

Presentado en la Sesión del 16 de Setiembre de 1931.

Preside el Dr. Stajano

Sarcoma y radio. - Cuatro casos de sarcoma abdominales tratados por cirugía y activoterapia combinadas.

por el Dr. E. POUÉY

He creído de interés traer aquí cuatro observaciones de Sarcoma (un uterino, dos ováricos, uno del tejido celular pélvico), en las que parece demostrarse la utilidad de combinar la cirugía a la actinoterapia (curieterapia in situ).

Es poco probable que la cirugía sola hubiera dado los mismos resultados.

La más interesante es la observación 2, en la que se ve que después de extirpado el tumor quedó en la pelvis tejido manifiestamente neoplásico, según examen histológico, que se esterilizó después de una sesión intraabdominal de radio.

En la observación 1, si bien no se dió la prueba histológica de la malignidad de los fragmentos no extirpados, el resultado obtenido en el caso 2 nos lleva a admitir que la aplicación de radio intraabdominal pudo haber tenido la misma acción. Estos casos nos sugieren la utilidad de colocar radio en el lecho del sarcoma extirpado.

La observación 3, de un sarcoma uterino tratado solamente por actinoterapia, sin extirpación del útero, — sarcoma que recidivó, — nos muestra que tal vez convenga, en un caso de sarcoma uterino, asociar la extirpación a la actinoterapia.

OBSERVACION 1

Sarcoma del ovario

Tomasa M., 42 años, soltera.

11|6|1923.—La enferma ha notado en estos últimos tiempos vientre grueso que aumenta progresivamente.

Hace un mes sintió un fuerte dolor durante la noche. Desde hace 15 días los dolores se localizan en la fosa ilíaca derecha y se irradian a la pierna. La piel tiene un tinte amarillo pajizo.

Examen ginecológico: Virgen. Cuello pequeño. No se llega a delimitar el útero. Fondo de saco anterior: el dedo toca una tumoración redondeada de consistencia firme; la parte superior llega casi al ombligo.

La presión del vientre a su nivel es poco dolorosa; Dolores espontáneos sobre todo durante la noche. Presión arterial: Mx., 17; Mn., 10.

Sangre: urea en el suero, 10 centgs. por litro. Glóbulos blancos, 19.800. Tiempo de coagulación 4 minutos.

15|6|1923.—Operación.—Anestesia al éter. Trendelenburg. Pfannestiel. Se descubre inmediatamente un tumor blando, extremadamente frágil, de un grosor mayor que un huevo de avestruz; es imposible extirparlo entero, pues las presiones necesarias para movilizarlo son suficientes para desgarrarlo; estamos obligados a quitarlo por trozos; sangra muy poco.

El tumor está incluido en el ligamento ancho derecho que se abre ampliamente, vaciando a dedo los restos del tumor adherentes a la serosa. Sin embargo, quedamos con la impresión de que quedan aún partículas debajo de la serosa vecina.

Se quita cuidadosamente algunas partículas de tumor que han sido arrastradas a la cavidad abdominal por las compresas colocadas al principio de la operación para proteger la gran cavidad peritoneal. No se quita el ovario izquierdo que parece estar sano.

Después de la ablación del tumor, el ligamento ancho derecho presenta una cavidad navicular que contiene exactamente un tubo de Radio de 100 u. c. d. h., filtro primario 2 mm. de platino; filtro secundario tubo de caucho ametálico de 2 mm. de espesor, todo rodeado de gasa, un grueso, hilo atado al tubo permitirá quitarlo en el momento oportuno

Dos compresas de un metro de gasa son introducidas en el vientre de manera de constituir un diafragma de protección a las vísceras. Cierre del vientre salvo en un punto por donde se retirarán el tubo y las compresas.

Diagnóstico histológico: Sarcoma, células polimorfas entre las cuales algunas son muy atípicas. Sobre ciertos puntos de la preparación se perciben formas de sarcoma fusocelular.

Después de la operación el vientre se distiende, es doloroso, desde las primeras horas después de la operación se empapa de un líquido seroso ligeramente hemático.

19|6.—Después de tres días se retira el tubo y las compresas; más de medio litro de líquido hemático se escurre en ese momento.

La operación de quitar las compresas a pesar de imbibición previa con agua oxigenada fué dolorosa. (La compresa se infiltra y por este hecho hace la asepsia dudosa. Además adhiere a los tejidos vecinos y no puede ser quitada sin dolor. Ulteriormente hemos introducido la compresa en un preservativo cerrado, obteniendo a la vez la presencia de un filtro permanente y una facilidad enorme para sacarla: basta vaciar

el preservativo de su gasa, para que éste que no adhiere, venga a la menor tracción).

Como evolución, algunos dolores abdominales, diarrea durante dos días; desde los primeros días del mes de Julio la enferma se encuentra bien.

26/9.—Base del ligamento ancho derecho indurada, infiltrada, voluminosa. Este día la sangre presenta: 4.230.000 glóbulos rojos y 9.600 glóbulos blancos en lugar de 19.800 que tenía antes de la operación.

7/7|1923.—Se comienza las sesiones de roetgenterapia profunda (1). Técnica: Las aplicaciones fueron perfectamente toleradas.

26/7.—La infiltración del ligamento ancho derecho está menos extendida y menos dura.

6/9.—Estado general excelente. Ligamento ancho derecho normal. A partir de este día nada de nuevo hay que señalar.

El 6 de Enero de 1930 la enferma está en perfecta salud.

OBSERVACION 2 Sarcoma del ovario

María C. de C. Entra a la clínica el 18 de Junio de 1928. 45 años. Múltipara. Bordet Wassermann: Hⁿ. Presión arterial: Mx., 15; Mn., 9. Urea del suero sanguíneo, 0.42.

Sufre desde hace 18 años: dolores en el vientre, en las piernas y en las caderas, acompañados de metrorragias importantes y prolongadas.

Hace cuatro años y medio que la vemos con un grueso vientre, palpamos un voluminoso tumor abdominal que sobrepasa el ombligo unos diez centímetros.

Aconsejo la operación que fué practicada por los doctores Nery y Antúnez Saravia.

Extirpación de un voluminoso tumor ovárico, de aspecto fibromatoso. Se desgarró la vejiga durante la operación. Salió de alta a los 17 días.

(1) Profesor Chaval.		Dist.	filt.	K. V.	Intesidad
7/7 1923. — Anterior	120 minutos	0.60	1 zn.	175	2
9/7 1923. — 20 x 20	120	0.50	0.50 cb.	185	2
11/7 1923. — 20 x 20	60	—	0.50 "		
11/7 1923. — Posterior	150				
20/7 1923. —	180	0.60	1 Zm.	—	2
21/7 1923. — Anterior	60	—	—		—

La enferma toleró perfectamente el tratamiento.

A continuación de esta operación las reglas fueron normales y la salud fué buena durante dos años y medio.

Luego los dolores y las hemorragias volvieron, el vientre creció de nuevo. Vista por el doctor Pou Orfila, a principios de 1928, con un estado general sumamente grave, profundamente anemiada, con polipnea, edemas generalizados y vientre distendido por una masa tumoral sólida del tamaño de un embarazo de seis meses. A pesar del mal estado general, se arriesgó la intervención, la cual fué laboriosa y muy hemorrágica, debida a la necesidad de desprender adherencias peritumorales con el epiplón, S. ilíaca, útero y ligamento ancho izquierdo. Se extirpó lo mejor posible el voluminoso tumor, pero el operador tuvo la impresión de que en la base de implantación del neoplasma, en el ligamento ancho izquierdo, quedaban restos tumorales. La situación de las infiltraciones y el mal estado de la enferma no permitía prolongar más el acto operatorio. Se trataba de un sarcoma encefaloide, con predominancia de células redondas.

Histología

19/6/1928.—Se encuentra hoy grueso vientre, tumor duro, redondeado, que sube hasta cerca del ombligo. Las presiones hechas sobre el polo superior de este tumor parecen transmitirse al cuello del útero. La histerometría da 12 cts.

27/6/1928.—Operación. Prof. Pou Orfila, Dr. J. C. Carlevaro. Interno Ríos.—Anestesia al éter. Laparotomía mediana infraumbilical; extirpación de la cicatriz de la laparotomía precedente: se cae sobre una masa constituida por un tejido duro, lardáceo, masa adherente en varios puntos al epiplón y que se extirpa entre dos ligaduras; esta masa tiene el volumen de un grueso durazno.

Se explora en seguida la cavidad abdominal: el útero grueso, desviado a la derecha, se encuentra rodeado de una atmósfera de adherencias que se respetan prudentemente. Al nivel del ligamento ancho izquierdo se rompe durante la exploración un quiste hemático; los tejidos que lo rodean tienen la apariencia de formación embrionaria de las que se extraen varios fragmentos para hacer un estudio histológico. Inmediatamente sobre esta región se aplican tres tubos de 10 mlgrs. de radio (filtro primario de 2 mm. de platino, secundario 2 mm. de cancho amético).

Se aíslan estos tubos de la masa intestinal por medio de filtros de distancia, constituidas por pliegues de gasa en acordeón encerradas en preservativos, la gasa que no puede mojarse, conserva de ese modo la distancia todo el tiempo que los filtros quedan en su lugar.

1|7|1928.—La enferma tolera muy bien el aparato radífero que se quita hoy al cabo de 4 días. Dosis 21. 6 M. C. D.

12|7|1928.—Movilidad uterina disminuída. A través del fondo de saco posterolateral izquierdo, se nota la presencia de una masa un poco difusa que tiene casi el volumen de un huevo de gallina; esta masa está situada en la zona de aplicación de los tubos de radio, y constituye la pared de una cavidad actualmente drenada y de donde sale un líquido seroso ligeramente purulento.

El fondo de saco derecho no contiene nada. Estado general: ha mejorado estos días.

17|7|1928.—La masa apreciable por el fondo de saco izquierdo llega a tener el volumen de un puño.

25|7|1928.—Se coloca sobre la parte inferior del vientre un aparato de cera con 10 tubos de radio de 75 u. c. d. h., filtrados por 2 mm. de platino a 3 cms. de distancia de la piel.

6|8|1928.—Se quita el aparato hoy, al cabo de doce días. Dosis: M. C. D. 216.

28|8|1928.—Por el examen bimanual se toca un útero aumentado pegado a la izquierda a una masa; el conjunto representa un volumen mitad menor que el tumor antes de la operación. La paciente está en perfecta salud.

30|11|1928.—Fondos de saco laterales retraídos y fibrosos. Tacto recto vaginal: ninguna masa sospechosa. La enferma ha aumentado diez kilos de peso. Su estado es perfecto.

21|10|1929.—La curación se mantiene. La enferma ha aumentado catorce kilos. El examen genital directo no muestra nada sospechoso.

Examen histológico: 1.º Los fragmentos del tejido que infiltraba la región del ligamento ancho izquierdo. (Dr. Domínguez). 27|6|1928.

Sarcoma a células redondas medianas y a células fusiformes cortas.

En algunos campos se observa una estructura fibromatosa confinante a un tejido de estructura especial que sugiere la idea de una transformación de fibroma en sarcoma.

2.º Fragmentos de epiplón adherentes a la pared: producción conjuntiva y exudativa linfocitoide nodular. Tejido de granulación con eosinófilos y quistes llenos de sustancias galatinosas. Pigmentos férricos.

COMENTARIO

La curación clínica se mantiene desde hace tres años. Actualmente se puede admitir que en este caso el radio ha llegado a esterilizar un sarcoma.

La prueba de la malignidad del tumor ha sido hecha por el estudio microscópico cuyos resultados han confirmado el diagnóstico clínico y operatorio.

Un tumor extirpado dos veces ha continuado evolucionando de tal modo, que una tercera operación ha sido juzgada necesaria más o menos a los dos meses después de la segunda.

Según el aspecto que ofrecía durante la tercera operación, el tejido del ligamento ancho izquierdo, y sobre todo después de la certidumbre dada por el estudio histológico de este tejido, que fué biopsado y librado en gran parte a la acción del radio, es imposible no admitir que es el radio el que ha sido el factor esencial de la curación.

Un tumor grueso como un huevo de gallina que se tocaba a través del fondo de saco izquierdo, dos semanas después de la operación seguida de curieterapia, llegó en algunos días al tamaño de un puño, para disminuir progresivamente y desaparecer al cabo de algunos meses. Al quinto mes no se tocaba más que fondos de saco retraídos y fibrosos. Por el recto no se tocaba masa sospechosa alguna.

Lo único que se puede decir de esta formación histológica, es que ella no ha sido adversa a la curación de la enferma, y que existía aún tres semanas después del fin de una sesión de 12 días de curieterapia externa con una dosis de 216 M. C. D.

1|2|1930.—El doctor Pou ve a la enferma que sigue clínicamente curada con estado anatómico local idéntico al del examen anterior.

19|12|1930.—Doctor Poey. Se halla perfectamente.

Examen genital: nada sospechoso.

Setiembre 1931.—Sigue curada.

OBSERVACION 3

Sarcoma del cuerpo del útero

Sabina P. de F.

1|8|1929.—56 años, múltipara. En menopausa desde hace diez años: en esta época lejana tuvo menorragias importantes que se atribuyeron a un fibroma del útero.

Ultimamente, en plena infección gripal (ella presentó un cuadro clínico semejante a la gripe), en una época en que no perdía más desde hacía diez años, vió aparecer corrimiento sanguíneo que al cabo de algunos días se transformó en una metrorragia importante.

La enferma tiene apariencia de sufrimiento y aspecto de una anémica pronunciada. El examen de sangre dió: hemoglobina 75 %. Hematíes 4.200.000. Glóbulos blancos 12.000. Bordet Wassermann: H⁸. Pre-

sión arterial: Mx., 16; Mn., 9. Corrimiento vaginal: diplococos, gram positivo, estreptococos.

Examen físico: Vagina corta, orificio externo dilatado a bordes indurados que da acceso a la cavidad cervical en donde el dedo explorador toca una gruesa masa blanda que sangra abundantemente, masa que viene de la cavidad uterina.

Al examen bimanual se siente un tumor uterino del volumen de una cabeza de feto a término.

Inmediatamente se practica una bliopsia que da al doctor Pou Orfila: tejido celular joven a tipo embrionario, en medio de vasos sanguíneos de carácter embionario igualmente.

Células polimorfas, algunas muy cargadas de cromatina, y otras en gran número, en diversas fases de kariokinesis.

No se ve en ninguna parte proliferación epitelial.

Se trata de un sarcoma, a células polimorfas, probablemente consecutivo a transformación maligna de un núcleo miomatoso.

8|8|1929.—Se introduce en el conducto cérvico corporal un lápiz de Canquoin, y pegado a la masa cervical polipoide un disco de la misma parte.

20|8|1929.—La pasta ha destruido una gran parte de la masa poliposa; el útero no llega a tener el volumen de un puño. El tumor que sangraba mucho no sangra más.

22|8|1929.—Principio de la sección curieterápica: se introduce en la cavidad una sonda Delamotte conteniendo 3 tubos de 75 u. c. d. h. cada uno, en tandem, filtrados por 1 mm. de platino.

29|8|1929.—No se ha interrumpido la irradiación sino durante el instante necesario cada día para el limpiado del tubo y la región. Hoy la masa intrauterina ha descendido; se le extirpa por pellizcamientos sucesivos con la pinza y la cureta cortante. Hay poca hemorragia. Se suprime el radio; en lugar del tubo se introduce una mecha impregnada en glicerina creosotada.

30|8|1929.—Se vuelve a colocar el radio.

Como la parte inferior del tubo queda en la vagina, se protege con gasa el recto y la vejiga.

1|9|1929.—No se dejan sino 2 tubos de radio colocados en la sonda introducida en el conducto cervical.

5|9|1929.—Terminación de la sección: **63 M. C. D.**, en 13 días durante los cuales el pulso y la temperatura son normales. El útero ha disminuído de volumen.

15|9|1929.—El útero en anteversión un poco más grande que un útero normal. Fondos de saco, un poco rígidos. Por el tacto recto vaginal nada anormal.

26|9|1929.—Diarrea probablemente provocada por sobrealimentación en una mujer sujeta a diarrea.

El útero es pequeño, el cuello normal. Vagina infundibuliforme. Peso. kilos 68, 860 gramos

22|10|1929.—Cuello duro y pequeño; cuerpo bien móvil, duro y pequeño; no hay infiltración periuterina. En el fondo de la vagina algunas sînequias que se desgarran sin hemorragia.

Desde entonces, el estado de la enferma es excelente.

En el comienzo de Enero de 1930, la cura clínica se mantiene.

8|2|1930.—La enferma nota un bulto en la fosa ilíaca derecha, y en efecto se siente una tumoración por la palpación, encontrándose separada del útero pequeño y bien movible. Persisten las diarreas. Una radiografía del ciego y colon ascendente es negativa. Se hace roengenterapia profunda.

Desde ese momento la enferma sigue mal: la tumoración aumenta, se produce ascitis y la enferma muere en el mes de Julio.

OBSERVACION 4

Resumen de la observación de sarcoma del téjido celular pelviano

Pabellón.—Obs. 6601.—Carmen C. de A. Edad: 29 años.

Entró el 8|7|1923.—Hace un año comenzó a sentir un cosquilleo en el flanco derecho que fué seguido de dolores; en este lugar la enferma tocó una pequeña masa que progresivamente se agrandó. Los dolores desaparecieron cuando el tumor adquirió cierto volumen. No ha adelgazado.

Examen: Cuello reblandecido, cuerpo agrandado, histerometría 15 ctms. A la palpación abdominal: tumor duro, regular, que va del pubis hasta 5 ctms. por encima del ombligo.

El 19|7|1923.—Operación.—Anestesia al éter. Incisión mediana infra y supra umbilical; el tumor grande como una cabeza de adulto tiene su polo inferior situado en el fondo de saco vésico uterino; rechaza la vejiga hacia abajo, el útero y los anexos hacia atrás; este tumor está por todos lados recubierto, como hundido en una atmósfera celulosa que se desgarrar con el dedo, a compresa y con tijera. Esta disección provoca una hemorragia bastante abundante, principalmente en la extremidad inferior en donde se encuentran gruesas venas. Se completa la operación practicando una panhisterectomía; en ningún momento se ve pedículo. De inmediato, se coloca en la cavidad resultante de la disección del polo inferior del tumor, 2 tubos de 100 u. c. d. cada uno, filtrado por 2 mm. de platino, otro tanto de caucho y algunos pliegues

de gasa; un hilo atado a cada tubo pasado en la vagina permitirá sacarlos en el tiempo que se quiera. Para aislar la gran cavidad abdominal se introducen bandas de gasa por encima de los tubos y la gasa. Cuarenta y ocho horas después se quitan los tubos y la gasa. Dosis: **9.6 M. C. D.**

Diagnóstico histológico: Sarcoma mixto, globo y fusocelular, focos de necrosis, vasos constituídos de endotelio simple. Células atípicas, focos de hemorragia.

Convalecencia normal.

El 8|7|1925.—Su salud ha sido buena hasta el presente; estos últimos días experimenta dolores intensos por momentos, que la obligan a estarse quieta. Una observación de algunos días en la clínica no permite ver nada de importancia. Por otra parte, se va de alta.

20|5|1926.—Vómitos, fiebre, diarrea sanguinolenta; dolores renales con hematuria. A la **rectoscopia** se encuentra una mucosa adenomatosa, con infiltraciones sanguíneas y pequeños coágulos sobre pequeñas ulceraciones.

Radioscopia: Recto adherente al ciego.

2|12|1926.—Excelente estado general. Tufaradas de calor muy molestas.

1929.—Primeros días de Diciembre.—Salud perfecta.

Presentado en la Sesión del 16 de Setiembre de 1931.

Preside el Dr. Carlos Stajano

Torsión del testículo

por el Dr. TABOAS

(No aparecerá en estos Boletines)

Presentado en la Sesión del 30 de Setiembre de 1931.

Preside el Dr. Carlos Stajano

Tratamiento de las hemorroides por la técnica esclerosante de Bensaude.

Por el Dr. R. RISSO, - J. L. BADO, relator.

En la comunicación que nos envía el doctor R. Risso, relata los resultados obtenidos en una serie de casos de hemorroides, por el tratamiento esclerosante preconizado por Bensaude.

He aquí el texto de su comunicación: