	• OSCAR COPELLO
	• ADOLFO F. LANDIVAR
	• JORGE LEYRO DÍAZ
	• ANTONIO P. CELESIA
	• TOMÁS B. KERNY
	• GUILLERMO VALDÉS (H.)
	• VICENTE DIMITRI
	• ROMULO H. CHIAPPORI
	• JUAN JOSÉ VITON
	• PABLO J. MORSALESE
	• RAFAEL A. HULLRICH
	• IGNACIO IMAZ
	• PEDRO ESCUDERO
	• MARIANO R. CASTEX
	• PEDRO J. GARCÍA
	• JOSÉ DESTÉFANO
	• JUAN R. GOYENA
	• JUAN JACOBO SPANGENBERG
	• TELLO MARINI
	• CÉSARDO PATIÑO MAYER
	• GENARO SISTO
	• PEDRO DE ELIZALDE
	• FERNANDO SCHWEIZER
	• JUAN CARLOS SAVARRO
	• JAIME SALVADORE
	• TORIBIO PICCARDO
	• CARLOS R. CIRIO
	• OSVALDO L. BOTTARO
	• JULIO BRIBARNE
	• CARLOS ALBERTO CASTAÑO
	• FAUSTINO J. THONGÉ
	• JUAN H. GONZÁLEZ
	• JEAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	• JUAN A. GARASTOU
	• ENRIQUE A. BOERO
	• JOSÉ A. BERUTTI
	• NICANOR PALACIOS COSTA
	• VICTORIO MONTEVERDE
	• JOAQUÍN A. GREGGIO
	• JAVIER BRANDAN
	• ANTONIO PODESTÀ
	• AMABLE JONES
	• ALFREDO BUZZO



## ESCUELA DE PARTERAS

### **Asignaturas**

### **Catedráticos titulares**

#### *Primer año:*

Anatomía, Fisiología, etc..... DR. J. C. LLAMES MASSINI

#### *Segundo año:*

Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

#### *Tercer año:*

Clínica obstétrica ..... DR. FANOR VELARDE

Puericultura..... DR. UBALDO FERNÁNDEZ



## ESCUELA DE FARMACIA

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
Zoología general.—Anatomía y Fisiología comparadas.....	Dr. ANGEL GALLARDO
Física farmacéutica.....	» JULIO J. GATTI
Química farmacéutica inorgánica...	» MIGUEL PUIGGARI
Botánica y Micrografía vegetal....	» ADOLFO MUJICA (Vacante)
Química farmacéutica orgánica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Técnica farmacéutica (1er curso)...	» RICARDO SCHATZ
Higiene, Ética y Legislación.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Química analítica general.....	Sr. JUAN A. DOMÍNGUEZ
Farmacognosia especial.....	Dr. J. MANUEL IRIZAR
Técnica farmacéutica (2º. curso)....	

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos sustitutos</b>
Zoología general.—Anatomía y fisiologías comparadas.....	Dr. ANGEL BIANCHI LISCHETTI
Física farmacéutica.....	» TOMÁS J. RUMI
Química farmacéutica inorgánica... )	» ANGEL SABATINI
Botánica y Micrografía vegetal.... )	» EMILIO M. FLORES
Química farmacéutica orgánica..... )	» IDEFONSO C. VATTUONE
Técnica farmacéutica..... )	» PEDRO J. MÉSIGOS
	Dr. LUIS GUGLIALMELLI
	Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
	» CLEOFÉ CROCCO
Química analítica general.....	Dr. JUAN A. SANCHEZ
Farmacognosia especial.....	Sr. OSCAR MIALOCK

## DOCTORADO EN FARMACIA

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
Complementos de Matemáticas.....	— — —
Mineralogía y Geología.....	— — —
Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina.....	— — —
Química analítica aplicada (Medicamentos).....	Dr. JUAN A. SÁNCHEZ (supl. en ejercicio)
Química biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Química analítica aplicada (Bromatología).....	— — —
Física general.....	— — —
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Toxicología y Química legal.....	» JUAN B. SEÑORÁN



## ESCUELA DE ODONTOLOGIA

---

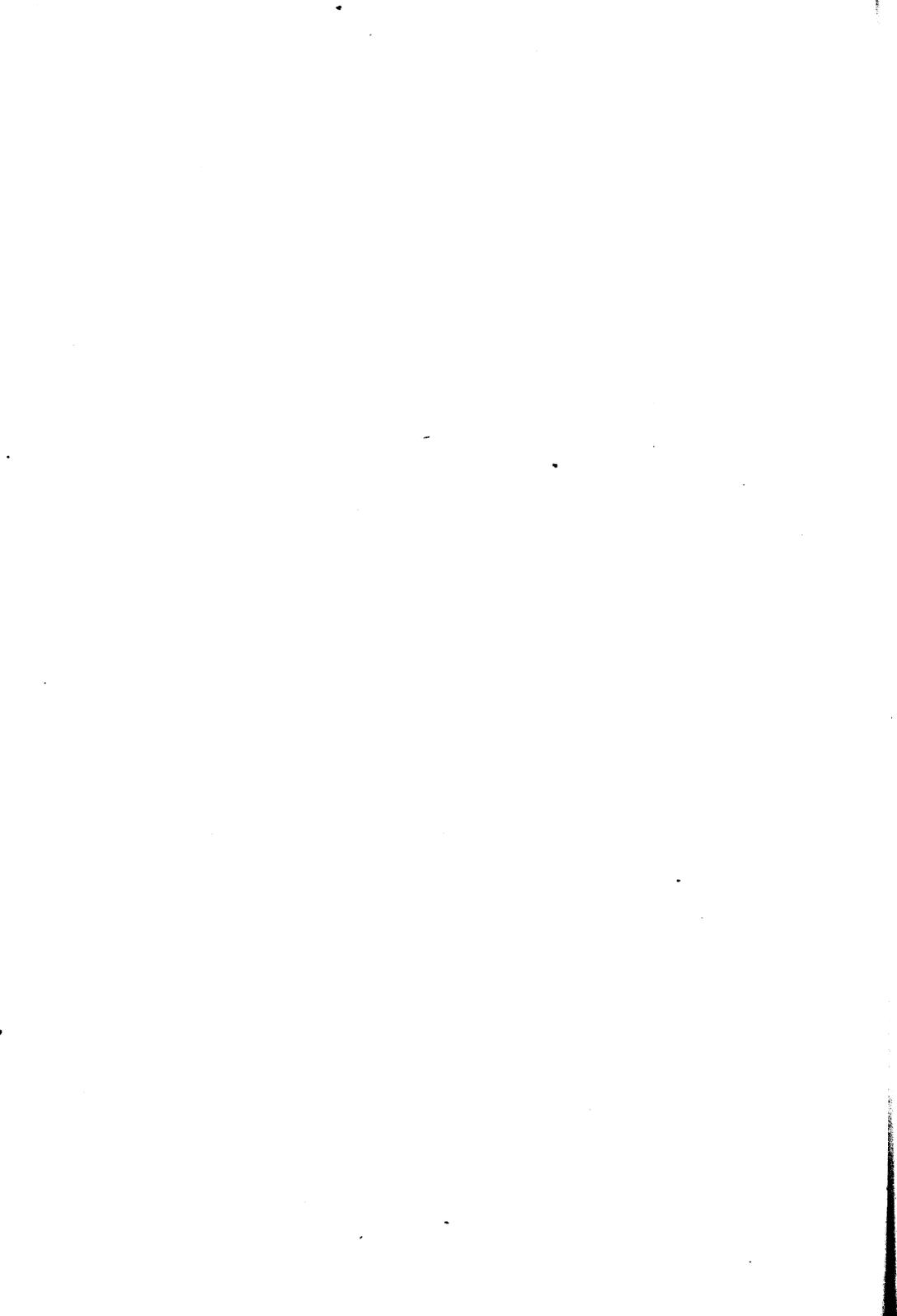
<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Prótesis dental .....	SR. ANTONIO J. GUARDO

### **Catedráticos sustitutos**

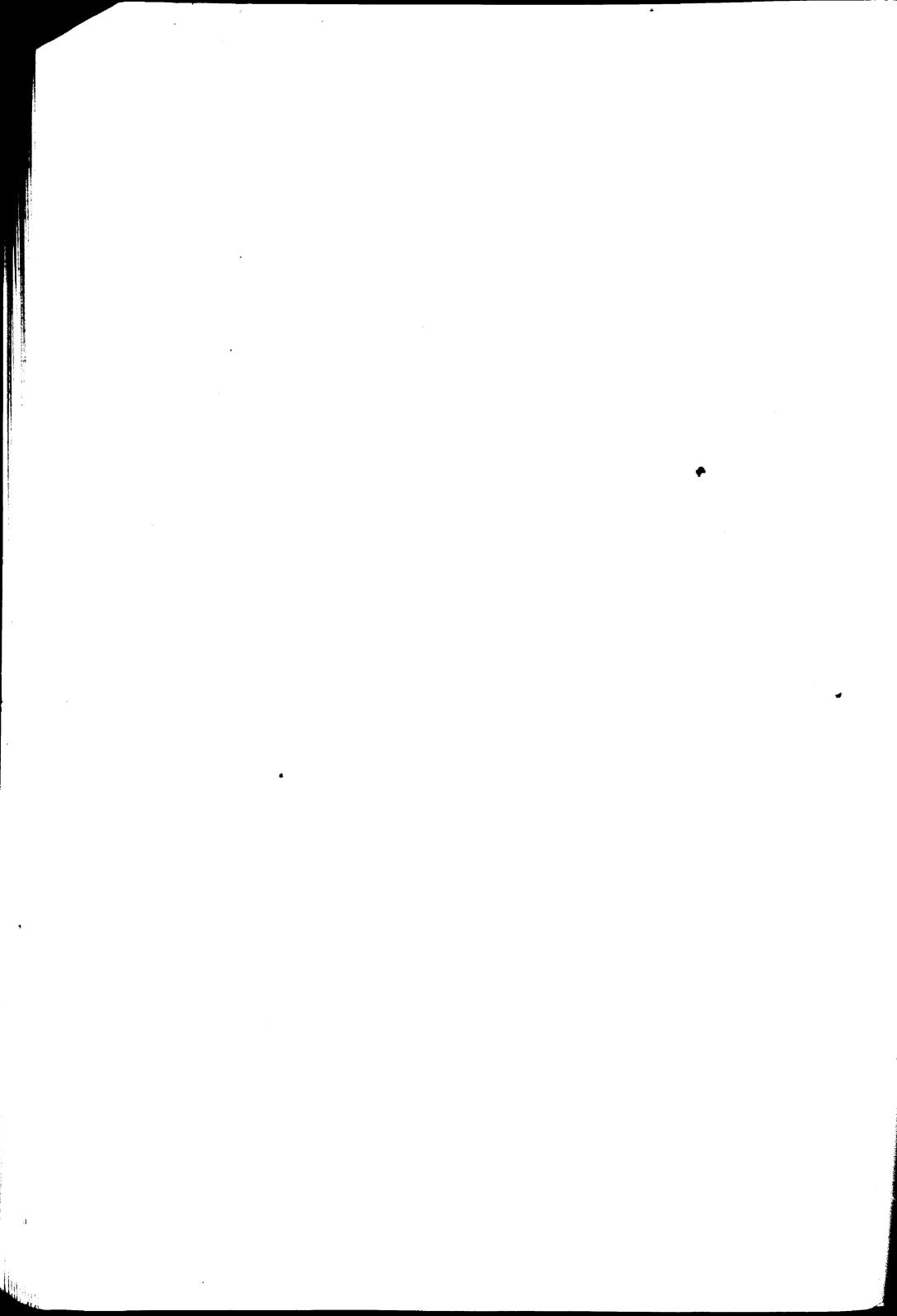
- DR. ALEJANDRO CABANNE
- » TOMÁS S. VARELA (2º año)
- SR. JUAN U. CARREA (Prótesis)
- » CORIOLANO BREA ( » )
- » CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)



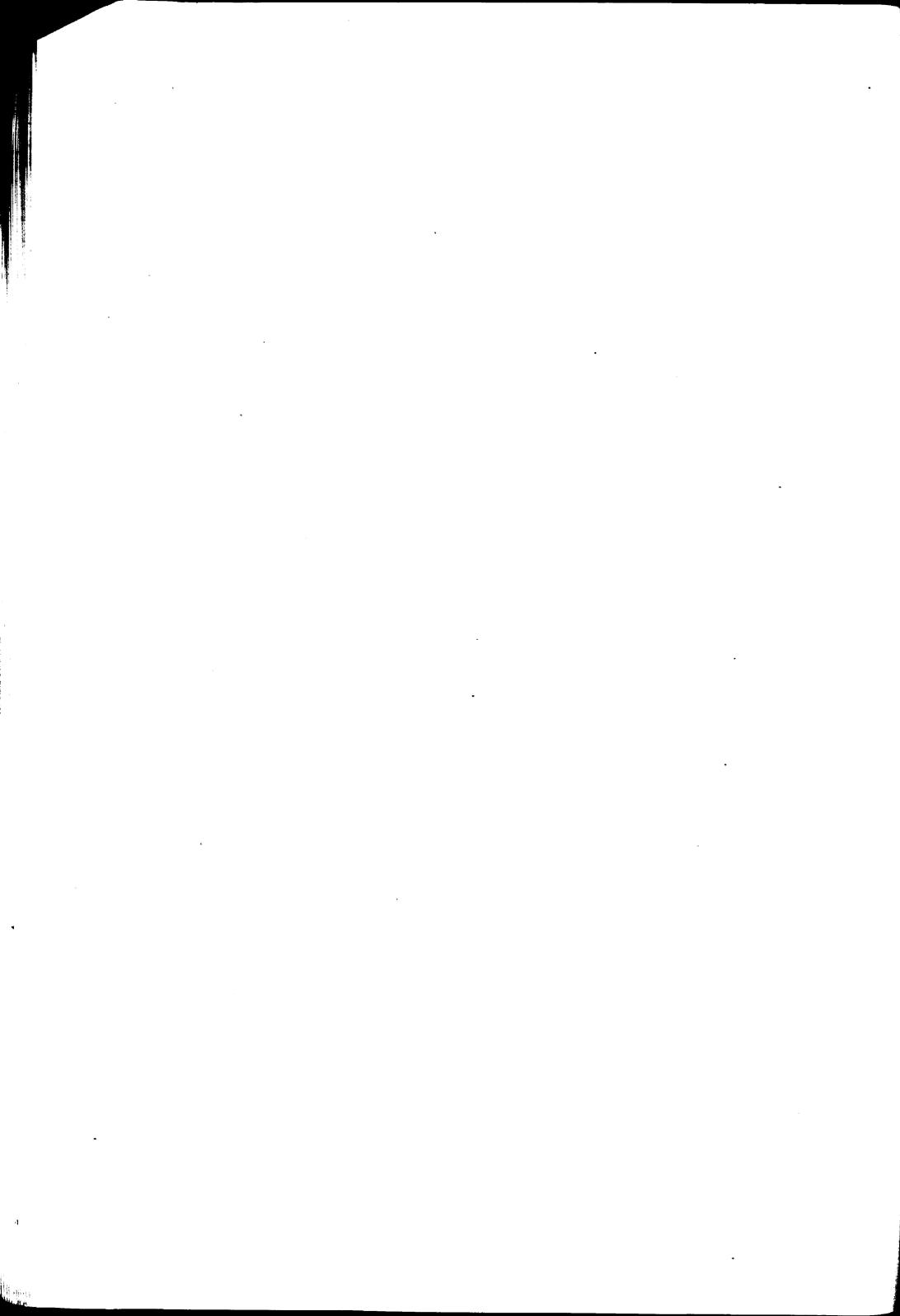
PADRINO DE TESIS:  
Dr. ALBERTO CHUECO



A LA MEMORIA DE MI QUERIDA MADRE



A MI PADRE



A MIS HERMANOS

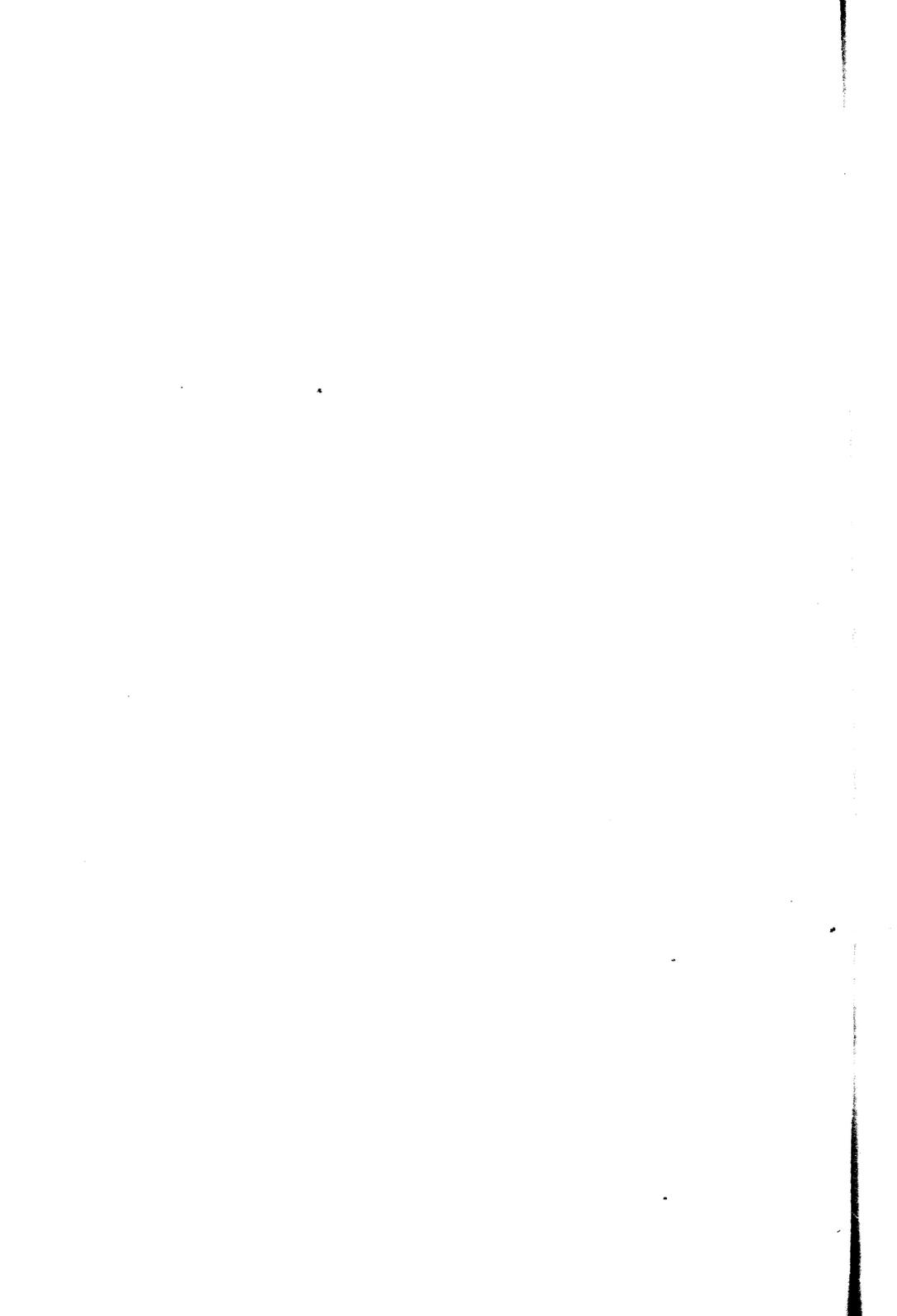
A MIS CUÑADOS

SRES. TORCUATO Y OLIVERIO TRACCHIA



A MIS SOBRINITOS DORITA Y RICARDITO

A MI TIA LAURENTINA



A MIS GENEROSOS Y LEALES AMIGOS

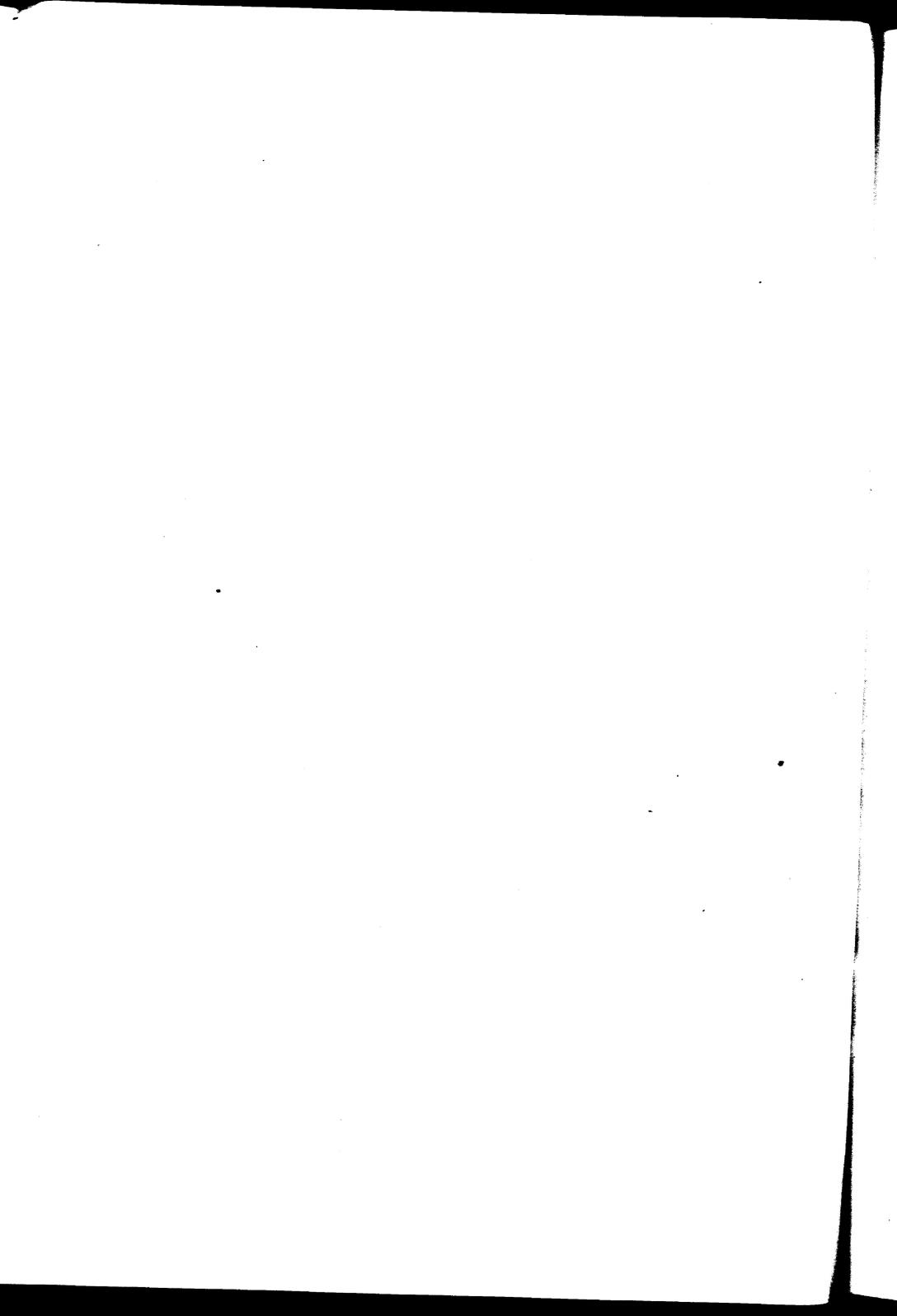
VICENTE A. RISOLIA

ALEJANDRO BRANDT

GERARDO SAPORITI

CARLOS SAPORITI

ARTURO RISOLIA



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Presento a vuestra consideración este modesto trabajo a los efectos de cumplir con las últimas prescripciones reglamentarias de nuestra facultad.

No aspiro con él, más que a evidenciar mis aspiraciones personales en lo tocante al tema, robusteciendo con el caudal de mis mejores maestros el marco del cometido.

Fuera por otra parte inoficioso recalcar la importancia del tópico, si se conviene en la novedad de la colpotomía y las múltiples disenciones que ha motivado la consagración de su eficacia.

Los capítulos que van de inmediato darán una reseña sumaria de lo que atañe al tema, deslizando en ellos el poco de opinión personal, que si no hará mé-

ritos de prioridad, se impone como una derivación lógica en el curso de la práctica.

Y ninguna mejor que esta oportunidad para involucrar cordialmente mi deuda de gratitud a los maestros que volcaron con generosidad sus cálices de sabiduría, en el transcurso de mi carrera.

Para el doctor Chueco, que se ha dignado acompañarme gentilmente como padrino de tesis, el reconocimiento y la admiración del discípulo, cuya ansiedad fué siempre colmada con creces.

Para los doctores Julio Blaksley, Ignacio Ymaz y Lucio O. Ararena, a quienes debo también merecido tributo de reciprocidad, esa misma síntesis de afecciones.

Y para mis compañeros de internado, la preciosa deuda que impone el lazo espiritual mantenido lealmente y vigorizado por el cariño de la vida común.

## Introducción

La oportunidad que he tenido de presenciar en el servicio de ginecología del doctor Alberto Chueco, en el hospital Juan A. Fernández, la extirpación de quistes del ovario de gran volumen, no teniendo en cuenta lo reducido del campo operatorio, sino los dos principios que el mencionado jefe de servicio tiene para el éxito de sus intervenciones por esa vía (*reducción y exteriorización*), y los resultados favorables del post-operatorio, debiendo agregar además el poco uso que esa práctica, tiene entre nosotros, es que me mueve a escribir sobre el tópico de quiste dermoideo del ovario extirpado por vía vaginal, a objeto de cooperar a la difusión de esas prácticas en nuestro mundo científico.

La cirugía conservadora por vía vaginal, donde el tópico de esta tesis, no es sino una rama de ella, es entre nosotros una conquista reciente. En efecto, las in-

tervenciones realizadas por esta vía, de data anterior son del resorte de la cirugía radical, como ser: histerectomía para neoplasias de útero o bien fibromas, y las de la cirugía conservadora que pudieron ser realizadas, no han sido consignadas ni en opúsculos ni en revistas, y por lo tanto, debemos considerarlas como hechos aislados.

Así, pues, la práctica de la cirugía ginecológica, ordenada y metódica, se inicia entre nosotros en 1910, en el servicio del doctor Chueco, en el hospital Fernández, dando a conocer en las primeras publicaciones los resultados de esa práctica, cuya experiencia data, pues, de ocho años atrás.

En el índice bibliográfico quedan consignados esos trabajos.

## **Naturaleza de los quistes dermoideos**

Los quistes dermoideos del ovario, ordinariamente son unilaterales; asientan con mayor frecuencia a la derecha.

Su volumen habitual es el de una naranja, una cabeza de feto o de adulto.

Son con mayor frecuencia uniloculares, de forma redondeada y de una consistencia homogénea. Siendo esta con frecuencia muy desigual: dura en un punto, fluctuante en otro, más allá ósea. La coloración es blanco-amarillenta, a diferencia de los mucoides que son blancoazulados.

Su contenido especial, es una sustancia que tiene todo el aspecto de la materia sebácea. Es blancuzca sebácea u oleosa. En casi todos los quistes dermoides se encuentran pelos, ya sean adherentes o flotantes.

La estructura de la pared es la de la piel, a veces perfecta, con capa córnea, cuerpo mucoso de Malpi-

ghio, papilas, glándulas sebáceas, folículos pilosos y hasta glándulas sudoríparas; pueden encontrarse en la pared, libres en la cavidad quística, producciones de origen epidérmico, uñas y sobre todo dientes, pudiendo encontrarse éstos en grandes cantidades.

Estos dientes son imperfectos a veces carecen de corolas o de raíces, no respondiendo a ningún tipo definido, a veces implantado en un fragmento óseo.

Se suele encontrar sustancia cerebral y también formaciones mesodérmicas variadas; cartílagos, fragmentos óseos, fibras musculares, etc., y también formaciones endodérmicas: mucosas tráqueobronquiales, intestinales, etc.

Por último, se han encontrado verdaderos órganos o fragmentos de los mismos: un rudimento de ojo, de lengua y aun partes fetales reconocibles.

Excepcionalmente, estos quistes dermoides pueden degenerar en cáncer. Su pared que recuerda por su estructura la de la piel, está expuesta a las mismas degeneraciones que ésta.

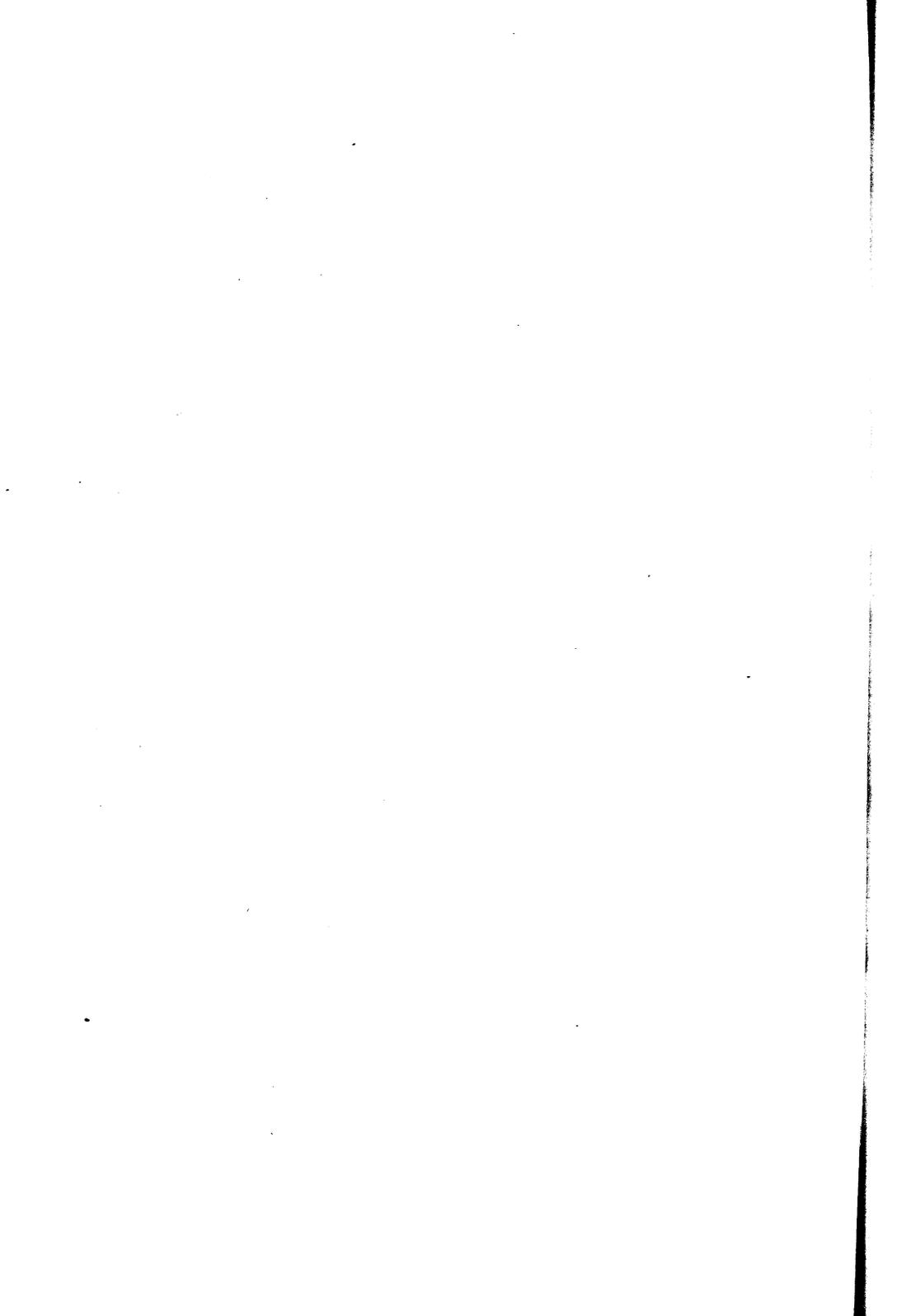
En las tres observaciones que presento, las más interesantes de ellas, es la primera, no sólo por el tamaño de la neoplasia, sino por haber provocado por ubicación, la distocia que fué evitada merced a la intervención realizada por vía vaginal, la cual reduciendo el obstáculo permitió que el parto fuera normal; en este caso el tumor tenía el tamaño de una cabeza de feto a término, de superficie lisa, la pared estaba constituida por un tejido cuyas características han sido des-

eriptas por el estudio anátomopatológico realizado por el ilustrado profesor; doctor Badía.

Su contenido era una larga mata de pelos, materia sebácea y un diente implantado en un rudimento de tejido óseo, su ubicación en el ovario con un largo pedículo, permitió durante años su cómoda situación en la cavidad abdominal sin acarrear obstáculo en las anteriores gestaciones, mas en una hora dada él se hace por su ubicación, francamente pelviano, coincidiendo dicha eiseunstancia, con otra gestación que en el momento del parto acarrea como he dicho, la distocia.

En la segunda observación, el tumor más pequeño, es igualmente ovárico como el anterior, y merced a la existencia de un largo pedículo, le permite una movilidad tal, que de abdominal que es al examen se hace pelviano y se exterioriza con facilidad por colpotomía durante el acto operatorio.

En la tercera observación, en el contenido del quiste dermoideo se nota la existencia de partes óseas, en la forma de un maxilar rudimentario y específico, este hecho, pues, entre las causas que se han dado como contraindicación, a la vía baja para la extirpación de dichos tumores, es la existencia de partes duras.



## Historia

### **La punción. Primer procedimiento operatorio de la época pre-antiséptica**

La curación de los procesos inflamatorios o no periuterinos o anexiales, motivó fracasos debidos a la infección y a la técnica operatoria defectuosa que era ciega, intervención que Lisfranc y Chaissegnae, preconizaban, pero sin poner en evidencia los resultados a que podría llegarse.

Bernutz, para efectuar la punción de las colecciones purulentas retrouterinas, se valía de un largo trócar curvo, pero luego se comprobó que dicha punción era un medio insuficiente para remediar este inconveniente y se colocaban gruesos drenajes en el interior de las cavidades purulentas puncionadas.

En estos procesos de que vengo hablando, la punción era menos dañosa que la incisión, antes de la era au-

tiséptica, pero una vez establecida ésta, se comprueba la eficacia de la colpotomía.

Puede considerarse la punción y otras contadas intervenciones quirúrgicas, como las únicas efectuadas por la cirugía ginecológica en la pasada época.

Luego viene con los progresos de la desinfección, de la técnica y del perfeccionamiento del instrumental, la creación en Francia de la colpotomía correspondiendo al profesor Larroyenne de Lyon, el mérito de haber dado a conocer la verdadera importancia de la colpotomía y al mismo tiempo que las operaciones a realizar por vía vaginal, no solamente para las colecciones purulentas que hacían relieve, sino también para las salpingianas.

Más tarde, viene la difusión de sus prácticas en Alemania, donde acogen con marcada simpatía las indicaciones prescriptas de la colpotomía, introduciendo modificaciones en su técnica y aumentando en el número, el límite de las dolencias en que debía aconsejarse su aplicación así vemos a Stauden, quien propone la extirpación por colpotomía de los quistes del ovario durante la gestación, con Hessebach, la colpotomía posterior en sentido longitudinal, a fin de ampliar el campo operatorio y no herir la rica red arterial y venosa, que adquieren su máximo de dilatación durante el período del parto.

Con Bumm, el celebrado partero de Berlín, quien propone la punción previa, para la reducción de los

quistes que han llegado a ser distócicos, para luego de realizado el parto efectuar la extirpación.

En los primeros tiempos la colpotomía posterior era la única conocida, pero más tarde merced a los trabajos científicos del profesor Dürssen, a quien debemos la extirpación de los anexos efectuada por el fondo del saco vaginal anterior, se suceden una serie de innovaciones a los procedimientos operatorios, contándose entre ellos, la de Mackenroth, cuyo fin era la ampliación de la brecha de la colpotomía anterior y la intervención de una técnica apropiada con objeto de simplificar el manual operatorio.

La escuela francesa que fué creadora de la vía vaginal, se hace luego demoleedora de lo que ella misma creara y sólo en estos últimos tiempos vemos figurar entre otros a Segond el gran vaginalista, a su discípulo Dartigue, al reputado Doyen, quien defiende en el último congreso de ginecología, celebrado en Berlín, las prácticas de la vía vaginal.

El número de adeptos aumenta a diario y así vemos con Ott, el celebrado y hábil ginecólogo de Petrogrado, introducir reformas ventajosas en el instrumental a emplear por esta vía.

En los Estados Unidos, esta nueva práctica fué acogida con entusiasmo y alcanzó éxitos crecientes debido a la habilidad de los profesionales que dejaron sentada su eficacia.

En la literatura médica nacional hasta la hora presente no se registran, sino muy pocas publicaciones de

intervenciones realizadas por vía vaginal; podemos citar entre ellas, las que llevan por título: “Distocia por quiste dermoideo extirpado por vía vaginal”, “Embarazo y quiste del ovario extirpado por colpotomía anterior”, “La vía vaginal en la cirugía obstétrica y ginecología, sus resultados”, “Fibrocondro, ósteo-sarcoma vaginal”, “La vía vaginal en la cirugía ginecológica”, “Gestaciones y partos en las operaciones de retroposiciones uterinas”, “Resultados de la vía vaginal en los procesos supurados de los anexos del útero”. Trabajos que fueron publicados por el doctor Chueco.

Además, se registran otras publicaciones, la del doctor Enrique Boero, sobre quiste hidatídico intervenido por vía vaginal mediante la punción, durante el trabajo del parto; la del doctor Ramón B. Borghi, de un quiste dermoideo extirpado por vía vaginal, también durante el trabajo de parto.

La implantación, entre nosotros, de la vía vaginal como hecho definitivo corresponde al profesor, doctor Enrique Zárate, quien secundado por el doctor Alberto Chueco, efectuó la primera serie de intervenciones que más tarde este último dió a conocer sus resultados en numerosas y originales publicaciones.

---

## **Paralelo entre la colpotomía y la laparotomía**

Huelga, desde luego, hacer la salvedad que no pretendo sentar la vía vaginal como la única para las intervenciones de las afecciones de la mujer desechando la vía abdominal, pero será lógico admitir que ambas se complementan, cooperando al mejor éxito, pues para los quistes dermoideos la vía vaginal tiene un marcado ascendente, que no podrá desconocerse en la práctica.

Por lo que he visto, dada la naturaleza de los quistes dermoideos no inflamatorios y por lo tanto que no contraigan adherencias a los órganos vecinos, sean o no de localización abdominal, movibles y factibles de ser *reducibles y exteriorizables*, creo que tienen una señalada ventaja el ser extraídos por vía baja y no por laparotomía, y entre los factores que cooperan a esa supremacía, se cuenta la inocuidad del acto operatorio, pues exteriorizando el quiste a la vulva, como en

muchos casos de neoplasias quísticas que he visto intervenir al doctor Chueco, puede ligarse el pedículo por fuera de los órganos genitales y si se presentan complicaciones serán siempre de menor importancia, porque tienen asegurado el drenaje por la colpotomía abierta.

Las mujeres obesas, las anémicas, las debilitadas por una enfermedad larga, que son intervenidas por la vía abdominal, corren más peligro que las operadas por vía vaginal, ya que el shock a que están expuestas estas últimas, es nulo.

Respecto a las obesas que tienen las paredes ricas en tejido adiposo que sabemos es poco propicio para la pronta cicatrización, intervenidas por vía vaginal, les representa una doble ventaja: primero, el peligro de la eventración, y segundo, la ausencia de cicatriz abdominal, y en un próximo parto la integridad de la prensa abdominal. En aquellas provistas de paredes flácidas, con separación acentuada de los rectos laminados, o bien la circunstancia de un próximo parto, en que se indique la necesidad de la extirpación del quiste para evitar una distocia, la del shock operatorio mucho menor, que tan necesario es evitar en las enfermas cardíacas y pulmonares, son circunstancias todas que hacen que la vía vaginal supere a la vía alta.

Como drenaje, la vía vaginal es muy superior a la laparotomía, pues siendo el fondo de saco de Douglas, el punto más declive de la cavidad abdominal, todos los exudados tienden a acumularse en él y de ahí pasar a

la vagina, además este drenaje tiene la ventaja de ser continuo, razón de la declividad de la pelvis; no sucede así en la laparotomía, donde los drenajes se hacen mal por estar colocados verticalmente.

Se le reprocha al drenaje vaginal, que: debido a la dificultad con que se tropieza para aseptizar la vagina y estando ésta en contacto directo con la cavidad abdominal, existe el peligro de la infección, discrepancia que Sims, se ha encargado de desvirtuar con la sistematización de ese drenaje en las ovariectomías.

Los accidentes cuando existen, se concretan a pequeñas ascensiones térmicas o a ligeros hematomas en el fondo de saco vaginal, los cuales no hacen otra cosa que demorar unos días la cura definitiva, pero en ningún caso comprometer el éxito de la intervención.

Dice Routier: "La vía vaginal es más simple y menos peligrosa que la abdominal y creo poder formular esta opinión sin ser tachado de tímido, después de haber demostrado que no temo a la laparotomía."

Es en efecto muy fácil de efectuar la antisepsia de la vagina para temer una infección venida por ese lado y la incisión retrouterina es lo más fácil de practicar, si a esto se añade la dificultad que muchas veces hay para diagnosticar el contenido de un tumor, se comprenderá qué ventaja hay en abrir un absceso por la parte más accesible y la más declive, aquella por donde drenara más fácilmente.

Pieque, en la *Ginecologie* (1898), dice: "Es seguramente una cirugía menos brillante que ocasiona jui-

cios muchas veces severos de parte de los cirujanos, pero es según entiendo, la verdadera cirugía del enfermo, que pide su curación por el método más simple, más benigno, y el menos mutilante.”

Todas las teorías deben caer delante de los hechos, pues estos solos son los que pueden llevar la convicción al ánimo de los demás.

Las intervenciones por vía vaginal pueden realizarse por el empleo de la raquianestesia; permite ésta que la enferma pueda sentarse el mismo día de la intervención, asegurando por lo tanto el drenaje y alejando los peligros.

Hay enfermas que pueden levantarse el tercer día, como se desprende de la lectura de la observación tercera, en la cual a pesar de alcanzar el volumen de la neoplasia la cabeza de un feto a término y su pedículo el grueso de un dedo, pudo ser fácilmente ligado por fuera de la vulva, con una facilidad que muy difícilmente en análogas circunstancias, podría realizarse por vía alta.

Se ha objetado que el contenido óseo de estos quistes, es un inconveniente para su extirpación por la vía vaginal, la observación tercera es una prueba bien evidente que no es exacta tal aseveración.

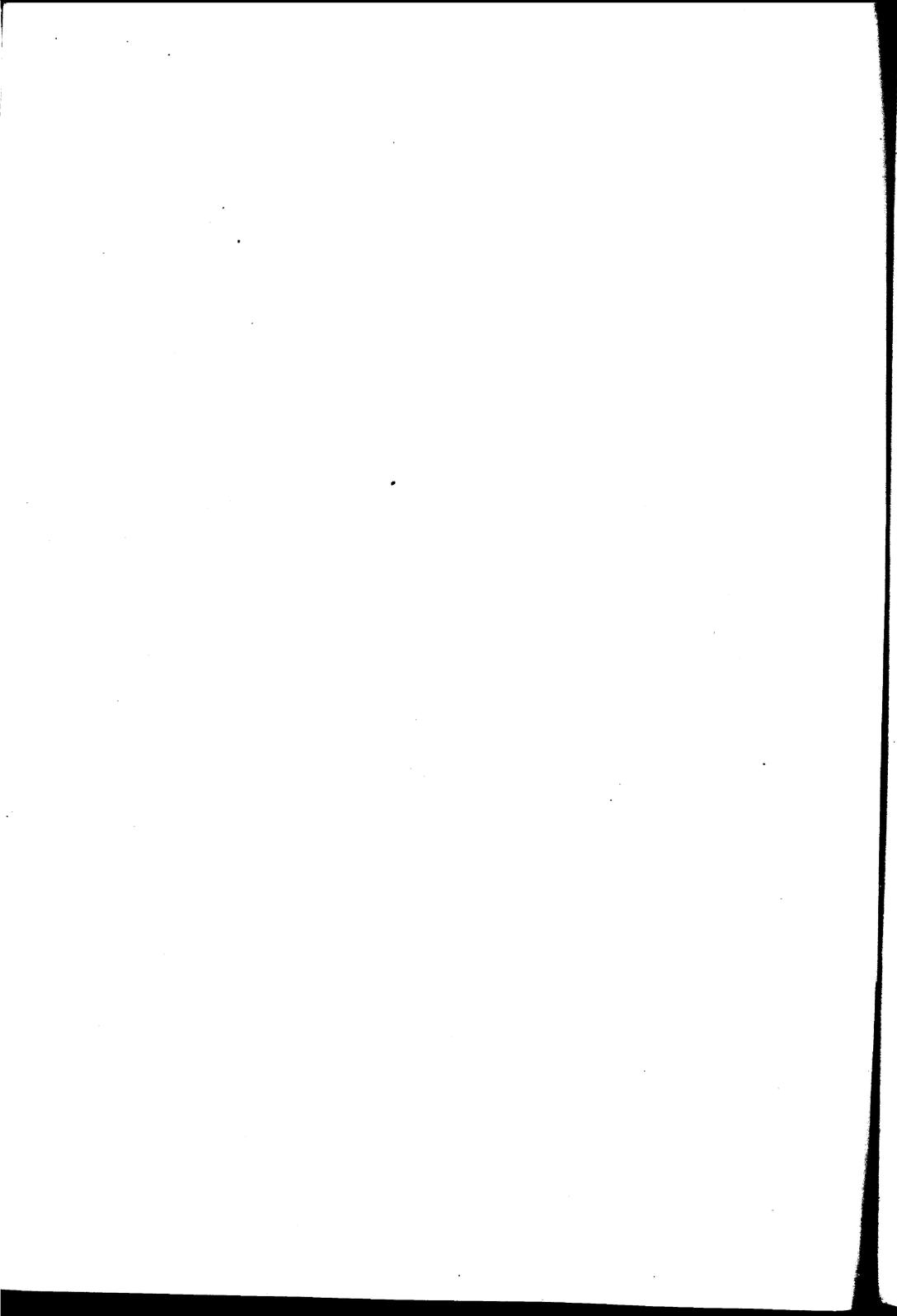
Igualmente se ha afirmado que el contenido sebáceo, se halla fuertemente adherido a los pelos, en no pocas circunstancias, y que ello comportaría serios inconvenientes para el éxito, pero que ellos son fácilmente

subsanables calentando el grueso trócar con el que se realiza la punción.

Tal acontece en la observación primera en la que la punción se efectuó en un quiste dermoideo que producía distocia.

Pero, donde se comprueba la superioridad de la vía vaginal es en sus resultados prácticos inmediatos, así como igualmente en los lejanos, mas hay un factor de mayor importancia aún y es el número de los decesos en que el porcentaje de ellos es muy superior por la vía alta.

Si el quiste es de ubicación francamente abdominal y movable, se le descinde durante el acto operatorio hacia la cavidad de Douglas, fijándolo mediante la cooperación de un ayudante que hace presión a través de la pared abdominal. En ambos casos la técnica a seguir es sencilla.



## **Técnica operatoria**

Para la extirpación vaginal de los quistes dermoides del ovario, debe atenderse con prioridad a la situación, naturaleza, contenido y movilidad del tumor.

En lo que atañe a la situación anteriormente se exigía que fuera pelviana, pero en la actualidad si esto no sucediera, se efectúa el descenso.

Debe tenerse en cuenta que si los quistes dermoides, cuando pequeños no modifican en nada la situación del ovario, sucede que cuando se desarrollan modifican las relaciones de este órgano, que aun normalmente no tiene una topografía exacta.

Y así no es extraño encontrar quistes que contraen adherencias con el estómago, hígado, etc., abandonando su anterior ubicación en la cavidad pelviana; el diagnóstico de estas adherencias debe imponer una conducta quirúrgica, orientada hacia la vía alta.

El pedículo del quiste es una circunstancia muy dig-

na de tenerse en cuenta, pues si es largo facilita sobremedida la operación vaginal y siendo corto ofrece ciertas desventajas, que sin embargo, son subsanables debido a la elasticidad de los órganos.

Sobran casos en que se encuentra un pedículo tan extenso que permite al quiste una completa libertad dentro de la cavidad abdominal.

No hay contraindicaciones para operar por vía vaginal, si se atiende a la naturaleza del contenido del quiste, puesto que se han intervenido quistes óseos con toda facilidad y existen las publicaciones al respecto, consignadas por el doctor Chueco.

En cuanto a la malignidad o benignidad del quiste dermoideo, la vía a seguir es diferente, pero generalmente los quistes ováricos son benignos, quedando ratificada la intervención.

¿Cuál de los dos caminos debe seguirse interviniendo por vía vaginal, por colpotomía anterior o posterior?

Depende de la situación del quiste, de su movilidad, de su tamaño.

Si el quiste se encuentra ubicado en la cavidad de Retzius y es fijo, indudablemente el camino a seguir será el de la colpotomía anterior, en los demás casos la colpotomía posterior estará indicada.

Voy a hacer entonces una exposición sumaria de la técnica de la colpotomía anterior, la cual consiste en lo siguiente: preparación de la enferma como es de práctica.

Se coloca a la enferma acostada en posición sacrodorsal.

Se limita el campo operatorio de compresas esterilizadas.

En lo que toca a la anestesia, en el servicio del doctor Chueco, se usa el éter con el aparato de Ombredanne, con buenos resultados, prefiriéndose la raquianestesia por su post operatorio, aportando mayores beneficios que cualesquier otra anestesia, porque la enferma una vez en su lecho puede quedar sentada, que es la forma propicia para las intervenciones por vía vaginal.

Se sonda la vejiga y luego de aseptizada la vagina, por medio de un hisopo empapado en tintura de iodo se saca el exceso con alcohol.

Primero se coloca una valva de peso sobre la horquilla vulvar, deprimiendo fuertemente la pared posterior de la vagina y otra valva sobre la comisura anterior. Con unas pinzas de cremallera se toma el cuello uterino y se tracciona hacia abajo y afuera, dejando casi en descubierto el campo operatorio.

Respecto a la incisión algunos cirujanos prefieren la vertical, en el servicio del doctor Chueco, se practica la celiotomía anterior transversal, que da un campo operatorio más amplio y mejor drenado.

Traccionado y descendido el cuello, todo cuanto se pueda se hace con tijeras, una incisión transversal a dos centímetros del borde del hocico de tenca, se toma con dos pinzas de Kocher el borde superior de la vagina seccionada y con el dedo índice deslizado suave-

mente sobre la cara anterior del útero, donde se halla un tejido celular laxo, que ofrece muy poca resistencia, dejando separar fácilmente el útero de la cara posterior de la vejiga.

Una vez obtenido el rechazo de estos dos órganos, el dedo índice siente una limitada resistencia producida por el repliegue peritoneal que hace prominencia, pudiendo conocerse a veces su tinte blancoamarillento.

Se abre con tijeras un pequeño ojal agrandando luego la incisión hasta que tenga unos cinco centímetros.

Después, el cirujano efectúa el reconocimiento del útero y sus anexos.

La conducta que debe seguirse con el útero varía según las circunstancias, si es de tamaño mediano y puede alcanzarse el quiste con sólo rechazarlo a un plano superior se obtiene campo suficiente, pero en algunos casos el tamaño dificulta el alcance del tumor y entonces conviene exteriorizar el órgano lo que se consigue fácilmente haciéndolo vascular hacia adelante o tomándolo entre las ramas del hysterolabo Sommer.

Cuando el útero está en gestación aconseja la prudencia respetar el órgano y por lo tanto no someterlo a la maniobra de la exteriorización que podría provocar el aborto.

Se investiga con el dedo índice las características del tumor y luego de establecida su ubicación exacta, se introduce una valva por el orificio de la colpotomía y por la brecha abierta pueden observarse las paredes del quiste, al que se punza mediante el empleo de un

trocar de Doyen, el cual ha de variar su calibre según el tamaño del quiste, evacuado parte de su contenido, la tensión disminuye, circunstancia que permite tomar dichas paredes con pinzas Bottini, que exteriorizan paulatinamente a medida que se reduce el tamaño de la neoplasia hacia la vulva.

Si hubiera adherencias estando el quiste punzado y por consiguiente reducido en su volumen, éstas podrán ser reducidas perfectamente mediante el empleo de recursos ginecológicos conocidos.

Si el tumor es extirpado sin adherencias debe efectuarse el cierre de la colpotomía, en el caso contrario deberá persistir el drenaje.

*Colpotomía posterior.* — La enferma se prepara de un modo análogo a la descripción de la técnica anterior.

Dos anchas valvas son colocadas una sobre la pared anterior y otra sobre la posterior, se retira la valva anterior y se tracciona y levanta fuertemente el útero hacia la sínfisis pubiana y la valva posterior hacia abajo, quedando así el campo operatorio al descubierto.

Con unas tijeras curvas y con la punta dirigida hacia arriba se incide la cara posterior de la vagina a la altura de su tercio superior, donde desciende más el saco de Douglas, se deja las tijeras e introduciendo uno o dos dedos en la incisión se comienza a separar la cara posterior del útero de la cara anterior del recto que están unidos por un tejido celular laxo y una ho-

juela fibrosa haciéndose fácilmente la separación de estos órganos.

Debe trabajarse siempre sobre la cara posterior del útero para evitar complicaciones, como ser desgarradura de la pared rectal; también debo decir que debe seguirse la parte media de la cara posterior del útero para evitar hemorragias de origen de las uterinas o alguna de sus ramas.

Una vez llegado al fondo de saco peritoneal se incin- de de la misma manera que para la colpotomía anterior.

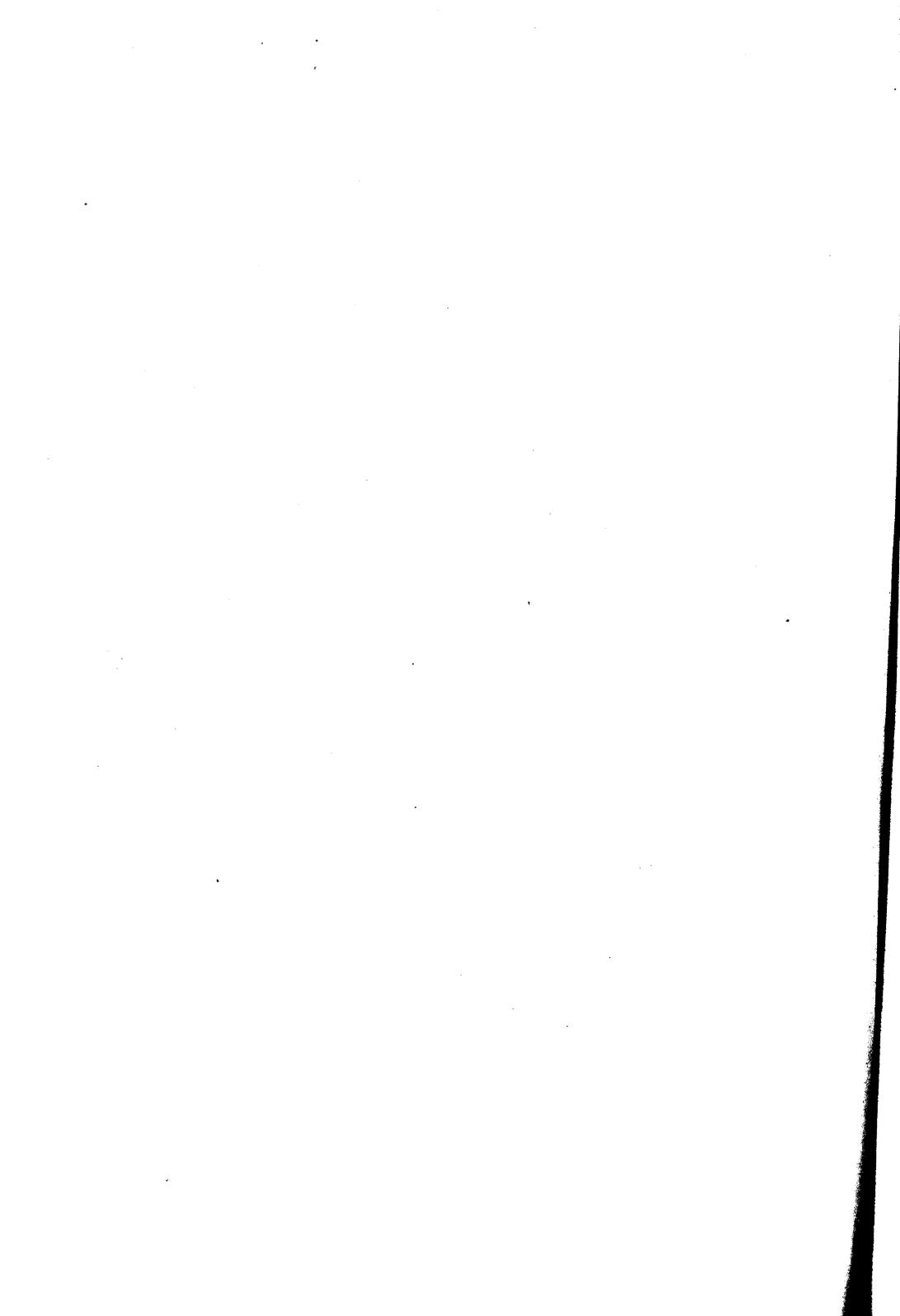
Si la intervención tiene lugar durante el período exclusivo del parto o bien en una época próxima a él, conviene al realizar la colpotomía posterior, efectuar una sutura corrida de la herida de la pared vaginal, a los efectos de cohibir la hemorragia que se produce por la rica red arterial y venosa que alcanza en dichas circunstancias un gran volumen.

En cuanto atañe a los cuidados post operatorios si se efectúa el cierre, no hay otro sino el de retirar los puntos si son efectuados con crin o tocar simplemente con tintura de iodo la sutura corrida con catgut que es la que comúnmente he visto emplear. En los casos en que se deja drenaje basta renovar diariamente la gasa en los cuatro primeros días que siguen a la intervención.

Realizada la colpotomía posterior lo que implica que el tumor se halla ubicado en el fondo de Douglas o bien que siendo abdominal se le puede descender y

fijar a dicho fondo, no queda sino reducir ese tumor y exteriorizarlo, siguiendo la técnica que hemos precisado para la colpotomía anterior.





## Historias clínicas

Las tres observaciones que presento pertenecen dos de ellas a la clientela particular del doctor Chueco y la otra a su clínica ginecológica del hospital Juan A. Fernández.

En la primera observación fué llamado a intervenir por el doctor Bartolomé Calcagno, se trataba de una distocia producida por un grueso quiste dermoideo, ubicada en el fondo de saco de Douglas y que impedía la realización del parto; la punción conjuró el peligro inmediato para la vida del niño y la ovariectomía realizada más tarde por esa misma vía curó a la enferma.

En la segunda historia clínica se pueden apreciar los beneficios del empleo de la vía, para la extirpación, por colpotomía y con la raquianestesia, en una mujer ya de edad y afectada de una lesión cardíaca. Por úl-

timo, en la tercera observación realizada en el hospital Fernández, el corriente año, la enferma es beneficiada de tal suerte, que al tercer día abandona el lecho y al décimo es dada de alta curada.

## OBSERVACION I

*Historia clínica publicada por el doctor Alberto Chueco en colaboración con los doctores José Badia y Bartolomé N. Calcagno, en la Semana Médica. N.º 38. Año 1913.*

L. B. de V., 24 años, argentina, casada. Ingresa en febrero 28 de 1913.

*Antecedentes hereditarios y familiares.* — Sin importancia; sus padres y hermanos viven y gozan de perfecta salud.

*Antecedentes personales.* — Tampoco son mayormente ilustrativos para el caso, dice haber sufrido sarampión y varicela en la infancia. No recuerda en su pasado otra dolencia importante.

Su primer período catamenial se presenta a la edad de 13 años, las menstruaciones se sucedieron después regularmente, con un retardo de 2 ó 3 días, y cuatro

o cinco días de duración. Pero cuatro años más tarde, es decir a la edad de 17 años, el retardo se acentúa y las menstruaciones hasta entonces sin dolor, comienzan a ser dolorosas; tres años después con motivo de su matrimonio aumentan los dolores menstruales.

Al quinto mes de la vida matrimonial inicia un embarazo uterino, cuya evolución fué normal; el 3 de noviembre de 1910 a término ya su gestación, entra en trabajo de parto.

Cuenta la enferma que en la mañana de ese día tuvo la sensación de que algo se rompía o desprendía de su vientre, sobreviniendo una hemorragia por la vagina que cedió al reposo y a los lavajes calientes, tratamiento instituido por la partera.

A medio día se inició el parto, que terminó ocho horas después por la expulsión de un feto vivo de sexo masculino y de volumen algo mayor que el normal; pesaba cuatro kilogramos.

Terminado el alumbramiento, que fué espontáneo, tuvo nuevamente hemorragias cohibidas por una inyección subcutánea de ergotina; puerperio feliz, apirético, lactancia materna del recién nacido.

La amenorrea consecutiva persistió por espacio de un año. Al reaparecer las menstruaciones adquieren caracteres normales, sucediéndose con regularidad.

A fines de mayo o de los primeros días del mes de junio del año 1912, inicia una verdadera gestación.

En el curso del segundo mes tuvo un gran escozor vulvo vaginal, acompañado de fenómenos inflamatorios

locales; una partera la sometió a un régimen alimenticio consiguiendo por este medio atenuar las molestias experimentadas por la paciente.

Inicia su trabajo de parto el 28 de febrero del corriente año. Por la mañana experimentó los primeros dolores. A las 8 p. m. la partera se instala junto a la paciente, comprobando la existencia de dos o tres dedos de dilatación y la integridad de la bolsa.

Constata al mismo tiempo la existencia de un tumor blando que ocupa parcialmente la excavación, como las contracciones se suceden enérgicamente cada cinco minutos, y la pelvis es amplia, se decide a esperar. Cuatro horas después las contracciones, menos frecuentes, ceden en intensidad. Un nuevo tacto muy conciente y prolijo, revela a la partera que la situación no se ha modificado, por lo que solicita la presencia de uno de los médicos (doctor Calcagno), quien previa evacuación de la vejiga y del recto, comprueba a la una a. m., la ausencia de encajamiento.

La excavación estaba ocupada casi totalmente, por un tumor de dimensiones poco menores que la cabeza de un feto a término, de paredes lisas, indoloro, e irreductible. En el momento de las contracciones aun cuando éstas son poco intensas, las paredes del quiste adquieren una tensión extraordinaria, al punto de hacer temer un estallido. Las contracciones son muy espaciadas y de corta duración.

Insinuando el dedo en el fondo de saco anterior se

comprueba que la dilatación del cuello uterino es total.

Bolsa íntegra. La cabeza fetal cabalga sobre el pubis materno, contra el cual es comprimida durante las contracciones, como resultante del esfuerzo realizado por la prensa uterina y de la resistencia desplegada por la masa quística ubicada en su costado pósteroinferior.

No hay signo de sufrimiento fetal, aceptado el diagnóstico de quiste previo y sospechando su naturaleza hidatídica por la frecuencia con que esto se revela entre nosotros y por falta absoluta de sintomatología anterior, deciden los doctores Chueco y Calcagno, la punción por vía vaginal bajo anestesia cloroformica descartando de hecho a la reducción en el abdomen por considerarla imposible dado el enclavamiento del tumor y sus grandes dimensiones.

Previa una asepsia tan rigurosa como es posible, se realiza la punción con un trócar de pequeño calibre, dando salida a un líquido espeso de aspecto sebáceo, que se solidifica con gran rapidez.

Comprobada así la naturaleza dermoidea del quiste se reemplaza el trócar por otro más voluminoso y previamente calentado que da salida con lentitud a gran cantidad de materia sebácea.

Evacuada por completo la cavidad quística se retira el trócar suprimiendo la anestesia y esperando que el parto termine espontáneamente.

Las contracciones aparecen poco después ganando

en intensidad y frecuencia; la cabeza fetal se encaja rápidamente y la expulsión espontánea se produce una hora después en occipito sacra.

Feto vivo y sano de sexo masculino bien constituido y conformado y de peso algo mayor que el promedio habitual.

Alumbramiento espontáneo y feliz, media hora más tarde ninguna particularidad digna de mención en los anexos fetal.

Puerperio normal apirético.

El 7 de Junio aproximadamente, tres meses y medio después del parto, la paciente ingresa a la sala II.a del hospital Fernández siguiendo nuestras indicaciones, para someterse a la ablación del quiste.

Dice que después de la punción continuó eliminando por la vagina durante muchos días una materia de aspecto sebáceo, pero sin experimentar la más mínima molestia. Poco a poco disminuyó el derrame hasta la supresión total.

Pero refiere la enferma que durante los esfuerzos siente un tumor que hace prominencia en la vagina y que al defecar tiene la sensación que saliera por el recto.

Los resultados del examen ginecológico nos hace suponer que esta sintomatología post-partum es puramente sugestiva.

*Estado actual.* — Paciente de talla algo mayor que la mediana, bien conformada y provista de panículo adiposo.

La curva térmica oscila dentro de sus límites normales sin que pueda comprobarse el más mínimo ascenso.

Pulso frecuente, 100 por minuto en el momento del examen la tensión, ritmo y amplitud normales.

Piel blanca, mucosa coloreadas.

Tórax bien desarrollado. Senos voluminosos con buena glándula y pezones bien conformados. Expansión torácica, sonoridad pulmonar, y respiración vesicular normales.

En el examen del aparato circulatorio, tanto central como periférico, comprobamos la ausencia absoluta de alteraciones dignas de mención.

El panículo adiposo abundante, dificulta mucho la palpación del abdomen.

No se comprueba la existencia del quiste ni a la inspección ni a la palpación.

Hígado y bazo en sus límites normales.

*Examen Ginecológico.* — Cuello uterino hipertrofiado, entreabierto y erosivo. Leucorrea. No se observa, inspeccionando las paredes vaginales, el orificio de la punción ni cicatriz que puede atribuírsele.

*Palpitación bimanual.* — Utero en ligera anteflexión y adosado contra el pubis; movable. Rechazando hacia abajo con la mano abdominal se acoda como si estuviera retenido por un ligamento posterior breve al nivel del istmo. Rechazando hacia atrás el cuerpo uterino e insinuando el dedo vaginal en el fondo de saco posterior se palpa profundamente el límite inferior de

la masa quística que parece corresponder por su situación póstero-lateral al ovario izquierdo.

*Análisis de orina.* — Normal.

*Tratamiento.* — Operada el 10 de Junio por vía vaginal, bajo anestesia clorofórmica (operador: doctor Calcagno. Ayudante: doctor Chueco).

Previa colpotomía anterior se procede a separar la vegiga del útero, maniobra que se ejecuta bajo el plano de clivage con toda facilidad y rapidez, así como la abertura del saco peritoneal y la exteriorización del útero y sus anexos.

El ovario derecho es fácilmente visible y palpable, se encuentra aumentado de volumen; quístico.

Se efectúa su ignipuntura y reposición en la cavidad abdominal, después de haber comprobado que está libre de toda formación dermoidea, comprobación de valor y que debe efectuarse siempre y en casos análogos porque estas formaciones en los ovarios son a menudo bilaterales.

Reducido el ovario derecho, colocamos una pinza sobre el izquierdo, después de reconocer que es el portador del quiste; durante estas manibras, las paredes del tumor dislaceradas por la pinza, se desgarran, dando salida a regular cantidad de líquido sebáceo, que corre hacia la vulva. El quiste es rápidamente extirpado, con ligadura previa con catgut, de su pedículo.

Sutura la vagina sin dejar drenaje.

El período post-operatorio, debemos lamentar únicamente la formación de un hematoma, debido proba-

blemente a la insuficiencia de la ligadura colocada en el pedículo. Como la temperatura se eleva, se procede a evacuar el hematoma, por colpotomía posterior y drenaje.

Alta de la enferma, el día 20 de Julio, curada.

*Examen anátomo-patológico de la pieza extirpada.* (Dr. José Badía).

*Aspecto general.* — Tumor redondeado del tamaño de una naranja del volumen mediano, circunferencia 22 cent., peso 100 grs. Ofrece una abertura irregular que comunica con una cavidad cuyo contenido se describirá a continuación.

*Pared.* — Extraído el contenido se presenta bajo la forma de un saco redondeado. La superficie externa es lisa y brillante, cubierta por la serosa en sus dos tercios, mientras que en tercero es rugosa por su falta.

Diseminados en esta superficie, se encuentran numerosas elevaciones pequeñas, unas, blanquecinas, otras, de color oscuro y que, abiertas se presentan como pequeñas cavidades quísticas del tamaño y forma de una lenteja con un contenido de aspecto caseoso en unas, de aspecto hemático en otras.

Cerca de la abertura indicada más arriba, se observa una elevación mayor, como también de más extensión, aplastada de una extensión de dos cent. de largo por uno y medio de ancho y medio de espesor, que puede enuclearse en parte de la pared misma y en su corte aparecen varios quistes de contenido igual a los anteriores, así como numerosos vasos.

Muy próximo a este tejido se ven varios pelos, unos adheridos a la misma pared, otros insertados por su extremo.

La superficie interna es lisa y brillante en su mayor extensión, pero ofrece en otras, nudosidades poco marcadas, donde se encuentran insertados pelos diseminados y cortos.

Cerca de la abertura se observa un pliegue semi-lunar, constituido por la misma pared y muy próximo a éste un pedículo corto, en cuyo vértice existe implantado un diente pequeño, cuya raíz, al parecer corta, está rodeada por tejidos hasta el cuello y cuya corona libre de superficie lisa y brillante con el aspecto de esmalte normal.

El espesor de la pared es casi uniforme, no llegando en las porciones más gruesas a medio cent.

El contenido está constituido por abundantes pelos finos de color oscuro englobados por una substancia blanquecina sebácea, untuosa al tacto.

La estructura histológica se ha estudiado al nivel de un quiste, en el sitio donde están implantados algunos pelos y en el tejido descripto cerca de la abertura.

Al nivel de un quiste, la pared está constituida de afuera hacia adentro por una capa de tejido conjuntivo que contiene regular número de células de la misma naturaleza. Inmediatamente el tejido se hace muy denso y las células se hacen más escasas y finalmente aparecen sumamente laxo, abundando nuevamente las células y encontrándose, además, irregulares con va-

rios núcleos. Los vasos son numerosos en la zona media interna.

El quiste está formado por una cavidad redondeada y vacía, pues su contenido ha desaparecido y tapizada internamente por un epitelio de varias capas, cuyas células superficiales son poliédricas y redondeadas; separa este epitelio del resto anterior una delgada membrana.

La pared en el sitio de implantación de los pelos, se halla constituida por tejido conjuntivo laxo, con abundantes vasos.

Se observan cavidades con contenido de células epiteliales, en medio de las cuales puede verse en algunas el corte de un pelo mientras que en las otras sólo se observa el pelo único o bien las células solas.

La estructura del fragmento del tejido de las vecindades de la abertura, ofrece mayor interés que las anteriores aparte la existencia de varios quistes de contenido hemático predominando en él el tejido muscular liso: Muy cerca de la superficie externa se observa un pequeño quiste tapizado por un epitelio y en medio del epitelio se ven elementos epiteliales que engloban un cuerpo redondo con los caracteres de un óvulo.

## OBSERVACION II

(Historia clínica gentilmente dada para su publicación en la presente tesis por el Dr. Chueco.)

M. S., 52 años, casada, italiana, domiciliada en Morón, F. C. O. (Prov. Bs. Aires). Año 1916. Fecha de ingreso, Diciembre 4. Operada: Diciembre 5. Alta: Diciembre 16.

*Antecedentes hereditarios.* — Sin importancia.

*Antecedentes individuales.* — Reumatismo y litiasis biliar en la edad adulta. No ha tenido hijos ni abortos. Tiene sus primeros períodos catameniales a los 15 años de edad con caracteres normales; se repiten con regularidad.

*Enfermedad actual.* — Desde cinco años antes de ser intervenida, la enferma acusa dolor en la fosa ilíaca derecha, que se acentúan más en los períodos menstruales, que se hacen más abundantes; crisis dolorosas que se irradian a todo el bajo vientre propagándo-

se a los muslos y al flanco derecho; tiene flujos vaginales, y algunas veces dificultades en la micción; padece de constipación y accidentes nerviosos; no ha tenido fiebres ni escalofríos, pero a pesar de ello a medida que transcurre el tiempo, sus molestias en el bajo vientre se acentúan; en distintas oportunidades consulta a varios médicos quienes la tratan como una histérica, teniendo solo en cuenta sus trastornos nerviosos.

Examinada por el doctor Torrent, de Morón, diagnóstica previo examen ginecológico, la existencia de un quiste del ovario derecho y aconseja a la enferma su extirpación.

*Examen de la enferma.* — Llamado en consulta el Dr. Chueco por el Dr. Torrent, comprueba la existencia de la lesión anteriormente dicha y propone la intervención de la ovariectomía, por colpotomía.

Mujer de regular estatura, de abundante pániculo adiposo, piel de tinte rosado lo mismo que las mucosas, de buen esqueleto.

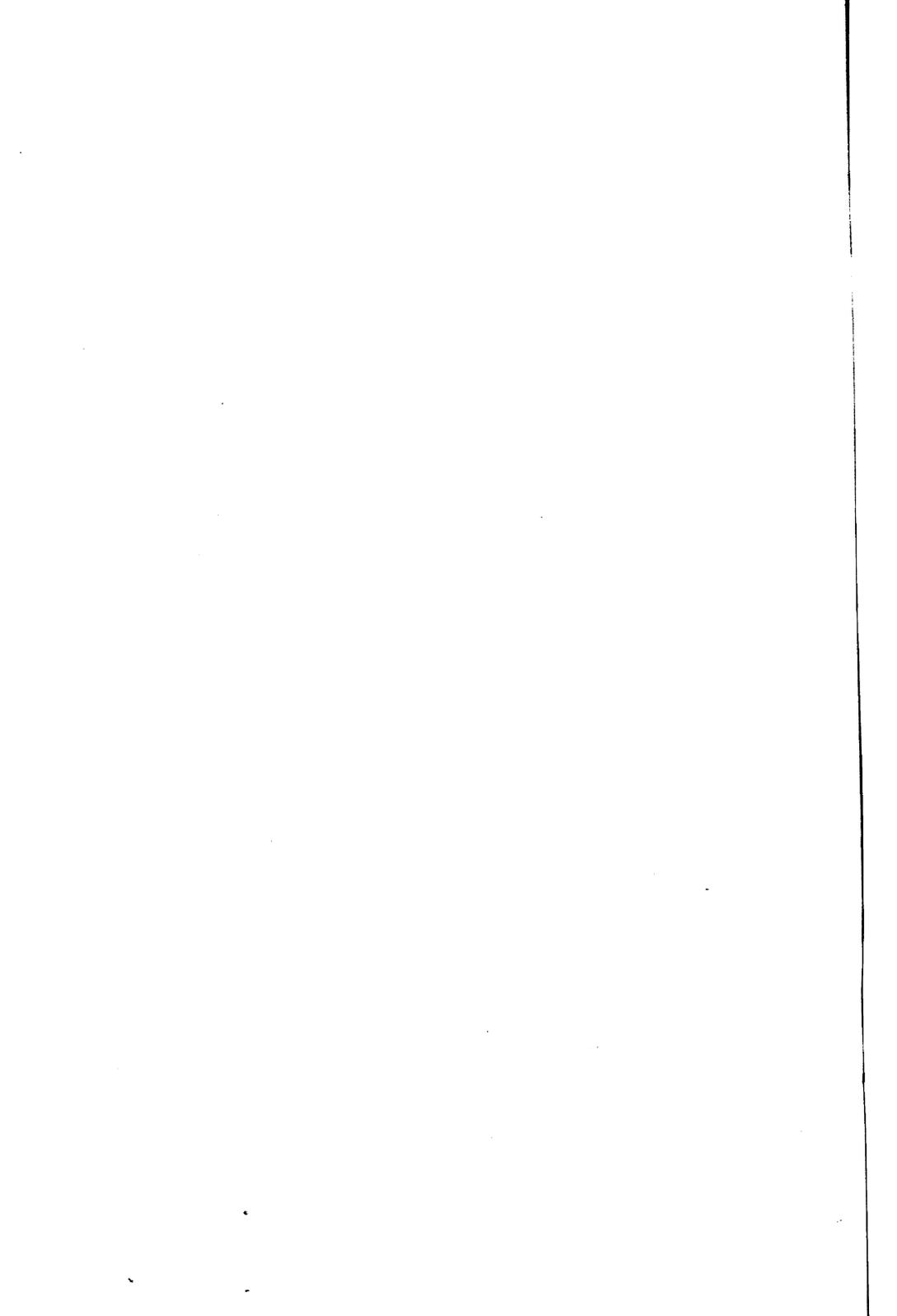
A la palpación puede apreciarse la existencia de un tumor quístico localizado en el flanco derecho móvil no doloroso y que efectuando presión, desciende a la excavación pelviana. Por el lado vaginal se comprueba una vulva y vaginas amplias, útero de tamaño y posición normal y anexos del lado izquierdo sanos; en cuanto atañe al ovario del lado opuesto del tamaño de un huevo de avestruz de superficie lisa, no doloroso, de cierta movilidad y que del tacto combinado a la palpación revela un contenido líquido.

Examen del aparato circulatorio y respiratorio.  
Normal.

*Tratamiento.* — En los primeros días del mes de Noviembre de 1916, la paciente es internada en un sanatorio y el Dr. Chueco secundado por el Dr. Torrent, proceden a intervenir empleando la raqui-anestesia con novocaína. Colpotomía posterior, abierta la serosa peritoneal, descendido el tumor hacia el fondo del saco de Douglas, luego fijado mediante la presión ejercida por la mano de un ayudante, el operador, previa toma con dos pinzas de las paredes de la neoplasia, la punza con un trocar Doyen de calibre mediano previamente calentado; efectuada la punción que da lugar a la salida de gran cantidad de líquido sebáceo, se reduce el quiste y fácilmente es exteriorizado hacia la vulva y efectuada la ovariectomía se peritoniza el pedículo, cerrando luego en dos planos, peritoneo primero y luego las paredes de la vagina sin dejar drenaje.

La operada se sienta en el lecho de inmediato a la intervención sin acusar dolor alguno, apirética, se renueva la gasa al segundo día y como las suturas son realizadas con catgut, no hay que efectuar más curaciones, al séptimo día abandona el lecho y al décimo el sanatorio completamente curada.

*Examen de la pieza.* — Quiste dermoideo del ovario derecho del tamaño ya indicado en la historia clínica, que contiene en su interior abundante materia sebácea, gran cantidad de pelos e incluido en una de sus paredes un diente fuertemente adherido.



### OBSERVACION III

*Caso seguido por el autor de esta tesis*

Hospital Juan A. Fernández. Servicio del Dr. Alberto Chueco.

E. F., de 25 años, argentina, casada. Ingresa el 28 de Febrero de 1918.

*Antecedentes hereditarios.* — Sus padres han sido sanos; su madre murió como consecuencia de un parto distócico. Tiene tres hermanos vivos y sanos.

*Antecedentes personales.* — Ha tenido sarampión en la infancia, no recuerda haber tenido otra enfermedad. Regló por primera vez a los 15 años de edad, de cuatro días de duración, de regular abundancia, doloroso. Contrajo enlace a los 17 años, ha tenido cuatro hijos

con gestaciones, partos, y puerperios. normales, no ha tenido abortos.

*Estado actual.* — Mujer de buena conformación esquelética, con regular desarrollo muscular y tejido adiposo.

Aparato circulatorio. Pulso, regular, igual tenso; foco de auscultación normales, 90 pulsaciones en la radial en el momento del examen.

Aparato respiratorio. Normal.

Examen de orina y flujos vaginales. Normal.

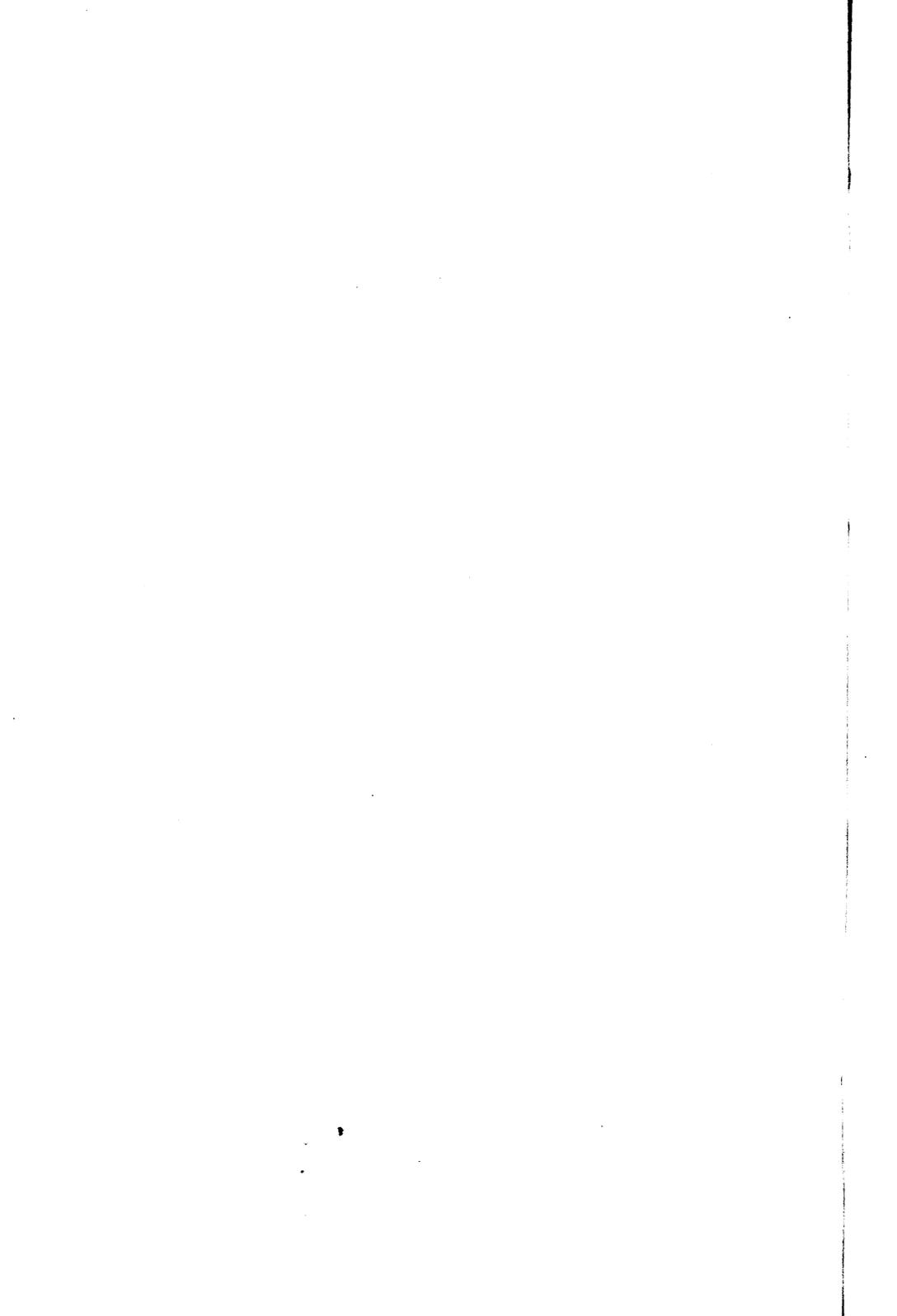
*Examen genital.* — Vulva y vagina amplias, cuello del útero de consistencia blanda, órgano en posición antero-latero versión derecha, movable de tamaño normal, no doloroso. El fondo de saco vaginal posterior y el lateral izquierdo, ocupado por un tumor, del tamaño de la cabeza de feto a término, de forma esférica, superficie lisa, y dolorosa en cierta zona a la palpación sumamente movable, pudiendo hacerse francamente abdominal.

De contenido líquido que se pone de manifiesto por la resistencia.

*Tratamiento.* — 21 de Febrero de 1918. Narcosis etérea con aparato Ombredanne. Colpotomía posterior, evacuación por punción, con grueso trocar Doyen, previa fijación de la neoplasia por presión abdominal del contenido de ella, exteriorización y sutura del pedículo por fuera de la vulva. Cierre sin dejar drenaje.

La enferma se levanta al tercer día, y es dada de alta curada a los diez días.

El examen de esta pieza, es sumamente interesante en efecto, contenía un rudimento de maxilar, con implantación asimétrica de algunos incisivos y molares, cuero cabelludo y pelos.



## BIBLIOGRAFIA ARGENTINA CONSULTADA

- Chueco Alberto.* — Distocia por quiste dermoideo previo, extirpado por vía vaginal, en colaboración con los doctores Badía y Bné. Calcagno. La Semana Médica. N.º 38, 1913.
- Chueco Alberto.* — Embarazo y quiste del ovario extirpado por colpotomía anterior. La Semana Médica, N.º 2, año 1913.
- Chueco Alberto.* — La vía vaginal en las intervenciones del Utero y sus anexos. Comunicación al Congreso de Lima, 1913.
- Chueco Alberto.* — La vía vaginal en la cirugía Obstétrica y Ginecológica; sus resultados. Conferencia pronunciada como tema libre en la sesión extraordinaria en la sociedad Obstétrica y Ginecológica. Año 1914.

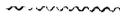
- Chueco Alberto.* — Fibro-condro-ostéo-sarcoma vaginal. Comunicación a la Sociedad Obstétrica Nacional de Medicina, 1916.
- Chueco Alberto.* — Gestaciones y partos en operadas de retroposiciones uterinas por vía vaginal. Conferencia pronunciada en la Sociedad Obstétrica Nacional de Parteras. Año 1916.
- Chueco Alberto.* — Resultados de la vía vaginal en los procesos supurados de los anexos del útero. La Semana Médica, 1917.
- Chueco Alberto.* — Voluminoso quiste hidatídico del mesenterio extirpado por vía vaginal. Revista Argentina de Obstetricia y Ginecológica.
- Alsina Fidel R.* — La vía baja en el tratamiento de los fibromas uterinos. Buenos Aires, 1914.
- Malbrán R.* — La ovariectomía por vía vaginal en los quistes del ovario. Buenos Aires, 1914.
- Gandolfo Roberto.* — Indicaciones y contraindicaciones de la vía vaginal. Tesis inaugural. Buenos Aires, 1915.
- Rosendi Teófilo.* — Paralelo entre la colpotomía anterior y posterior. Tesis, inaugural, Buenos Aires, 1916.
- Ballvé Julián.* — Las retroposiciones uterinas intervenidas por vía vaginal. Buenos Aires, 1917.



## BIBLIOGRAFIA EXTRANJERA

- Bigcard.* — Les histeroectomies totales et abdominales, thèse. París 1899.
- Bouilly.* — Congres Intern. París, 1900.
- Bouilly.* — Indications et valeur de la incisión, vaginales. Congr. Fr. de Chirurgie, 1895.
- Bouilly.* — De la cuverture par la vois vaginale des collections purulentes salpingees et ovariennes. Bull. Soc. Chirurgie, 1895.
- Dartigues.* — La cirugía conservadora del útero y de los anexos en el tratamiento de los fibromas. Revista de Obstetricia Ginecológica. Página 675. 1901.
- Doyen.* — Technique chirurgicale. 1897.
- Hofmeier.* — Maladie des femmes, 12.<sup>e</sup> édition, 1899.
- Jacobs.* — Revue de Gynecologie et Chirurgie abdominale. N.<sup>o</sup> 4. Pag. 1.<sup>a</sup>. 1900.

- Jonnesco.* — Congres International. Paris, 1900.
- Jonnesco.* — Congres d'Amsterdam, 1899.
- Labadie, Lagrave et Legueu.* — Traité medico chirurgicale de Ginecologie.
- Lawson Tite.* — Traité des maladies des ovaries.
- Legene.* — De la colpotomie dans les supurations anaxiales. Rev. Intern. de Medicine et Chirurgie. Octobre 1898.
- Makenrod.* — Anales de Ginecología et de Obstetrique. 1895.
- Picque.* — De la valeur de la colpotomie. La Ginecologie. N.º 3. 1898. Revue Generale de Clin. et Therap.



Buenos Aires, Mayo 20 de 1918.

Nómbrese al señor Consejero Dr. José F. Molinari, al profesor titular Dr. Enrique Zárate y al profesor suplente Dr. Osvaldo L. Bottaro, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.

*J. A. Gabastou.*

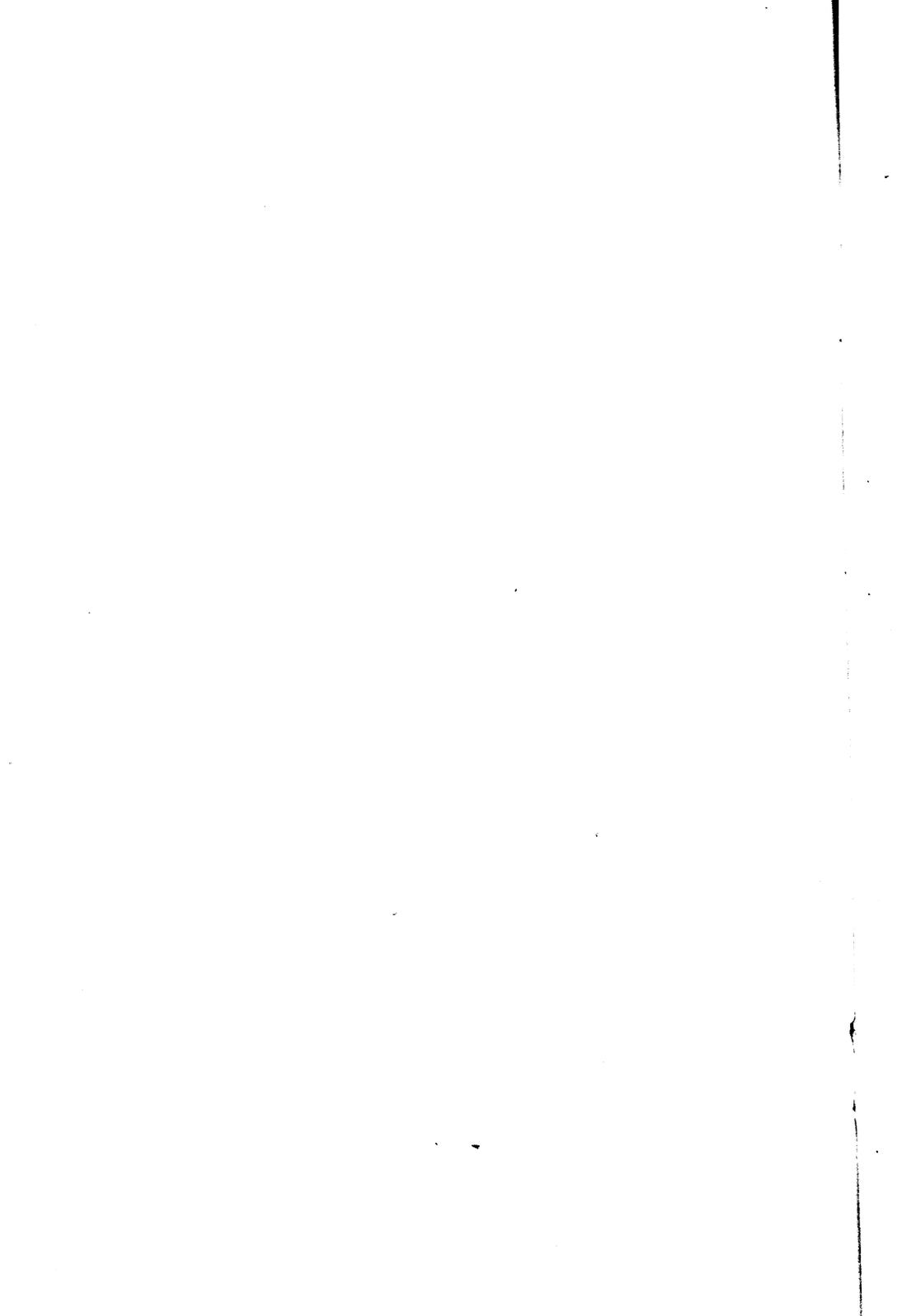
Buenos Aires, Junio 28 de 1918.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N° 3461 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

*J. A. Gabastou.*

30698



## PROPOSICIONES ACCESORIAS

---

### I

A que conclusiones le permite llegar su trabajo.

*José F. Molinari.*

### II

Patogenia de los quistes dermoides.

*Enrique Zárate.*

### III

Concepto del autor sobre «Bibliografía».

*Oswaldo L. Bottaro.*

