



N.º 2847

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

METASTASIS OVÁRICAS

DE LOS

CARCINOMAS GÁSTRICOS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA
POR

AMADEO GRIMALDI

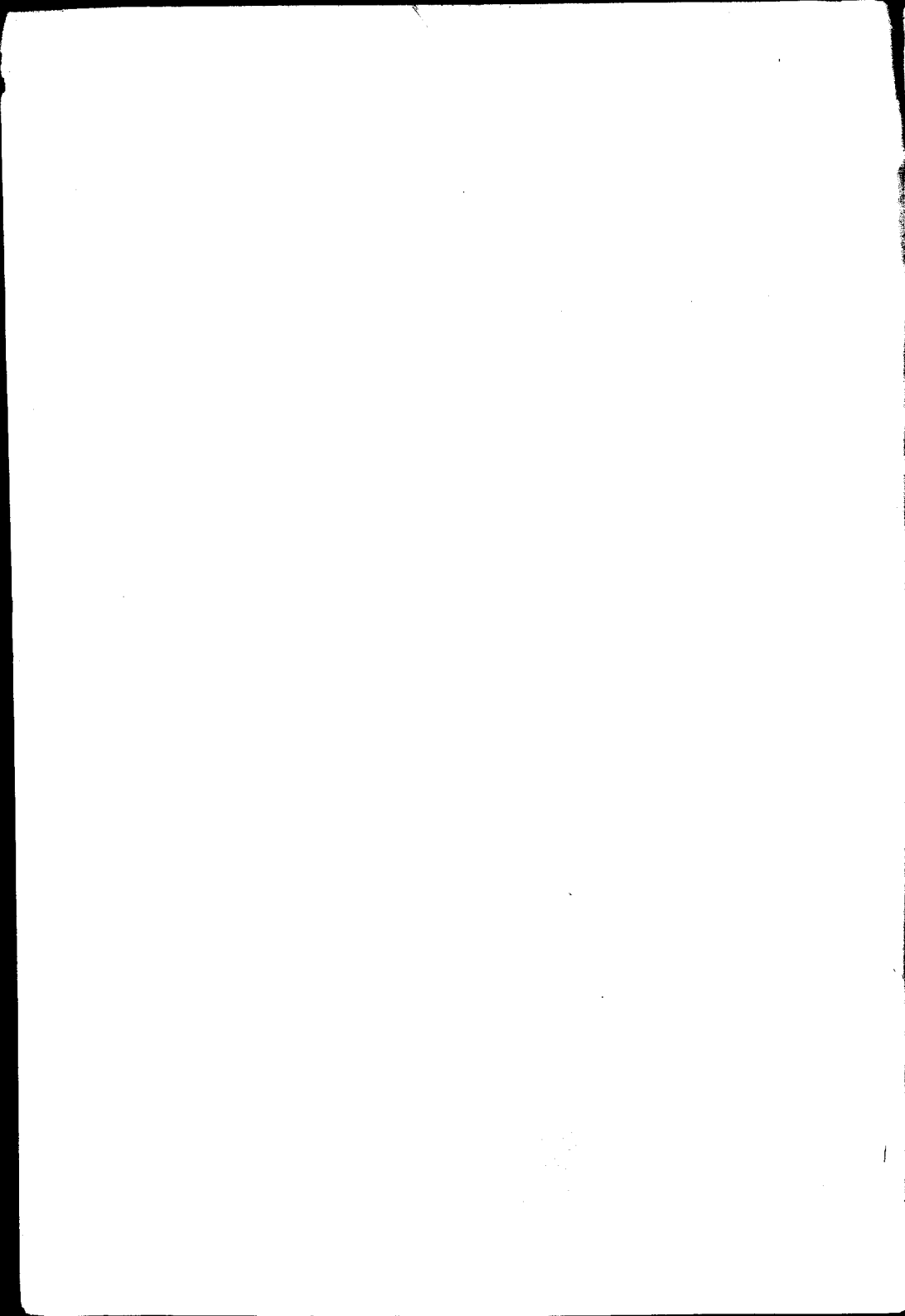
- Ex-practicante externo del Hospital «Rawson» (1911)
- Ex-practicante menor interno del Hospital «Alvear» (1911-12-13)
- Ex-practicante mayor interno del Hospital «Alvear» (1913-14)



BUENOS AIRES
«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
845 - Junin - 863
1914



METASTASIS OVÁRICAS
DE LOS
CARCINOMAS GÁSTRICOS



Año 1914

N.º 2847

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

METASTASIS OVÁRICAS
DE LOS
CARCINOMAS GÁSTRICOS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

AMADEO GRIMALDI

Ex-practicante externo del Hospital «Rawson» (1911)

Ex-practicante menor interno del Hospital «Alvear» (1911—12—13)

Ex-practicante mayor interno del Hospital «Alvear» (1913—14)



BUENOS AIRES

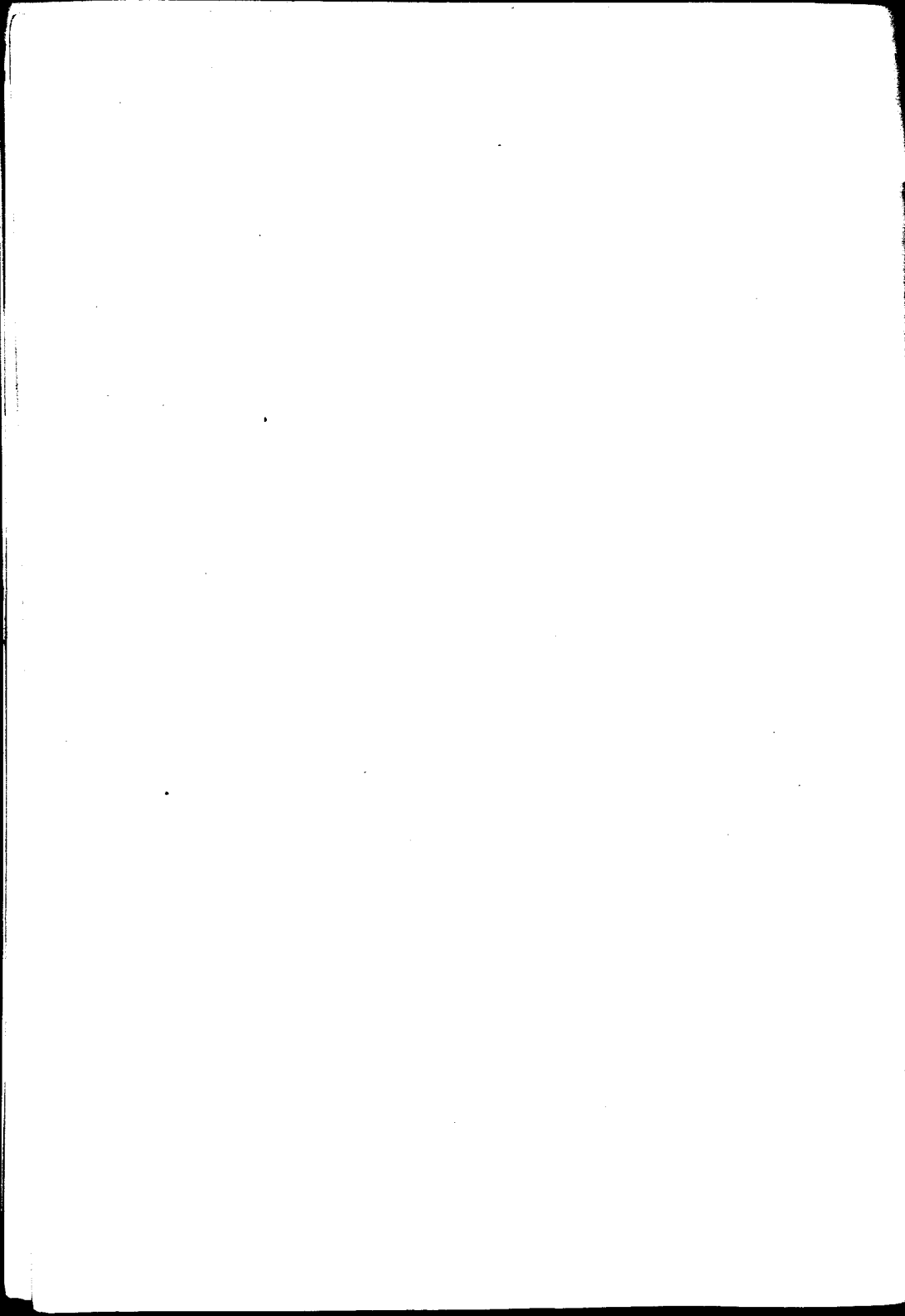
«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

845 — Junio — 863

1914



*Man
B
29.2*

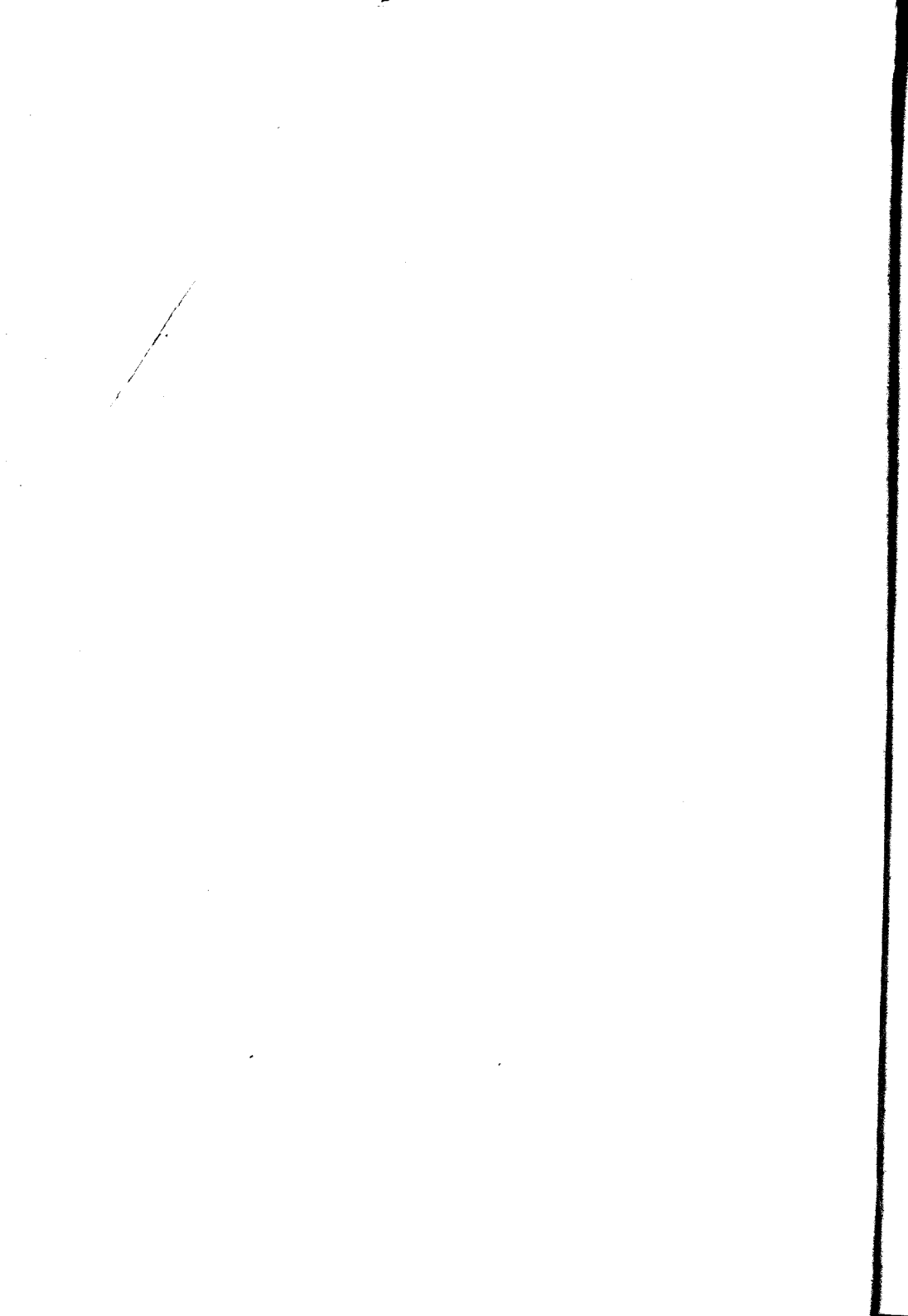


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » OSVALDO CRU



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

DR. D. EDUARDO OBEJERO

Consejeros

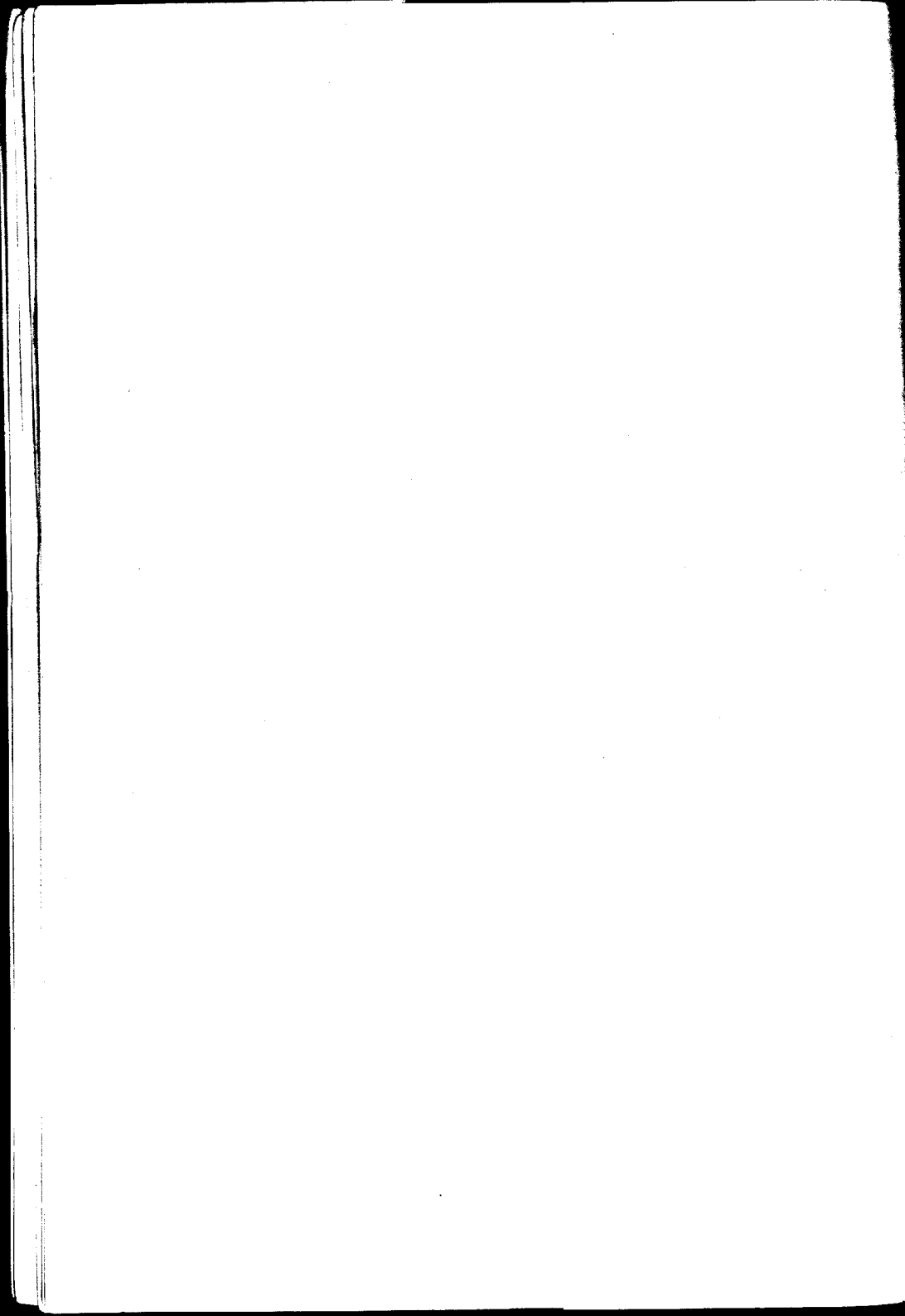
DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)

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

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)

» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)

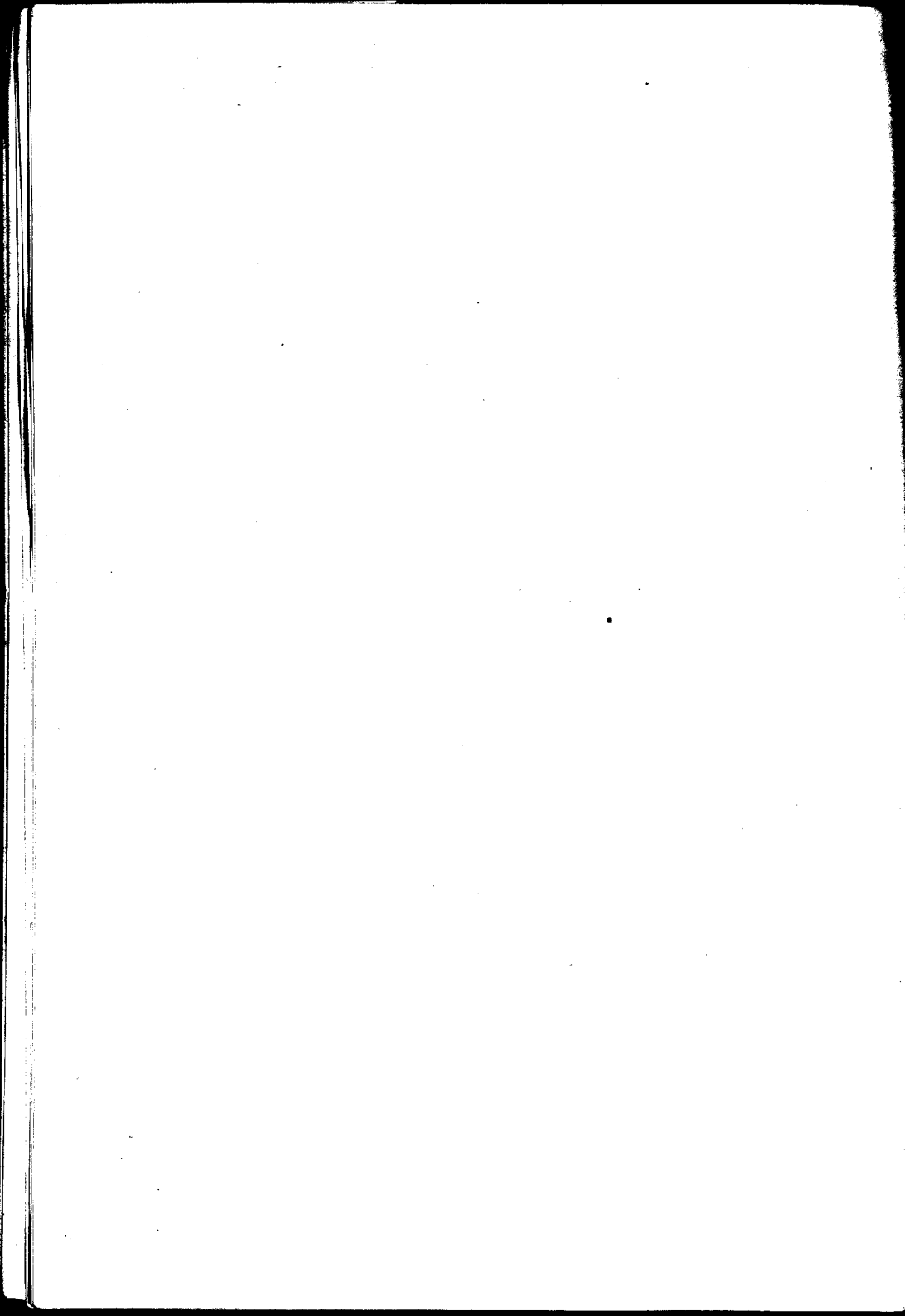


ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

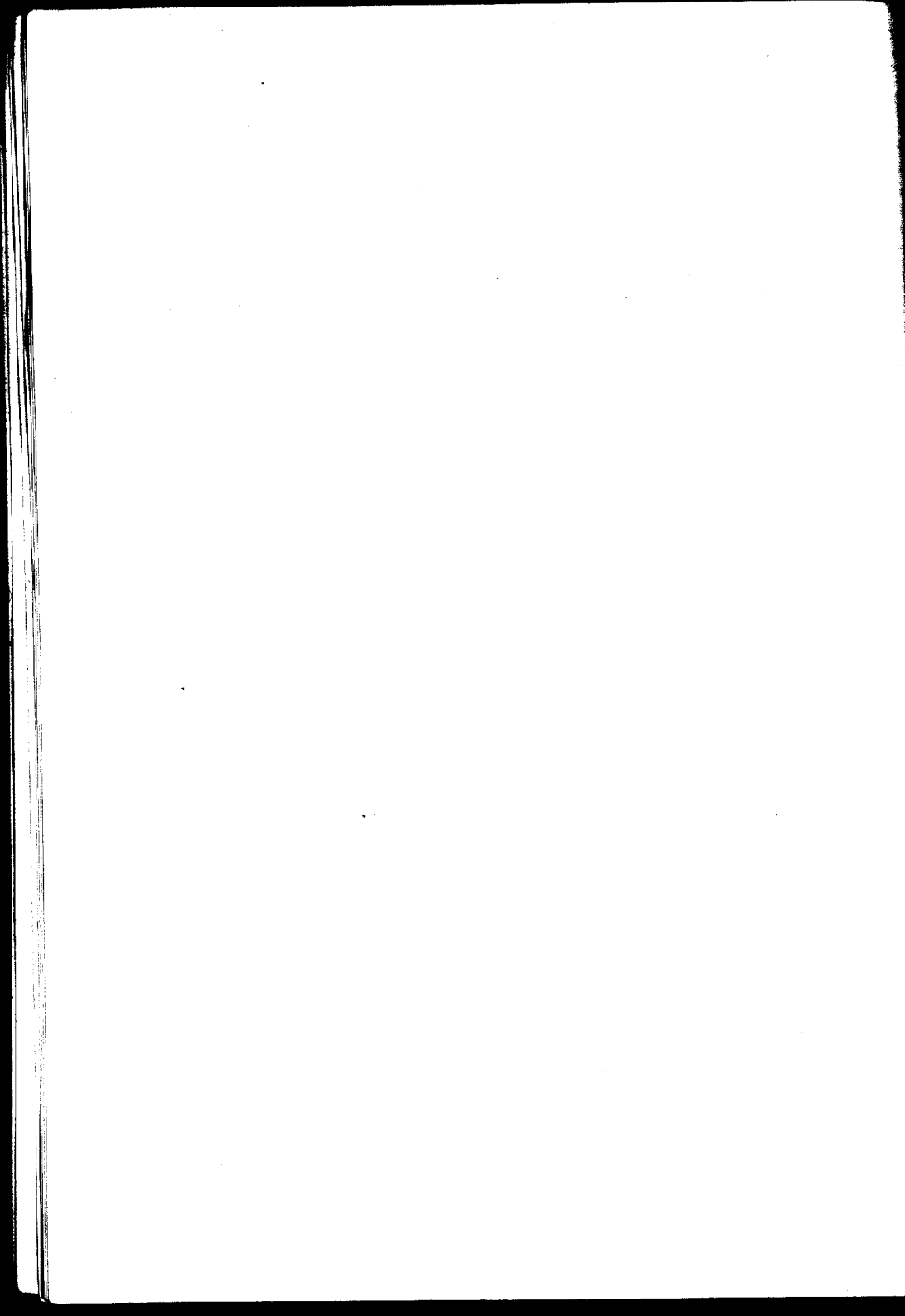
DR. ROBERTO WERNICKE

- » J. T. BACA
- » J. Z. ARCE
- » P. N. ARATA
- » F. DE VEYGA
- » ELISEO CANTÓN



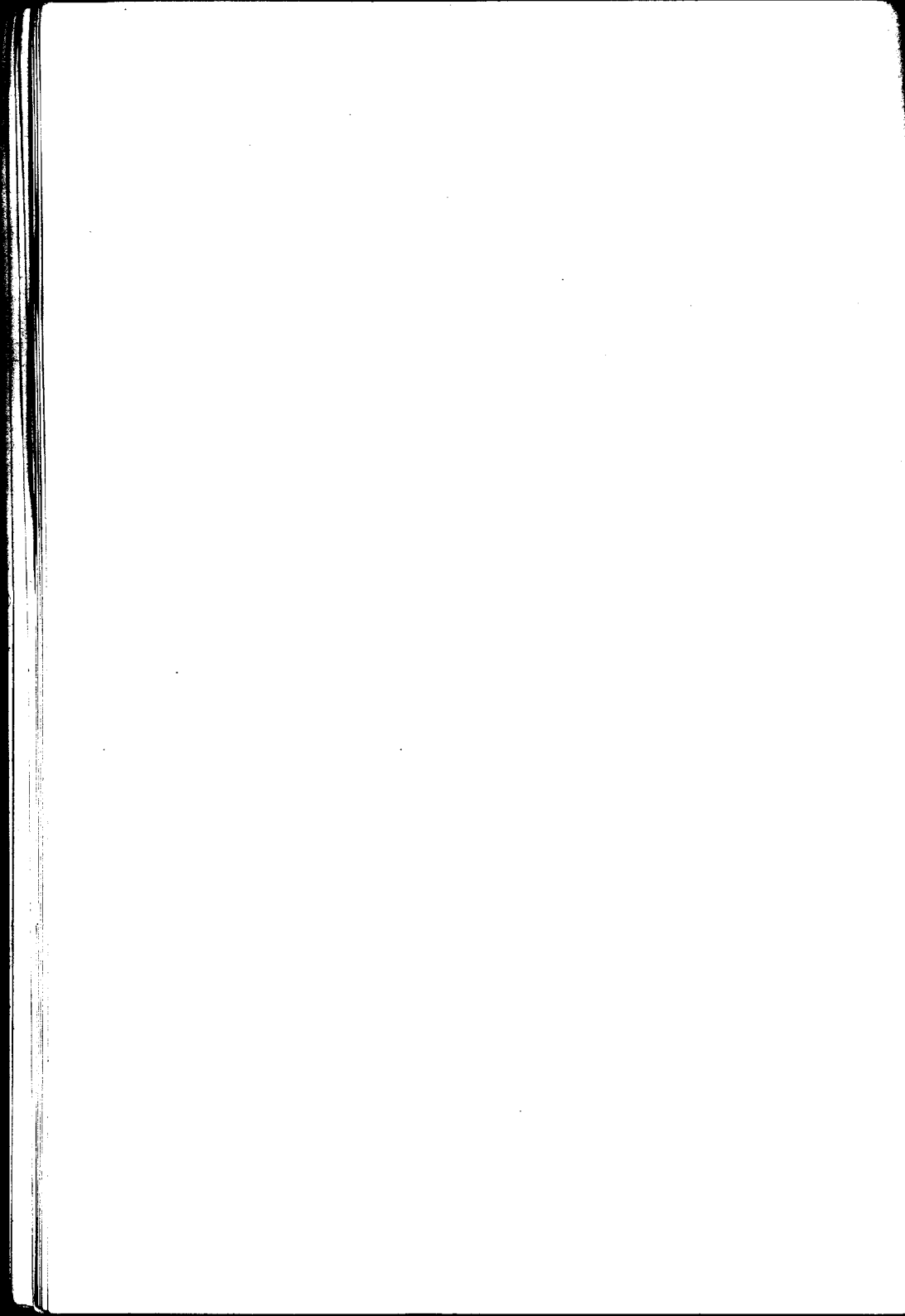
ESCUELA DE MEDICINA

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



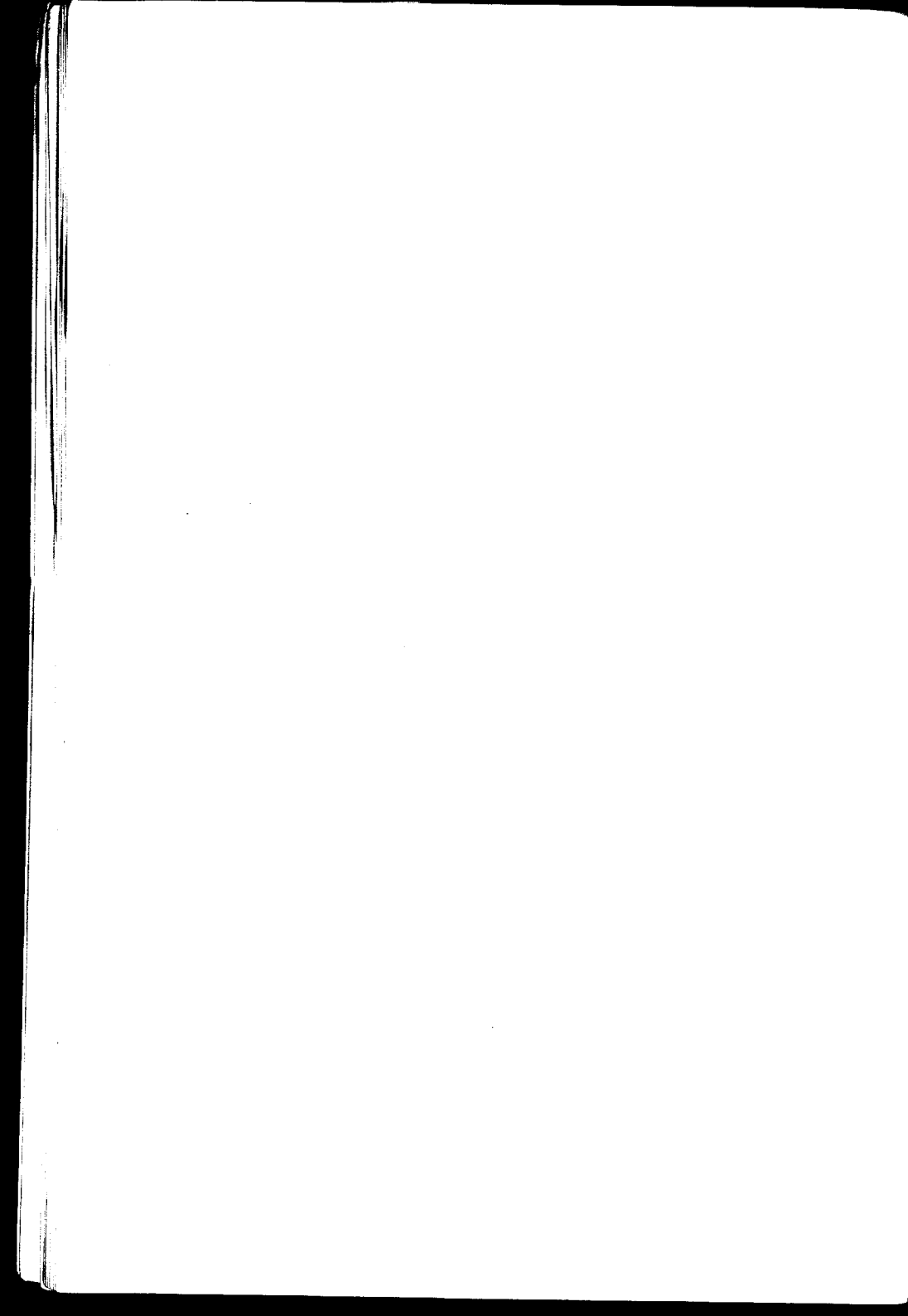
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GRENWAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALLIANO
Bacteriología.....	{ » JUAN CÁRLOS DELFINO
	{ » LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermatog. Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	{ » JOSÉ R. SEMPRUN
	{ » MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	{ » BENJAMÍN T. SOLARI
	{ » JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PINERO
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU (en ejer.)
Zoología médica.....	» GUILLERMO SEEBER
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Fisiología general y humana..	» FRANK L. SOLER
Higiene Médica.....	» FELIPE JUSTO
	» MANUEL V. CARBONELL
Semiología.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Topográfica.....	» ROBERTO SOLÉ
	» CARLOS R. CIRIO
Anat. Patológica.....	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Materia Médica y Terapia.....	» JOSÉ MORENO
Medicina Operatoria.....	» PEDRO CHUTRO
Patología externa.....	» CARLOS ROBERTSON
Clinica Dermat. ^a Sifilográfica..	» NICOLÁS V. GRECO
	» PEDRO L. BALIÑA
» Génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
	» JOAQUÍN NIN POSADAS
Clinica Epidemiológica.....	» FERNANDO R. TORRES
Patología interna.....	» PEDRO LABAQUI
	» LEÓNIDAS JORGE FACIO
Clinica Oftalmológica.....	» ENRIQUE DEMARÍA
	» ADOLFO NOCETTI
» oto-rino-laringológica..	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE (en ejere.)
» Quirúrgica.....	» ARMANDO MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» LUIS AGOTE
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO MORSALINE
» Médica.....	» RAFAEL BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» M. R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» MANUEL A. SANTAS
» Pediátrica.....	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
» Ginecológica.....	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ (en ejere.)
	» ALBERTO PERALTA RAMOS »
» Obstétrica.....	» FAUSTINO J. TRONGÉ
	» JUAN B. GONZALEZ
	» JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
Medicina Legal.....	» JOAQUIN V. GNECCO



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 BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» OSCAR MIALOCK (interino)
Física farmacéutica.....	JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas

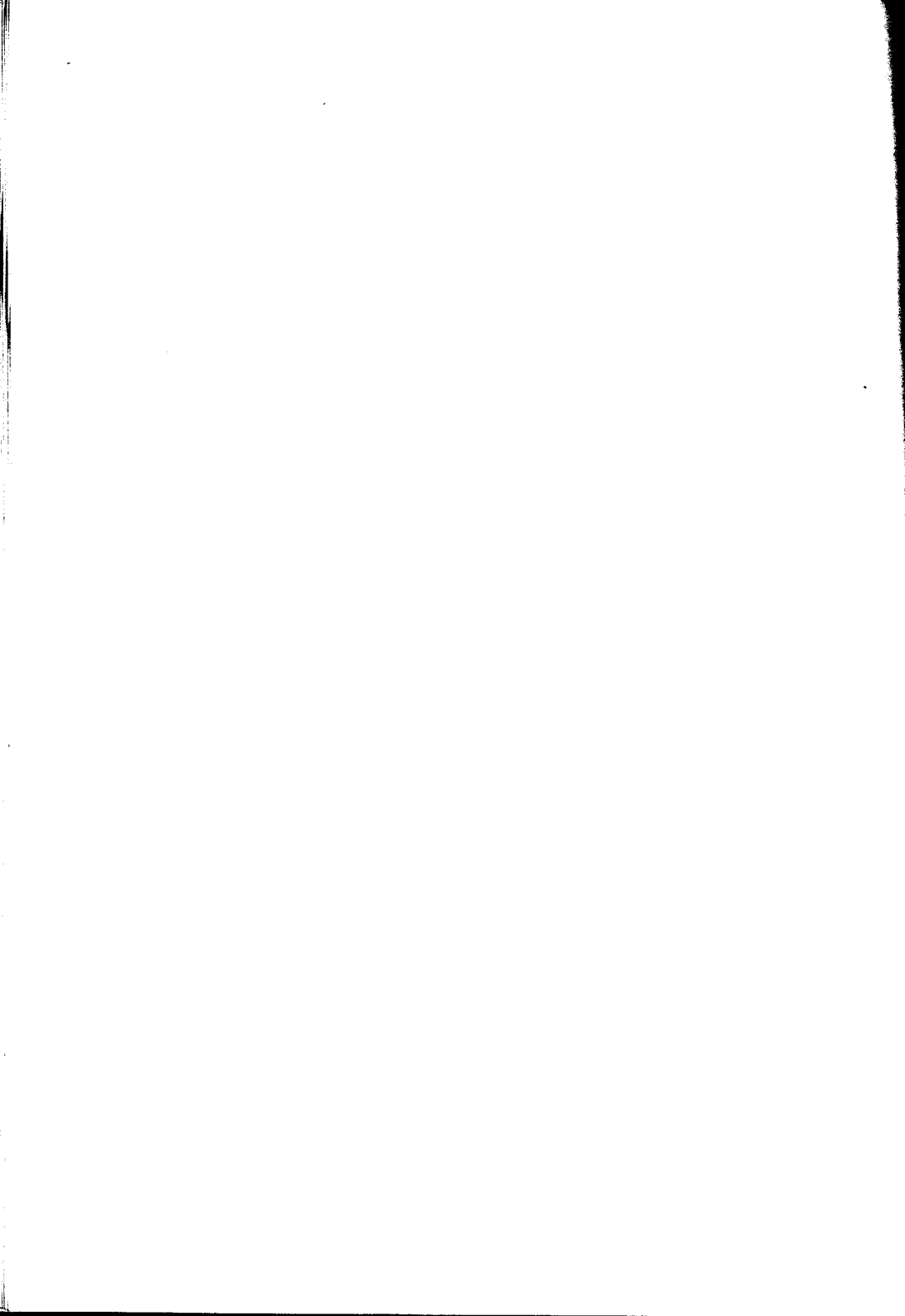
Catedráticos extraordinarios

Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
--	-----------------------

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

Técnica farmacéutica.....	{	» PASCUAL CORTI
		» RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas ..	DR.	OSCAR MIALOCK (en ejerc.)
Física farmacéutica.....	»	TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica.....	»	PEDRO J. MÉSIGOS
Química analítica.....	»	JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica.....	»	ANGEL SABATINI



ESCUELA DE PARTERAS

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

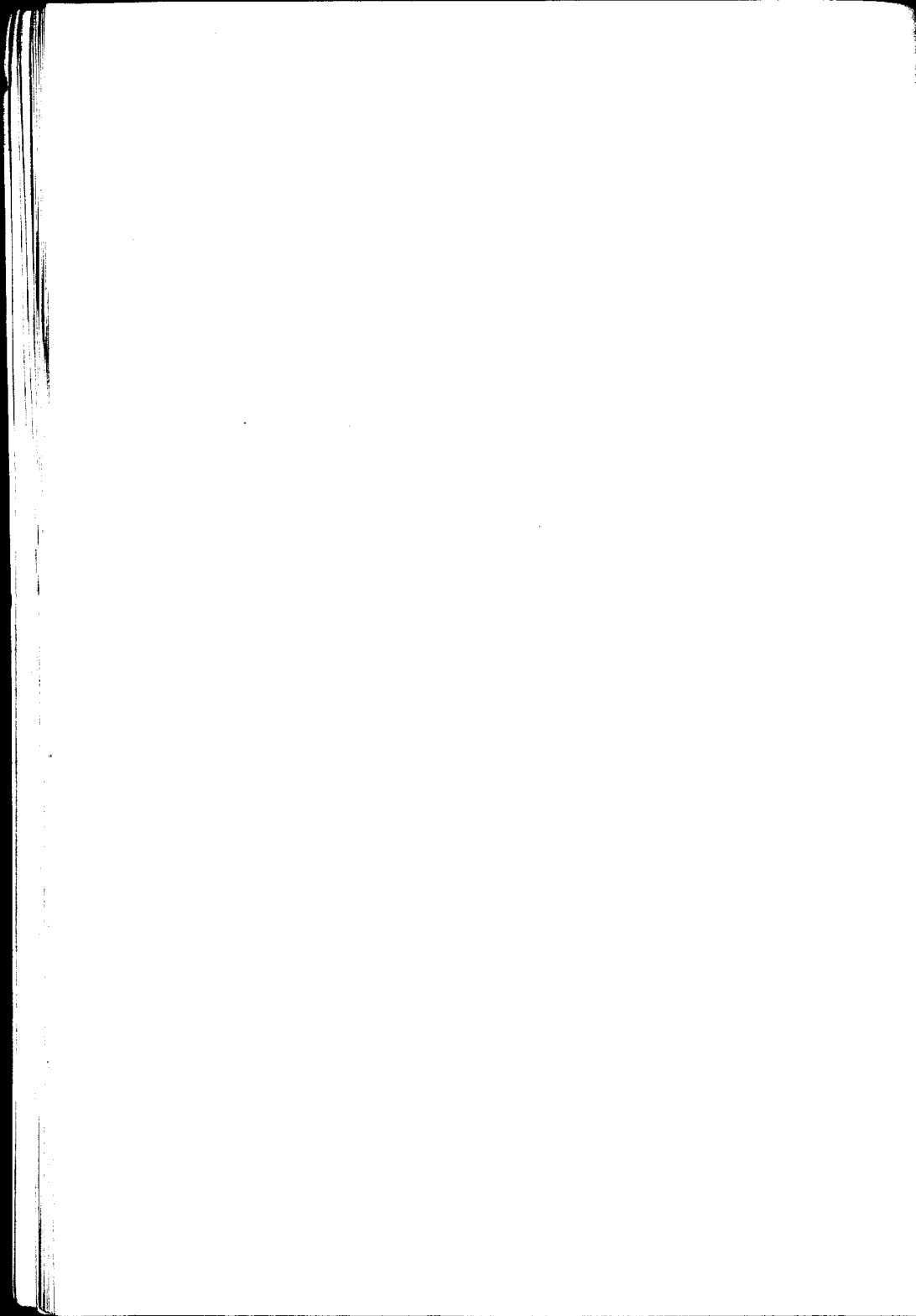
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	
	» J. C. LLAMES MASSINI

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 GUARDO

Asignaturas: Catedrático sustituto

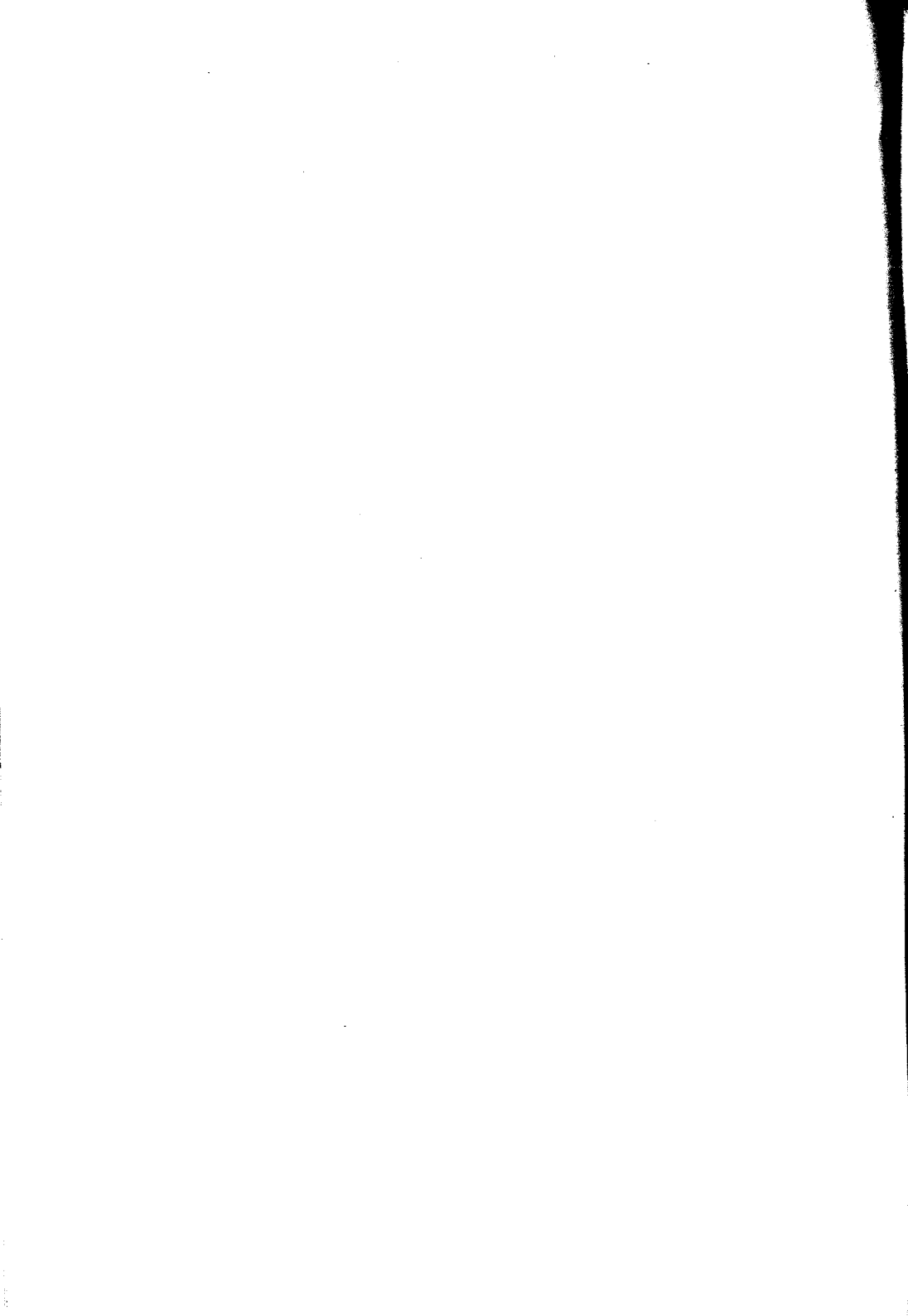
DR. ALEJANDRO CABANNE



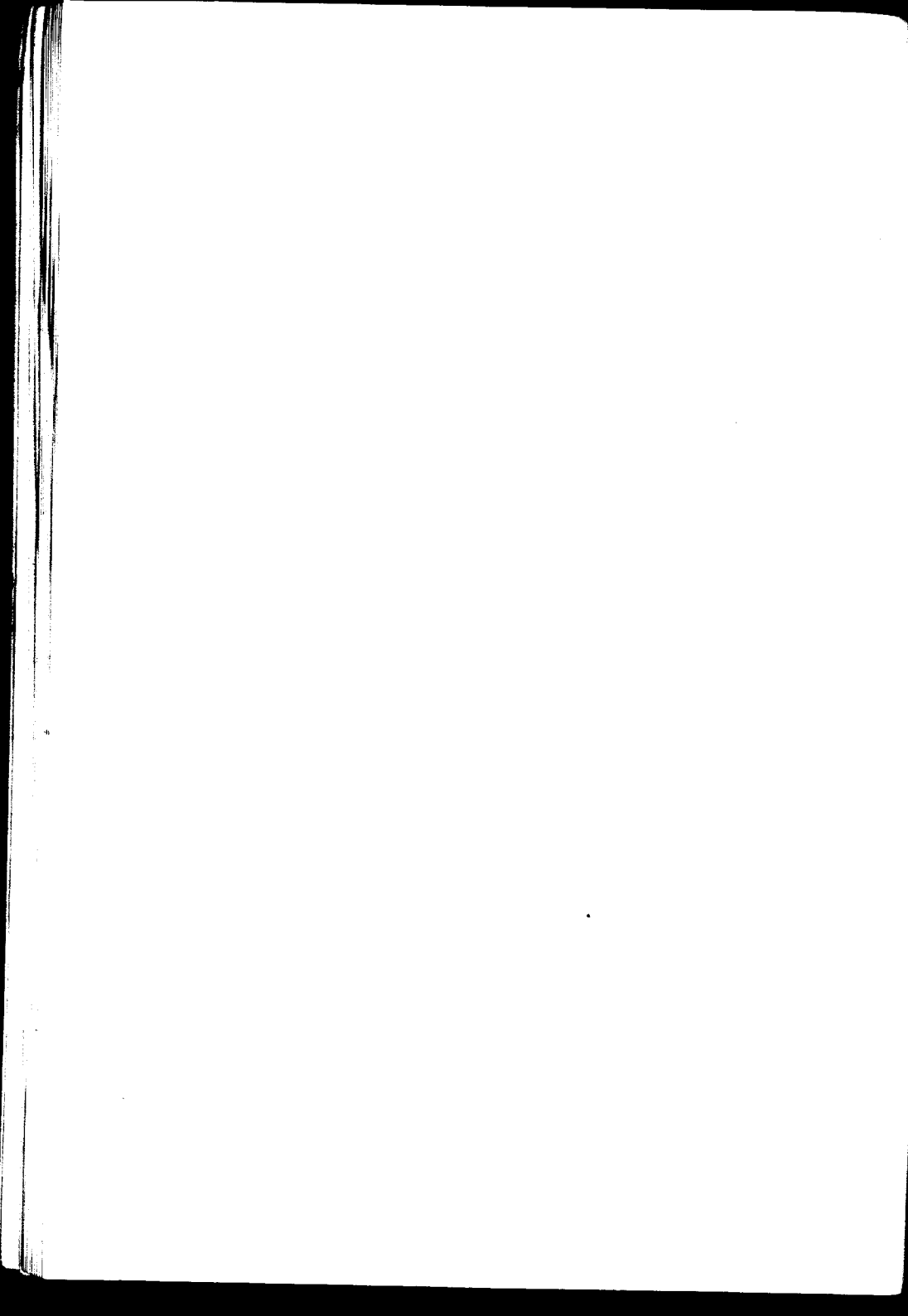
PADRINO DE TESIS

DOCTOR BERNARDO A. HOUSSAY

Profesor titular de Fisiología en la Facultad de Agronomía y Veterinaria de Buenos Aires
Encargado de la sección «Química» del Laboratorio de Fisiología Experimental
de la Facultad de Ciencias Médicas
Jefe del Servicio del Hospital «Alvear»
Farmacéutico



A MIS QUERIDOS PADRES

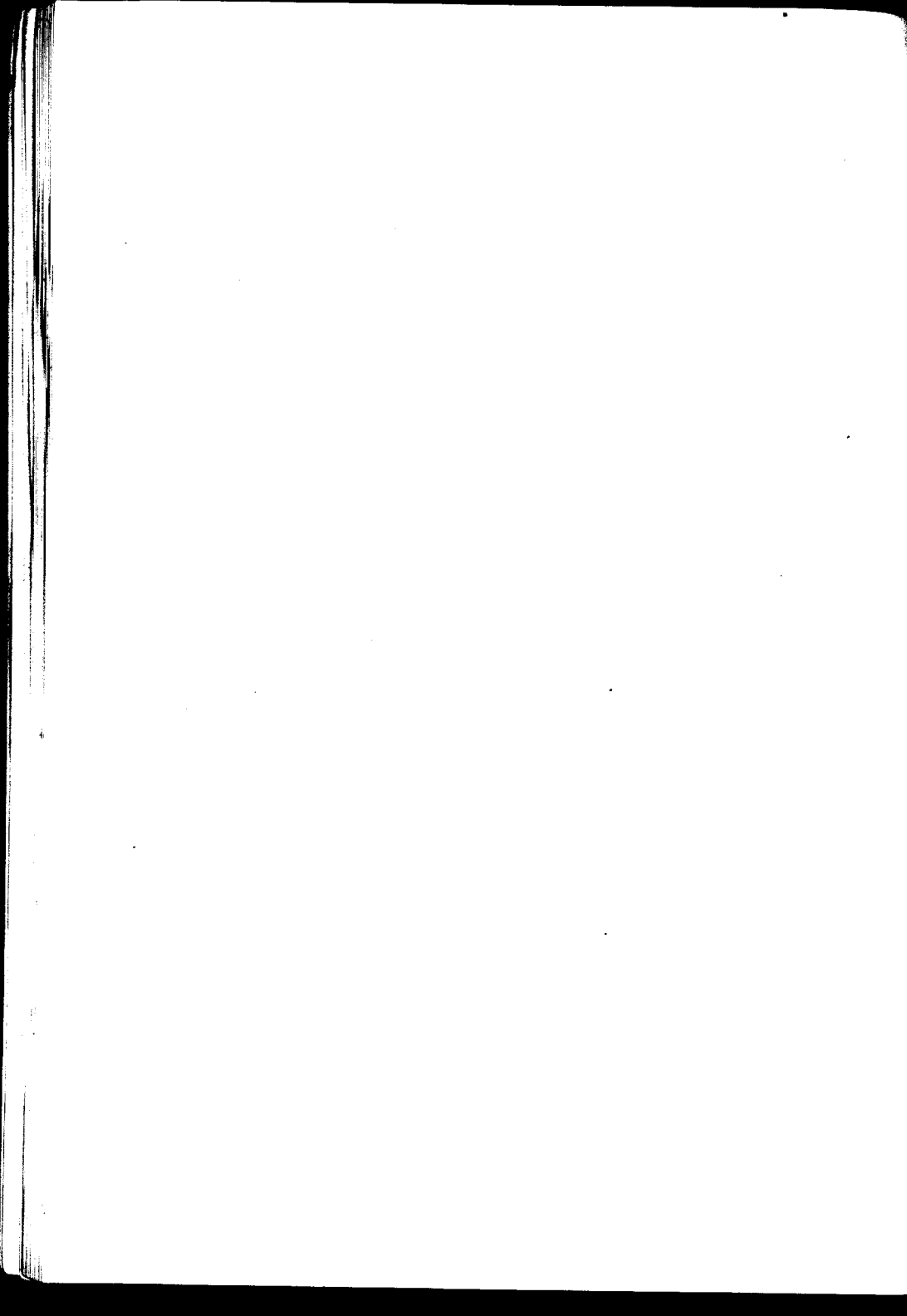


A LA MEMORIA DEL TENIENTE CORONEL

DON FLORENCIO MONTEAGUDO

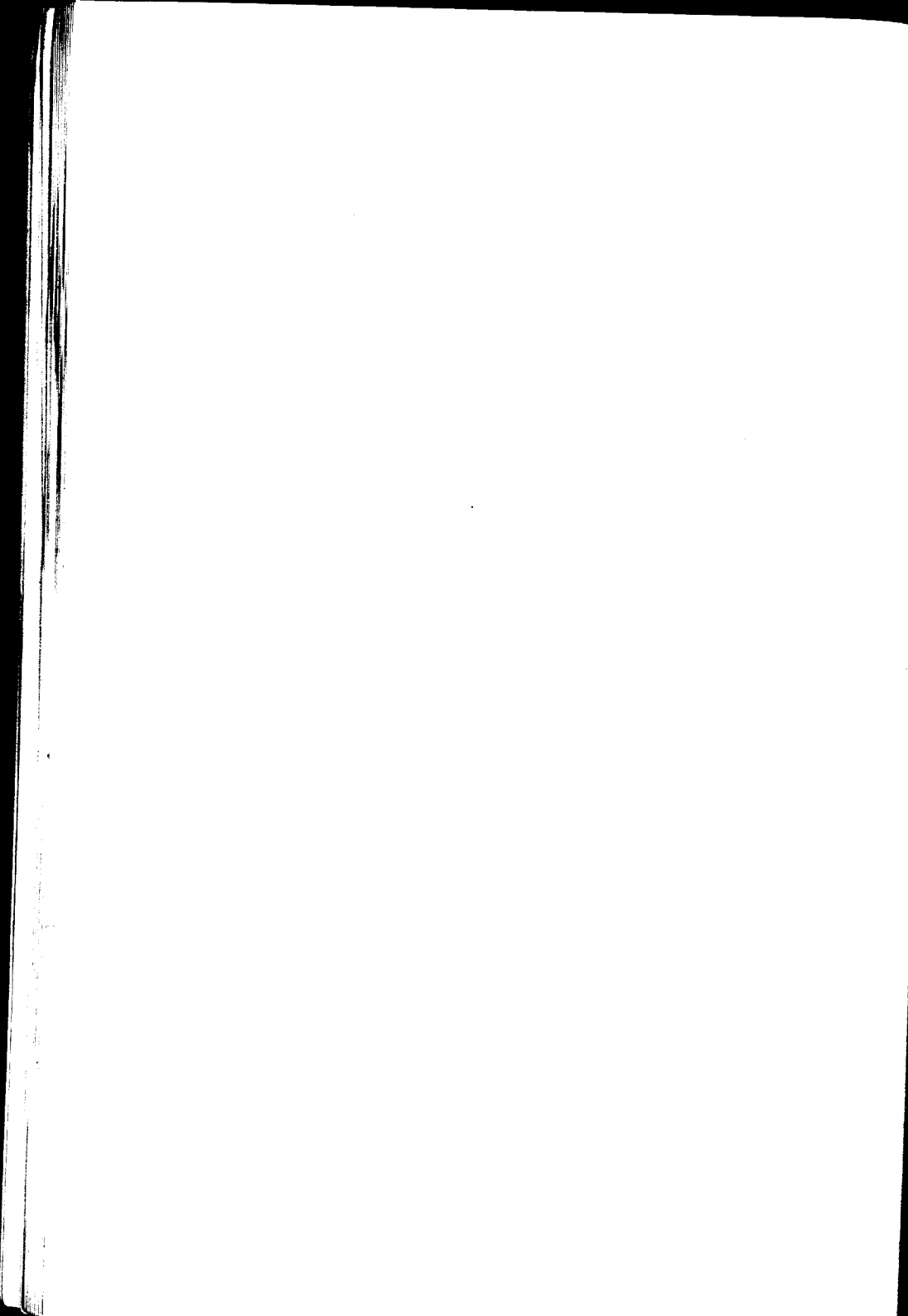
A LA SRA. DOLORES TEJEDOR DE MONTEAGUDO

RECONOCIMIENTO



A MIS HERMANOS

A MI TIO EL DOCTOR ANTONIO GRIMALDI



A LOS MIOS Y A MIS AMIGOS

A LOS MÉDICOS Y COMPAÑEROS DE INTERNADO
DEL HOSPITAL ALVEAR

*



INTRODUCCION

Para optar al título de doctor en medicina, presento á vuestra consideración el fruto de mis últimos esfuerzos de mi vida de estudiante.

Las dificultades con que tiene que luchar el que independizado de la dirección de sus maestros se encuentra por primera vez librado á sus propios esfuerzos y por otra parte, lo exigió del tiempo de que disponemos, no me han permitido realizar un trabajo más meritorio y completo. Talvez en manos experimentadas y avezadas en la solución de los complejos problemas biológicos, hubiera sido tema de desarrollo más fácil, vasto y brillante.

Exento, como no pretendo, de enseñanzas fundamentales, de su lectura se deducirá, sin embargo lo conveniente que resulta la exploración clínica del estómago y examen del jugo gástrico en las enfermas atacadas de tumores ováricos de naturaleza no bien definida, así como el examen prolijo de los ovarios en las mujeres que presentan

síntomas de cáncer gástrico. Procediendo así, el médico observador se pondrá á cubierto de muchas sorpresas.

Los cánceres metastáticos del ovario secundarios á neoplasmas del estómago, sin ser frecuentes no son tan raros como se cree.

Más aún: el pronóstico de las metástasis ováricas depende del mejor tratamiento. Solo se instituye un tratamiento eficaz cuando se hace un diagnóstico exacto y esto se consigue siempre que se tenga en cuenta la posibilidad de una relación estrecha entre afección de ovarios y afección de estómago, aún en ausencia de síntomas claros.

Y ahora, como despedida al abandonar las aulas universitarias, mi reconocimiento á los que dentro y fuera de ella han contribuido á formar mi criterio médico.

Al doctor Bernardo A. Houssay que en este acto tiene la gentileza de acompañarme como padrino de tesis, mi agradecimiento por sus enseñanzas y por la amistad que siempre me ha dispensado.

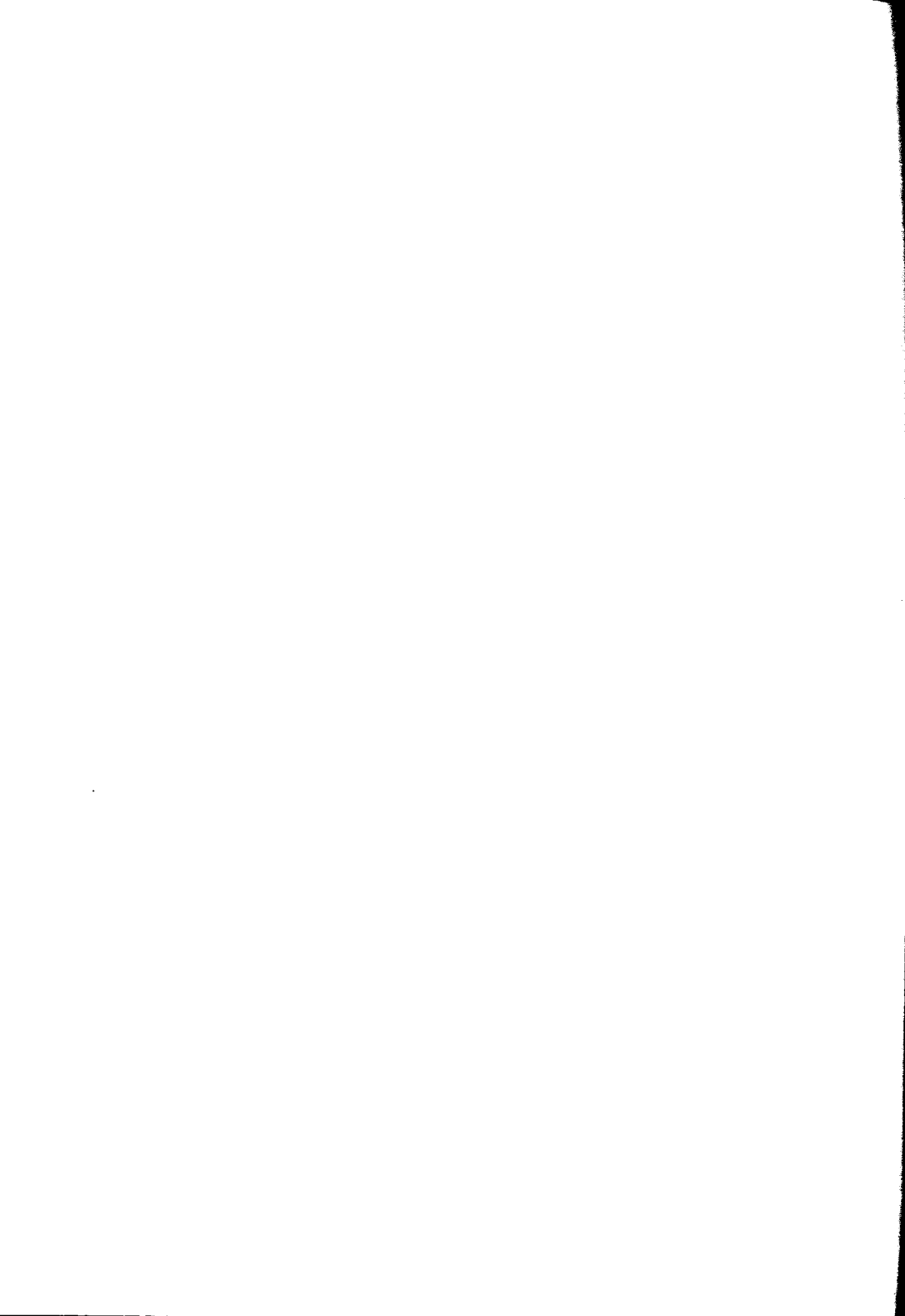
Al doctor José S. Picado que fué durante mucho tiempo mi maestro y jefe de servicio y de quien solo recibí atenciones, finezas y sabios consejos, la seguridad de que siempre lo tendré presente: como médico y como caba-llero.

A los doctores Ricardo S. Gómez y Labat agradezco mucho el haberme facilitado una de las observaciones que van al final.

A los doctores Roberto Solé y Guillermo Valdés (hijo) en cuyo servicio de cirugía he estado, mi reconocimiento.

Un afectuoso saludo á mis compañeros de internado del Hospital «Torcuato de Alvear» con los que he compartido días tan felices y á quienes recordaré siempre.

Mis últimas líneas á mis buenos amigos Juan F. Monteagudo Tejedor, Dres. Félix J. Liccaga y E. Emilio Diaz Arano y Sr. José García Blanco.



CAPITULO I

HISTORIA - ETIOLOGIA

No data de mucho tiempo la investigación de las relaciones que pueden existir entre los neoplasmas malignos y aquellos de los órganos genitales de la mujer, sobre todo los tumores ováricos. Hasta hace pocos años estos cánceres ováricos eran considerado como una simple coincidencia; guiados por los anátomo-patologistas, los ginecólogos se dedicaron á explorar la cavidad abdominal cuando se trataba de intervenciones por neoplasias genitales. Es así como se han aportado casos de notable enseñanza.

Siempre ha sido de gran interés el saber si los tumores ováricos son primitivos, si representan metástasis de un neoplasma estomacal ó si se han desarrollado independientemente el uno del otro. Después de muchas contro-

versias, la gran mayoría de los autores se repliegan á la opinión de que los tumores del ovario son casi todos secundarios á neoplasmas del estómago. El examen histológico y lo historia clínica de esos casos lo han demostrado suficientemente. Si se ha hecho discusión por la diversidad de la estructura histológica entre los dos tumores, importa no olvidar que las metástasis de un solo y mismo tumor primario sufren á menudo gran influencia de parte del nuevo terreno de implantación y por lo tanto alguna alteración de parte de su composición histológica.

Como veremos en el capítulo de la anatoría patológica, el hecho de que los tumores ováricos sean algunas veces considerables mientras el neoplasma del estómago queda pequeño, no indica nada en contra de su dependencia de este último. Tampoco es probable que ambos tumores sean independientes el uno del otro porque los verdaderos carcinomas primitivos del ovario son muy diferentemente constituidos desde el punto de vista histológico, de los neoplasmas que derivan de un tumor primitivo del estómago.

Respecto á su historia diremos que apenas si se las menciona en las obras clásicas. En la última edición de la *Gynecologic* de Pozzi se puede leer lo siguiente: «El conocimiento del epitelioma ó carcinoma secundario del ovario es de data reciente.

Los carcinomas que se generalizan lo más á menudo al ovario, son los carcinomas del útero; la propagación se hace ya por vía directa, ya indirectamente por inter-

medio de los vasos linfáticos. Se han publicado igualmente observaciones de carcinomas metastáticos del ovario, secundarios á carcinomas del estómago, del intestino y aún de cánceres del seno».

Es necesario remontarse al año 1848 para encontrar los primeros trabajos sobre este punto. Dittrich publica un caso de esquirro de los ovarios formando gruesos tumores y *combinado* con un cáncer del estómago.

En órden cronológico, Rokitansky en 1861, dice que el cáncer medular del ovario es frecuentemente primitivo, pero que puede estar combinado con un cáncer de otro órgano, de preferencia con un cáncer del estómago ó intestino.

En 1864 Virchow publica su libro sobre *Tumores*. En uno de sus capítulos, haciendo mención de los sarcomas del ovario, indica su coincidencia, algunas veces, con tumores análogos sobre todo del estómago é intestinos: «entonces, agrega, es casi imposible reconocer cual ha sido el punto de partida de la afección».

Waldeyer, en 1867, menciona un caso en que coincidiendo con un cáncer del estómago, se encontró un tumor de los dos ovarios.

Brinton en el mismo año publica su tratado sobre *Maladies de l'Estomac*, en el que ya cita las metástasis ováricas. Manifiesta que es el hígado el más frecuentemente atacado y que de 431 cánceres de estómago, 6 veces el ovario se encontró invadido.

Leopold en 1874 hace una estadística sobre los tumo-

res sólidos del ovario y hace notar su coincidencia con carcinomas digestivos; basándose en la evolución clínica estudia cual es el tumor primitivo; pero, en total, concede á todo esto muy poca importancia práctica.

Cohnheim en 1877, Ozenne en 1880 y Polaillon en 1881 también citan algunos casos; pero, son observaciones aisladas.

Schrader y Scholz en 1886 estudiando las metástasis del cáncer gástrico, cita su reproducción en el ovario.

Eulemburg, por su parte, hace mención en el mismo año de un cáncer gástrico que coexistió con uno de ambos ovarios.

Por fin, hemos de llegar al año 1893 para encontrar algunas observaciones concluyentes acerca de estas metástasis. En efecto, Bücher dice claramente que «los cánceres bilaterales de los ovarios son amenudo secundarios..... y sobre todo á un cancer de estómago». A continuación cita algunas observaciones hechas hasta entonces.

En las asociaciones científica extranjeras no ha sido asunto de especiales discusiones. Se cita en Budapest en 1896 á raíz de una observación de Fleischmann y en Francia, en 1899, Picqué hace una comunicación análoga.

Ya en 1901 comienza una época de más prosperidad para el estudio de éstas metástasis, pues se citan é interpretan frecuentes coincidencias de cáncer de ovario y cáncer de tubo digestivo.

Krauss y Lamparter mencionan algunas observaciones personales. Schlagenhauffer, uno de los que más ha traba-

jado sobre este asunto, reúne 82 casos, muchos de ellos personales.

Römer, en 1902, Giokner, Omori y Lokyer en 1904, Hofmeier y más recientemente Goullioud, Stikel y Engelhorn en 1907, Gobiet y Plaissier en 1909 y Franz Cohn en 1910, son otros tantos colaboradores que se han ocupado minuciosamente y han realizado trabajos de notoria trascendencia en el estudio de estas metástasis.

En Francia no se han hecho grandes estudios, á no ser la tesis de Dreyfus, Plaissier, de Lyon y Metzger en 1911.

Pozzi en su «Revue de Gynecologie» hace frecuentes menciones, sobre todo en 1911 y 1913.

Recientemente en el Congreso de Toulouse de 1910, Meriel, al tratar de los tumores sólidos del ovario ha hecho varias y significativas comunicaciones acerca de esta variedad de metástasis.

De las numerosas observaciones que la literatura médica registra y de algunas inéditas, resulta que los cánceres de ovarios, secundarios á neoplasmas gástricos, si no son de una frecuencia extrema tampoco son excepcionales. Es verdad, algunos casos no se destacan por su claridad; otros, incompletamente estudiados; otros, no se publican desde el punto de vista en que lo estamos tratando y solo la casualidad es la que nos puede brindar la ocasión de ponernos en presencia de estadísticas, por lo general pequeñas é incompletas, acerca de estos cánceres.

Hasta hace poco tiempo, solo se hablaba de cáncer pri-

mitivo de ovario. Después, trabajos de los autores arriba citados, algunos haciendo coincidir cáncer de ovario y cáncer gástrico y otros estudiando las verdaderas metástasis, han hecho perder al cáncer primitivo parte de su individualidad. Nosotros mismos hemos podido comprobar que algunos cánceres de ovario tenidos por primitivos, con preferencia los bilaterales, son en realidad secundarios á cáncer de estómago. Dedúzcase de esto la enorme importancia desde el punto de vista del pronóstico y del tratamiento.

En nuestro país no tenemos aún estadísticas completas, debiendo, por lo tanto, recurrir á las hechas en el extranjero y aún éstas difieren un tanto. Lokyer, sobre 79 cánceres de los dos ovarios encontró 61 veces la existencia del cáncer gástrico.

Culemburg, citado por Kayrer y por Römer, dice que estas metástasis existen en el 1 % de los neoplasmas de estómago. Lange cuenta 4 cánceres secundarios de ovario para 587 cánceres de estómago. Brintón en un conjunto de 431 carcinomas gástricos, cita 6 veces su reproducción en el ovario. Dittrich, sobre 160 casos, refiere solamente 1 reproducido.

Schlangenhauer, Gobiet y más recientemente Metzger, han hecho observaciones tendientes á demostrar ó comprobar qué segmento del tubo digestivo es el que más frecuentemente metastatiza en los ovarios. En estas tres series de observaciones se ha hecho el siguiente porcentaje: en el 75 á 80 % de los casos más ó menos, corres-

ponden las metástasis á cáncer del estómago. Luego siguen en frecuencia los carcinomas del intestino y por último los de las vías biliares.

La edad interviene también como un gran factor, pues casi todos los autores están de acuerdo en reconocer que la actividad ovárica predispone á las metástasis. El estudio de las observaciones demuestra que estas aumentan progresivamente hasta los 45 años, edad de la menopausa, para luego descender á medida que se aproxima la senectud.

Metzger hace la siguiente proporción:

Antes de los 20 años	8	observaciones
De 21 á 30 años	43	»
» 31 á 45 »	93	»
» 46 á 60 »	62	»
» 61 años en adelante..	13	»

Más dificultoso ha sido conocer si la afección ataca ó no á las mujeres que han tenido embarazos, debido á que pocas veces ha indicado dicho estado en las reducidas estadísticas de que disponemos. De las observaciones de Pöwer, Cohnheim y Voigt, se desprende que ocupan un sitio preponderante las múltiparas. En orden decreciente, aunque separadas por escasa diferencia, le siguen las nulíparas, las mujeres en estado de embarazo y primíparas, á pesar de que puede invertirse su enumeración si tene-

mos en cuenta la escasez de cifras y la analogía de éstas en las tres últimas.

Los más arriba nombrados, dan aproximadamente esta proporción:

Múltiparas.....	59
Nulíparas.....	9
Primíparas.....	7
En estado de embarazo..	8

CAPÍTULO II

ANATOMIA PATOLÓGICA Y PATOGENIA

Inútil sería entrar á tratar un punto de tanta importancia, si no dijéramos algunas palabras sobre el tumor descrito por Krükemberg, en Alemania, y que desde entonces lleva su nombre.

En efecto, es difícil hojear revista ó publicación que trate de estas metástasis, sin encontrarse en el capítulo de la Anatomía patológica con el nombre de Krükemberg.

Sabemos que no todos los tumores secundarios del ovario pueden presentar el mismo aspecto. Las observaciones que insertamos al final son un ejemplo concluyente de la modalidad que pueden adquirir.

A pesar de todo, es frecuentísimo hallar en observaciones, algunas de las cuales irán á continuación, la descrip-

ción de tumores que concuerdan exactamente y dan la impresión de tratarse todos de tumores de la misma textura anatómica.

Krükenberg, repetimos, fué de los primeros en tratar esta clase de tumores bajo el nombre de *Fibrosarcoma ovarii mucocellulare* (carcinomatodes).

Hemos de hacer notar, sin embargo, que Krükenberg en sus observaciones no hace mención de tratarse de carcinomas secundarios, ni siquiera refiere haber encontrado en esos casos, un cáncer localizado en otro órgano. Sin embargo es tan típica la descripción de todos ellos y están tan ligados á los observados en casos de metástasis comprobados en la necropsia, que ya no se duda y es excepcional la existencia de un tumor primitivo del ovario simulando ser un tumor de Krükenberg. Citaremos, entre los pocos que conocemos, el caso citado por Schenk.

Esta opinión de que los cánceres de Krükenberg son tumores secundarios se ha arraigado tanto, que se duda sean primitivos aún cuando haya sido imposible dar con el tumor originario.

Franz Cohn, en una observación sobre tumor de Krükenberg del lado izquierdo coincidiendo con un embarazo de tres meses y una peritonitis mortal, sin otro tumor canceroso, pero que á la autopsia el tumor digestivo pudo haber sido muy pequeño y pasar desapercibido, sobre todo si se tiene en cuenta que la observación data de 1898, época en que no se pensaba en tumores secundarios; supuso así mismo que la lesión primitiva estaba localizada

sobre una porción del colon mediano que no se examinó al microscopio.

Son casi siempre bilaterales y conservan la forma general del ovario, de superficie lisa pero abovedada, coloración roja ó rosada, á veces azulada y más raramente blanquecina. No tienen volumen muy considerable; los más gruesos solo algunas veces alcanzan el de una cabeza de adulto, la generalidad tienen el volumen de un puño. La consistencia es más aparente para pensar en fibroma que en tumor maligno, pero á menudo presentan partes reblandecidas y á veces quísticas. Están bien delimitados; por excepción contraen adherencias con los órganos vecinos y frecuentemente se acompañan de ascitis.

Al corte, al lado de zonas duras se ven otras reblandecidas que pueden llegar á formar verdaderos quistes.

Aquí citaremos dos observaciones muy ilustrativas. Una se la debemos á Sandrok y la otra á Orthman.

Observacion N.º 1.—32 años secundípara. No ha habido embarazos recientes. Curetage por metritis. Reglas normales. En Noviembre de 1905 esta enferma se queja de dolores y pesadez en el vientre desde hace tres ó seis semanas. Mujer en buen estado aparente. Vientre aumentado por un tumor duro, poco movable, cuyo límite superior llega á dos traveses de dedo debajo del ombligo y polo inferior palpable rectal ó vaginal. Utero no aumentado.

Diagnóstico.—Fibroma del ovario derecho.

Operación.—Ablación del tumor proveniente del ovario derecho. Se observa entonces que el ovario izquierdo es reniforme, del tamaño de un puño y del mismo aspecto que el ovario derecho. Extirpación.

La enferma cura á pesar de una segunda intervención algunas horas después debido á una hemorragia interna. No hay tumor en otros órganos.

Se volvió á hacer examinar dos meses después, á causa de una violenta hematemesis seguida de una erupción en el cuerpo de una docena de pequeños nódulos, subcutáneos, del tamaño de una arveja, no dolorosos.

La enferma muere en Junio de 1900. No se hizo autopsia.

Los tumores de los ovarios tenían el aspecto del tumor de Krükenberg. El autor no duda de que la enferma había tenido un cáncer de estómago y que la lesión de los ovarios era una metástasis.

Observaciones N.º II.—Se trata de una mujer de 32 años con doble fibroma de ovario. Mucha ascitis y en medio de ella dos tumores que pelotean á la palpación.

Operación.—Los dos tumores, en forma de riñón, pertenecen á los ovarios. Se extirpan. Peritoneo espesado, con falsas membranas, sobre todo en el Douglas. Cura rápidamente, pero se reproduce la ascitis á los 20 días de su partida. A los 2 meses de la operación, muerte por caquexia rápida.

Los dos tumores eran del tipo descripto por Krükenberg.

HISTOLOGÍA DEL CÁNCER EPITELIAL SECUNDARIO

No son muy abundantes los trabajos existentes sobre cáncer del ovario. Mientras el sarcoma ha ocupado un lugar preponderante en la tarea de los anatómo-patologistas, muy pocos se han dedicado al epitelioma.

Más aún: casi todos se concretan á estudiar las degeneraciones de los quistes simples del ovario, ó en algunas ocasiones, de los quistes dermoides.

Aquí hemos de hacer, sin embargo, un paréntesis para encerrar en él los importantes artículos de Mme. Mac Ilroy en el *Journal d'Obstétrique et d'accouchement de l'Empire britannique* y la tesis sostenida por Massabuau, de Montpellier y que muy á menudo merece ser citada.

Los cortes de cáncer epitelial del ovario secundario al neoplasma gástrico, tienen aspectos variables, pero creemos, sin embargo, que la mayoría presentan *grosso modo* un aspecto común y no difieren sinó por un cierto número de detalles del tipo bien descrito por Cornil y que se encuentra también con gran frecuencia cuando se trata de otro órgano que no sea el ovario.

He aquí la descripción que hace Cornil, (1893) después del examen de un buen número de piezas que le fueron provistas por Terrier, Péan, Delbet, Routier, Pozzi y Beaussevat.

«Examinando un corte del tumor con poco aumento, se observa en la periferia una membrana fibrosa, espesa,

la albuginea del ovario; por debajo, un tejido casi uniforme acribillado de secciones circulares ó tubulares con células en su interior. Esos tubos son ramificados, alguna vez anastomosados ó dilatados en pequeños lóbulos. Se trata, en resumen, de un epitelioma tubulado analogo al que se observa en la mayor parte de las glándulas.

«Con ayuda de oculares más poderosos se ve que las cavidades tubulares están ocupadas por una ó muchas capas de células epiteliales de las cuales la más periférica, implantada sobre el tejido intersticial, es un epitelio cilíndrico ó cúbico. En la parte central se encuentran algunas células caídas en la luz del tubo. No es raro encontrar células en plena carioquinesis.

«Algunas de esas cavidades tienen un aspecto particular: la parte central de las células vueltas esféricas, está ocupada por una masa clara y el núcleo se encuentra rechazado hacia la periferia con una porción del protoplasma apenas visible. El tejido conjuntivo periférico á los tubos epiteliales (tubuli) ostenta, en contacto con la hilera de células epiteliales cilíndricas ó cúbicas, una capa de células planas y fibras de tejido conjuntivo conteniendo células vesiculosas raras y abundantes, núcleos gruesos, ovoideos ó células migratrices.

•En algunos sitios no se encuentran más que alveolos, pequeños por lo general y conteniendo células en creciento con tejido fundamental muy delgado alrededor de los alveolos. Estos puntos, cuando abundan las células vesiculosas, tienen el aspecto de degeneración coloidea.

«En un caso se encontraban pequeños quistes llenos de un líquido citrino, transparente, en medio del cual nadaban algunos grumos blanquecinos. El contenido de esos quistes era semejante al contenido de una vesícula de Graaf, hasta el punto de que buscaba óvulos sin poderlos descubrir.

«Se trata, en resumen, de un epiteloma tubulado con posibilidad de formaciones quísticas; pero, además de esos tubos suelen encontrarse verdaderos lobulillos, como en el epiteloma pavimentoso estratificado, desarrollado no á expensas de la epidermis, sino á costa de un revestimiento epitelial mucoso.»

En general, estos tumores se traducen por células apriionadas en un estroma.

Las células.—En general se pueden distinguir en tales tumores, puntos adenomatosos donde los tubos tienen todos una luz bien conservada, tapizada de una sola hilera de epitelio típico, cilíndrico á gruesos núcleos basal. Están por lo tanto apretadas las unas contra las otras.

Más lejos se ven otros tubos cuyo revestimiento celular es pluriestratificado y que responden exactamente á la descripción dada por Cornil. Por último, en ciertos puntos se ve al neoplasma tomar la forma de carcinoma alveolar que parece, realmente, ser el final natural de esas formas. Muy á menudo se encontrará tumores que tienen este aspecto en todas sus partes: es el carcinoma medular de los antiguos autores.

Los núcleos están bien delimitados, redondos ú ovalados, muy coloreados, situados en la periferia de la masa protoplasmática, que forma á veces un tejido sin estructura; tan poco netos son los límites de las células. En general, se suele encontrar numerosas figuras de carioquinesis de las cuales algunas son anormales, multipolares. Se pueden ver, también, divisiones directas.

Estas células presentan á menudo degenerescencias acentuadas: están llenas, algunas veces casi enteramente por una vacuola cuyo contenido es una substancia hialina ó coloide.

Algunas formas presentan células mucosas calciformes, resultantes de la transformación de las células que tapizan los tubos adenomatosos y que son análogos á aquellas que revisten los quistes ováricos benignos.

Estas células, por su secreción, no tardan en dar nacimiento á pequeños quistes que pueden llegar á tener un volumen considerable. Pero su actividad es también capaz de traducirse por la proliferación y participan entonces en la formación del tejido maligno; se ha podido ver (Mme. Ibroy) sus núcleos volverse más grandes, más redondos; el protoplasma hacerse granuloso, vascular, la porción calciforme de las células se destaca y cae en la cavidad quística.

Para muchos autores se ven algunas formaciones que para ellos jamás faltarían. Confesamos no haberlas visto en las piezas que hemos tenido ocasión de examinar.

Son agrupaciones celulares así dispuestas: una célula

gruesa, redondeada, de protoplasma netamente granuloso, conteniendo un núcleo vesiculoso, central, con muchos nucleolos muy fácilmente coloreables, forma el centro. Está envuelta por una ó muchas hileras de pequeñas células, recordando así el aspecto del folículo joven con su óvulo y su membrana granulosa. Estas formaciones parecen haber sido descritas por primera vez por Emmanuel en 1892, que les dió la designación de folículos de nueva formación desarrollados bajo una influencia patológica.

En 1894 von Kahlden las descubrió de nuevo y se las imaginó formadas por invaginaciones del epitelio germinativo. Pilliet y Delaunay en 1897 las relacionaron al epitelio germinativo y las compararon al epitelio seminífero del testículo. Más tarde, Pfannestiel, Gebhard, Schröder y Gottreich, hacen estudios especiales interpretándolas diversamente. Por fin Lönnberg atribuye de nuevo su origen á degeneraciones secundarias y las llama células carcinomatosas anaplásticas. Sin embargo, es á Liepmann á quien corresponde el haber probado el origen degenerativo de esos elementos.

Ahora, existen también otras formas celulares que se encuentran en el seno de los carcinomas: queremos hablar de las células gigantes. Han sido indicadas por Virchow, Cornil, Ranvier, Ziegler; estudiadas por Letulle, Glokner, Lecène, Massabau. Son elementos de dimensiones á veces considerables: Glokner ha visto algunos que llegaban á 140 micrones de diámetro.

Su forma, dice Massabau, es muy irregular. Sus bor-

des muy netos, dando á la célula el aspecto de una placa maciza. Presentan alguna vez, prolongaciones gruesas y cortas.

Los núcleos, múltiples, dispuestos irregularmente en la célula y más numerosos en la perifería que en el centro, se impregnan bien por los colorantes.

Algunas veces tienen solamente un núcleo, siendo entonces voluminoso y colocado en el centro.

El sitio de estas células es extremadamente variable. Agrupadas ó aisladas, se las encuentra tanto en la parte central como en la perifería de los alveolos, más ó menos alejados ó aproximados al estroma sobre el cual algunas de ellas parecen implantarse.

Todos los autores están de acuerdo en atribuir á las células gigantes un origen epitelial. Glogner, que ha estudiado y descrito cuidadosamente las formas de pasaje, atribuye la formación de esos elementos á carioquinesis anormales, pluripolares; el protoplasma se dejaría, por así decir, distanciar por el núcleo y no podría dividirse tan á menudo él.

Estroma.—El estroma que envuelve las células carcinomatosas es de abundancia y aspecto variable. Los tabiques que forma son más ó menos gruesos. Se continúa en la perifería del tumor con una envoltura fibrosa, densa, y que la encapsula. Hay entonces una verdadera albugínea: el epitelio de revestimiento del ovario desaparece por lo general, y es muy raro que deje rastros.

Según la abundancia del estroma y sus relaciones con las proliferaciones epiteliales, se pueden distinguir dos formas: el *encefaloides* más frecuentemente encontrado en los cánceres epiteliales primitivos y que se caracteriza por la predominancia considerable de elementos epiteliales y su tendencia á invadir el estroma y el *esquirro*, que parece ser patrimonio del carcinoma secundario del ovario y constituido, al contrario, por un tejido fibroso denso que envuelve los alveolos y células, más pequeños y menos numerosos.

Es común ver el tejido conjuntivo del estroma presentar degeneraciones. La más común parece ser la transformación mixomatosa; se ven entonces los alveolos carcinomatosos envueltos por células estrelladas con prolongaciones múltiples, sin mezcla de elementos fibrosos, absolutamente semejantes al tejido mucoso. Se observa alguna vez que las células carcinomatosas sufren la transformación mucosa. Puede también, que en muchos casos solo se trate de un edema del tumor.

Otras veces el estroma está constituido por una cantidad considerable de células conjuntivas cuyo núcleo se colora perfectamente.

Existen tumores que semejan constituir un verdadero epitelio-sarcoma y en los cuales los alveolos carcinomatosos parecen ahuecados en el seno de las agrupaciones de células sarcomatosas, la evolución clínica es entonces particularmente maligna.

Se concibe fácilmente que el diagnóstico histológico de

tales tumores, sea extremadamente delicado. La penetración recíproca de tejido sarcomatoso ó pseudo-sarcomatoso y de epiteloma son tan íntimas que es de preguntarse sino ha habido error de por medio.

En *resumen*: Son tumores á veces notables por la abundancia de tejido conjuntivo; si bien á débil aumento pudiera confundirse con un sarcoma examinado con buenos oculares se nota la presencia de islotes de células mucho más voluminosas redondas, vacuoladas, con protoplasma degenerado y nucleo rechazado hacia la periferia. Son células epiteliales muy atípicas y otras epitelioides que han sufrido la degeneración mucosa. El tejido fibrosarcomatoso que después se origina, es debido á la reacción del ovario á la invasión cancerosa.

A pesar de la predominancia del tipo Krükenber en los tumores secundarios del ovario, hay muchos que no presentan dicho aspecto. Es de establecer entonces, si existe siempre relación entre dos cánceres diferentes observados en el mismo individuo.

En otras palabras. Se trata de precisar:

- 1.º Si el tumor gástrico es secundario al del ovario.
- 2.º Si el tumor ovárico es secundario al del estómago.
- 3.º Si ambas lesiones son independientes ó si se trata de dos cánceres primitivos.

Encarando la primera cuestión, no hay dificultad en responder que el cáncer secundario del estómago es una excepción, algo que muy pocas veces puede observarse.

Lo común, es encontrarse con un cáncer primitivo de dicho órgano. Su frecuencia es indicada por Mathieu que dice que sobre 100 muertos se encuentran 1 ó 2 casos de cáncer del estómago.

Además, los cánceres secundarios del estómago, excepción hecha de aquellos que son consecutivos á un cáncer del exófago, se desarrollan en superficie, bajo forma de núcleos variados, debajo de la serosa y no atacan la mucosa; forma excepcional que solo raramente se encuentra en alguna observación dudosa. En cuanto á los caracteres histológicos, hay que agregar que no corresponden al tipo habitual de los cánceres gástricos.

El cáncer primitivo, por el contrario, tiene un aspecto clásico: es un epiteloma cilíndrico, otras veces un esquirro, pero siempre típico. Ahora: ¿siendo el cáncer de estómago primitivo, lo es también el del ovario, ó este es secundario?

A veces poco, muy poco, nos allana estas dificultades la historia clínica. El carcinoma gástrico evoluciona con mucha lentitud; su volumen puede ser insignificante. Si su situación no se halla en las proximidades de uno de los orificios, el píloro en particular, su sintomatología es muy apagada y aún el exámen del jugo gástrico no arrojará mayores luces. Además, ordinariamente se hace relacionar á la lesión genital los signos gástricos y se habla entonces de manifestaciones reflejas. El tumor ovárico por el contrario, aumenta de volumen rápidamente; hay ascitis. Toda la atención del médico es concentrada en

la región hipogástrica dejando á un lado la afección digestiva. De todas maneras queda el problema de difícil solución de saber qué afección es la que primero se ha manifestado en la enferma.

En la constatación de estos hechos han participado las operaciones y las necropsias. Las primeras han permitido observar que: en una enferma operada de cáncer de los ovarios, se ha visto aparecer signos de cáncer gástrico. Desde luego ¿es necesario pensar en una metástasis estomacal del cáncer operado?

No. Todo el mundo piensa, y con razón, que al intervenirse á la enferma por su carcinoma ovárico, ya se había instalado con anterioridad el cáncer gástrico, pero con una sintomatología que no dejaba translucir absolutamente el sitio ni la naturaleza del mal. En una palabra, un cáncer en estado latente.

Más raramente se suele observar que el cáncer del ovario aparezca al tiempo de haber sido intervenida la paciente por cáncer de estómago. Si se hubiera hecho un examen genital prolijo cuando la primera operación, muy posiblemente se hubiera constatado la metástasis en los ovarios.

Pasando á las constataciones que se han hecho en las necropsias, hemos de manifestar que se refieren á cánceres ováricos y gástricos descubiertos por casualidad en el acto de una autopsia. Es entonces el examen histológico quien puede definir la cuestión.

Como expresamos al principio de nuestro trabajo, sería

muy fácil conocer si dichos cánceres (estómago y ovario) tienen ó no relación según que fueran ó no del mismo tipo. Pero esto tampoco puede permitirnos afirmación categórica alguna. Si es cierto que se han encontrado casos en que el ovario tenía formaciones de un parecido perfecto al cáncer gástrico, incluso disposiciones glandulares que recordaran las glándulas del estómago, esto jamás ha podido quitar las dudas sobre la independencia de ambos tumores.

Sin entrar en las clasificaciones que se han hecho de cánceres primitivos del estómago y los ítem del ovario, podemos afirmar que en ciertos casos un tumor primitivo atípico del estómago puede tener mucha analogía de estructura con un tumor primitivo del ovario. Por ejemplo, puede darse el caso de encontrarnos con un tumor del tipo alveolar de estómago y de ovario.

¿Es indefectiblemente necesaria la dependencia de los dos tumores para explicar la génesis de ambos?

¿Es imprescindible que el tumor ovárico sea una metástasis del tumor gástrico por el hecho de su concordancia estructural? Las observaciones hechas en estos últimos tiempos por autores de nota no aboga en pró de una metástasis el constatar que tumor ovárico y tumor gástrico son de tipo análogo.

Por las referencias que haremos dentro de un momento diremos que cuando tumor gástrico y tumor ovárico son de tipo diferente, esto no indica que deben ser ambos tumores primitivos é independientes.

Tripier en su *Anatomie pathologique general* dice: «resulta de nuestros estudios que las formaciones secundarias son siempre de la misma naturaleza que el tumor primitivo del cual derivan, pero que su estructura puede presentar variaciones notables en muchos casos y muy pronunciadas en otros».

Glokner á su vez, nos hace la misma indicación: «las metástasis tienen á menudo un aspecto diferente al cáncer primitivo á causa de la influencia del terreno en el cual se desarrollan. Es la *anaplasia*».

Más aún. Los mas recientes estudios, tienden á demostrar que el cáncer puede transformarse en sarcoma. Quervain, en un artículo que data de poco tiempo, escribe: «Es un hecho establecido por la patología humana y por la experimentación, que tejidos de caracter maligno son susceptibles de incitar á los tejidos vecinos á sufrir una transformación análoga. Lo mas frecuente es que sea el tejido conjuntivo el que se vuelva sarcomatoso en vecindad del tejido carcinomatoso y que termina, á su vez, después de un cierto número de pasages experimentales, por suplantarse ó suprimirse completamente este último».

Todo esto ha modificado completamente la manera de pensar sobre la cuestión de las metástasis, y ha pasado á la historia el aforismo célebre de Billroth que exigía estas condiciones para afirmar la independencia de ambos tumores: 1.º Punto de partida distinto de los tumores. 2.º Estructura diferente. 3.º Metástasis diferente.

El hecho de que los tumores secundarios difieran á

veces radicalmente de los primitivos, volvemos á repetir-
lo, reside exclusivamente en la reacción que necesaria-
mente debe producirse en esos tejidos ante la invasión
neoplásica. De ahí su diversidad de estructura según cual
sea el tejido que con mas energía reaccione. La abun-
dancia del tejido conjuntivo los hace semejar al sarcoma;
la de las células epiteliales, al epiteloma.

Para terminar, algunas palabras sobre la coexistencia
de quistes de ovario y cáncer digestivo.

¿Hay alguna dependencia entre ambos ó se trata de
una mera coincidencia? Si se tiene en cuenta la frecuen-
cia con que se suele encontrar en una misma enferma
estas dos afecciones, nada de extraño tendría que se pen-
sara en una relación, más ó menos estrecha, existente en-
tre cáncer y quiste. Cuando se hace un exámen histoló-
gico conciente, se puede afirmar que se trata de una simple
coincidencia.

Poupinel estudiando el pronóstico de los quistes del
ovario, piensa que estos pueden degenerar en carcinomas
del tipo endotelial, generalizarse y por último, recidivar.
Menciona algunas observaciones en que ha podido cons-
tatar localizaciones secundarias sobre el tubo digestivo.

Se le puede observar á Poupinel lo siguiente: ¿por qué
no puede tratarse, en esos casos, de un cáncer digestivo
que haya metastatizado en los ovarios y haya coincidido
con el quiste, ó bien substituido á éste cuando ha sido
previamente extirpado?

Las observaciones publicadas por Polano, Swiltalsky

y otros, han decidido á Pfannenstiel á decir que los cánceres ováricos coexistentes con cánceres de estómago eran siempre independientes y que no había razón alguna para buscar una relación entre ambos cánceres mientras no se pensare en la que puede haber entre un quiste benigno y un cáncer de otro órgano. Este autor ha, luego, reconocido su error y en 1905, en el Congreso de Kiel, sostiene que en la mayor parte de los cánceres bilaterales de ovarios asociados á un cancer de estómago ú otro órgano, son siempre secundarios.

Habría que considerar ahora, si con el mismo derecho con que se ponen aparte los quistes mucoides benignos, se pueden poner todos los demás quistes ováricos.

La mayor parte de los tumores sólidos de ovario contienen formaciones quísticas. Amann (1) considera como tumor secundario el adeno-carcinoma con formaciones quísticas.

Se pueden hacer injertes cancerosos sobre quistes del ovario preexistentes y se encuentran entonces tumores del tercer grupo de Amann cuya patogenia se explica facilmente cuando se constata un cáncer de otro órgano;

(1) Amann ha hecho para los tumores secundarios del ovario, tres agrupaciones:

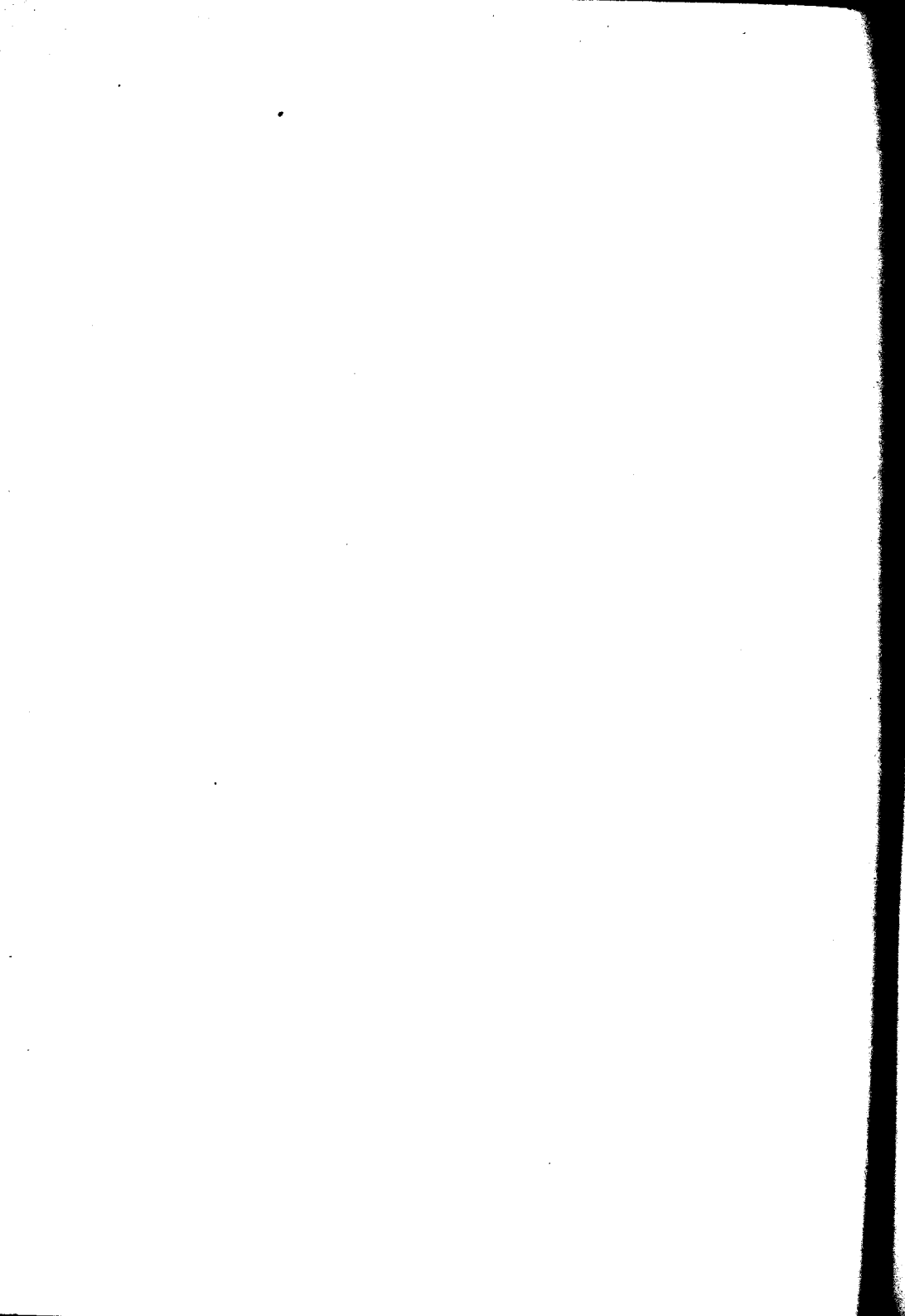
1.º *Fibroma edematoso* dentro del cual clasifica al tumor de Krükenberg. A ellos pertenecen los tumores con formaciones epiteliales. Son de grueso volumen; superficie azulada, consistencia blanda á causa de estar muy impregnados de serosidad. Histológicamente están constituidos de tejido conjuntivo de anchas mallas infiltrado de serosidad y en el que abundan los elementos epiteliales con gran tendencia á la degeneración coloidea.

2.º *Adeno-carcinoma*: tumor menos duro, más irregular y con algunos quistes.

3.º *Quistes ordinarios*, con formaciones carcinomatosas ó fibro-carcinomatosas en algunos puntos.

y si se admite que puede haber metástasis en un ovario: ¿porqué no pensar que éstas deben desarrollarse, con mayor razón, en un ovario previamente enfermo?

Por último, se puede admitir que los quistes del ovario pueden coexistir, por una mera casualidad con un cáncer digestivo; pero que en muchos casos de degenerescencias, sobre todo en la superficie de esos quistes, es indispensable buscar un cancer digestivo y considerar las lesiones como metástasis.



CAPÍTULO III

VÍA DE LA METÁSTASIS

Capítulo interesantísimo pues de su conocimiento depende el mejor tratamiento, merece que nos detengamos un poco y analicemos las diferentes hipótesis que se han creado para explicar las vías que siguen las células cancerosas desde su punto de partida, el estómago, hasta el ovario. Los experimentos de Amann, Krauss, Wolfhein y Polano, las observaciones escrupulosamente llevadas de Schauta y Sifzentrey, son otros tantos documentos que han servido eficazmente para crear, aceptar ó eliminar hipótesis que desde hace algunos años luchan por la supremacía.

En un principio se creyó en la exclusividad de la vía sanguínea para la propagación de los cánceres gástricos. Aparte de su simplicidad halagadora, conservaba multi-

tud de partidarios la teoría de Virchow, sobre la embolia capilar.

Las otras teorías defendidas posteriormente el transporte retrógrado y la implantación directa sobre todo, han restado partidarios á la teoría Virchow y hoy son contados los que apelan á la vía sanguínea para seguir en su trayectoria á la célula carcinomatosa desde que se desprende de su núcleo primitivo, hasta el ovario, el lugar de su destino.

Si nuestro trabajo tratase no solamente de los cánceres que el estómago metastatiza en los ovarios, sino también de aquellos que pueden tener su origen primitivo en cualquier otro órgano del abdomen, podría tenerse en cuenta y aún darles la importancia que se merecen, á las teorías citadas para explicar la propación de los cánceres bajos, aquellos que se encuentran muy próximos ó aún en comunicación con los ovarios. De manera que solo de paso mencionaremos la propagación por contigüidad (cáncer del recto, colon sigmoideo, intestino delgado) ó por continuidad (cáncer del útero).

La vía peritoneal parece estar de acuerdo con los estudios y experimentos que la mayoría de los autores han practicado íntimamente. Las células cancerosas desprendidas de su sitio de origen y transportadas en la cavidad abdominal, van á ingertarse en los ovarios, donde se convierten en el punto de partida de un núcleo canceroso metastático.

Antes de tratar el mecanismo íntimo del recorrido de

la célula cancerosa, analicemos las condiciones en que pueden encontrarse estómago y ovario y que favorecen ó no el desprendimiento ó la llegada de dicha célula.

Del lado del estómago, es de capital importancia conocer si el cáncer ha perforado la túnica ó si ésta sigue constituyendo el tabique que lo ha de aislar del resto de la cavidad abdominal. Se sobreentiende que si hay solución de continuidad de la serosa peritoneal, no le es dificultoso á la célula cancerosa seguir dicha serosa en su travesía hacia la pelvis.

Los partidarios de la teoría de la vía linfática, contestes en reconocer que es bien larga y complicada, no titubean en decir que dicha vía no puede ser puesta en duda cuando existiendo un cáncer primitivo de estómago (un esquirro por ejemplo) *y no habiendo lesión alguna de la serosa que lo envuelve*, se desarrolla una matástasis ovárica cuyo punto de partida ha sido sin duda alguna el carcinoma gástrico. Esto ha sido corroborado por la constatación de infartos ganglionares de la región, linfangitis de reconocida naturaleza cancerosa mediante la cual se supone que se ha realizado la metástasis.

Si bien es cierto que lo que antecede es un argumento de mucho valor, en cambio, los que sostienen la teoría del ingerto por implantación no consideran como condición *sine qua non* la perforación de la serosa estomacal para que este ingerto se produzca, dando lugar en este caso, á que la metástasis se haga por vía linfática. Oreen, por el contrario, y Kraus lo ha demostrado claramente, que no

es necesario que la rotura ni la invasión sean visibles á simple vista; sino que pequeñísimos núcleos cancerosos pueden infiltrar la túnica del órgano para llegar debajo de la serosa y de ahí, á través de las pequeñas separaciones que suelen existir entre dos ó más células del endotelio peritoneal, caer en la cavidad del abdómen.

Sentado lo concerniente á la parte estomacal y convenidos de que no es tarea difícil para el núcleo canceroso su pasaje á través de la serosa, haya ó no solución de continuidad visible, veamos las condiciones de receptividad que ofrece, á su vez, el ovario.

Organo de gran vitalidad durante el período genital y de especial situación, la mayor parte de los autores están de acuerdo en asignarle una notable predisposición á las metástasis. Y esto por múltiples circunstancias.

En primer lugar, la riqueza vascular de que el ovario se halla dotado. Estos vasos puede ser de dos clases: unos nutritivos y otros funcionales; estos últimos desarrollados alrededor de los folículos de crecimiento. La dehiscencia de dichos folículos produce una herida sobre el ovario por donde fácilmente puede penetrar la célula cancerosa. La exuberancia de vasos facilita la diseminación y desarrollo de un tumor secundario.

Como decíamos anteriormente, la especial situación del ovario favorece sobre manera la implantación de los injertos. Las partículas cancerosas, por efecto de la gravedad y libres como están en la cavidad peritoneal, tienden á dirigirse hacia las partes declives. Allí encuentran los

ovarios, donde se fijan debido según la explicación de Dambieu, emitida por J. L. Faure en el Congreso de Toulouse, á que «siendo los únicos órganos intra-abdominales desprovistos de revestimiento seroso, la reacción de defensa que el peritoneo establece para preservarse de la invasión cancerosa se encuentra debilitada por su ausencia en dichos órganos y la superficie de éstos ofrece amplio campo para su desarrollo.»

Ya Krauss en su trabajo emite lo que anteriormente decimos y se pregunta, á su vez, por qué los tumores en el ovario suelen tener un volumen bastante grande, mientras que en el peritoneo no llegan á formar sino pequeños nódulos. Estos nódulos, agrega, están constituídos por tejido fibroso y células neoplásicas envueltas por tejido conjuntivo, de lo cual se deduce que el peritoneo no ofrece un terreno favorable para su desarrollo. A su vez Freund opina «que en la extirpación de los neoplasmas de los ovarios, es casi imposible quitar los núcleos próximos del peritoneo, porque mientras hay una extremidad friable, la otra en cambio tiene una base de implantación fibrosa inextirpable y que no sangra.

Bien es cierto que esos nódulos no dan origen á recidivas, quedando allí como simples cuerpos extraños. Al contrario, si el peritoneo se opone tenazmente á la formación de grandes nódulos debido á esa especie de encapsamiento, el ovario en cambio, á causa de su vascularización extrema y la facilidad con que multiplica el número de sus vasos con la neoformación de otros, ofrece

condiciones francamente ventajosas para el injerto de las células neoplásicas y formación de nódulos. Los vasos de nueva formación se disponen ya en derredor de las células carcinomatosas, ya envolviendo el folículo de Graaf.»

Boucher, á su vez, indica que cuando habiéndose perforado un cáncer de estómago é iniciado una propagación de sus partículas, las células jóvenes caen en el peritoneo que les ofrece para su injerto un endotelio que nunca será un receptor tan favorable como lo es un epitelio (el de una mucosa por ejemplo). Pero ahí tenemos muy cerca, un órgano del abdomen que está recubierto, en algunos sitios, por un epitelio siempre dispuesto á recibir y ayudar á desarrollarse á una célula cancerosa. Ese órgano, dice Bucher, es el ovario.

Conocidas ya las condiciones en que estómago y ovario se encuentran á efecto de la metástasis de partículas neoplásicas, veamos como ésta se verifica:

Destacadas las células epiteliales del tumor primitivo y caídas en la cavidad peritoneal, la gravedad hace que se dirijan hacia las partes declives del abdomen. ¿Interviene también el epiplón en la emigración de las partículas cancerosas? Si nos hacemos eco de la hipótesis de Schenky, Sitzenfrey. emitida á raíz de una observación por ellos publicada, tendremos que el epiplón desempeña un rol medianamente activo. El epiplón canceroso, adherente al ovario cancerizado, disemina por sus movimientos propios las células neoplásicas en la cavidad abdomi-

nal. No deja de ser una hipótesis, y como tal, tiene sus partidarios y sus detractores.

Se ha tratado de demostrar experimentalmente que partículas de cualquier naturaleza que sean, tienen tendencia á fijarse sobre el ovario. Amann en el Congreso de Kiel; relata sus experimentos hechos durante varios años: inyectaba tinta de China en la cavidad abdominal de perras y ratas. Como tenía la precaución de inyectar previamente en la vagina y útero de esos animales sustancias que favorecieran la defensa orgánica por la multiplicación de los leucocitos, como ser las culturas bacterianas, etc., pudo demostrar que los ovarios estaban más impregnados que cualquier otro órgano, por las partículas de tinta China. Estos experimentos fueron después repetidos por Krauss con el mismo resultado. Polano ha podido obtener resultados análogos sumergiendo ovarios en plena actividad sexual, en una solución de tinta de China y suero fisiológico, cosa perfectamente factible en el transcurso de operaciones ginecológicas.

Una vez la célula carcinomatosa en la superficie del ovario, hay algo que suele favorecer sobremanera el desarrollo de las metástasis; es la dehiscencia de los folículos de Graaf, que deja tras de sí una pequeña herida, receptáculo muy indicado para el desarrollo del nódulo neoplásico.

Algo que también contribuye como la eclosión de los folículos, á que se verifique la metástasis, son los múlti-

ples fenómenos congestivos de que es asiento el ovario en ciertas épocas.

Si tenemos en cuenta todo lo descrito en estos últimos párrafos, nos es fácil explicarnos el porqué de la preferencia de las metástasis para las mujeres jóvenes, cuya función ovárica se encuentra en plena actividad.

Schangenhauser y Schauta observaron que cuanto más joven era la mujer, más voluminosos eran los tumores ováricos; á su vez, cuando el ovario se atrofia, éste no ofrece á la célula carcinomatosa condiciones para su injerto y desarrollo.

Tales son las conclusiones á que conducen los estudios de Bode y Prochownik acerca de lo últimamente expuesto. Además, un exponente palpable de su veracidad nos lo da la estadística que publicamos en el capítulo I, donde se puede ver el aumento del número de metástasis durante la vida genital y la proporcional disminución al sobrevenir la menopausa.

Como hemos visto, abundan los argumentos en favor de la propagación directa.

¿Quiére decir esto que hemos de excluir cualquier otra vía para la metástasis y entre ellas la vía linfática retrógrada?

Cometeríamos un error. En un gran número de casos se constata la invasión ganglionar al mismo tiempo que la del peritoneo; en otros casos el peritoneo en nada interviene, pero en cambio se observa netamente la invasión exclusiva de los ganglios. De modo que la metástasis

podría explicarse teniendo en cuenta que los linfáticos del estómago van á los ganglios retroperitoneales, los ganglios retrogástricos comunican con los ganglios lumbares superiores donde á su vez llegan los linfáticos del ovario. Otras veces es dable constatar en el tumor secundario la invasión de los linfáticos en cuya cavidad se perciben las células epiteliomatosas. Lo único que se puede objetar á esto, es que la invasión de los linfáticos del ovario puede hacerse secundariamente.

La vía linfática se impone, según algunos autores, para los cánceres de ovarios que coexisten con cánceres del útero ó del recto y principalmente con un cáncer del seno. En este caso la vía linfática y más raramente la vía sanguínea, lógicamente se imponen.

Para terminar, extractaremos algunas observaciones muy demostrativas, verificadas por Bode, Prochownik y sobre todo las de Sitzenfrey, por las conclusiones á que da lugar y la importancia que tienen desde el punto de vista del tratamiento.

Observación N.º I.—Mujer de 35 años á quien se hace en Octubre de 1906 una gastro-enterostomía por cáncer inoperable de estómago. Muerta al año siguiente, la autopsia demuestra que el píloro estaba afectado por un cáncer que había invadido la musculosa pero cuya serosa estaba intacta y con metástasis en los ganglios lumbares, peri-portales y supra-claviculares. Habían también sufrido las consecuencias de estas metástasis, el epiplón, pán-

creas y pericardio. Examinados los órganos genitales se ve sobre la serosa del útero grávido algunos núcleos que se hacen más notables examinando la cavidad de Douglas. Aparentemente los ovarios son sanos. En un punto de la superficie del ovario derecho se encuentra adherido el epiplón por una lengüeta que termina en punta; un corte histológico de ese punto permite observar un núcleo canceroso á células epiteliales. La adherencia entre el epiplón y la substancia cortical del ovario es tan íntima, que se puede seguir la penetración de un vaso linfático del epiplón en el estroma del ovario. Se encuentra, además, entre las células del epitelio germinativo de ambos ovarios células cancerosas que se distinguen por su talla, su irregularidad y núcleo perfectamente coloreado. Estos focos cancerosos son superficiales y no invaden los folículos, ni la substancia cortical, ni los vasos linfáticos».

Esta observación es importante desde dos puntos de vista: primero, nos revela el rol que suele desempeñar el epiplón en esas metástasis (como lo hemos tratado con anterioridad); y segundo, por ser el punto de partida de una conducta operatoria especial. En efecto, Sitzenfrey es de opinión que para mejorar el pronóstico del cáncer, es necesario extirpar también los ovarios, aunque aparentemente estén sanos, pues el microscopio dará luego cuenta de su invasión cancerosa, ó bien, si no se ha efectuado, se verificará esta invasión. Igualmente es del parecer que se impone la resección del epiplón. En lo que se refiere á los ganglios, se entiende que es casi imposi-

ble su extirpación total, pero después de la ablación de los centros de propagación, piensa que pueden muy bien retrogradar y atrofiarse.

Al consejo de Sitzenfrey, tal vez un tanto exagerado, debemos de unir el de Rosestein que indica la resección del Douglas pues es el primero en ser invadido por las partículas carcinomatosas.

Sin embargo, repetimos, hay alguna exageración.

Un dato en contra de estas operaciones: en la operación que acabamos de citar, la mujer estaba embarazada de seis meses. Sin embargo no murió de cáncer secundario de los ovarios, pues las metástasis eran microscópicas; de manera que no extirpándolos pudo haber llegado el feto á su madurez completa y ella á un embarazo á término.

La segunda observación se la debemos á Schauta:

«*Observación N.º II.*—Mujer de 36 años. Tres partos. Toda la sintomatología de una metástasis ovárica por cáncer gástrico. Jugo gástrico A. T. débil. No hay ácido clorhídrico libre. *Operación.* Ascitis; ablación de un tumor ovárico no adherente del tamaño de dos puños. Ovario izquierdo normal y extirpado á causa del aspecto neoplásico del tumor del lado derecho.

El ovario derecho fué luego examinado al microscopio y se encontró un cáncer cilíndrico con numerosas mitosis; el izquierdo estaba atrofiado y debido á su poca vitalidad no fué atacado por la metástasis. En efecto la

mujer, aunque de 36 años, hacía dos años que no menstruaba.

Durante la operación se agrandó la incisión para ver el estómago que se encontraba dilatado. Al nivel del píloro se constata un cáncer del tamaño de una manzana, con algunas granulaciones en el peritoneo y ganglios aumentados en la proximidad del estómago. Siendo la operación radical imposible, se hace una gastro-enterostomía. Curso favorable».

Schauta es partidario de que la propagación se hace por el peritoneo; pero insiste en que éste no estaba afectado desde el píloro á la pelvis.

CAPITULO IV

SINTOMATOLOGIA Y DIAGNÓSTICO

A primera vista parecería que las enfermas atacadas de estas metástasis debieran manifestar su afección por una concurrencia de síntomas, explicables si se tiene en cuenta que dos órganos de vital importancia para su respectivos aparatos, son los lesionados: estómago y ovario. Raramente ocurre esto. Por lo general la sintomatología ovárica llama preferentemente la atención de la enferma y del médico; más raramente hay exclusividad de parte del aparato digestivo y muy pocas veces nos encontramos en presencia de enfermas cuya afección se haya manifestado simultáneamente por síntomas gástricos y ovaricos.

A veces, estando la enfermedad en un período avanzado, signos de la afección estomacal se sobreañaden á los ováricos. Sin embargo se tiene tendencia á relacio-

narlos con manifestaciones reflejas cuyo punto de partida está en los órganos ultimamente nombrados.

Polano, sobre 60 casos, descubrió solo 8 veces síntomas gástricos; y todavía estos estaban muy lejos de hacer suponer un tumor maligno de dicho órgano.

En casi todos esos casos, los dos ovarios eran atacados por la metástasis cancerosa. Raramente se hizo un diagnóstico preciso; casi en todos ellos el tumor estomacal pasó desapercibido.

Entraremos á tratar primero de aquellas metástasis que se manifiestan unicamente por síntomas ováricos.

Dividiremos estos últimos en tres períodos: un período de principio, un período álgido ó de estado y un período terminal.

Período de principio.—Es desgraciadamente muy raro que la enferma se presente al cirujano cuando su cáncer recién empieza á desarrollarse. Sin embargo, conviene saber que existen síntomas que permiten suponer un tumor ovárico cuando éste se encuentra todavía en un período poco avanzado. Se tiene tendencia á declarar latente el primer período de estas degeneraciones ó metastatizaciones cancerosas de órganos no accesibles á la vista; pero creemos que no es imposible, por el estudio conveniente y exámen conciente de las ligeras perturbaciones que relatan las enfermas más bien al clínico que al cirujano, que no es imposible, decimos, ponernos en la ruta de un diag-

nóstico precoz, tan brillante para el médico como provechoso para la enferma.

Dos signos funcionales caracterizan á menudo, el comienzo del cáncer del ovario: perturbaciones menstruales y dolor.

Perturbaciones menstruales.—En todas las formas de tumor maligno del ovario, la amenorrea es frecuente. En numerosas observaciones se lee que después de un tiempo más ó menos largo, que varía de dos meses á diez años, la enferma ha visto disminuir sus reglas progresivamente hasta que se han suprimido por completo.

A veces, esta disminución de las reglas ha sido precedida por un período de exagerada abundancia. Otras veces algunas pérdidas irregulares y ligeras han reemplazado la antigua regularidad de los períodos..

Algunas enfermas han reglado dos ó tres veces en muchos años; otras ven sobrevenir hemorragias después de un largo período de amenorrea. Esta es la excepción; lo más á menudo las reglas desaparecen para no reproducirse más.

Comunmente en las mujeres jóvenes, los períodos no aparecen, ó bien no se producen sino una sola vez. Otras, han presentado siempre irregularidades menstruales que después han dado paso á la amenorrea definitiva.

Es de hacer notar también que no se producen estos casos de amenorrea unicamente cuando los tumores son bilaterales; en 9 de las observaciones de P. J. Dreyfus, la

amenorrea ha acompañado á tumores unilaterales, estando el otro ovario sano. En otros 6 casos de disminución de reglas ó de intermitencias irregulares, un solo ovario era también el atacado.

Las hemorragias (metro.rragias) son mencionadas mucho más raramente. Hemos podido observar que en los casos de metástasis ováricas citados por muchos autores alemanes, solo había tres ejemplos: dos de ellos se referían á mujeres que habían llegado á la menopausa (48 y 62 años) y el tercer caso era el de una mujer de más de 38 años. Por último, en otro caso, las reglas habían desaparecido para dar paso á una pequeña pero continua emanación de sangre.

Es muy raro que la persistencia de la regularidad menstrual sea constatada por los observadores y se puede asegurar, en resumen, que dichas perturbaciones son casi constantes y á ellas se sucede invariable y progresivamente la menopausa prematura.

En muchos casos se produce tan rápidamente la cesación de reglas que la enferma cree estar en cinta.

La loucorrea no tiene ninguna significación sintomática.

Dolor.—El dolor es también un signo precoz digno de ser estudiado cuidadosamente. Precede casi siempre á la aparición de un tumor perceptible y adquiere modalidades variables.

Algunas veces se manifiesta bajo forma de pesadez en

el bajo-vientre y se propaga á menudo á la región lumbar. Otras veces, al contrario, son extremadamente agudos y continuos, se intensifican grandemente ó bien se hacen paroxísticos, siendo para nosotros, la forma más común.

Los dolores faltan á veces. Para algunos autores raramente son violentos. Para otros, hay casos en que las enfermas tienen verdaderas crisis dolorosas acompañadas con frecuencia de vómitos; dolores tan violentos que llegan á producir síntomas de colapso.

Es á menudo exacerbado en las épocas menstruales, existiendo casos en que no aparecen sino en esos momentos. Es raro que el reposo en el lecho no los calme, siendo también una excepción su acentuación por el decúbito dorsal. Asientan en el abdómen, con frecuencia es netamente limitado al lado atacado ó bien se irradia á todo el vientre. Cuando adquiere la forma de una pesadez continua, es casi siempre á la región lumbar ó al periné que la enferma lo refiere. El dolor puede también presentar irradiaciones inguinales.

Conviene hacer notar, con Ladouce, que el dolor es más constante y más vivo en los tumores malignos del ovario que en los benignos.

Volvemos á decir que el síntoma dolor solo falta excepcionalmente, en los principios de la evolución neoplásica y es necesario distinguir estos dolores precoces de los dolores debidos á las compresiones que existen en todos los

tumores de la pequeña pelvis cuando éstos están en un período avanzado de su evolución.

Síntomas generales.—A pesar de que en el período de principio son poco acentuados, es de especial importancia el constatar el tinte clorótico, há tiempo señalado por Dubois, que se debe à la anemia que se posesiona de la enferma y que hace encaminar al médico hacia el diagnóstico de tumor maligno.

Nada tan importante, entonces, como el examen de la sangre hecha en este período. Sin embargo, las observaciones extractadas de muchos autores que se han ocupado del asunto, no hacen mención de tan importante exploración, Mencionaremos dos: una se encuentra en la Obs. N.º III de la tesis de Massabuau debida al profesor Forgue y que va á continuación. La otra la insertamos en la Historia Clínica N.º I al final de este trabajo.

He aquí la de Massabuau (se trataba de una enferma cuyos primeros síntomas databan de dos años):

Glóbulos blancos (total)	7.200	por m. m. c.
Polinucleares	78	» 100
Monucleares	15	» »
Linfocitos	7	» »
Eosinófilos	5	» »

Más tarde se comprobó que dicha enferma estaba afectada de carcinoma ovárico secundario.

El estado general decae rápidamente. Se nota adelgazamiento, anorexia y edema de los miembros inferiores.

Signos físicos.—Son de gran interés para el diagnóstico. Algunas veces hay un aumento ligero del volumen del vientre y un examen cuidadoso suele revelar un poco de líquido en la cavidad abdominal.

La circulación venosa de la pared no se modifica, á pesar de que algunos autores afirman que las venas superficiales se dilatan ligeramente.

El tacto vaginal nos rinde enseñanzas de mucho valor. Por él es frecuente reconocer que el ovario ha aumentado de volumen, alcanzando el de un huevo de paloma ó un huevo de gallina; se desplaza facilmente, tiene una delimitación neta con el útero, es lo mas á menudo doloroso al tacto y se encuentra dirigido hacia el fondo de saco posterior.

Es casi excepcional que en este período haya el ovario contraído adherencias, estando el útero en su posición normal ó ligeramente desviado hacia el lado opuesto al tumor. Por último el tacto vaginal puede ayudar á revelar una ascitis en su principio.

Indudablemente, rara vez trae el tumor ovárico un cortejo sintomático tan numeroso y complejo. Muy á menudo el dolor se nos presenta como único síntoma, que unido á un examen cuidadoso nos hará sospechar ó descubrir la presencia de un tumor naciente.

Y no es menos raro ver la amenorrea erigirse en el

único síntoma de principio; sin embargo conviene no olvidar que adquiere mayor importancia cuando se le encuentra en mujeres de 20 á 30 años, época en que el cancer secundario del ovario determina la amenorrea con mas facilidad.

Por último, en casos muy numerosos, la enferma consulta al médico porque ha notado que el volumen de su vientre aumenta. El interrogatorio suele descubrir entonces, una amenorrea que data de algunos meses ó años; esto último es perfectamente posible cuando los dolores son poco violentos, permitiendo una amenorrea larga sin que se alarme la enferma.

Período de estado.—Ofrece síntomas numerosos que deben interpretarse concientemente pues pueden prestarse á errores.

Los síntomas funcionales son los mismos, pero un buen número de ellos se aumentan por el desarrollo del volumen del vientre que corre paralelo con el crecimiento de los tumores ovaricos.

La *ascitis* es algunas veces considerable; es necesario, sin embargo, no olvidar que puede faltar totalmente. Leopold la considera como rara en los fibromas y sarcomas del ovario. Dartigues se hace partícipe de esta opinión. Eshausen cree que es inconstante en los sarcomas. Massabeau la ha encontrado en el 70 p. 100 de los casos de cancer secundario del ovario y le acuerda una cierta importancia para el diagnóstico.

En general, se opina que la ascitis es frecuente pero no constante. No son raros los casos en que se hace considerable, acompañándose en este caso de trastornos de compresión: disnea, ortopnea y edema de los miembros inferiores.

Si falta la ascitis, ó si se hace una punción evacuatrix, puede á veces constatarse por la simple inspección la presencia de un tumor. Es á menudo unilateral y cuando tiene relieves algo irregulares puede confundirse con un fibroma uterino multilobulado.

La *palpación* permite cerciorarse de que el tumor es generalmente duro, á veces de una manera desigual, llegándose á constatar partes fluctuantes. Algunos son de consistencia blanda, otros muy duros. Es frecuente como dicen Pozzi y Ladouce, notar la presencia de ganglios inguinales ó ilíacos aumentados de volumen.

El dolor se suele originar por la palpación. Esto no es fatal, sin embargo, pues muchos tumores son perfectamente indoloros á la palpación.

La *percusión* permite delimitar al tumor por su matitez. La *auscultación* muy pocas veces arroja sobre el diagnóstico.

El *tacto* vaginal y rectal son auxiliares poderosos y á veces imprescindibles para llegar á una conclusión exacta. El primero nos revela la desviación del útero que anteriormente hemos citado y la presencia de un tumor que no forma cuerpo con el útero. El segundo contribuye eficazmente á la investigación de esto último.

En este período, el estado general se encuentra seriamente afectado: los vómitos, la anorexia absoluta, están á la orden del día. Los dolores á veces violentos y la disnea contribuyen a debilitar a la enferma. La caquexia cancerosa hace entonces su aparición y la facies ovarica característica cede su puesto al tinte amarillo-paja propio del cancer de ovario secundario al de estómago.

Período terminal.—A veces sobreviene rapidamente. Hay complicaciones que precipitan el final: infección del neoplasma, peritonitis, compresión, extrangulación intestinal, escaras de decúbito y flegmacia.

Bucquoy cita un caso—talvez único—de muerte por detención funcional del corazón. A la necropsia se constató una metástasis cardíaca.

Hasta aquí hemos descripto la sintomatología ovárica, por así decirlo, de los carcinomas gástricos con metástasis en los ovarios y recordamos que es con mucho, esta sintomatología la que se hace presente en dichas enfermas.

No olvidemos, sin embargo, que el estómago, primitivamente afectado, puede dar su nota en el concierto sintomático y aún preceder á los síntomas emanados del ovario enfermo. Insistimos nuevamente en que esto es la excepción.

De parte del estómago, debieramos describir toda la sintomatología, bien larga por cierto, del carcinoma gástrico, para ser completos. Los signos de estenosis pilórica, tumor gástrico palpable ó visible á la radioscopía, hema-

temesis, melenas, caquexia cancerosa, vómitos, examen del jugo gástrico, es la única reseña que haremos de la afección primitiva, pues siendo un capítulo distinto del que nos ocupa, no nos corresponde ser muy minuciosos.

Hay otros hechos de mucha importancia desde el punto de vista del diagnóstico.

Cuando en una mujer, operada hace algun tiempo de cáncer gástrico, se ven aparecer los trastornos genitales que hemos descripto, es necesario pensar en una metástasis ovárica.

De la misma manera, es conveniente buscar el cáncer primitivo cuando después de una ovariectomía por carcinoma, se nota en la enferma perturbaciones de parte de su aparato digestivo.

Cuando los cánceres se suceden de la manera expuesta, con solo pensarlo está hecho el diagnóstico; no es lo mismo cuando se examina esas enfermas por primera vez.

El diagnóstico que primero se hace, es el de fibroma uterino: se evitará el error delimitando el útero. Se puede frecuentemente, facilitar esta exploración, colocando á la enferma en posición invertida, entonces los tumores ováricos, muy movibles, saldrán de la pelvis descubriendo el útero. Además la ascitis, el mal estado general, las hemorragias menos abundantes, servirán para eliminar el fibroma.

En algunos casos se ha podido pensar en una peritonitis tuberculosa, sobre todo cuando los tumores ováricos tienen todavía un volumen reducido y se acompañan de gruesos ganglios mesentéricos—como á principio se cre-

yó en la observación clínica N.º II que va al final;—por otra parte, bien conocida es la frecuencia de las lesiones anxiales en la ascitis llamada esencial. Pero en estos casos, las enfermas son más jóvenes, el estado general permanece bueno durante un tiempo más largo. El crecimiento del ó de los tumores eliminará las dudas.

La existencia de vómitos, amenorrea y aumento de volumen del vientre, podrían hacer pensar en un embarazo. Este error, felizmente, muy pocas veces puede ser cometido. La evolución diferente, la ascitis, la ausencia de signos fetales, contribuyen poderosamente á precaverse de todo error.

Hagamos notar de paso, que se ha podido ver evolucionar simultaneamente un embarazo y cánceres metastásicos de los ovarios; estos tumores han sido causa de distocias más ó menos graves.

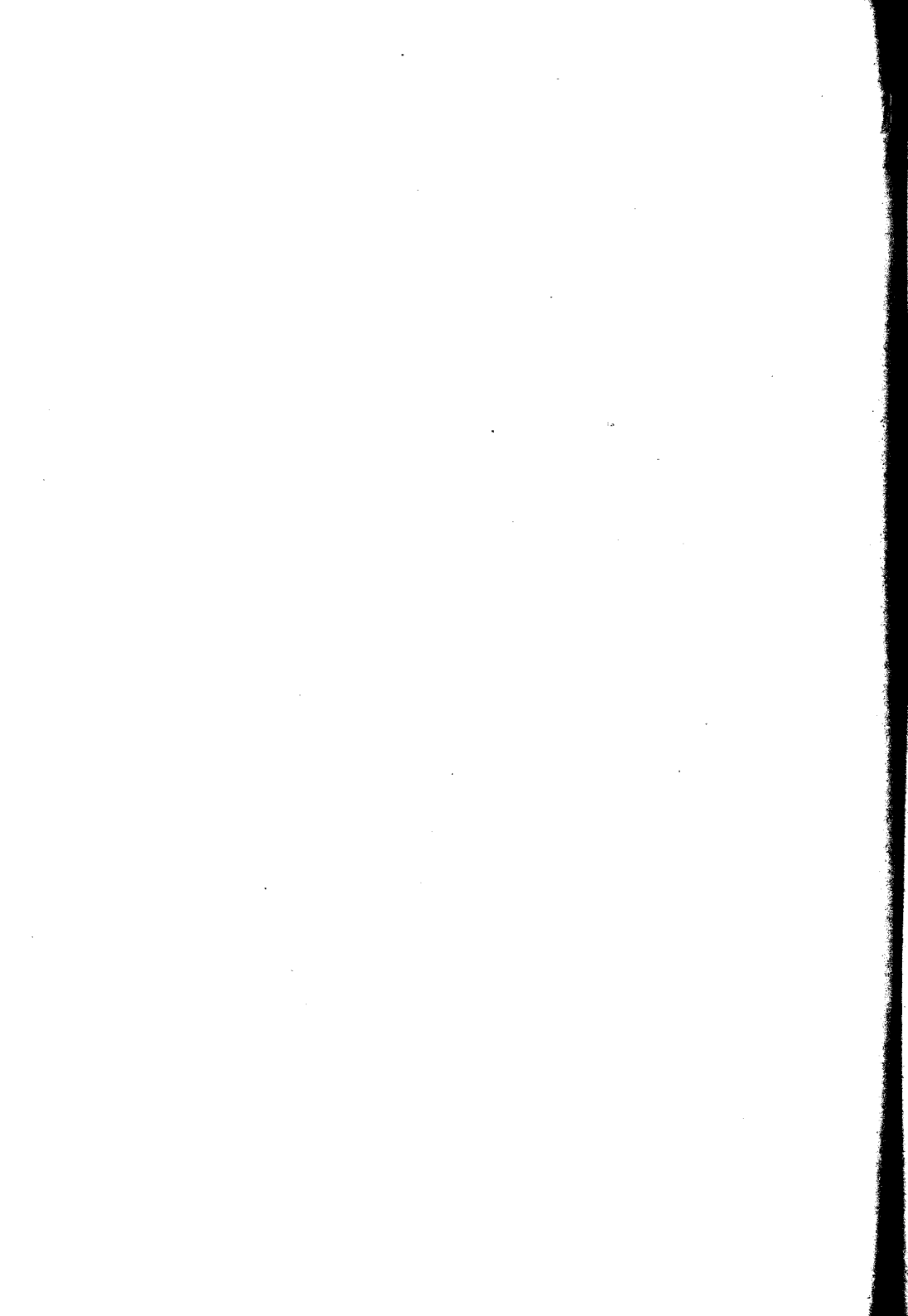
A veces se llega á diagnosticar un tumor de los ovarios y aún un tumor maligno. Nos quedaría aún por saber si se trata de un tumor primitivo ó secundario. La bilateralidad, la movilidad, la forma redondeada, harán pensar en un cancer secundario. Pero la constatación de un neoplasma gástrico será la prueba más eficiente de que se trata de una metástasis.

Es de mucha importancia, entonces, hacer un examen del quimismo gástrico con comida de prueba. Este método ha dado resultados excelentes cada vez que ha sido hecho. (Hartmann, Schauta y Pleichman).

En ausencia de signos gástricos, es conveniente exami-

nar el intestino buscando un tumor ó los signos de oclusión. Será útil también hacer reacciones químicas que permitan descubrir hemorragias ocultas en las materias fecales. En fin, el tacto rectal podrá ser practicado con doble fin: buscar el cancer primitivo en dicha porción del intestino y ver si hay infiltración del Douglas, de cuya importancia para el diagnóstico ya hemos hablado.

Por último, teniendo en cuenta que la lesión ovárica puede ser pequeña, conviene no olvidar en el transcurso de una intervención abdominal el examen cuidadoso de los ovarios.



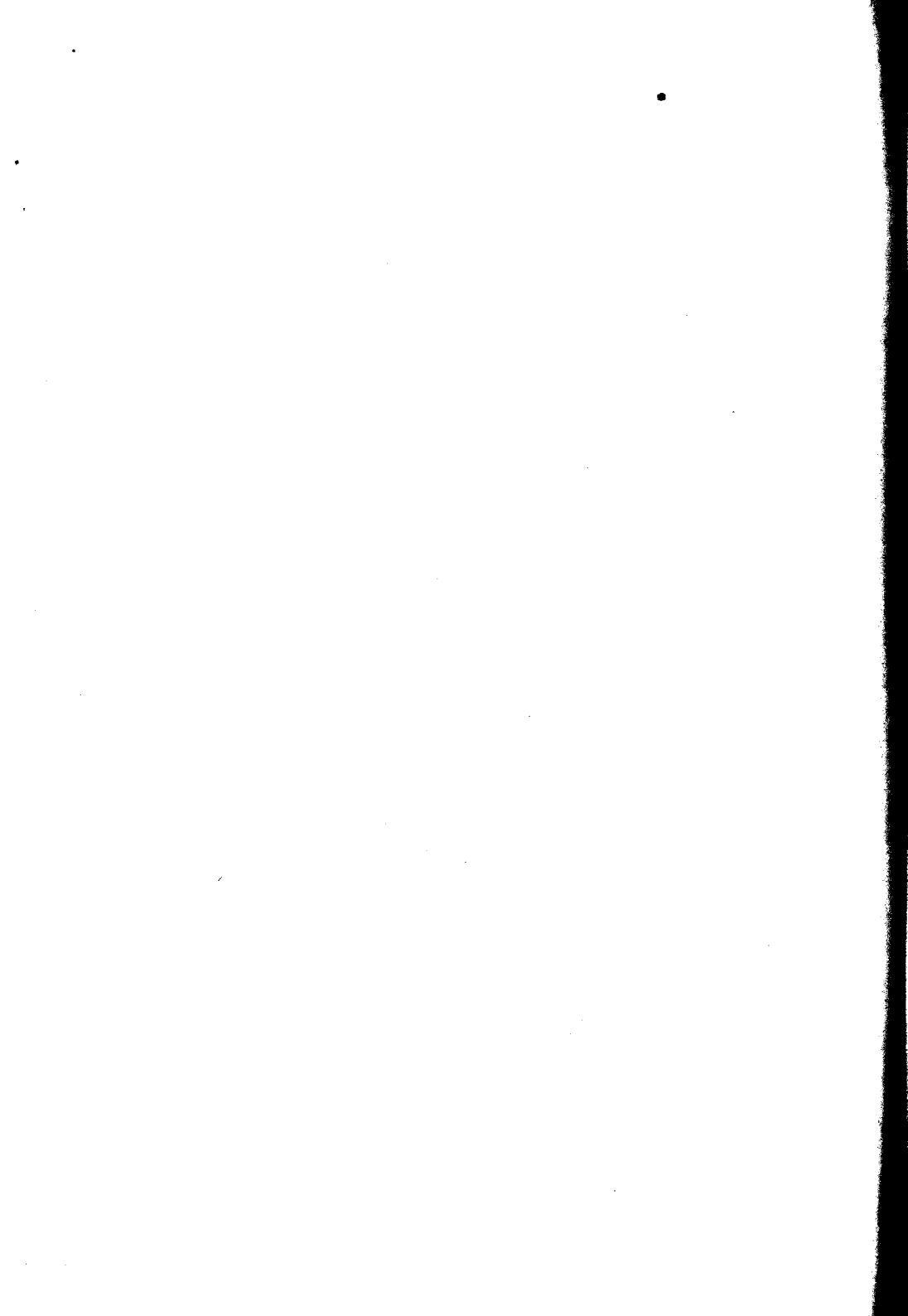
CAPÍTULO V

PRONÓSTICO

Muy difícil es el pronóstico. Las observaciones que acompañamos al final, las citadas por muchos autores que se han ocupado del asunto, el restringido número de operaciones efectuadas después de un diagnóstico clínico riguroso, no son suficientes para hacer pronóstico.

Se descarta, sin embargo, la gravedad de esta afección, pues si se opera en un principio algo avanzado—y á veces en su comienzo—, las recidivas ó la caquexia cancerosa, terminan con la enferma.

El pronóstico depende, entonces, de la precocidad de la intervención.



CAPÍTULO VI

TRATAMIENTO

Se puede afirmar, sin temor á equivocación, que hoy nadie es del parecer de Schröder que aconsejaba la abstención en el cáncer del ovario, basándose en los peligros de la operación y las pocas probabilidades de cura.

Se trate de un tumor maligno de ovario, secundario á un cáncer gástrico, se trate de un tumor maligno primitivo del mismo órgano, ó bien de un tumor benigno que presenta signos de degenerescencia, es necesario operar y operar ligero. Esto parece indiscutible.

Si se deja evolucionar el tumor, toda probabilidad de curación desaparece. La caquexia, la generalización del cáncer estomacal, fatalmente terminarán con la vida de la enferma.

Se comprende las dificultades que ofrecerá la cura del

cáncer metastático del ovario por el tratamiento quirúrgico, si se tiene en cuenta que no depende unicamente de la extirpación de los ovarios, sinó de la supresión simultánea ó casi simultánea de la causa originaria: el *cáncer gástrico*, de lo contrario, una metástasis en otro órgano rendiría inútil toda tentativa anterior.

Hemos dicho simultanea ó casi simultanea y no sin razón. En efecto, según la manera de ver de cada operador se ha hecho: 1.º una gastrectomía seguida, al cabo de un tiempo de una ovariectomía; 2.º hacer una ovariectomía primero y al cabo de algún tiempo intervenir el cáncer gástrico y 3.º intervenir, al mismo tiempo estómago y ovario.

Primer caso.—*Heine* hace una gastrectomía por carcinoma en Mayo d 1890. En Junio de 1891, ovariectomía por cancer doble de ovario. Al cabo de algún tiempo la enferma parece mejorar, se levanta y se va del Hospital. Poco después, síntomas de recidivas gástricas.

Borrmann.—Gastrectomía el 15 de Noviembre de 1898. Ovariectomía doble un año después. Vive aun en Enero de 1901 pero tiene un grueso tumor de hígado: (¿metastasis?)

Kausch.—Gastrectomía dos años antes. Ovariectomía. Vive aún, después de dos años sin recidivas.

Mickulitz.—Pilorectomía el 15 de Septiembre de 1898. En Mayo de 1900, ovariectomía.

Goullioud.—20 Abril de 1902, doble entero-anastomo-

sis. 12 de Julio de 1904, pilorectomía. 3 Abril de 1905, ovariectomía doble. Muerte por caquexia en Diciembre de 1905.

Pocas conclusiones se pueden sacar de lo que antecede, pues de esas y muchas otras observaciones, nos faltan los resultados alejados. Sin embargo, Krausch, en su observación indica una supervivencia de 2 años después de la segunda intervención.

Segundo caso.—Ovariectomía y operación sobre estómago consecutiva:

Manzoni.—Ovariectomía doble. Dos meses mas tarde, gastro-enterostomía. Muerta por shock.

Schlagenhauser.—Ovariectomía doble. Ocho días después, gastro-enterostomía. Mejoría y aumento de peso durante tres meses.

Goldenberg.—21 de Septiembre, ovariectomía doble. 28 días después gastro-enterostomía á causa de algunos signos de estenosis que iban en aumento.

Tercer caso.—Ambas operaciones en una sola sesión.

De Snoo.—Ovariectomía y gastro-enterostomía. Muerte al cabo de 6 meses, después de algunos síntomas de recidiva.

Engelhorn.—Ovariectomía y gastrectomía. Muerte 7 meses más tarde por caquexia.

Schenk.—Ovariectomía doble y pilorectomía. Muy buen estado general durante 12 meses. Se reprodujo el cancer

en el cuello del útero. Se operó, pero murió caquéctica al cabo de algún tiempo.

Stockner.—Ovariectomía y pilorectomía. Excelente estado general durante 3 meses. Muerte 11 meses después de la operación con signos de metástasis vertebrales (paraplegia).

El profesor Hartmann ha utilizado una técnica especial que le ha dado excelentes resultados hasta ahora, pues en la enferma que primero lo hizo, se notó una reacción favorable al poco tiempo.

Había hecho en un primer tiempo la castración abdominal total y una gastro-enterostomía posterior.

La enferma mejoró sensiblemente y gracias á la operación paliativa pudo soportar valientemente una pilorectomía un mes más tarde.

Como hemos dicho al tratar del pronóstico, éste depende sobre todo de la precocidad de la intervención. Hasta ahora, el diagnóstico preciso de las dos lesiones concomitantes no ha sido tarea fácil y frecuentemente se ha operado ignorándose si se trataba de un cáncer primitivo ó procedente de un neoplasma con asiento en otro órgano. El pronóstico, entonces, podrá modificarse si se hace sistemáticamente el examen del jugo gástrico y del estómago, en las enfermas con tumores bilaterales de los ovarios, é inversamente, si se examina con cuidado el aparato genital de las mujeres atacadas de cáncer gástrico.

La operación estará indicada, sobre todo sino hay metástasis en otros órganos ó una invasión de consideración

en el peritoneo ó ganglios: operación no muy difícil si se tiene en cuenta que estos tumores secundarios de los ovarios son de volumen medianos, lisos, bien limitados, poco adherentes y muy movibles.

La extirpación se hará extensiva al útero, como es de regla en la actualidad cuando se trata de una ovariectomía doble. Un argumento más en favor de lo último lo tenemos en el hecho de que se han observado casos de reproducción en el cuello del útero, después de la operación.

Los signos à distancias, principalmente la metástasis pelviana pre-rectal, deben ser una contra-indicación. Nos limitaremos en estos casos à hacer una incisión exploratriz que podrá servir para hacer una operación paliativa del lado del estómago.

No es raro que el pronóstico operatorio sea muy reservado. Hofmeier en el Congreso de Kiel de 1905 sostiene que no hay en la literatura médica casos de curación completa después de una operación por cáncer doble de ovarios, salvo un caso de Pfannenstiel cuya enferma vivió 4 años y medio más, un caso de Fritsch que duró de 6 à 7 años y otro de Tauffer que siguió viviendo más de 12 años.

Pero nada de extraño tendría que los efectos de la ovariectomía doble de que nos habla Hofmeier, fueran neutralizados ó anulados por continuarse la evolución de un cáncer primitivo insospechado. Luego, el pronóstico

operatorio será sensiblemente más benigno si con el estudio escrupuloso del caso se llega à diagnosticar el neoplasma originario; lo que indicará la doble operación con los resultados expuestos.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Observación I

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS.—SALA X, CAMA 6
SERVICIO DEL DOCTOR E. BAZTERRICA

Ramona P., española 36 años, casada.

Ingresa: Enero 29 de 1914. Muere: 15 de Febrero de 1914.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—No recuerda haber tenido enfermedad alguna en su infancia. Comenzó á menstruar á los 12 años, y mientras fué soltera tuvo reglas indoloras, de regular cantidad; duraban de dos á tres días, regulares y periódicas.

Se casó á los 19 años. Ha tenido tres hijos y un aborto de dos meses.

Enfermedad actual.—Hace aproximadamente un año que empezó á sentir ligeras molestias; dolor de cintura, de piernas y cansancio general. Estos trastornos se han acentuado desde hace tres meses, después de experimentar un ataque que se caracterizó por alta temperatura y dolores en ambas fosas ilíacas y caderas, irradiándose á las piernas.

Su bajo-ventre comenzó paulatinamente á aumentar de volumen, percibiendo al nivel de sus fosas ilíacas, la sensación de dos abultamientos. Poco á poco sus piernas se hicieron edematosas, soñando amanecer hinchada su cara.

Tenía cólicos, pero arrojaba muy pequeñas cantidades de materias fecales. Anorexia.

Estado actual.—Mujer delgada. Piel blanca. Pánículo adiposo escaso. Buena conformación ósea.

Cabeza, cuello y tórax nada de anormal.

A la palpación y aun á la inspección del vientre, se notan dos tumores situados en ambos lados de las fosas ilíacas, inmóviles, renitentes, y que hacen prominencia en ambos fondo de saco laterales. El útero muy pequeño, adherido al tumor y fijo.

Edema de la vulva y de las piernas por compresión del tumor sobre los vasos ilíacos.

El tacto rectal da la sensación de un tumor fijo; por la palpación bimanual se consigue percibir la sensación de onda.

EXAMEN DE LA ORINA (ENERO 30)

Examen físico.—Color ambar. Aspecto turbio. Sedimento escaso. Espuma blanca. Densidad 1.011. Reacción ácida.

Examen químico.—Residuo total, 25.63. Urea, 10.08. Cloruros, 4.50. Fosfatos, 1.90. Albúmina tiene 0.40 ‰. No hay glucosa, bilis, indican, pus, urobilina ni hemoglobina. Diazorreacción de Ehrlich, negativa.

Examen microscópico.—Algunas células planas. Pocos leucocitos granulosos. Regular glóbulos de grasa. Micro-organismos.

Reacción de Wassermann.—Resultado francamente negativo.

EXAMEN DE LA SANGRE (ENERO 31)

Investigación citológica

Glóbulos rojos	3.000.000
» blancos	20.000
Relación globular	1 x 150
Hemoglobina	50
Valor globular	0.83 ‰

Polinucleares neutrófilos.	77.66	»
» eosinófilos.	2.33	»
Linfocitos	19.33	»
Formas de transición . . .	0.66	»

Investigacion bacterioscópica

Se observan algunos hematíes anémicos y poikilocitosis ligera.

Se hace diagnóstico de degeneración mixomatosa de los ovarios. Carcinoma de estómago y de recto.

El día 6 de Febrero de 1914 se decide hacer tratamiento quirúrgico (oóforo-salpinguectomía bilateral).

DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN

Operador: Dr. C. A. Castaño.

Anestesia: clorofórmica.

Laparotomía mediana. Se ve un tumor incluido en el ligamento ancho que levanta el útero atrófico. Se fuerza y no sale sino un líquido muy denso. Se extirpa el tumor, y se deja el útero por no prolongar la operación, dado el estado lamentable de la paciente.

Drenaje con mecha y tubo. Se cierra la pared en varios planos.

Examinado el tumor al microscopio, se constata un carcinoma del ovario, al parecer metastático.

Después de la operación, la enferma mejora. El edema de los miembros inferiores, que en parte era producido por compresión, desaparece. Se le hace suero diario, aceite alcanforado y hemoglobina Deschiens.

Después de unos días, el estado general sigue empeorando. La enferma entra en caquexia franca y muere á los 9 días de operada.

Durante ese tiempo, la temperatura no pasó de 38° ni bajó de 36°8.

PROTOCOLO DE LA AUTOPSIA

Diagnóstico anatómico—Carcinoma del estómago (pequeña curvadura). Metástasis ganglionar. Idem del recto. Salpingo-ovariectomía doble. Peritonitis supurada. Miocarditis aguda.

Cadáver de mujer. Esqueleto óseo bien conformado. Pésimo estado de nutrición. Rigidez cadavérica desaparecida. Por encima del pubis hay una herida quirúrgica, suturada, con un tubo de drenaje. Esta comunica con la pequeña pelvis, donde hay abundante líquido purulento. Las ansas intestinales se hallan envueltas por un exudado amarillo verdoso purulento.

Las pleuras presentan adherencias fibrosas al

nivel de los vértices pulmonares. En éstos existen algunos tubérculos calcificados.

El corazón tiene un miocardio de color amarillento, friable. En las cavidades derechas hay coágulos fibrino-cruóricos.

El estómago presenta en su pequeña curvatura un tumor voluminoso, vegetante y blando. Los ganglios peri-gástricos se hallan transformados en una masa neoplásica semejante á la del estómago. Su volumen varía del tamaño de un huevo de gallina al de uno de paloma. En el recto existen tres metástasis del tamaño de una avellana.

Observación II (personal)

HOSPITAL TORCUATO DE ALVEAR

SALA III.—CAMA 8

SERVICIO DEL DOCTOR RICARDO S. GOMEZ

Serapia G. de M., 39 años, española, casada.
Ingresa: 17 de Diciembre de 1913.

Antecedentes hereditarios.—El padre vive y es sano. La madre falleció hace tiempo, de una afección cardíaca. Tiene tres hermanos sanos.

Antecedentes personales.—Tuvo coqueluche en la primera infancia; á los 14 años, fiebre tifoidea. Después fué siempre sana. Regló por primera vez á los 13 años; los períodos duraban 3, 4 y á veces 5 días, regular cantidad, periódicos y no dolorosos. No tufacea de amenorrea. Contrae matrimonio á los 22 años con marido que vive y es sano. Tiene tres hijos que viven y son sanos. Los embarazos y partos, normales.

Enfermedad actual.— Comenzó hace un año aproximadamente. Al mes de tener su último parto, empezó á padecer una constipación que se hizo tenaz. Su peso fué disminuyendo progresivamente y á esto contribuyó la anorexia casi completa que se posecionó de ella. Al mismo tiempo notaba la aparición en su vientre, de pequeñas durezas palpables y que al principio no la molestaron mayormente. Pero estos tumorcitos se fueron haciendo cada vez más notables y se acompañaron del abultamiento correspondiente del vientre. Consultó entonces á un facultativo que la aconsejó ingresara á un hospital. En dichas condiciones, entra á este servicio.

Estado actual.—Mujer delgada de regular estatura, esqueleto óseo bien conformado. Piel y mucosa poco coloreadas. No tiene ganglios ni cicatrices.

Cabeza y cuello.—Normales. ♣

Aparato pulmonar.—Normal.

Aparato circulatorio—Pulso: regular, igual, poco tenso, frecuente (95 por minuto).

Corazon.—Tonos normales.

Aparato urinario.—Normal.

Sistema nervioso y organos de los sentidos.—Normales.

Aparato digestivo.—Inapetencia, lengua saburral, constipación habitual.

Abdomen.—Globuloso, piel tensa y algo edematosa. Hay renitencia. A la percusión: matitez en algunos sitios, timpanismo en los restantes. A la palpación: se notan tumores múltiples que varían desde el tamaño de una nuez al de una mandarina, adherentes entre sí pero con una cierta movilidad en el sitio de implantación. Ocupan casi toda la cavidad abdominal y la pelvis, sobre todo en ambas fosas ilíacas. Entre estos tumores y la pared, hay una ligera capa de líquido.

Estomago.—En el epigastrio y algo á la derecha, se palpa, con alguna dificultad un tumor del tamaño de una nuez.

Higado.—Normal.

Aparato genital.—Matriz en posición normal, de dimensiones regulares; fondos de sacos libres; anexos dolorosos.

Diagnostico.—Sarcomatosis abdominal. Id. ovárica.

Tratamiento.—Quirúrgico.

Operadores: Doctores Labat y A. P. Barceló. Anestesia clorofórmica.

Se hace una laparotomía mediana y se encuentran los tumores libres en la cavidad abdominal. Ovarios aumentados de volumen, lisos, duros, de aspecto neoplásicos. Epiplón infiltrado. Como había

adherencias entre el ovario y los otros tumores, se quita en conjunto. En general tiene un aspecto como si se tratara de un tumor ovárico, único y con relieves. En total pesa 4.500 gramos. Tiene nudosidades. No hay lesión de trompas.

Dado el estado de debilitamiento de la enferma, no soporta la operación y fallece al día siguiente.

Autopsia.—Ascitis enregular cantidad. Miocarditis aguda.

Estómago.—Tumor en la región pilórica, duro, del tamaño de un cobre de dos centavos. Aspecto neoplásico. Ganglios retrogástrico voluminosos.

Histológicamente hecho el corte ovárico y examinado al microscopio, se ve un estroma conjuntivo laxo y bastante escaso. Circunscribe grandes espacios dentro de los cuales envía algunos prolongamientos. En estos espacios existen cordones ó hileras de células con grandes vacuolas, como en las células caliciformes. Estos cordones se repliegan y hasta forman anillos y están rodeados de substancia hialina con finos filamentos con el aspecto y reacciones del mucus.

Estas células epiteliales, muestran algunas de ellas una gran atipicidad.

Algunas de las células caliciformes no tienen su protoplasma transformado en mucus. En algunas partes en vez de una hilera, se encuentran verdaderos tubos que recuerdan perfectamente un corte de estómago ó intestino.

Observación III (personal)

HOSPITAL TORCUATO DE ALVEAR

SALA XVI.—CAMA 56.—SERVICIO DEL DOCTOR B. A. HOUSSAY

N. N. 40 años.

Entrada. Enero 10 de 1914. Fallece el 3 de Febrero de 1914.

Esta enferma entró á la sala con vómitos, enflaquecimiento excesivo, tinte amarillo-paja característico, pequeñas hematemesis, caquexia. Se palpa un tumor en el epigastrio ó hipocondrio izquierdo, tumor que se insinúa hacia arriba. Ascitis libre.

La enferma apenas habla. No son claras las contestaciones cuando se la interroga. Se hace diagnóstico de cáncer del estómago.

Muere por caquexia.

PROTOCOLO DE LA AUTOPSIA

Ascitis. Peritoneo cubierto en muchas partes por exudado fibrinoso reciente. Líquido ligeramente tur-

bio con copos fibrinosos. En el estómago se observa, en toda la extensión que va del tercio del cardias hacia abajo, un tumor de aspecto neoplásico, vegetante en el interior y de aspecto mucoso, tumor que se hace globuloso en la extremidad inferior. Existen algunas adherencias peritoneales que frecuentemente circunscriben bolsas serosas y purulentas. Hay metástasis ganglionares, pero el hígado ha sido respetado. Se ven adherencias de epiplon y colon é hígado y estómago. El gran epiplon no existe pues está casi reabsorbido.

Riñones pequeños, con parte cortical adelgazada y cápsula adherente. Muy pálidos. Glándulas suprarrenales grandes y duras. Al corte, se nota en el centro partes blandas de coloración blanca. Apéndice é intestino normales. Id. el bazo. No hay metástasis en el Douglas.

Ovario derecho grueso, más grande que una nuez, redondeado y liso. Al corte, es blanco uniforme, no da jugo. Aspecto neoplásico, confirmado por el examen histológico. Ovario izquierdo normal.

Histológicamente. Estómago.—Se trata de un epiteloma de células cilíndricas, mucosas en su superficie y atípicas en la profundidad y con transformación mucosa.

Ovario.—Dentro de un estroma conjuntivo que forma uno red de pequeñas mallas, estroma rico en

células conjuntivas, se observan alveolos llenos por 5, 6 ó 7 células muchas de ellas atípicas.

En un pequeño islote se observan varios tubos revestidos por un epitelio cilíndrico casi cúbico. En algunos puntos esos tubos son de varios asientos celulares con atipicidad de las células y algunas con transformación mucosa.

Observación IV

OZENNE.—SOCIÉTÉ ANATOMIQUE, 23 ABRIL 1880

51 años, 6 embarazos normales. Entra el 3 de Abril de 1880 por dolores abdominales y tumores. Inapetencia. Adelgazamiento.

Examen.—Abdomen voluminoso. Presencia de un tumor duro, movable, no doloroso y que hace eminencia en el Douglas. Ascitis. Edema de los miembros inferiores. Punción de 8 litros de ascitis. Muerte al 3^{er} día.

Autopsia.—Tumor grueso de ovario izquierdo (5 kilos), duro, con partes quísticas; al corte tejido blanco-amarillento: idéntica estructura el ovario derecho, pero pequeño (300 gramos). Al nivel del píloro, tumor del tamaño de un huevo de gallina, adherente y ulcerado. El estómago contiene un líquido negruzco. Núcleo en el Douglas.

Examen histológico.—«Los 2 tumores eran cancerosos, caracterizados por alveolos numerosos y pequeños llenos de células de toda forma».

Observación V

STAUDER.—ZEITSCHRIFT F. GEB. U GYN. 1902 T. XLVLL.

26 años. Nulipara. Desde octubre se queja de dolores abdominales y lumbares y vómitos, ya después de las comidas, ya durante la noche. Reglas irregulares.

Examen.—Utero rechazado hacia adelante por un tumor duro, del tamaño de un puño y dependiente de los anexos derechos. Por encima, tumor alargado, movable y ligado por un pedículo á los anexos izquierdos.

Operación.—27 Febrero de 1899. Ascitis ligera. Ablación de los dos tumores. No hay metástasis sobre el peritoneo. Muere el 3 de Marzo por miocarditis.

Autopsia.—Cáncer ulcerado del píloro. Invasión de los ganglios retro-peritoneales. Pleuresia no cancerosa. Los ovarios hon conservado su forma, del tamaño de un puño y rosados, blandos, edematosos.

Histologicamente: Tipo de Krükenberg.

Observación VI

SCHOLTZ.—TH. BRESLAU, 1886

22 años. Amenorrea desde hace 6 meses; vómitos. Buen apetito. Al tacto tumor sólido, ocupa el Douglas y rechaza el útero hacia adelante. Se diagnostica un fibroma sesil y se la trata por la ergotina.

Al cabo de algunos días dolores gástricos y vómitos. Se piensa en una peritonitis.

Se hace una paracentesis sacando 6200 cm.³ de líquido ascítico, claro, conteniendo células alveolares epiteliomatosas. La ascitis se reproduce rápidamente. Al cabo de un mes, muere caquética.

Autopsia.—Ascitis. Epiplon adherente, el mesenterio espesado presenta núcleos más ó menos voluminosos. Id sobre el peritoneo. Infiltración del estómago á lo largo de la pequeña curvatura.

Utero pequeño. Hay dos tumores ováricos duros con algunos puntos quísticos.

Histologicamente: Esquirro de estómago.

Cáncer de ovarios caracterizado por una rica proliferación de tejido conjuntivo invadido por numerosas células irregulares, redondeadas ó alargadas.

Observación VII

ROTHENBERG.—THÈSE HEIDELBERG, 1893

53 años. Xpara. Tiene pérdidas sanguíneas desde hace un mes. Vientre voluminoso desde hace 6 semanas, sin dolor, náuseas y pesadez en el bajo vientre.

Operacion.—Ascitis amarillo-turbia. Numerosos núcleos peritoneales y epiploicos. Tumor de los 2 ovarios que fué el que indicó la operación pues se palpaban á dos traveses de dedo por encima del ombligo.

Ablación de los tumores ováricos. Sobre la cara anterior del estómago, ancha infiltración dura. Ovario izquierdo pesa 1.390 gramos. El derecho 330 gramos. Tumores duros, con algunos quistes y cuyas partes principales están formadas por tejido mixomatoso.

Microscopicamente. — Cáncer gelatinoso de los ovarios.

Observación VIII

AMANN.—MONAT. F. GEB. U. GYN. 1906, T. XXIV

31 años, virgen, sufre del estómago desde hace tres meses, ha adelgazado y tiene dolores en el bajo-ventre.

Se la trata por histeria. En algunas semanas, el vientre aumenta rápidamente.

Enferma caquética; ascitis abundante. Muchos tumores irregular. Uno más notable en el Douglas.

Laparotomía exploratriz.—Núcleos sobre toda la serosa, epiplón y Douglas.

Los dos ovarios transformados en tumores gruesos, del tamaño de una ciruela.

Ascitis considerable. Después de ver la infiltración del epiplón, se piensa en un cáncer primitivo del estómago, verificado algunas semanas más tarde á la autopsia.

Histológicamente.—Tumores de Krukenberg.

Observación IX

FAIRISE ET HEULLY.—LA PROVINCE MEDICAL 1913

N. 16, ABRIL

30 años, entró al servicio del Dr. Gross por perturbaciones digestivas y que presentaba en la región supra-umbilical y para-umbilical, un tumor duro, irregular, teniendo la forma aproximada y el volumen de un grueso riñón.

A la palpación se encontraban masas ganglionares á lo largo de los uréteres. La fluoroscopia, después de la ingestión de papilla baritada anunciaba un estómago muy dilatado y un tumor reniforme independiente del estómago. La ausencia de todo síntoma de retención biliar hacía el diagnóstico dudoso.

Una laparotomía exploratriz permitió ver la existencia de numerosas masas neoplásicas inextirpables. La enferma murió al día siguiente.

Autopsia.—Se encontró un voluminoso tumor pancreático. Idem del piloro. Al nivel del hileo del

hígado existía una gruesa masa de ganglios neoplásicos.

Los dos ovarios estaban alterados: el izquierdo tenía el volumen de un huevo de gallina. El derecho grueso como una nuez.

Al corte parecían estar formado por tejido denso.

Histológicamente.—Tumores tipo Krükenberg.

Observación X

WAGNER.—CENTRABL. F. GYNÄK., 1906, N. 26

32 años, tuvo 5 hijos; el último hace 11 meses. Perturbaciones gástricas y vómitos típicos de estenosis gástrica. Grueso vientre. Ascitis. En la pelvis, á derecha: tumor grueso, del tamaño de un huevo de avestruz, á izquierda del tamaño de un puño. El examen del jugo gástrico revela la ausencia de ácido láctico y ácido clorhídrico.

Se hace diagnóstico de cáncer de estómago y cáncer metastático de ovario.

Operación.—Ablación de los tumores ováricos. Del lado del estómago: cáncer del piloro con infiltración del epiplón. Cura.

Examen histológico.—Tumores de Krükenberg típicos.

Observacion XI

HEINE.—THÈSE-ERLANGER, 1894

43 años. Entrada el 20 de Septiembre de 1888. Tuvo 6 partos. Regló á los 17 años irregularmente. Ultimas reglas en Abril de 1888. Se queja desde hace 2 meses de dolores en el vientre, pesadez en la región umbilical y á izquierda. Desde fines de Abril á mediados de Junio, algunas hemorragias que son detenidas. Dolores que aumentan y que se extienden á todo el abdomen. Anorexia. Debilitamiento. Fatiga. Insomnio. Vientre aumentado. Ascitis. Estómago dilatado. Tumor que pelotea, á la derecha. Después de punción de ascitis clara, se palpan dos tumores movibles á ambos costados del útero.

Diagnóstico.—Cáncer de los ovarios.

Operación.—El 23 de Septiembre. La ascitis se ha reproducido rápidamente. Tumor derecho, en parte

quístico, no adherente; carcinoma. Lo mismo á izquierda. No hay metástasis peritoneales visibles.

Salida: el 12 de Octubre.

Muerte: el 8 de Diciembre por cáncer de estómago.



Observación XII

RATHERT.—THÈSE GREISWALD. 1901

37 años. Reglas bien. No ha tenido embarazos. Últimas reglas, hace 15 días. Desde hace 14 días, dolores lumbares, vómitos y dolores gástricos. Anorexia. Enflaquecimiento.

Vientre aumentado. Ascitis libre. A izquierda tumor duro, movable, grueso como una naranja. Utero desviado á derecha; por detrás y á derecha de él, resistencia.

Operación.—Gran cantidad de ascitis. Ablación de dos tumores ováricos. Dos días más tarde, signos de oclusión: laparotomía, desgarradura del intestino. Resección. Muerte 1 hora después.

Autopsia.—Peritonitis sero-fibrinosa. Numerosas granulaciones en el epiplón, Douglas y en todo el peritoneo. Invasión de los linfáticos en la región del estómago. En este órgano, cáncer (esquirro): Ovarios: tumores sólidos, con un quiste en el tumor izquierdo. Proliferación conjuntiva intensa, infiltrada de células cúbicas coloreadas.

Observación XIII

MANZONI.—GAZZETTA MÉD. LOMBARDA, 1897

50 años. Regla á los 17 años. Tuvo 8 hijos. Perturbaciones gástricas desde hace 1 año. Hace dos meses, el vientre aumenta de volumen y se hace doloroso. Algunos ganglios inguinales. Dos gruesos tumores que ocupan todo el vientre (como un embarazo á término).

Operación.—Un poco de ascitis. Ablación del tumor izquierdo (2.000 gramos) y del ovario derecho (365 gramos). Curso favorable. Durante la operación, no se encuentra nada de sospechoso al nivel del estómago. Cisto-carcinoma de los dos ovarios.

Vuelve al cabo de un mes por unos vómitos que ha tenido. Se encuentra un nucleo canceroso al nivel del piloro.

2.^a operación.—Masa como un huevo de gallina. Todas las paredes del estómago y mesenterio, sembradas de granulaciones miliares. Se hace gastroenterostomía anterior.

Muerte por schok.

Observación XIV

HOFMEIER.—CONGRÉS DE KIEL, 1905

63 años. Entra el 31 de Agosto de 1899 por dolores de vientre. Caquexia. Ascitis. Ovariectomía derecha por adeno-carcinoma quístico del ovario derecho; muy adherente. Ovario izquierdo atrofiado. Muerte en Febrero de 1903 por cáncer del estómago.

Observación XV

KEHRER.—MÜNCHENER MEDIZ. WOCHENSCH., 1903. T. II

37 años. Dolores gástricos desde hace 5 años. Hace 1 año que tiene vómitos de materias negras. Ascitis. Tumor ovárico izquierdo, duro, movable y del tamaño de una cabeza de niño.

Diagnóstico probable: Cáncer del estómago con metástasis en el ovario izquierdo.

Ovariectomía izquierda. Ovario derecho sano en apariencia. No se toca.

Muerte por embolia pulmonar.

Autopsia.—Cáncer estenosante infiltrado del píloro. En el ovario derecho, metástasis superficial del grosor de una avellana. La misma estructura que el cáncer gástrico: cáncer glandular á pequeños alveolos y degenerescencia mucosa de las células.

Observación XVI

STIKEL ARCHIV. F. GYNAK. 1906 T. LXXIX

41 años. 17 partos. Entró por dolores violentos en el bajo-vientre. A la izquierda se encontró un tumor del tamaño de una cabeza de adulto.

Operación.—Ovariectomía doble. Muerte con fiebre y delirio.

Autopsia.—Cáncer coloide del estómago é infiltración cancerosa de los órganos vecinos. Ovarios: pequeñas células epiteliales en un retículo fibrilar conjuntivo. Es un cáncer secundario del ovario.

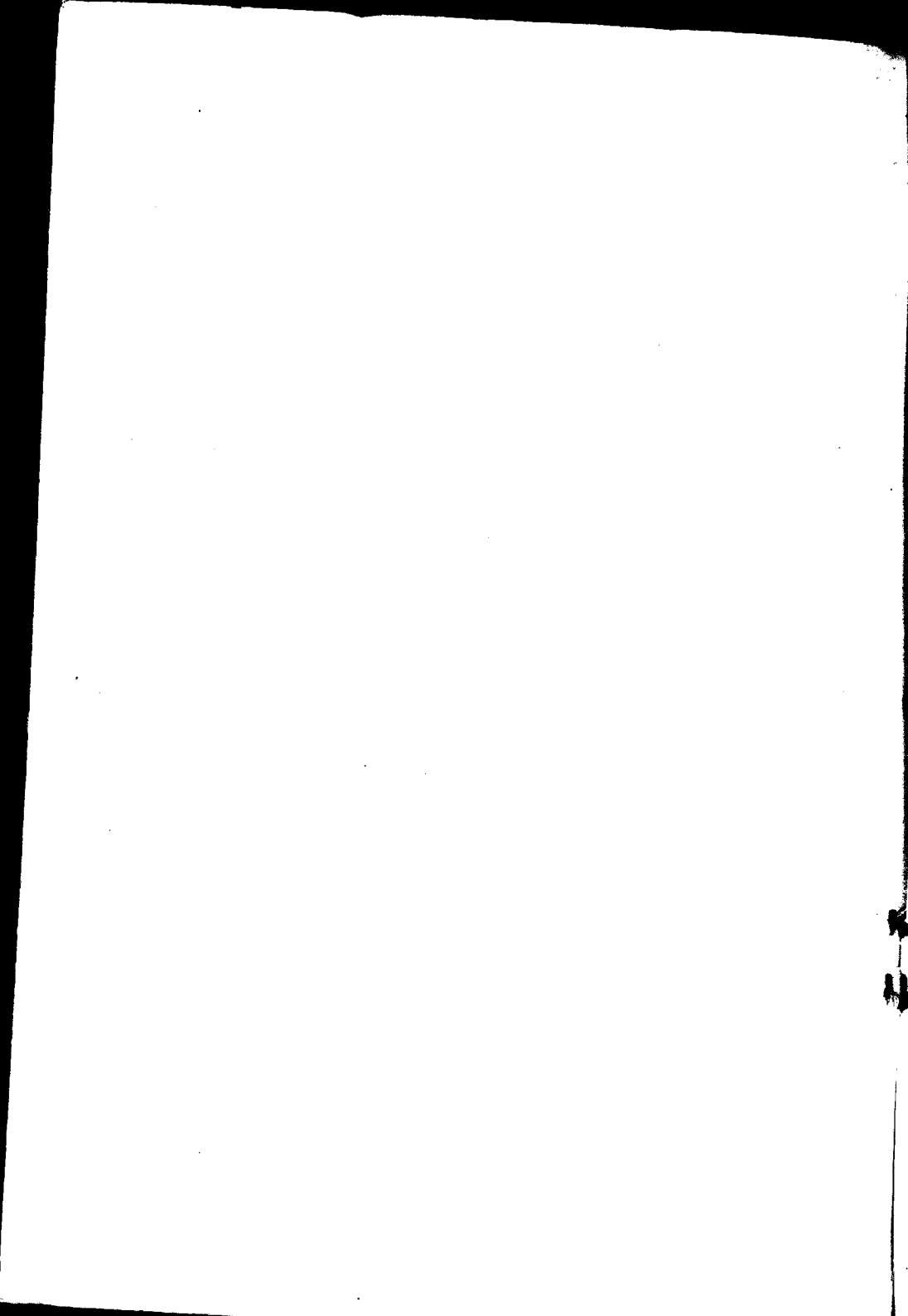
Observación XVII

FROME.—CONGRÉS DE KIEL, 1905

Enferma operada por doble adenoma seroso-papilar y que murió once meses después con perturbaciones graves lado del estómago.

Autopsia.—Carcinoma de ambos ovarios tipo Krükenberg. Infiltración cancerosa del estómago y peritoneo.

AMADEO GRIMALDI.



Buenos Aires, Junio 10 de 1914

Nómbrese al señor Consejero Dr. Abel Ayerza, al profesor titular Dr. Ricardo S. Gómez y al profesor suplente Dr. 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».

L. GÜEMES

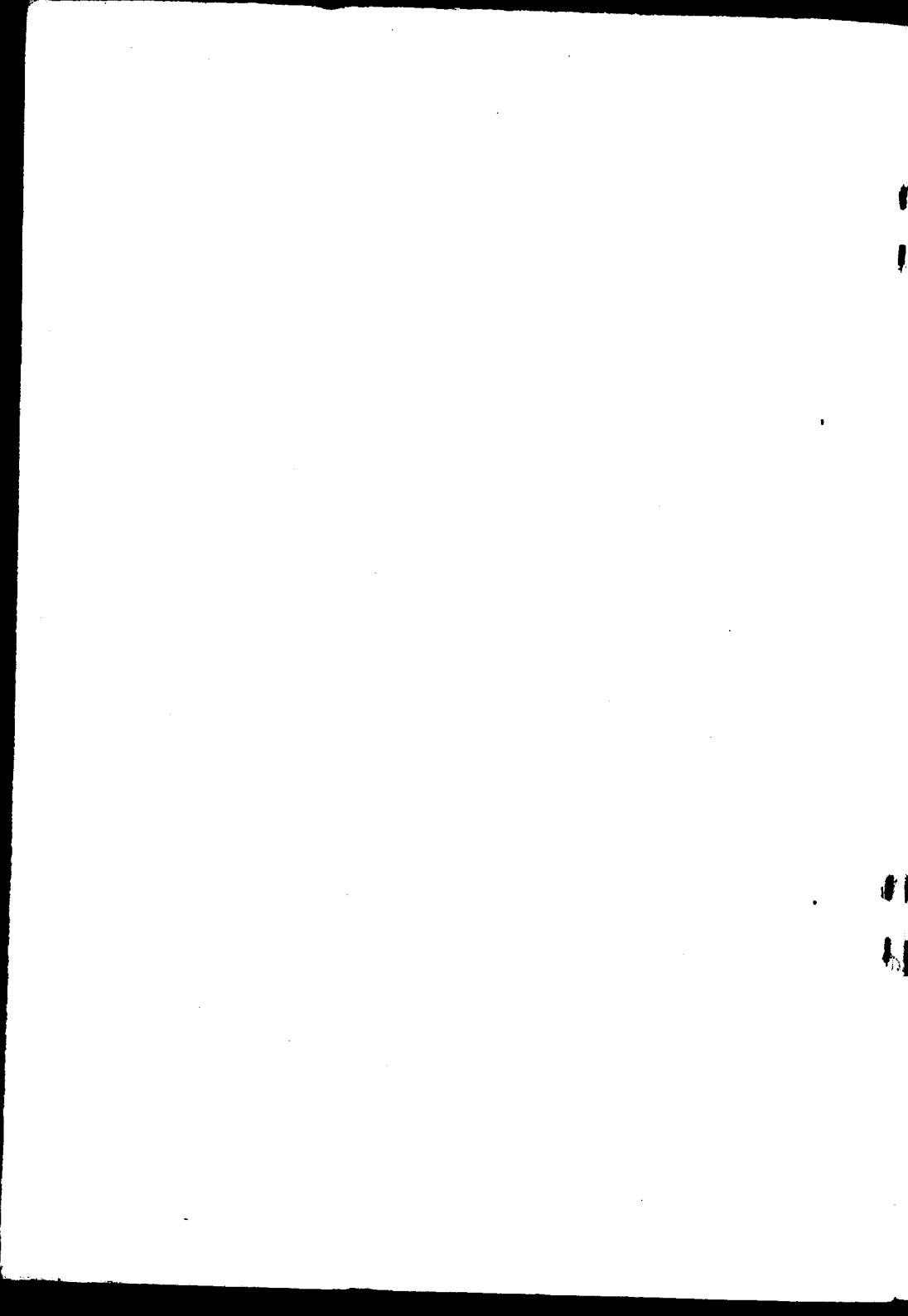
J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Junio 25 de 1914

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2847 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gabastou
Secretario



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

¿Cuál es la vía de propagación de los cánceres secundarios, ováricos?

Ayerza.

II

Diagnóstico diferencial entre el carcinoma ovárico y otros tumores de los mismos órganos.

R. S. Gómez.

III

Frecuencia de los carcinomas metastáticos de los ovarios, secundarios á carcinomas del estómago.

Jaime Salvador.

