

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE MONTEVIDEO

Recuerda que fué el primero que señaló en la República Oriental del Uruguay la existencia del Nicolás Favre, mostrando tres casos en la Sociedad Uruguaya de Dermatología en 1925.

En total, en el período de 1924-1933, ha visto unos cuarenta casos, de los cuales treinta siguieron hasta su curación bajo su vigilancia.

De los tres enfermos que presenta, el debut en uno de ellos fué por lesiones herpetiformes; en el otro, por fenómenos de cistitis; en el tercero pasó inadvertido.

La reacción de Wassermann, que ya había encontrado parcialmente positiva en algunos casos, fué positiva en uno de ellos, sin síntomas de sífilis, por los procedimientos de Wassermann, Meinicke, Khan, y en distintos laboratorios.

La reacción se hizo negativa, sin intervención terapéutica antisifilítica alguna.

Ha encontrado grandes diferencias ópticas con la reacción a la resorcina de Vernes.

Ha hecho la cuti-reacción de Frei con resultado positivo.

Como tratamiento emplea el clorhidrato de emetina, la solución de lugol, la solución de sulfato de cobre amoniacal al 4 o/o en suero fisiológico al 8 o 9 o/oo.

Résumé. — J. May présente aux séances du 18 et 25 d'Octobre de 1933 de la Société de Chirurgie (Montevideo, Uruguay), trois malades atteints de lymphogranulomatosse inguinale benigne subaiguë ou maladie de Nicolas-Favre.

Il rappelle qu'il fut le premier, en 1925, qui signala dans la République Oriental de l'Uruguay, l'existence du Nicolas Favre, montrant trois cas à la Société de Dermatologie.

En total il a vu dans la période 1924-33, a peu près quarante cas, trente desquels on été soigné par lui jusqu'a guérison.

Des trois malades présentés, le début dans un d'eux fut par des lésions herpetiformes; dans autre, par phénomènes douloureux de cistitis; dans le troisième fût ignoré. Dans deux des cas la localisation était bilatéral.

La réaction Bordet Wassermann qu'il avait déjà signalée en 1925 partiellement positive dans quelques cas, était positive dans un de ces trois malades, sans antécédents de syphilis, (procédés Bordet Wassermann, Meinicke, Khan, dans divers laboratoires).

La réaction devint négative sans intervention thérapeutique anti-syphilitique.

Il a étudié aussi la réaction de Vernes à la resorcine en trouvant des grandes différences optiques.

Il a employé la cuti-réaction de Frei avec résultat positif.

Il emploie avec succès comme traitement le clorhidrate d'émétine, la solution lugol, la solution de sulfato de cuivre amoniacal (4 o/o dans solution de clorure de sodium en eau destillée au 8 ou 9 o/oo).

Un caso de dextrocolia y tumor retroperitoneal

Por los Doctores D. PRAT. H. CASIGLIONE y Pract. BARBEROUSSE

Hemos considerado de interés para la Sociedad de Cirugía, presentarle la comunicación de una observación de tumor retroperitoneal y disposición anormal de las vísceras abdominales.

Historia clínica.—Juan F. Gom., uruguayo, casado; de 49 años, procedente de Canelones ingresa en nuestro servicio del Hospital Pasteur por un voluminoso tumor abdominal.

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE MONTEVIDEO

Desde hace tres meses sufre de una molestia de la parte alta del abdomen, con impresión de tensión, sin dolor, a veces con puntadas que localiza en el hipocondrio izquierdo. No tiene ningún otro trastorno. Ha notado, además, un abultamiento del hipocondrio izquierdo que crece progresivamente y que le levanta el reborde costal izquierdo. No ha tenido vómitos ni ningún trastorno gastrointestinal. No ha habido ictericia ni prurito.

Antecedentes: Siempre fué sano; hace tres años dispepsia que desapareció con la supresión del mate y del cigarro.

Examen: Estado general y de nutrición, bueno. Apirético. Pulso 64, tenso, arterias duras de arterioesclerosis. Tinte normal de la piel y mucosas. A la inspección se nota una gran tumefacción que ocupa el hipocondrio, flanco, epigastrio y región umbilical izquierdas; esta tumefacción, redondeada, proyecta la pared abdominal y el reborde costal izquierdos, llegando hacia abajo hasta la horizontal que pasa por el ombligo. Circulación venosa suplementaria, sobre todo en la parte media. Vientre depresible, en el que la mano palpa una tumefacción redondeada del tamaño de una cabeza de adulto, que emerge del reborde costal, al que se aplica íntimamente, pero sólo en su parte externa, ocupando casi todo el hipocondrio izquierdo e irradiando una gran parte del flanco, región umbilical y epigastrio. Por su parte posterior no parece tener contacto con la pared lumbar, pues ésta conserva su forma normal, sin embargo cuando se hace la palpación bimanual de la región lumbar, el tumor toma contacto al presionarlo por delante, pero que es parcial y que se palpa al colocar al enfermo en decúbito lateral. Esto permite constatar el peloteo lumbar, sin contacto lumbar continuado.

Los contornos del tumor son netos y redondeados, hacia arriba desaparece debajo del reborde costal; abajo llega hasta la línea umbilico-iliaca, hasta dos traveses de dedo de la línea mediana y profundamente su contorno se hunde en pleno abdomen hacia la pared posterior. Este contorno redondeado le da la forma de una esfera incompleta, pues no podemos palpar el tumor en toda su extensión, ya que en el hipocondrio parece continuarse con las vísceras que allí se alojan.

La consistencia del tumor es resistente y mate en toda su extensión accesible. Traube conservado; no hay matidez esplénica.

El tumor se desplaza con los movimientos respiratorios, en cambio no tiene movilidad alguna en el sentido transversal.

La palpación de la tumefacción es completamente indolora en las maniobras de la exploración.

Hígado: Está grande, sobrepasa el reborde costal, una escotadura lo separa en el epigastrio del tumor. Borde superior a la percusión se localiza en el quinto espacio intercostal.

Corazón: Tonos lentos y apagados. Presión arterial: Mx. 15, Mn. 8.

Pulmón: Submatidez en la mitad superior del hemitórax derecho. Respiración y vibraciones normales.

Exámenes practicados: Orina, normal. Urea en el suero, 0gr.40. Tiempo de coagulación, 8 minutos. Tiempo de sangría, 1 ½ minutos. Fórmula leucocitaria: Polimorfos neutrófilos, 62 %; id. eosinófilos, 9 %; id. basófilos, 1 %; grandes mononucleares, 7 %; linfocitos y med. mononucleares, 21 %.

Reacción de Cassoni: Positiva a las 24 horas.

Reacción de Wassermann: Negativa.

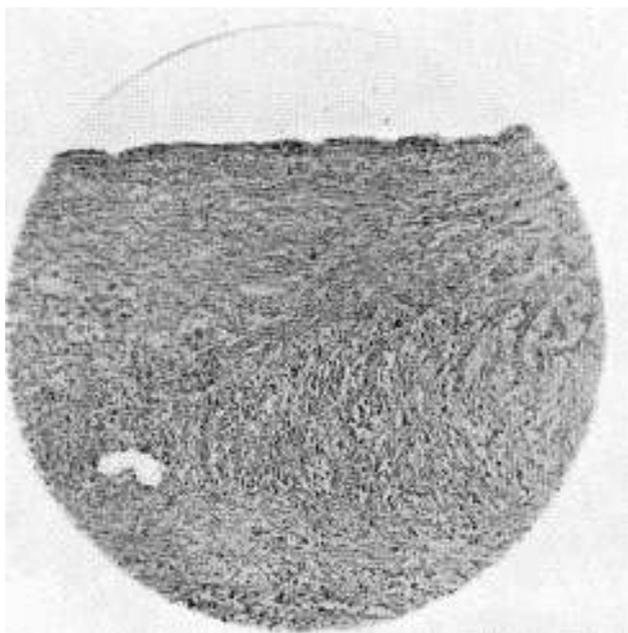
Examen de rayos X: Se hicieron varios exámenes, en el primero contestan: "Se constata trasposición cólica (descendente y omega a derecha y ciega, y ascendente a

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE MONTEVIDEO

izquierda). Se toman tres placas, una con insulación cólica, otra con enema opaco y otra con enema e ingestión de barita a la vez. — Dr. Vidal”.

Al día siguiente otro examen da: “Se nota trasposición de vísceras abdominales. La sombra correspondiente al hígado aumentada de volumen y con un borde inferior saliente. La sombra correspondiente al bazo se ve aumentada de volumen. El estómago está a la derecha de la línea media y se vacía por el duodeno orientado de derecha a izquierda. En una de las placas se ha llenado el colon por enema y el estómago por ingestión. En otra, se observa el colon lleno de barita y gases de insuflación. — Dr. Vidal”. (Véase radiografías fig.). En uno de los exámenes que presenciamos notamos que el colon estaba completamente dispuesto a la derecha y que el duodeno se dirigía hacia la izquierda, en sus primeras porciones. Creímos que el desplazamiento del colon hacia la derecha se debía al tumor.

Todos estos exámenes radiológicos fueron efectuados en el Servicio de Pasteur,



Pared del quiste wolffiano

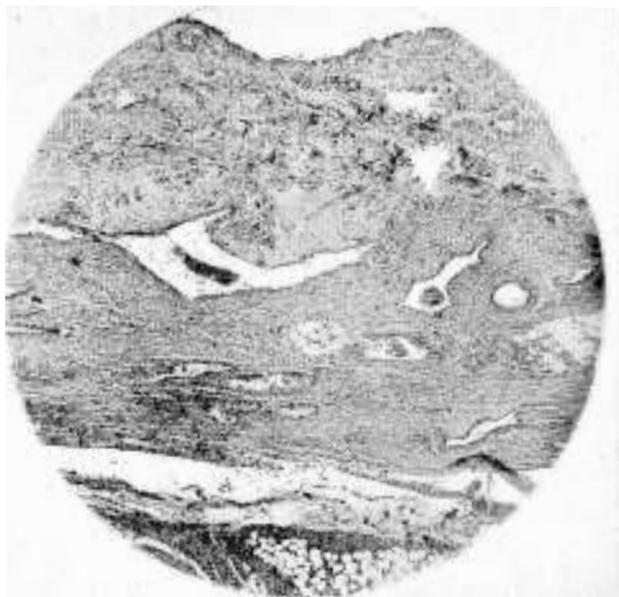
que dirige el Dr. C. Pelfort, por el Dr. Vidal, a quienes agradecemos su invaluable colaboración.

Diagnóstico: Con el diagnóstico de quiste hidático del bazo primero, y que luego fué cambiado por el diagnóstico de quiste hidático del hígado en un caso de trasposición de vísceras, se indicó la operación y se tonificó detenidamente al paciente para ella.

Digitalina. suero fisiológico y glucosado, cloruro de calcio, etc.

Operación. Julio 12/1933.—Prof. Prat Dr. Taboas. Pte. Barberousse.—Anestesia local, novocaina al 1/2 %. Incisión. Celiotomía trans-rectal izquierda. Abierto el peri-

toneo se encuentra un enorme tumor redondeado, de consistencia quística, cubierto por gran cantidad de vasos que lo cruzan en todas direcciones. No dudamos un momento de que se trata de una formación quística y después de proteger bien la tumefacción y de realizar una conveniente separación de los vasos superficiales en la zona de abordaje, hacemos una punción con el trocar de quiste ovárico y por aspiración se extrae un litro y medio de un líquido achocolatado y mal oliente, sangra la brecha bastante. No obstante esta evacuación el tumor no pierde ni su forma ni su consistencia, y persiste redondeado. Una exploración digital intratumoral nos hace notar que su interior está completamente lleno de masas fijas a la pared, lo que nos inclina al diagnóstico de cisticosarcoma. En este momento que suponemos un tumor maligno, damos anestesia general al enfermo, para tentar la extirpación del tumor. Dormido el enfermo, podemos explorar mejor el abdomen e insinuando la mano, entre la cara superior del tumor e inferior del hígado, lo que nos permite constatar que el



Pared del quiste wolffiano

tumor no es del hígado y que, por el contrario, tiene implantación retroperitoneal. El hígado está en su sitio, no hay trasposición de vísceras, pero no logramos ver ni palpar el bazo. Tratamos de liberar al tumor, pero debido a su gran vascularización periférica, éste sangra abundantemente. El polo izquierdo del hígado tiene adherencias netas al tumor, que se ligan y se seccionan. Seccionada la cápsula que envuelve al tumor y después de haber palpado y examinado, contra esta capa en el hipocondrio izquierdo, una pequeña masa del tamaño y forma de una oreja, que tomamos por el bazo. Suponemos que la tumefacción se ha formado a expensas del bazo y al querer hacer la liberación, encontramos un plano de clivaje pegado al tumor que nos permite un desprendimiento relativamente fácil y con muy poca hemorragia. Al llegar al

desprendimiento de la parte superior y posterior, nos damos cuenta que la tumefacción no es del bazo, sino pre-renal. También cambiamos de opinión, en lo que se refiere a la naturaleza del tumor, pues habiendo creído en el primer momento que se tratase de un tumor maligno por las masas intratumorales, nos dimos cuenta que éstas estaban constituidas por residuos quísticos y que, por lo tanto, debía tratarse de un quiste wolffiano. Continuamos el desprendimiento del tumor y llega un momento en que casi todo el tumor y también el riñón izquierdo están liberados, particularmente su polo superior e inferior. El parénquima renal parece de tamaño y volumen normales, la región del pedículo renal presenta gran cantidad de adherencias y fusionado con lo que creíamos que era el pedículo esplénico y pancreas. La normalidad anatómica del riñón izquierdo, asociada a la falta del estudio funcional previo del riñón derecho y la naturaleza benigna del tumor, nos indujeron a extirpar el quiste perinefrítico solamente, sin la nefrectomía que era necesaria para extirpar completamente el tumor. Se continúa, pues, la liberación de la cápsula del quiste, sobre todo hacia adentro, donde se le desprende de masa intestinal que resultó ser el duodeno, se le separa del páncreas y se aísla hasta la cara anterior del riñón. Se reseca la casi totalidad de la pared del quiste, dejando la parte correspondiente a la cara anterior del riñón. Se marsupializa este saco, suturando su borde interno al ligamento suspensor del hígado, que se presenta espontáneamente. Sutura de la brecha operatoria en la parte superior, y al llegar a los restos del saco quístico, se suturan los bordes a la pared músculo-peritoneal; sutura de la boca externa del quiste al peritoneo parietal y lo mismo se hace en la parte inferior, hasta conseguir suturar toda la circunferencia del quiste a los bordes de la brecha operatoria. Sutura del plano muscular de la incisión abdominal dejando una brecha de drenaje de unos ocho a diez centímetros con dos tubos de drenaje y mechas. Cierre de la piel con agrafes.

En el acto operatorio llegamos a la conclusión:

- 1.º De que no se trataba de un quiste hidático, sino de un tumor retroperitoneal wolffiano.
- 2.º Que no había trasposición de vísceras, el hígado y el bazo estaban en su sitio y el desplazamiento del colon a la derecha quedaba explicado por el tumor.

El enfermo no obstante el acto operatorio grave y traumatizante tiene un buen post operatorio, se despierta bien y pasa perfectamente ese día, cuando al día siguiente, encontrándose en excelentes condiciones, muere bruscamente al intentar un cambio de posición en la cama, al parecer de una embolia, dada la rapidez como fué fulminado.

Se realiza la autopsia, que practica el Dr. Castigioni Alonso, he aquí el protocolo obtenido:

Franc. Gom. de la Sala 27, Clínica del Prof. Prat.

Cadáver de un sujeto de mediana edad, con palidez intensa, presentando una herida operatoria (paramediana izquierda), con un drenaje, tubo y mechas.

Se amplía la incisión operatoria; se localiza el quiste, que ocupa el flanco izquierdo y parte del hipocondrio izquierdo.

La pared quística ha sido marsupializada. Es una pared gruesa, blanda, surcada por vasos grandes, presenta un color rojo negruzco. En su interior se encuentran algunos coágulos. En el acto operatorio se extrajo un litro y medio de líquido oscuro y gran cantidad de sustancia de aspecto sebáceo. Se extrae la implantación del quiste que hace cuerpo con el riñón izquierdo. En la parte superior del quiste se encuentra

una formación oscura, de unos tres centímetros de diámetro, de aspecto lardáceo al corte.

Extraído el quiste (wolffiano), se explora el abdomen.

El esófago se echa en el estómago a derecha de la línea media. El estómago está orientado de derecha a izquierda y se continúa con el duodeno, que está móvil lo mismo que el páncreas, que está situado en su totalidad a izquierda.

El ángulo duodeno-veyunal no existe, habiéndose fijado con un punto el asa duodenal a la pared lateral del abdomen.



J. J. G.—Quiste perinefrítico izquierdo wolffiano y dextrocolia. En esta radiografía se ve el colon descendente y sigmoideo totalmente desplazado a la derecha.

El bazo se encuentra a la derecha de la gran tuberosidad y muy alto (debajo del lóbulo derecho del hígado).

Bazo pequeño, bilobulado (pesa 40 gramos).

El yeyuno, ileon, se encuentran en su totalidad a izquierda.

El ciego se encuentra en la fosa ilíaca, el abocamiento ileal es normal; apéndice descendente interno.

El colon está todo desarrollado a derecha.

El colon ascendente al llegar a la cara inferior del hígado se dobla, descendiendo hasta cerca del ciego; se arquea de nuevo y asciende, contornea su primer ángulo y desciende por fuera de su primera porción; luego pasa por detrás de las porciones anteriores y se continúa hacia la pelvis (asa sigmoide) mediana.

Las distintas porciones del asa cólica están adheridas entre sí.

Hígado y vías biliares. — Hígado aplanado en el sentido antero-posterior, de color marrón rojizo, pesando 1.600 gramos.

Presenta en su aspecto general un tipo embrionario.

El prolongamiento caudado está sin fusionarse.

Es un hígado en que no se han desarrollado las caras, sólo presenta una cara superior y otra inferior, y cuyos medios de fijezas son muy débiles, pues no existen ligamentos coronarios.

La vesícula conserva su situación a derecha del ligamento suspensor, pero está a la izquierda de la línea media.

Pedículo hepático a izquierda.



J. J. G.—Quiste perinefrítico wolffiano izquierdo y dextrocolia. Colon descendente y sigmoide están totalmente desplazados a la derecha.

La aorta y la cava inferior tienen una disposición normal.

Tórax: Por la brecha del diafragma se explora el tórax; corazón, de tamaño, color y consistencia, normales. Su situación es normal.

Pulmones: De color gris-rosado, crepitan bien a la presión. De tamaño normal. No hay adherencias pleurales.

A una ampliación de informe que solicitamos el Dr. Castiglione nos contesta lo siguiente:

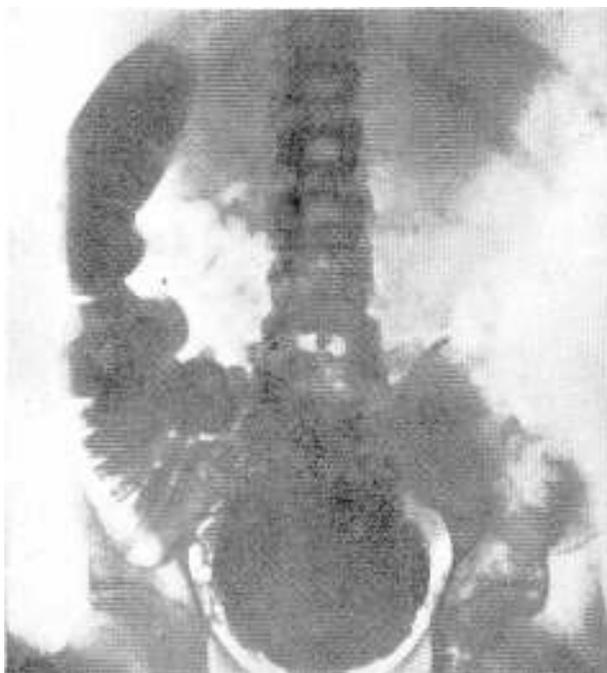
1.º Relaciones de la mesentérica superior con respecto al ángulo duodeno-yeyunal.

La arteria mesentérica superior tiene un origen normal, inclinándose a derecha. Sin haber hecho una investigación cuidadosa y precisa creemos que la mesentérica

estaba colocada a la derecha del asa yeyunal descendente, sin existir ángulo duodeno-yeyunal.

2.º Como estaba el colon y sigmoide.

Todo el intestino grueso está situado a derecha de la línea media. El ciego, que está bajo, se continúa con el colon ascendente, el que al llegar a la altura del borde inferior del hígado se acoda (ángulo hepático), descendiendo sobre la cara interna de la porción ascendente hasta cerca del ciego, donde se acoda de nuevo (ángulo esplénico), para contornear la porción anterior (colon transverso) y la porción ascendente, a la que cruza por detrás cerca del ángulo derecho subhepático, para cruzar oblicuamente la fosa iliaca derecha y entrar en la pelvis (asa sigmoide). Las distintas



J. J. G.—Quiste perinefrítico izquierdo, wolffiano y dextrocolia.
El estómago está a la derecha de la columna vertebral, y el duodeno relleno por comida opaca, está orientado de derecha a izquierda.

porciones están unidas entre sí, no siendo esa adherencia continua, por lo que el colon se presenta en su parte superior como abollonado.

3.º El hígado presenta un tipo embrionario:

- a) Sus dos lóbulos tienen un desarrollo casi igual (con dos caras, superior e inferior).
- b) El ligamento suspensor es flojo y está situado a izquierda de la línea media.
- c) Los ligamentos triangulares están bien desarrollados.
- d) La relación con la cara inferior es normal: a derecha, y muy fuerte.

Estudio histológico de las piezas de F. G., Sala 27. Prof. Prat.

Hígado.—Los cortes no muestran nada anormal. Se hace hematoxilina-eosina y

carbonato de plata. El sistema fibrilar intralobulillar (Gitterfassen) es muy reducido y a fibrillas delgadas.

Pared quística.—La pared quística presenta un recubrimiento epitelial cilíndrico en algunas partes y casi plano en otras. Falta en muchas zonas, encontrándose a ese nivel numerosos coágulos sanguíneos. Por debajo del epitelio la pared del quiste es muy rica en vasos (arterias y venas), rodeados de un tejido conjuntivo joven, rico en células de núcleos muy cromáticos. Por su parte externa el quiste adhiere al riñón izquierdo por un tejido fibroso abundante.

Riñón.—Los cortes de riñón izquierdo presentan en algunas partes el aspecto del riñón fetal, con el sistema tubular comprimido y una gran riqueza de tejido conjuntivo celular intersticial. Glomérulos normales.

Riñón derecho de estructura normal (véase microfotografías).

Diagnóstico histológico: quiste wolffiano.

Tal es el caso que nos ha deparado la casuística hospitalaria y que se presta a interesantes consideraciones de orden clínico y embriológico. Nos ocuparemos ante todo del diagnóstico de este interesante enfermo. Al hacer la presentación clínica del caso a los estudiantes, establecimos que era nuestra norma corriente en la clínica establecer primero el diagnóstico topográfico o diagnóstico de órgano, para hacer de inmediato el diagnóstico de naturaleza del proceso patológico. En este caso que parecía difícil y complejo, seguiríamos una conducta inversa, haríamos ante todo el diagnóstico de la lesión, que parecía evidente, y a continuación estableceríamos el órgano asiento de la lesión.

Aceptamos sin duda alguna que nuestro enfermo era portador de un quiste hidático; basamos este diagnóstico en: 1º) La forma redondeada casi esférica del tumor y su franca renitencia. 2º) Su lenta evolución en un hombre de campaña, con excelente conservación del estado general. 3º) Su indolencia casi completa. 4º) Una reacción de Cassoni francamente positiva y una eosinofilia de 9 %.

A la verdad que no se podrían pedir más datos positivos en favor del quiste hidático que los que presentaba este paciente, lo que nos inclinó francamente al quiste hidático.

El diagnóstico topográfico era algo más difícil, pero prácticamente ese tumor sólo podía tener origen en uno de estos tres órganos: el hígado, el riñón o el bazo.

Tumor del hígado. Ciertos tumores del lóbulo izquierdo del hígado y en especial, un voluminoso quiste hidático de esta porción izquierda del hígado, pueden presentar una sintomatología clínica semejante a la de nuestro paciente. Sin embargo, ese diagnóstico lo descartábamos porque el tumor en su desarrollo superior tenía tendencia a dirigirse francamente hacia el hipocondrio izquierdo, para arriba y afuera y no como los tumores del lóbulo izquierdo del hígado que van hacia arriba

y adentro, hacia el epigastrio, pudiéndose palpar a veces la continuidad del tumor con el hígado.

Además, en estos tumores, la matidez hepática se continúa con la del hígado y en nuestro enfermo existía una franja de sonoridad vertical que separaba la parte izquierda del hígado del tumor. Por otra parte, la movilidad respiratoria del tumor era pequeña, no como corresponde a la movilidad de un tumor hepático directamente desplazado por el diafragma en sus movimientos de ascenso y descenso.

Por todos estos elementos desechamos el diagnóstico de hígado.

Tumor del riñón. La situación topográfica del tumor de nuestro paciente era la que se observa en los tumores del riñón, pero tratándose de una tumefacción tan voluminosa (cabeza de adulto), nos llamaba la atención de que ella no tuviese contacto lumbar y sí sólo peloteo durante el examen. La fosa lumbar estaba libre, dejando hundir en ella la extremidad de los dedos de la mano que palpaba. No existía ningún trastorno funcional urinario y a la insuflación que hicimos del colon durante el examen, ninguna franja de sonoridad vino a interponerse entre el tumor y la pared.

Estos datos clínicos nos indujeron a desechar el diagnóstico de tumor del riñón.

Quedaba, en último término, la localización topográfica del bazo para asiento del tumor, que es la que desde los primeros momentos inclinó nuestras simpatías. Para la localización esplénica, el tumor tenía la ubicación franca del hipocondrio izquierdo, que parecía llenar toda la logia de Constantinesco, con invasión del flanco, epigastrio y región umbilical, que es la invasión habitual de los grandes tumores esplénicos, sin tener contacto lumbar. El tumor se insinuaba y desaparecía contra el reborde costal, bien adherido a la parrilla costal, como lo hacen también los tumores esplénicos y tenía de éstos la relativa movilidad, la respiración. No se palpaba el borde anterior del bazo con sus características escotaduras, pero dado lo voluminoso del tumor, no era de extrañarse la falta de este signo, lo mismo que la ausencia de la matidez torácica en la región del bazo, que no podíamos explicar.

Estos datos clínicos positivos en contraposición de los citados anteriormente para descartar el hígado y el riñón, nos hicieron aceptar el diagnóstico de quiste hidático del bazo.

Al realizar el examen radiológico y comprobar la trasposición de las vísceras abdominales, ciertas dudas que tenía nuestro espíritu para aceptar sin vacilaciones ni reparos ese diagnóstico, parecieron aclararse y entonces nos pareció que el caso se simplificaba mucho, pues se trataría en suma de un simple quiste hidático del hígado en un enfermo

que tuviera una trasposición abdominal de vísceras, es decir, que tuviera el hígado a la izquierda. El dato también confirmado con la radiología de la situación a la derecha del colon ascendente y descendente, no nos llamó mayormente la atención, pues lo explicamos por un simple desplazamiento del voluminoso tumor.

En esta forma creimos definitivamente establecido el diagnóstico y con la operación nos convencimos que habíamos cometido un doble error, puesto que nuestro enfermo no tenía ni un quiste hidático ni era tampoco un verdadero caso de trasposición de vísceras del abdomen, pues se trataba de un quiste wolffiano y de una distrofia del colon, una dextrocolia por torsión embrionaria anormal e incompleta del asa vitelina y una trasposición de vísceras del abdomen superior por rotación embrionaria inversa a la normal. Hay que confesar que el error era muy factible dado que estos casos son sumamente raros y que aunque no se hizo el diagnóstico real, estuvimos bien próximos a él cuando se aceptó la trasposición de vísceras que existía en el vientre superior, y que es lo que está más próximo a una dextrocolia. El error entre un quiste wolffiano y un quiste hidático, es sumamente explicable por la sintomatología especial de nuestro caso y por las circunstancias particulares como se presentó.

Antes de pasar adelante trataremos de analizar, aunque sea de una manera muy precisa y suscita, la naturaleza del tumor que estudiamos. Entre los tumores retroperitoneales para-renales, hay dos grandes grupos de tumores: 1º) los tumores sólidos paranefríticos y 2º) los tumores perinefríticos.

Aceptamos con Lecéne que el tumor paranefrítico es el neoplasma sólido retroperitoneal, que presenta con el riñón vecino intacto, relaciones anatómicas íntimas y que parecen desarrolladas a expensas de la cápsula fibrosa o de la envoltura célula-adiposa del riñón. La presencia de líquido en nuestro tumor, contenido en un saco conjuntivo recubierto de epitelio, nos permite descartar desde ya el diagnóstico de tumor sólido paranefrítico y aceptar el de quiste perinefrítico, caracterizado precisamente por el saco conjuntivo, cuya pared interna está recubierta de un epitelio o endotelio.

Se acostumbra dividir los quistes paranefríticos en tres grupos: a) quistes paranefríticos propiamente dichos, b) quistes hidáticos y c) quistes dermoideos

En nuestro caso podríamos tener dudas de si se trataba de un quiste perinefrítico o de un quiste dermoideo, sobre todo porque durante la operación nos pareció constatar que el quiste estaba lleno de sustancia sebácea, pero como el quiste dermoideo no está recubierto

de epitelio, nuestro tumor tiene que pertenecer al quiste perinefrítico tipo woiffiano. Es de lamentar que una muestra que tomamos para examen de la sustancia intraquística, que nos impresionó como materia sebácea, se haya extraviado y nos haya privado de la confirmación segura del laboratorio; pero por los caracteres histológicos, podemos catalogar el tumor en estudio como quiste perinefrítico wolfiano.

Descartada la fase clínica de nuestro caso, estudiaremos ahora la parte embriológica. Nuestro enfermo presentaba una evidente distrofia cólica, con todo el colon alojado en la parte derecha del abdomen y el delgado en la parte izquierda, con hígado de tipo embrionario, bajo, a la derecha y páncreas a la izquierda, con ausencia además de ligamentos y mesos normales del abdomen.

¿Cómo se explica esto? o ¿a qué variedad de malformación embriológica corresponde nuestro caso?

La evolución y disposición de las vísceras abdominales que derivan de la rotación del asa intestinal primitiva, puede presentar anomalías de rotación que pueden clasificarse en tres grandes grupos:

- 1º La falta de torsión del asa vitelina y que origina el intestino grueso posterior, retromesentérico.
- 2º Torsión incompleta del asa umbilical en el sentido normal y que ocasiona la sinistrocolia.
- 3º Torsión incompleta del asa umbilical en el sentido inverso al normal y que da lugar a la dextrocolia.

Nuestro enfermo corresponde a este tercer grupo; el asa intestinal primitiva realizó una torsión en sentido contrario al normal, es decir, de izquierda a derecha o sea en el sentido de las agujas de un reloj, de manera que todo el colon vino a colocarse en la parte derecha del abdomen y el delgado en la parte izquierda. A esta anomalía de torsión respondía la presencia del colon en el lado derecho y que nosotros al plantearse el diagnóstico de trasposición de vísceras en nuestro caso, creímos que esa situación anormal del colon, se debiera al desplazamiento provocado por el tumor.

Pero al mismo tiempo que el asa umbilical embrionaria realizaba su rotación en sentido inverso al normal, los órganos contenidos en el mesogastro primitivo realizaban también una ligera rotación contraria a la normal, vale decir, de derecha a izquierda, también en la dirección de las agujas de un reloj, y es así como resultó un hígado embrionario, sin cara posterior y sin ligamentos coronarios y con la vesícula a la izquierda; el estómago colocado a la derecha de la línea media del abdomen, con la gran curva a la derecha y la pequeña a la izquierda,

y el duodeno dirigido hacia la izquierda y el páncreas orientado de izquierda a derecha, sin ángulo duodeno-yeyunal y la mesentérica a la derecha del asa yeyunal. Finalmente el bazo estaba colocado a la derecha.

Todas estas anomalías de posición de las vísceras del abdomen en nuestro caso, quedan perfectamente explicadas por la torsión en sentido inverso al normal del asa umbilical primitiva y torsión también anormal concomitante de las vísceras del espacio superior del abdomen, como lo pone de manifiesto la figura ., y que está perfectamente de acuerdo con las conclusiones del interesante trabajo de Hecker, Grinwald y Kühlmann, sobre las anomalías congénitas de forma y posición del intestino grueso, publicado en la Revue de Chirurgie de 1926.

Quedamos, pues, en que nuestro enfermo tenía dos grandes procesos de tipo embrionario: a) una distrofia o disposición anormal total de las vísceras abdominales y un tumor retroperitoneal constituido por un quiste wolffiano.

Esta disposición anormal del intestino y de las vísceras, fué perfectamente tolerado por el enfermo, cosa que no le provocó ningún trastorno: su concurrencia al médico fué debida a la presencia del tumor abdominal que, al estudiarlo, puso de manifiesto las anomalías embrionarias de las vísceras.

En el acto operatorio, después de haber establecido, con el auxilio de la radiología, el diagnóstico de trasposición abdominal de vísceras, creímos y quedamos convencidos que no había tal trasposición visceral, pero la autopsia se encargó de revelar la disposición anormal de las vísceras. La intervención sobre el tumor wolffiano se redujo a extirparlo dejando su implantación para-renal y cuando creíamos que el paciente se salvaba, murió bruscamente por una embolia.

Dr. Echegorry. — El profesor Mérola ha operado un enfermo análogo, pero en el que no se exploró completamente el abdomen. Existía el ángulo de Treitz y el tumor asentaba en la cara anterior del riñón por encima del pedículo y desplazaba el ángulo de Treitz a la derecha. El bazo estaba desplazado hacia arriba. El volumen del tumor era de unos 300 a 500 gramos.