

vulgui, però possibles. Anatomopatològicament els quistos serosos presenten tres capes, una externa de teixit conjuntiu laxa, una mitja formada per teixit fibrós, amb elements limfàtics a voltes, i algunes fibres llises; per fi, una capa interna constituïda per un endoteli aplanat del tipus del que recobreix el peritoneu.

Quina és la clínica d'aquesta afecció? Quins símptomes donen al cirurgià, que li permeti arribar a un diagnòstic? Hem de dir, abans de res, que no hi ha cap símptoma patognomònic de l'afecció, que generalment evoluciona solapadament i que quan objectivament es descobreix els símptomes subjectius bé continuen absents, bé són els corresponents a una tumoració qualsevol, situada en la regió on assenta. La seva troballa és, doncs, conseqüència d'una intervenció i gairebé mai el diagnòstic no es fa amb anterioritat a ella.

Del que hem dit es desprèn que podem trobar dos tipus clínics distints: el d'evolució lenta sense cap senyal subjectiu, generalment de mida petita, i el de gran mida, amb simptomatologia predominant dolorosa. El dolor és en barra semblant al de les crisis colítiques, anant acompanyat sovint de diarrea. L'examen de la femta permetrà, en no trobar cap alteració, establir un diagnòstic diferencial. Altres cops és restrenyiment el que presenta el malalt, si bé sempre el símptoma predominant és el dolor que s'accentua en la posició vertical. No es dona gairebé mai el quadre de la pseudo oclusió intestinal produïda pel quist en si, i sí sols pot donar-se per adherències inflamatòries provocades al seu voltant. En fi, rarament i sols després de llarga evolució pot presentar-se una pèrdua de forces i de pes que faci suposar el diagnòstic d'una tumoració neoplàsica. Així mateix no és de témer una complicació per rotura o torsió del quist tan freqüent en els d'ovari de molta grandària.

Cal fer sempre un bon pronòstic enfront d'aquesta afecció, car, generalment, un cop verificada la intervenció i extirpació del quist el malalt recobra ràpidament la normalitat sense que cap complicació ni seqüela vingui a enterbolir el resultat final. En el que fa referència al tractament, cal distingir si anem a la intervenció per abordar una tumoració retroperitoneal o bé si és un altre el diagnòstic establert. En el primer cas és indubtable que la millor via d'accés, serà la paraperitoneal anterior que permetrà arribar a la tumoració i enuclearla amb gran facilitat, tenint un camp operatori extens i sense els perills de tota intervenció intraperitoneal. Ara bé; hem dit ja, que la major part dels casos, el diagnòstic es feia en el moment de la intervenció, un cop obert el peritoneu. En aquest cas, són dos els camins a seguir, tots dos seguits per distints grups de cirurgians: Tancar i practicar una nova incisió per a abordar el quist extraperitoneal, o bé arribar-hi a través del mesocolon, com ha