

Sesión científica del día 26 de junio de 1933

PRESIDENCIA DEL DR. PI SUÑER

## Endometriosis. Contribución anatomoclínica y exposición doctrinal.

por el Dr. VÍCTOR CONILL

Caso 1.º Una campesina de 37 años, opara, ingresa en la Clínica muy demacrada y con fenómenos inflamatorios agudos radicando en un gran plastrón que, en varios meses, se ha formado en la cicatriz laparatómica de una ligamentopexia practicada 6 años atrás en otro Instituto. Se abre espontáneamente la misma noche, sale abundante pus y al cabo de unas semanas, siendo, según dice, recidivante el proceso, persistiendo invariable la supuración y en la creencia de que algún cuerpo extraño (seda, etc.) pudiera mantenerla, abro la cavidad abdominal, por fuera de la zona infiltrada, hallo el útero con huellas de la sutura de los ligamentos en su cara anterior en la parte derecha y en la izquierda el campo está ocupado por masas de infiltración que comunican con el plastrón abdominal y estableciendo grandes adhesiones con las proximidades. Extirpo lo que puedo de útero y masas inflamatorias (en conjunto como dos puños) y dejo Miculicks. La operación no resolvió nada; continúan demacración y supuración. Pensando en tuberculosis hago gran radioterapia; su fracaso en largas semanas me lleva a pensar en actinomicosis. Un mamelón que emerge por el trayecto fistuloso, al examen microscópico nos da el diagnóstico: endometrioma (Fig. 1). A los 4 meses de la operación la enferma está en plena caquexia y muere, poco después, en su localidad.

Caso 2.º Mujer de 32 años, O para; tumor inguinal del lado izquierdo y del tamaño de una avellana; produce dolores coincidiendo con las reglas. Adherido a ligamento ancho y a toda la vecindad, al corte de consistencia dura y al examen microscópico: endometrioma (Figs. 2 y 3).

Caso 3.º 27 años, 6 meses de matrimonio. Tumor quístico central,

como un huevo de avestruz, que provoca dolores. Dismenorrea progresiva. Laparatomía; grandes adherencias a cara posterior de útero y sigma, que hacen difícil la extracción. Contenido como de jarabe de chocolate. Curación rápida. Al microscopio: endometrioma; epitelio cúbico por presión del líquido, corión en fase hemorrágica (Figs. 4 y 5).

#### ANTECEDENTES

La investigación ginecológica en este particular se había detenido en la aceptación por Cullen (1896) (1) de nódulos miomatosos con inclusiones glandulares, y por Löhlein (1889) (2) de formaciones quísticas con pared propia en fibromiomas. Por otra parte, el poder de invasión que asiste a algunas de estas formaciones adenomatosas era conocido desde el siglo pasado. El interés culmina con Sampson (3) al decir en 1921 que el hematoma del ovario es, con frecuencia, un endometrioma, o sea, que la entidad que había llegado a nosotros con la denominación de apoplejía del ovario (Fargas (4) y otros) es una heterotopia, tal vez una metaplasia, de mucosa que funciona (Blair Bell)(5), que sangra en las reglas, sangre que se fragua una cavidad, se hace siruposa, como la de toda atresia, dando el aspecto que los alemanes llaman de «teer» (brea) o «schokoladencysten» y que en un artículo de vulgarización se traduce bondadosamente por quistes de té o chocolate.

Desde Sampson, pues, se funden en un solo grupo anátomo-patológico los adenomas de apariencia endometriode que se han encontrado desde el ombligo el periné. Y se llama: Endometriosis, Endometrioma, Adenomiosis, Adenoma endometriode, Enclavoma, Solenoma (gr. canal epitelial) y otros nombres que recoge Jayle (6). Opinamos con Seitz (7) que de todos, el más propio es el de Endometriosis.

Muy lejos de mí el defender la prioridad de los estudios de Sampson y quiero, por tanto, hacer honor a la cita de Heim (8) en su artículo doctrinal, y otros, (Winestine, etc.) respecto a que Pick hubiera descrito en 1905 el «adenoma endometrioides ovarii» denominación de Aschheim (9) quiere perpetuar, pero sí debo hacer constar mi extrañeza de que en la estadística elaborada por Kusuda (10), aparecida en 1925, cuyo extracto tenemos a la vista, referente a 1129 tumores del ovario de 10 1/2 años, de la clínica de Bumm, microscopizados por Robert Meyer, no se habla, para nada, de endometriosis.

#### EXPERIMENTOS

Sampson había dicho que la presencia de glándulas edometriales en el ovario es debida al transporte de fragmentos menstruales a través de la trompa que los deposita en la superficie y que, por un hecho de corrosión profundizan. Para ello es ya un dato favorable el que Robert Meyer e Ikahachi-Kitai (11) hayan demostrado el poder histo-

lítico, transitorio de de todos modos, a diferencia de las neoplasias malignas, del estroma de las heterotopias endometriales explicando, además, el crecimiento de estas heterotopias por el poder constructivo inherente a tal estroma, como se revela en el postmenstruo y postparto.

Precisaba, además, demostrar la posibilidad de transporte, a través de la trompa, de secuestros endométricos y, no menos, la supervivencia de éstos lejos de su lecho natural. La investigación se movió por aquí y han sido Novak (12), Baer (13), Bailey (14) que han encontrado fragmentos endométricos libres en la trompa; en tanto Katz (15), Spirito (16), Jacobson (17) y Albrecht (18) logran transplatación de mucosa uterina en el peritoneo de la coneja, a condición de que haya ovarios, en la publicación de Katz, incluso en los castrados en otra posterior con Szenes (19); Ferracciu (20) que logra supervivencia de fragmentos de útero; R. Frank (21) que produce endometriosis experimental en la cavidad torácica de la rata; Dellepiane (22) que logra supervivencia en el ovario de la perra; Gafiami, Traficanti (23) y Sodano (24) en el de la coneja y este último, con formación de quistes endometrioides y Schochet (25) que logra transplatación en el hígado.

Por otra parte, hay observaciones de endometriosis pelviana consecutiva a una insuflación tubárica; así Culberston (26) y que han movido a Rubin (27) a manifestar su parecer en contra de esta posibilidad. Advierte Sampson que la histerometría, laminaria, raspado, además de la insuflación, pueden propagar fragmentos mucosos.

Que la dolencia no es exclusiva de la especie humana, lo dicen los hechos antes consignados, los éxitos de transplatación en el mono por Jacobson (28) y particularmente el hallazgo por Letulle, Maurice y Petit (29) de endometriosis espontánea en el útero de la perra y por Fraser (30), muy extensa, en el macaco hembra.

De modo que, a pesar del dato en contra de Cogliandro (31) o mejor, aceptando con él la necesidad de cierta predisposición a estímulos oncógenos, los datos de laboratorio son favorables a lo que esperaba Halban (32), a demostrar la capacidad de supervivencia y aún de desarrollo de los fragmentos de endometrio, hecho que consagra definitivamente Schmid (33) al lograr menstruación periódica en una histerectomizada, a la que autoinjertó endometrio en la vagina. Otro dato se exigía para explicar la patogenia de los «teercysten», la capacidad de reacción decidual, digamos premenstrual, de las heterotopias endometriales. Desde la referencia ligera de R. Meyer a Ikahachi-Kitai (34) en los primeros años de estos estudios, sobre el hallazgo de heterotopias endometriales «funktionierende», incluso con hipertrofia patológica, y coetáneamente Aschheim (35) que presenta cortes demostrativos de las fases menstruales de la mucosa heterotópica y contenido de glucógeno, hasta el mismo Aschheim (36) en otra publicación, Lochrane (37), Schaaning ((38), Winestine (39) y White (40) que encuentran células francamente deciduales en endometriomas concomitando con embarazo, todo contribuye a afirmar este concepto.

## ESTADO DE LA CUESTION

La literatura de los últimos 11 años consultada por nosotros comprende 183 trabajos, que dan referencia de 804 casos de endometriosis, correspondiendo a la localización uterina 183, ovárica 178, en la cicatriz laparotómica 70, en el ombligo 24, tubárica 18, vesical 16, rectovaginal 15, pélvica difusa 14, inguinal 6, intestinal 6, apéndice 3, perineal 3, crural 3, gran labio 2, de la porción vaginal 1, de la línea alba (sin cicatriz laparotómica) 1, del ligamento redondo intraperitoneal 1 y sin precisar localización 260. Polster (41) en 1929 decía ser 1000 los casos publicados y Kaulich y Gömöri (42) hablan, en estos días, de 3000. Atribuimos a deficiencias bibliográficas nuestras el no haberlos encontrado; tampoco, y probablemente por el mismo motivo, el centenar de casos de endometrioma de la cicatriz laparotómica a que aluden Usandizaga y Sánchez-Lucáz (43), ni los 30 de localización inguinal a que alude Dietlein (44).

Hasta hoy no se han registrado localizaciones, que sepamos, más que en formaciones anatómicas comprendidas entre el ombligo y el periné, y, dentro de la especie humana, exclusivamente en la mujer.

## ORIGEN

La primitiva concepción de Sampson se sostiene. Durante la menstruación algún fragmento mucoso puede enfiar la trompa y por un mecanismo retrógrado, digamos antiperistáltico, fácil de imaginar, ser depositado en la superficie del ovario y una vez allí, por el poder histolítico de las células del estroma o aprovechando la brecha de una rotura folicular, puede el fragmento profundizar y desarrollarse un quiste hemático. La calidad de hemático es consecuencia de la función menstrual de la mucosa. Datos recientes de investigación, ya consignados y de diversa procedencia, abonan la opinión de Sampson. El mismo transporte retrógrado ha sido estudiado y afirmado por Brakemann (45) en neoplasias malignas del cuerpo uterino.

Esta teoría, de notable simplicidad, defendida por Vogt (46), Ulesko-Stroganowa (47), Marion Douglas (48), Maxwell (49), Palazo (50) Usandizaga Sánchez-Lucas (51), para su caso, bastó para explicar la localización ovárica, pero a medida que se agrandaba el grupo de los endometriomas, se hacía insuficiente. Aceptando la rotura de «schokoladencysten» podía, incluso, explicarse la endometriosis peritoneal difusa, por transplatación, como ha dicho Sampson; un punto de sutura que atraviesa la cavidad uterina en la histero o ligamentopexia puede convertirse en un conducto de siembra endometrial en peritoneo, como creemos ocurrió en nuestro primer caso, o en la cicatriz laparotómica; como asimismo en la histerectomía o cesárea se pueden depositar fragmentos endométricos en aquella herida; pero quedaban sin explicar el adenoma endometriode primitivo del om-

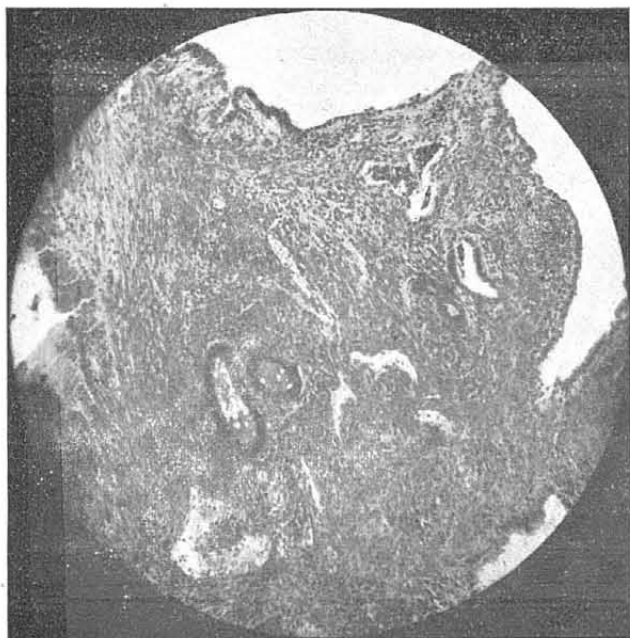


Fig. 1. — Caso 1.º Endometrioma originado en la zona de ligamentopexia y abierto a través de la cicatriz laparotómica. Cubierta de epitelio cilíndrico. Glándulas endometriodes en pleno estroma y vasos en abundancia.

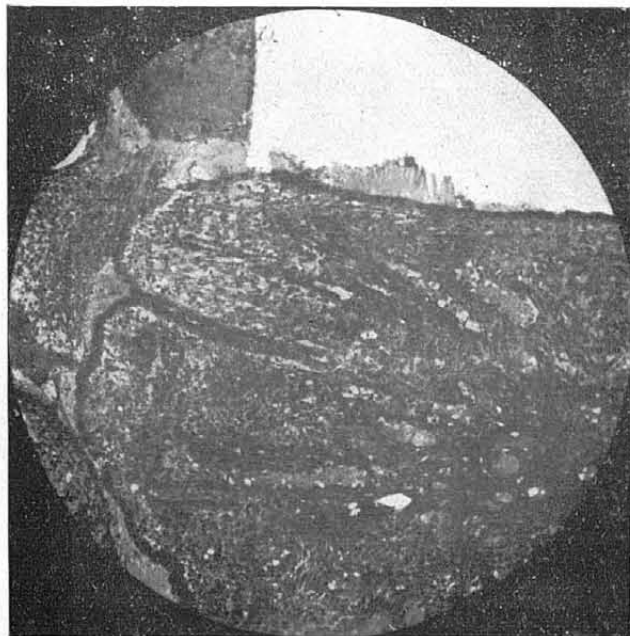


Fig. 2. — Otro campo del caso 1.º. Disposición de las glándulas recordando el endometrio. Multitud de vasos neoformados,

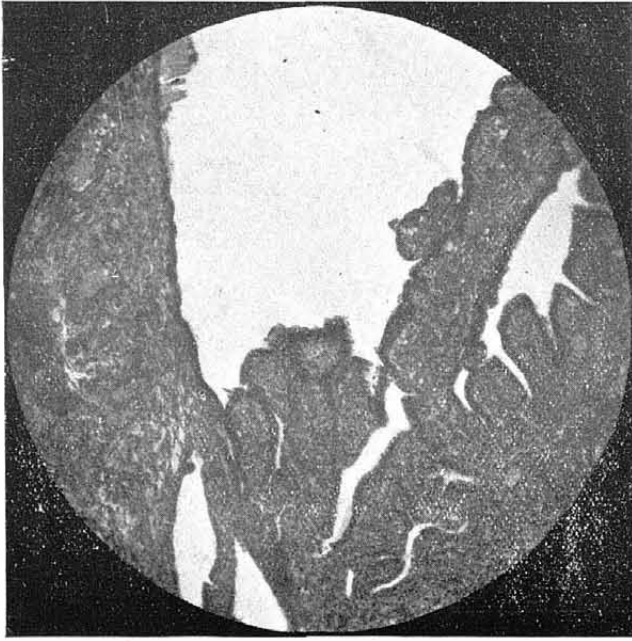


Fig. 3.—Otro campo del caso 1.º. Glándulas con gran exuberancia de estroma citógeno.

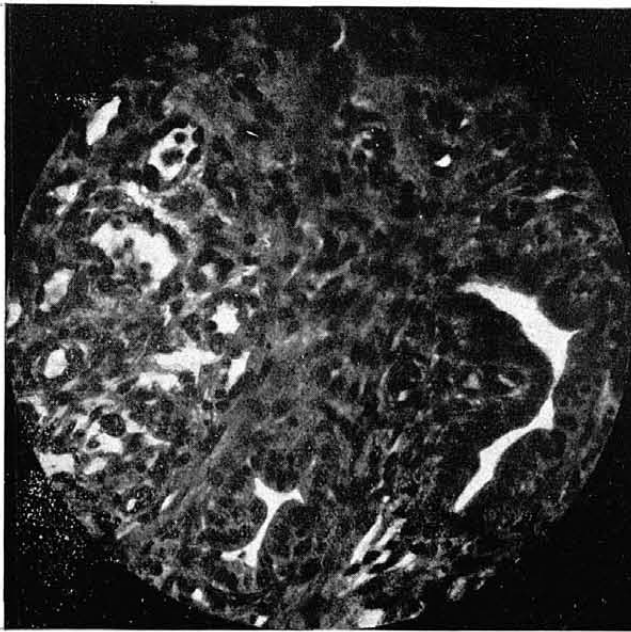


Fig. 4. — Otro campo del caso 1.º. Gran neofonnación vascular que ofrece aspecto cavernoso. Dos glándulas, en esta preparación típica la A, con cierta atipia la B.

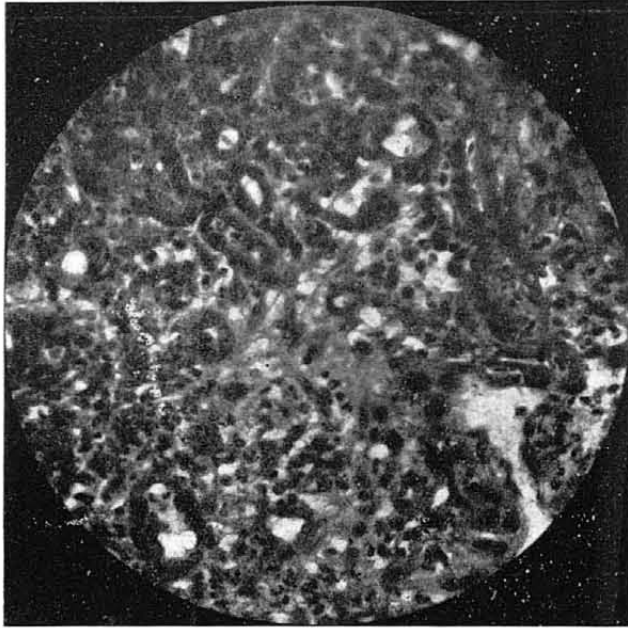


Fig. 5. — Otro campo del caso 1.º Tejido citógeno y vasos trombosados. Infiltración inflamatoria.

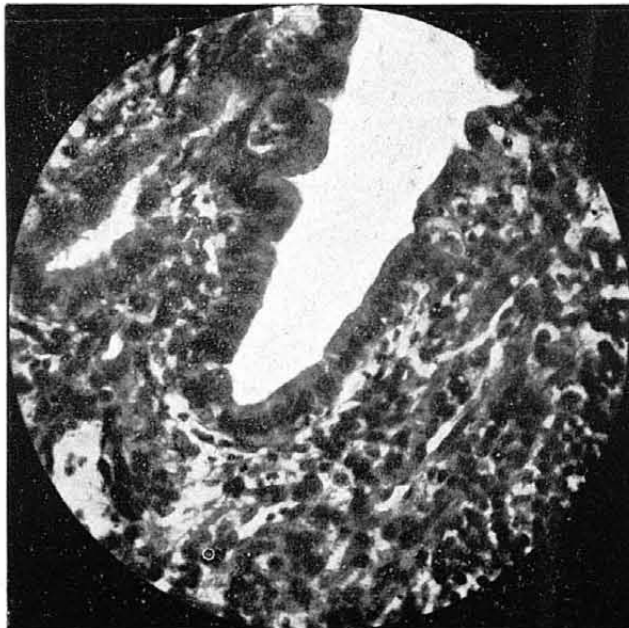


Fig. 6. — Detalle de las formaciones endometrioides.

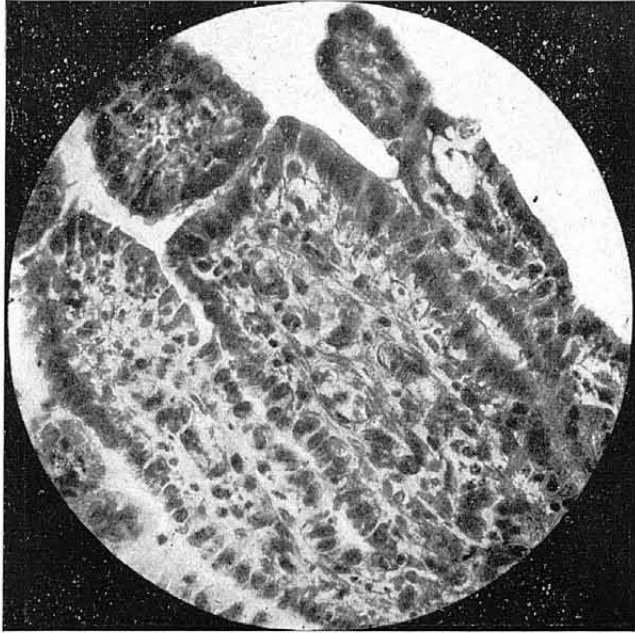


Fig. 7. — Detalle de las formaciones endometrioides con gran relieve del estroma citógeno.



Fig. 8. — Caso 2.º. Endometrioma inguinal. Visión de conjunto. Típico epitelio cilíndrico.

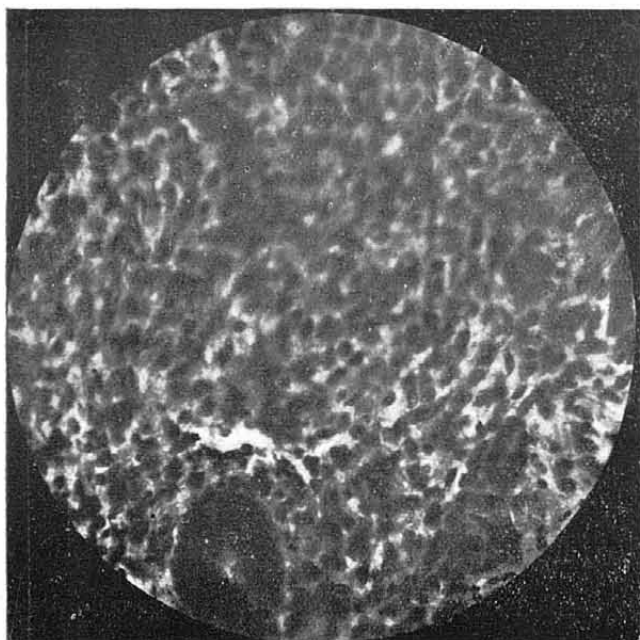


Fig. 9. — Detalle de la micro anterior. Una glándula incluida en pleno estroma.

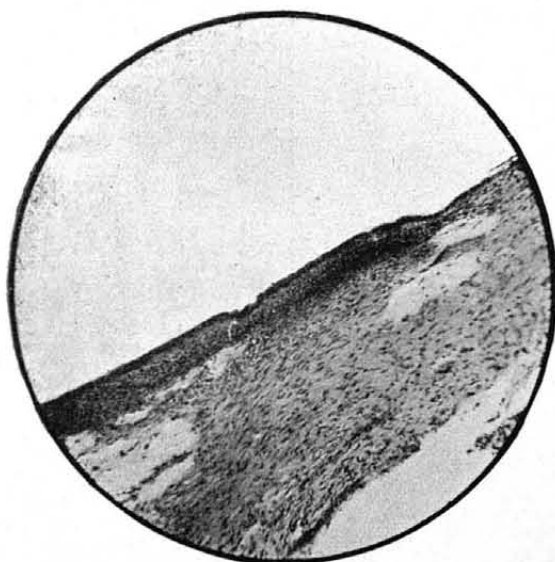


Fig. 10. — Adenoma endometriode del ovario. No es en esta preparación el carácter de la cubierta epitelial lo importante, sino la existencia de un corion hemorrágico.

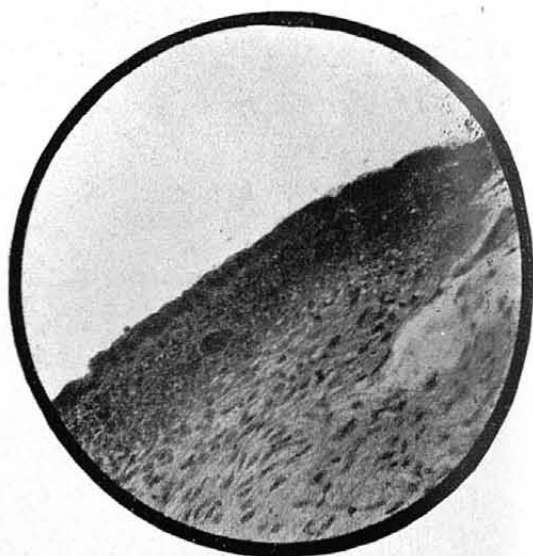


Fig. 11. — El campo anterior a mayor aumento.

bligo, el endometrioma inguinal, el del tabique rectovaginal y Samson (52) tuvo que ampliar su teoría. Haciendo inyecciones en úteros fibromatosos y extirpándolos, encuentra líquido en las venas uterinas y en el ovario; con ello creyó demostrar el transporte venoso, dos años antes (53) sospechado. Así, pues, por vía interfascicular (endometriosis uterina, tubárica, etc.), por transporte mecánico o injerto (forma ovárica, en la cicatriz laparotómica o perineal, etc.), y por vía venosa, la heterotopía endometriode resulta explicable cualquiera que sea su localización. Habla, no menos en este último trabajo de propagación linfática, punto de vista defendido por Halban (54), que también explicaría todas las localizaciones. Franchtmann (55), Molinengo (56) y otros así lo aceptan y la observación de Wolf y Frank (57) de un ganglio linfático ocupado por un fragmento de endometrio junto a un tumor inguinal de la misma naturaleza parece demostrarlo, contrariamente a Aschheim (58), que duda de la correcta interpretación de estos cuadros microscópicos y de Robert Meyer (59) que no ha visto nunca figuras de corrosión del endotelio linfático, hecho específico de las neoplasias malignas, no de procesos benignos.

Este sabio ofrece una nueva teoría que reduce el endometrioma a una metaplasia de origen inflamatorio. Ya es difícil explicar la metaplasia de un tejido adulto, seroso, endotelial o endometrio. En el ovario cree que son porciones de epitelio de cubierta que han profundizado, modificándose. Esta teoría, que cronológicamente tiene un precedente en Schickele (60), cuenta con muchos defensores (Robinson (61), García Orcoyen (62), Stubler y Haendler (63) Winestine (64), Ballin (65), Henke (66), Laroynne (67) Zerasaki (68), Tobler (69), Keitler (70). Si con Bungart (71), consideramos que los endometriomas extraperitoneales aparecen en sitios herniarios: ombligo, anillo inguinal, septum rectovaginal, gran labio, no hay que esforzarse en suponerlos desarrollados a expensas de un saco herniario que se obturó, y en apoyo de este aserto refiere el caso de un endometrioma en un saco herniario y otro caso de hernia crural que se cerró espontáneamente y en su lugar apareció un nódulo linfático con glándulas y fibra lisa, que el patólogo Dietrich calificó de tejidos uterinos.

En rigor, el endotelio peritoneal, antes de serlo, ha sido el multipotente epitelio celómico, generador, lo mismo del endotelio que del epitelio y parénquima ováricos, del mio y endometrio. Restos celómicos en estado indiferenciado (Walz (72) Tonkes y de Snoo (73) pueden originar el endometrioma con todos los elementos fibro-estromo-epiteliales que se quiera sin necesidad de metaplasia, por simple prosoplasia (diferenciación en sitio que no es el normal, de células indiferenciadas).

Restos müllerianos aberrantes (Cullen (74), Baillat y Bertrand (75), Schiffmann y Werner (76), pensando en el adenoma umbilical, Cilento (77) y restos wolfianos, (Patti (78), del conducto de Gärtner), han sido invocados como generadores del endometrioma. De menor interés parecía la hipótesis de Semb (79) aceptada por King (80), según la cual el endometrioma se forma de una transformación del epitelio folicular, en cuanto a su parte epitelial, y de una transformación de la teca, en cuanto al estroma, y la de Schiller que intenta demostrar que de los endotelios linfáticos se

pueden producir figuras semejantes al endometrio. Nosotros pensamos que el endometrioma puede asimilarse, en cierto modo, a las neoplasias malignas que si no responden, probablemente, a un origen único, mucho menos tienen un camino único de propagación.

#### CLÍNICA DE LA ENDOMETRIOSIS

Se trata de una formación benigna. No hemos encontrado en la literatura más caso maligno que pueda asimilarse al nuestro que el de Thomson (81), publicado con el nombre de endometrioma maligno y en el que se produjo una intensa metástasis pulmonar y la muerte por anhematosis, demostrando el microscopio la naturaleza endometriósica del proceso, y otro caso mortal, de Morse (82) de endometrioma pélvico difuso con comprensión de ambos uréteres y uremia.

Aparece en la época de la menarquia y la menopausia natural o artificial impone la regresión del endometrioma. Está, pues, ligado a las hormonas ováricas, cuyo máximo estímulo de crecimiento sería el mismo ovariomom de Recasens (83) sen.

Se presenta en forma de tumor único o múltiple, adherente, que durante las reglas se pone tenso y doloroso y sangra, a veces, por dentro del mismo tumor o al exterior. Este dato es muy variable y depende de la vitalidad de la mucosa endometriode, como de la potencia de las hormonas cíclicas.

En la localización uterina (Donald (84), Withehouse (85), France (86), Stefaniesik (87), Komocki (88), Scherechewsky (89), Burg (90) Migliavacca (91) la adenomiosis puede, a veces, descubrirse al corte, macroscópico, sea en difusas manchas subperitoneales o en el centro de un nódulo fibromatoso. Hay meno y metrorragias, remedando el cuadro de metropatía hemorrágica. Dato de diagnóstico diferencial a favor de endometrioma lo puede ser un aumento excesivo del útero en el premenstruo y menstruación atípica con dismenorrea (Halban (92).

Se ha visto la concomitancia de adenomiosis uterina con carcinoma incipiente de cuello Otow (93), con tuberculosis del endometrio Vaux (94); (Terasvuory (95) que dice haber reunido 15 casos de la literatura) y con embarazo (2 casos de la Chaité publicados por Aschheim (96); en el caso de Scenez (97) se produjo tan grave hemorragia en un parto espontáneo que obligó a la histerectomía.

La endometriosis tubárica (García Orcoyen (98), Roy (99) tiene su localización preferente en la porción itsmica. Se incluye hoy en el cuadro de la endometriosis a la salpingitis itsmica nudosa de Chiari, el «Tubenwinkeladenomyom» de v. Recklinghausen. Como en la adenomiosis uterina, los focos endometriales no suelen ser hemorrágicos; los cambios cíclicos no logran la altura suficiente para ello. Opina Seitz (100) que la mayoría de casos de menstruación tubárica están ligados a la presencia de tejido endometriode en la trompa, el cual puede permanecer un tiempo sin producir molestias, pero que con frecuencia conduce a la obtura-

ción tubárica y formación de un «teer o schokoladesalpinx». Entonces se produce dismenorrea, que, en el caso de una menstruación duradera, puede simular un embarazo ectópico.

La ovárica (Iribarne, Contreras y Rubinstein (101); Vila y Viriot (102); Monlanget (103); Keene y Kimbrough (104) se revela por un tumor quístico, raras veces mayor que el puño, con el clásico contenido de brea o chocolate y adherido íntimamente al útero, generalmente a su cara posterior. Las paredes del quiste suelen estar infiltradas de tejidos endometriales y de morfología varia, según contingencias de orden mecánico, pero ello sólo en los quistes jóvenes; en los viejos han desaparecido quedando las paredes fibrosas encerrando un hematoma ovárico. En el caso de Hermstein <sup>105</sup> el quiste hemático se abrió por la vagina.

Es síntoma común a la endometriosis de los genitales internos la dismenorrea, particularmente tenaz y violenta en la endometriosis ovárica. Una dismenorrea violenta que aparece en el curso de una vida genital tranquila y que es progresiva, debe hacer pensar en endometriosis. Bourne (106) denuncia el «mittelschmerz» (dolor intermenstrual). Otras formas de endometriosis alejadas del aparato genital pueden también producir dismenorrea. Dispareunia y disquezia son inconstantes. Toda tumoración situada en las regiones de predilección de los endometriomas y que produce molestias y se ingurgita durante las reglas, debe hacer pensar en el endometrioma.

La endometriosis peritoneal difusa Mattina (107); Davis y Roland (108) escapa a toda descripción; desde algunos nódulos que se prestan a confusión con la douglasitis, hasta un cuadro anatómico semejante llamado pseudomixoma peritoneal, hay todas las gradaciones.

La endometriosis intestinal aparece como pequeños quistes en la serosa; y es en otros casos una tumoración que puede simular un cáncer de intestino con pseudoileus que se agrava a cada regla Heim (109); Tobler (110) y que en el caso de Schuler (111) obligó a hacer un ano ilíaco. Breuer (112) encontró un nódulo apendicular concomitando con un quiste de brea; se había hecho años atrás un raspado que produjo fiebre, en el puerperio.

La endometritis de la cicatriz laparotómica se refiere, con frecuencia a una histeropexia anterior; Haselhorst (113) reunió 27 casos; en todos, menos en dos, había el antecedente de histeropexia con hilos de seda que penetraban profundamente en el útero; también después cesárea y desde pocas semanas hasta 20 años después. Nicholson (114). En el caso de Owre (115) el tumor medía 10 × 4 cm. y asentaba en la herida de apendicectomía. En los casos de Rieck (116), de Usandizaga Sánchez-Lucas (117), de Prat (118) y de Habbe (119) el endometrioma menstruaba. La literatura acerca de la endometriosis de la cicatriz laparotómica es abundante; Tonkes (120); Damm (121); Berkeley (122); Bonney (123); Maes (124); Tobler (125); Neuweiler (126); Semb (127); Heaney (128); Krebs (129); Nebersky (130); Goulioud (131); Douglas (132); Barzillai (133); Isbister (134); German (135); Haeusermann (136); Rosenstein (137); Danforth

(138); Lochrane (139); Jeanneret (140); Polano (141); Percy (142); Abbot (143).

En la cicatriz de perineorrafia (con previo raspado) han observado endometriosis Palmer (144) y Neuweiler (145); en el caso de Prager (146) había el antecedente de una aplicación de fórceps que produciría, probablemente, desgarró perineal y en la superficie cruenta se implantaría algún fragmento decidual. Nos extraña que estos casos no sean más frecuentes y sólo podemos atribuirlo a la poca vitalidad de las caducas en el tiempo del parto.

En la línea alba Frachtmann (147) ha observado un endometrioma del tamaño de una avellana en una mujer no operada antes.

Henselhotst (148) refiere dos casos de endometrioma en la porción intraperitoneal del ligamento redondo; el segundo de ellos, en el sitio de una ligamentofijación.

La gran mayoría de casos de adenoma umbilical y las entidades hidroadenoma y siringoadenoma tubular hasta Neugebauer son endometriomas. Se presentan en forma de uno o más más nódulos del tamaño de judías y que sangran, a veces, durante las reglas (Andrews (150); Köhler (151); Keitler (152); Edwards y Spencer (153); Habbe (154); Brown (155) pero que, por lo general, sólo se ponen tensos y dolorosos en aquéllas (Oberling (156); Walz (157); Schiffmann y Werner (158); Hanke (159); Baltzer (160); pueden presentar el volumen de un huevo de paloma Steiner (161) y hasta de una manzana Lelièvre y Montpellier (162).

La localización inguinal de la endometriosis ha sido estudiada por Hollmann (163); Palmer (164); Sampson (165) y Owre (166). La crural, por Laroyenne (167), coincidiendo con hernia; en el caso de Molinengo (168) el tumor es del tamaño de una nuez y se ulcera y sangra a cada período menstrual.

Nódulos de endometrioma en el espesor del gran labio han sido referidos por Stewart (169) y Palmer (170); Kaulich y Gomori (171); todos ellos se hacen dolorosos en las reglas.

Reiefferscheidt (172) describió un endometrioma del tamaño de un huevo de gallina, en el cuello del útero; en el caso de Zaleski (173) había nódulos retrocervicales y otro caso de endometriosis de la portio ha sido publicado por Fels (174).

Gran importancia clínica tiene la endometriosis del septum rectovaginal (Meigs (175); Ruiz (176); Patti (177); Maezewski (178). El sitio de predilección es la comisura del ligamento úterosacro Lahm (179); en el caso de Tonkes (180) había hemorragias rectales periódicas; en el de Metz (181) y en 3 casos de Graves (182) se había diagnosticado cáncer de recto y la dolencia evolucionaba con estenosis rectal.

En la vejiga urinaria Otow (183); Müller (184); Plaut (185); Cilento (186) con frecuencia el nódulo emerge de un ángulo uterino Eberhard (187); Frommolt (188); la disuria y polaquiuria coinciden con los períodos menstruales. En el caso de Sauer (189) había hematurias en estos períodos y se diagnosticó carcinoma de vejiga.

No podemos dejar de consignar la creencia de algunos autores de

que el embarazo ectópico pueda explicarse por una endometriosis previa que facilite la nidación, así en el ovario como en la trompa Dawson (190). En el caso de Kleine (191) la endometriosis ovárica era abierta y ávida de implantación ovular.

#### TRATAMIENTO

Será quirúrgico siempre que las circunstancias lo permitan (nódulos aislados en cicatriz, ombligo, ingle; formas uterina, tubárica, ovárica). En la diseminación y ante lesiones infiltrantes, no hay que arriesgarse excesivamente en el camino de las exéresis y desde luego nada de amputación de recto ni resecciones intestinales; se extirpa lo que se puede y se hace castración, eficaz por sí sola en la gran mayoría de casos para lograr una regresión completa de las lesiones Schikele (192); Moench (193); Meigs (194). En los tres casos antes consignados de endometriosis recto-vaginal estenosante y diagnosticados de cáncer de recto, la castración total con histerectomía subtotal, practicada por Graves (195), fué perfectamente curativa.

Heymann (196); Frankl (197); Graves (198) en otra publicación; Hamant Cornil y Mosinger (199), nos informan de los buenos efectos de la castración radioterápica. Con 1 ó 2 sesiones dando un 28 % de la H. E. D. logra Albrecht (200) en 6 casos la regresión de tercysten. Seitz (201) prefiere emplear dosis mayores, dosis cancerosas. En mujeres jóvenes aconseja Stoeckel (202) la castración temporal en la dosis indicada por Albrecht. El radium ha sido aplicado con éxito por Patti (203) y por Héctor (204). Heineberg (205) aplicó con muy buen resultado 6 agujas de 12 mg. de RaE. durante 6 horas a tumores endometrioides del tabique rectovaginal.

Creemos que debe preferirse la cirugía a la fisioterapia, porque es más eficaz y más conservadora. Ante un endometrioma del ovario en mujer joven y en la mayoría de casos estéril, la cirugía permite la curación respetando, sin temor, la porción sana del ovario y con un pronóstico «quod valetudinam» inmejorable.

Hemos creído conveniente una exposición analítica de este tema porque se encuentra, en estos momentos, en fase de constitución.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. CULLEN. — Cit. Forge Trat. de Gine. Ed. esp.
2. LOELEIN. — Cit. Heim. Art. doctrinal del «Ber. f. d. ges. G. y G.», página 641, 1930.
3. SAMPSON. — Arch. of Surg. Sept. 1921 y Bourne Rec. aquis. en «O y G.», 1932.
4. FARGAS. — Trat. de Ginc. t. II.

5. BLAIR BELL. — Cit Bourne. loc. cit.
6. JAYLE. — «Rev. Franc. de Obst. y Gyn.», 1926.
7. SEITZ. — «Zbl. f. Gyn.», n. 1, 1933.
8. HEIM. — Art. doctrinla del Berichte f. d. ges. «G. u G.», p. 641, 1930
9. ASCHHEIM. — Zeitschr. f. G. u G., 388, 1924.
10. KUSUDA. — Shojé, «Arch. f. Gyn.», 2, 925.
11. R. MEYER E IKAHATCHI-KITAI. — Zentr. f. allg. Pat. B., 36, 925.
12. NOVAK. — «Am. journ. of. O. a G.», 4, 926.
13. W. BAER. — Zentr. f. G., 52, 932.
14. BAILEY. — Cit. Sampson, loc. cit.
15. KATZ. — «Zeitschr. f. G. u G.», n. 1, 926.
16. SPIRITO. — «Archivi de Oste. e Gine.», n. 7, 927.
17. JACOBSON. — «Arch. of Bath», n. 2, 926.
18. ALBRECHT. — Strahlenth., p. 84, 930.
19. KATZ Y SZENES. — Zentr. f. G., n. 4, 924.
20. FERRACCIU. — «Boll. di. Coc. di Biol», n. 1, 926.
21. R. FRANK. — Cit. Davis y Rolland «Am. jour. of. A. u Gin.», 4, 926.
22. DELLEPIANE. — «Riv. di pat. exper.», 926.
23. GAFIAMI I TRAFICANTI. — «Clin. Ostetr.», n. 1, 924.
24. SODANO. — «Arch. ostetere, n. 15, 928.
25. SCHOCHET. — «Am. jour. of Obst.», n. 17, 929.
26. CULVERSTON. — Cit. Davis i Rolland, loc. cit.
27. RUBIN. — «Am. jour. of. Ost.», n. 30, 930.
28. JACOBSON. — Loc. cit.
29. LÉTULLE, MAURICE Y PETIT. — «Bul. de l'As. p. l'c. du cancer»,  
núm. 1, 928.
30. FRASER. — Cit. Heim, loc. cit.
31. COGLIANDRO. — «Gazz. int. med. chir.», t. 39, 931.
32. HALBAN. — «Arch. f. Gyn.», n. 2, 925.
33. SCHMID. — «Med. Klin.», p. 1455, 932.
34. R. MEYER E IKAHACHI-KITAI. — «Zentrbl. f. Gyn.», 25, 924.
35. ASCHHEIM. — Loc. cit.
36. ASCHHEIM. — «Zeitschr. f. G. u G.», 2, 933.
37. LOCHRANE. — «I. of. O. u G.», t. 3, 933.
38. SCHAANING. — «Ref. Ber.», p. 846, t. IX.
39. WINESTINE. — «Arch. of Surg.», t. 8, 924.
40. WHITE. — «Am. j. of. Obst.», 1, 925.
41. POSLTER. — Cit. Otow «Zbl. f. Gyn.», p. 3330, 929.
42. KAULICH Y GOEMOERL. — «Zbl. f. Gyn.», n. 24, 933.
43. USANDIZAGA Y SANHEZ-LUCAS. — Rev. E. de O. y G., n. 306, 933.
44. DIETLEIN. — «Zbl. f. Chir.», n. 2, 927.
45. BRAKEMANN. — «Arch. f. Gyn.», n. 3, 927.
46. VOGT. — «Md. Klin.», n. 26, 924.
47. ULESKO-STROGANOWA. — Ref. Berichte, t. X.
48. MARION DOUGLAS. — New Engl. j. Med., p. 305, 928.
49. MAXWELL. — «Cliforn. Med.», t. 34, 931.
50. PALAZO. — «Prens. med. arg.», n. 16, 930.
51. USANDIZAGA Y SANCHEZ-LUCAS. — Loc. cit.
52. SAMPSON. — «Am. jour. of. Path.», n. 2, 927.
53. SAMPSON. — «Am. j. of. Obst. a Gyn.», n. 4, 925.
54. HALBAN. — «Arch. f. Gyn.», n. 2, 925.
55. FRACHATMANN. — «Wien, Kl. Woch.», p. 1712, 928.

56. MOLINENGO. — «Clin. Ost.», n. 32, 930.
57. WOLF Y FRANK. — Zenbr. f. Path., p. 207, 930.
58. ASCHHEIM. — Cit. Heim, loc. cit.
59. ROBERT MEYER. — «Zeitsch. f. G. u G.», t. 88, 924.
60. SCHICLÈLÈ. — «Bull. of. mem. de la Soc. anat. de Paris», n. 7, 923.
61. ROBINSON. — «Surg. Gyn. a Obst.», n. 1, 925.
62. GARCIA-ORCOYEN. — «Rev. E. D. O. y G.», n. 136, 927.
63. STUBLER Y HAENBLER. — «Arch. f. Gyn.», n. 2, 925.
64. WINESTINE. — «Arch. of. Surg.», t. 8, 924.
65. BALLIN. — «Zeitsch. f. G. u G.», n. 3, 927.
66. HENKE. — «Arch. f. Klin. Chir.», t. 166, 927.
67. LAROYENNE. — «Gyn. e Obst.», t. 21, 930.
68. ZERASAKI. — «Wirhows Arch.», t. 269, 928.
69. TOBLER. — «Frankf. Zeitschr. f. Path.», 3, 923.
70. KEITLER. — «Monatscher. f. Geb. u G.», 171, 923.
71. BUNGART. — «Arch. f. Klin. Chirurg.», 925.
72. WALZ. — «Zbl. f. allg. Path.», n. 7, 926.
73. TONKES Y DE SNOV. — «Zbl. f. Gyn.», n. 19, 932.
74. CULLEN. — Cit. Sampson, loc. id.
75. BAILLAT. Y BERTRAND. — «Rev. fr. de Gyn.», 1, 925.
76. SCHIFFMANN Y WERNER. — «Arch. f. Gyn.», 1, 925.
77. CILENTO. — «Att. Soc. ital. Urol.», p. 131, 932.
78. PATI. — «Mon. Ost. Gin.», n. 2, 930.
79. SEMB. — Cit. Schaaning ref., p. 846, Berichte, 932.
80. KING. — «Surg. Gyn.», t. 53, 931.
81. THOMSON. — «Proc. of the roy. Soc. Med.», 3, 926.
82. MORSE. — «Am. I. of Obst.», n. 16, 928.
83. RECASENS SEN. — «Trat. de Gin.».
84. DONALD. — «Proc. of the roy. Soc. of Med.», 9, 923.
85. WITHEHOUSE. — «Proc. of. roy. Soc. of Med.», 1, 926.
86. FRANKL. — «Zbl. Gyn.», n. 5, 933.
87. STEFANESIK. — «Ref. Berichte», 1930.
88. KOMOCKI. — «Frank. Zeitschr. f. Path.», t. 30, 924.
89. SCHERECHESKY. — «Mon. f. G. u G.», t. 87, 931.
90. BURG. — «Zeitschr. f. G. u G.», t. 3, 927.
91. MIGLIAVACCA. — «Pol. gin.», 930.
92. HALBNA. — «Zbl. f. Gyn.», 17, 933.
93. OTOW. — «Zeitschr. f. Geb.», t. 94, 928.
94. VAUX. — «I. Obst.», 39, 932.
95. TERASVOURY. — «Ref. Berichte», pág. 716, 931.
96. ASCHHEIM. — «Arch. f. Gyn.», p. 999, 929.
97. SCENEZ. — «Zeitschr. f. Geb.», t. 94, 928.
98. GARCIA-ORCOYEN. — Loc. cit.
99. ROY. — «Proc. of. the roy. Soc. of Med.», 3, 926.
100. SEITZ. — «Zbl. f. Gyn.», n. 29, 932.
101. IRIBARNE. CONTRERAS Y RUBINSTEIN. — «Bol. Sos. Obst.», Buenos Aires, 10, 931.
102. VILA Y VIRIOT. — «Bol. Soc. Obs.», Buenos-Air., 10, 931.
103. MOULANGET. — «Bull. de l'As. Obst.», Paris, 929.
104. KEENE Y KIMBROUGH. — «Am. Med. S.», 4, 927.
105. HERMTEIN. — «Zbl. f. Gyn.», p. 125, 929.
106. BOURNE. — Loc. cit.

107. MATTINA. — «Ann. Ostetr.», p. 182, 929.
108. DAVIS Y ROLAND. — «Am. J. of. Obstr.», n. 4, 926.
109. HEIM. — Loc. Cit.
110. TOBLER. — Loc. cit.
111. SCHULER. — «Zbl. f. Chir.», p. 399, 931.
112. BRENER. — «Monatschr. f. G. u G.», t. 85, 930.
113. HASELHORST. — «Deutsch M. W.», p. 10, 929.
114. NICHOLSON. — «J. of O. a. G. of the Brit.», 4, 926.
115. OWRE. — «Ref. Berichte», pág. 70, 930.
116. RIECK. — «Zbl. f. n G.», p. 2341, 928.
117. USONDIAGA Y SANCHEZ-LUCAS. — «R. E. D. O. y G.», n. 206, 933
118. PRATT. — «J. of the Michigan St. Med. Soc.», n. 2, 927.
119. HEBBE. — «Zbl. f. G.», p. 1204, 931.
120. TONKES. — Loc. cit.
121. DAMM. — «Ref. Berichte», t. 22, 931.
122. BERKELEY. — «J. of Obst.», 4, 926.
123. BONNEY. — «J. of. Obst. a. G.», 4, 926 y «Proc. of the roy. Soc. o fU.», t. 25, 932.
124. MAES. — «Am. J. of Surg.», t. 2, 927.
125. TOBLER. — «Frankf. Zfschr. f. Path.», 3, 923.
126. NEUWEILER. — «Schw. Med. W.», 22, 926.
127. SEMB. — «Acta Obst. Ref. Berichte», 926.
128. HEANEY. — «Transact. of the Am. Gyn. Soc.», 925.
129. KREBS. — «Arch. f. Gyn.», t. 141, 930.
130. NEBERSKY. — «Wien. Klin. Wochschr.», p. 983, 930.
131. GOULILOUD. — «Martin y Michou», n. 2, 928.
132. DOUGLAS. — «J. of the Am. Med. Sos.», n. 13, 928.
133. BAILLAI. — «Ref. Berichte», p. 722, 931.
134. ISBISTER. — «Med. J. Australia», p. 614, 928.
135. GERMAN. — «Surg...», t. 47, 928.
136. HAUSERMANN. — «Monatschr.», n. 277, 925.
138. DANFORTH. — «Am. J. of O. a G.», n. 5, 925.
139. LOCHRANE. — «J. of O. a G.», n. 2, 923.
140. JEANNERET. — «Rev. Med. de la Suisse.», n. 14, 926.
141. POLANO. — «Zbl. f. Gyn.», 16, 927.
142. PERCY. — «Am. J. of O.», 929.
143. ABBOT. — «Boston Med. a. Surg. J.», n. 25, 924.
144. PELMER. — «Proc. of the roy. Soc. of Med.», 12, 925.
145. NEUWEILER. — «Schw. Med. Wochenschr.», 221, 926.
146. PRAGER. — «Zbl. f. Gyn.», 15, 932.
147. FRACHTMANN. — «Wien. Kl. Wchschr.», p. 1722, 928.
148. HASELHORAT. — «Ztschr. f. G. u G.», p. 193, 930.
149. NENBEBANEZ. — «Bruno Beitr.», 1. 3, 925.
150. ANDREWS. — «Henry Russel. J. of O. a G. of the Brit. Emp.», 3, 925
151. KOELER. — «Zbl. f. Gyn.», 35, 927.
152. KEITLER. — «Monaschr. f. Gyn.», p. 171, 923.
153. EDWARDS Y ESPENCER. — «Arch. of Surg.», 5, 925.
154. HABBE. — «Zbl. f. Gyn.», p. 1704, 931.
155. BROWN. — «Sug. Clm. N. Am.», 11, 931.
156. OBERLING. — «Bull. de l'Ac. fr. p. l'e. d. c.», 8, 927.
157. WALZ. — «Ztbl. f. allg. Path.», 7, 926.
158. WERNER. — «Arch. f. Gyn.», 1, 925.

159. HAKNE. — «Arch. f. Klin. Chir.». A. 166, 931.
160. BALTZER. — «Ztbl. f. Gyn.», p. 99, 929.
161. STEINER. — «Ztbl. f. Gyn.», 44, 927.
162. LELIEVRE Y MONTEPELLIER. — «Bull. de l'Ac. p. l'e. d. c.», 9, 927.
163. HOLLMANN. — «Bruns Beitr. z Klin. Chir.», 1, 925.
164. PALMER. — «Proc. of the roy. Soc.», 12, 925.
165. SAMPSON. — «Am. J. of O. a. G.», 4, 925.
166. OWRE. — Loc. cit.
167. LAROYENNE. — «Gyn. et Obst.», t. 21, 930.
168. MOLINENGO. — «Clin. Obs.», 32, 930.
169. STEWART. — «Surg. Gyn. a Obst.», 5, 927.
170. PALMER. — Loc. cit.
171. KAULICH Y GOMORI. — «Zbl. f. Gyn.», n. 24, 933.
172. REIFFERSCHIEDT. — «Arch. f. Gyn.», Kongressbericht, 925.
173. ZALESKI. —
174. FELS. — «Clin. Obst.», 1, 928.
175. MEIGS. — «Boston Med. a Surg. J.», n. 15, 927.
176. RUIZ. — «Rev. Med. lat. Am.», 16, 931.
177. PATTI. — «Mon. Ost. Gin.», n. 2, 930.
178. MAZECWKY. — «Ref. Berichte», p. 82, 927.
179. LAHM. — «Arch. f. Gyn.», t. 132, 927.
180. TONKES. — Loc. cit.
181. METZ. — «Arch. f. Gyn.», t. 141, 931.
182. GRAVES. — «Am. J. of Obst. a Gyn.», n. 6, 927.
183. OTOW. — «Arch. f. Gyn.», t. 137, 929.
184. MÜLLER. — «Arch. f. Kl. Crir.», t. 145, 927.
185. PLAN. — «Zbl. f. Gyn.», 3358, 929.
186. CILENTO. — «Att., Soc. ital. Urol.», p. 131, 932.
187. EBERHARD. — «Zbl. f. Gyn.», n. 28, 932.
188. FRMOMOLT. — «Zbl. f. Gyn.», n. 28, 932 y n. 19, 927.
189. SAUEZ. — «Zbl. f. Gyn.», n. 6, 933.
190. DAWSON. — «Med. I. of Australia», 8, 926.
191. KLEINE. — «Arch. f. Gyn.», t. 145, 931.
192. SCHIKELÉ. — Loc. cit.
193. MOENCH. — «J. of the. Am. M. A.», p. 893, 929.
194. MEIGS. — «Boston Med. I.», 8, 926.
195. GRAVES. — Loc. cit.
196. MEYMANN. — «Strahl. Thrp.», t. 37, 930.
197. FRANKL. — «Zbl. f. Gyn.», 15, 932.
198. GRAVES. — «Am. J. of Obst.», 5, 925.
199. MOSINGER. — «Prensa Médica», 930.
200. ALBRECHT. — Cit. Strahlenth., p. 584, 930.
201. SEITZ. — «Zbl. f. Gyn.», n. 1, 933.
202. STOECKEL. — Cit. Albrecht. Strahlenth., p. 584, 930.
203. PATTI. — Loc. cit.
204. HECTOR. — «Proc. of the roy. Soc. of Med.», 14, 930.
205. HEINEBERG. — «Am. J. of Obs. a Gyn.», 2, 927.