

GACETA MÉDICA DE MÉXICO

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA DE MÉXICO.

CLÍNICA QUIRÚRGICA.

OVARIONCIA BILATERAL ACOMPAÑADA DE ANOMALIA DE DESARROLLO DEL UTERO Y LA VAGINA
Y COMPLICADA DE ENTEROCELE DOBLE.

SEÑORES:

Aunque las hernias del ovario no constituyen un hecho raro en la ciencia, el caso de este género que voy á someter á vuestro ilustrado criterio, presenta un conjunto de circunstancias tales, que en mi humilde concepto, lo hace digno de fijar la atención de los prácticos.

Soledad Espinosa, originaria de San Martín Texmelucan, de cuarenta y seis años, doméstica, refiere que la madre murió de una afección crónica del pecho con tos y esputos de sangre; que á ella, siendo aún de muy tierna edad, pues estaba en la lactancia, «*se le salió el ombligo* por llorar mucho;» pero que tal afección pudo remediarse con la continuada aplicación de fajas; el resto de su infancia lo pasó sin novedad que ella recuerde; su desarrollo se había hecho bien, era habitualmente sana, pero llegó á la pubertad sin que hubiera señal alguna de la fluxión periódica: en tal estado tuvo su primera relación sexual, que recuerda haberle sido muy dolorosa en dos puntos distintos: á la entrada de la vagina, en donde según sus datos hubo algún traumatismo, y en la *región inguinal*, en que la molestia era más grande y se propagaba hacia las partes laterales y posterior del abdomen; sobre este último padecimiento insiste en que *siempre se presentaba con los mismos caracteres* cada vez que tenían lugar las relaciones sexuales. Un año después, á los quince de edad, sufrió una caída, abierta de piernas, rodando una escalera y recibiendo fuerte golpe en la parte posterior é inferior del tronco; desde entonces le apareció en la parte *interna* de la ingle derecha «una bolita» pequeña, dura, como del volumen de un capulín, dolorosa al tacto y que se hacía más notable en los esfuerzos; pero si algo

disminuía cuando éstos cesaban, *nunca desde que la observó por primera vez ha llegado á desaparecer*, y si, por el contrario, la ha visto crecer día á día y desalojarse de su sitio primitivo hasta ocupar la parte baja del gran labio. Las molestias sufridas por la enferma con tal motivo, fueron tolerables por mucho tiempo, pues fuera de las circunstancias ya indicadas, no tenía dolor en la región enferma, sino cuando había presión sobre ella; interrogada muy especialmente sobre si en algunas épocas determinadas crecía el tumor y aumentaban los dolores ó había alguna sensación extraña que fijara su atención, su respuesta ha sido siempre negativa.

En tal estado ha podido permanecer más de treinta años; después de ocho meses á la fecha, sus padecimientos han aumentado mucho, el dolor en la ingle y el gran labio es continuo sea cual fuere su actitud, en ratos se exacerba mucho irradiándose al hipogastrio y á la región lumbar, sobre todo cuando se pone en marcha, que no puede ejecutar sino inclinando el tronco hacia adelante. En esta misma época dice haber observado que le apareció otro tumor pequeño y doloroso en la ingle del lado opuesto con los mismos caracteres que su congénere, y produciéndole idénticos padecimientos. Últimamente éstos no se han limitado á las regiones enfermas, pues ella se queja de un malestar inexplicable que revela bien su cara demacrada, insomnio, náuseas, vómitos y constipación tenaz: el aumento en el número y la intensidad de sus padecimientos, la impidieron completamente el proporcionarse la subsistencia con su trabajo, y decidió curarse en el hospital San Andrés, en donde ocupa en la actualidad la cama núm. 18 del servicio de cirugía que es á mi cargo.

El día 9 de Marzo próximo pasado, fecha de su entrada al establecimiento, me proporcionó los datos que llevo apuntados, y procediendo á la exploración física, pude adquirir los siguientes: Demacración, fascies ovárica, formas masculinas, mamilas poco desarrolladas, tercio interno del pliegue inguinal ocupado en ambos lados por un abultamiento ovoideo, mayor en el derecho, que se modifica en su volumen y situación durante los actos respiratorios; aumenta en los esfuerzos, en la actitud de pie ó sentada, disminuye y aun desaparece en el decúbito supino. El gran labio del mismo lado está deformado, parece un ovoide de doce centímetros de largo por seis de ancho; fácilmente se percibe que encierra en su espesor un tumor al que debe la forma y volumen anormales que ha adquirido; éste se continúa por su parte superior con el inguinal ya descrito; pero á la simple inspección puede creerse que son formados por órganos distintos: en efecto, mientras que el primero tiende á desalojarse hacia abajo y aumenta de volumen en el primer tiempo de la respiración, el segundo no se modifica en su forma ni volumen y se desaloja hacia arriba en el mismo acto. La palpación hace más clara esta diferencia: el tumor inguinal es blando, elástico, reductible, con ruido de gases, y cuando esto se ha logrado, el dedo puede penetrar muy fácilmente por el anillo inguinal superficial y recorrer el canal

del mismo nombre en toda su extensión; el tumor del labio tiene consistencia mixta: en su parte inferior, tres cuartos, es duro, glanduloso; inmediatamente arriba, cuarto superior, *es quístico* y esta porción parece algo independiente de la anterior: ambas son movibles, se les puede hacer recorrer el espacio comprendido entre el saco de Broca, adonde parecen situadas, hasta el interior del canal inguinal, *sin lograr su reducción por un moderado esfuerzo*.

Entre las dos intumescencias de la ingle y del labio, hay una especie de pedículo que la palpación entre dos dedos hace suponer formado por distintos órganos, y uno de ellos da una sensación parecida á la que se obtiene cuando se oprime entre los dedos el *canal deferente*. En el lado izquierdo sólo se percibe un tumor inguinal compuesto de dos partes: una interna que sale fuera del anillo inguinal superficial en parte, y se detiene en ese punto, y la otra que ocupa el resto del canal; esta última sufre notables modificaciones en su forma, volumen y situación en relación con los actos respiratorios, y á la palpación se percibe una consistencia elástica, la reducción es posible y á veces se obtiene el ruido de gases. La primera es casi inmóvil, no reductible, consistencia glandular como la que ocupa el gran labio y muy semejante á ésta por su *forma*. Este medio de exploración produce efectos diversos en la paciente: los tumores gaseosos pueden impunemente ser oprimidos más ó menos sin causar molestias; los otros apenas son tocados y exacerban los padecimientos de la enferma. Continuando la exploración en el aparato genital, pude observar la deformación de la hendidura vulvar, que en lugar de una línea curva de convexidad anterior representa una curva de convexidad vuelta hacia el lado izquierdo, pero su longitud 0^m10, está comprendida entre los límites normales; los pequeños labios poco desarrollados 0^m055 el izquierdo, el derecho casi borrado, se reúnen en su parte superior formando un repliegue que no está como de ordinario en relación inmediata con el clítoris, pues este órgano no se percibe en la región que debía ocupar; el vestíbulo muy reducido termina hacia abajo en el meato urinario, de más de 0^m005 de diámetro, y rodeado por cinco crestas mucosas triangulares, de base adherente y 0^m004 á 5 milímetros de altura. La tuberosidad con que normalmente termina hacia adelante la columna anterior de la vagina no está apreciable á la vista; pero el tacto demuestra su existencia. La entrada de la vagina, de forma circular, festonada á causa de cinco pequeñas salientes que la coronan, y parecen los vestigios del himen ó carúnculas mirtiformes, tiene un diámetro exiguo que apenas mide 0^m007, pero que puede ampliarse sin traumatismo y permite la introducción del dedo y aun de un pequeño espejo bivalvo como el pequeño modelo de Ricord para las vírgenes ó el de Kraft de que hice uso en esta exploración. El tacto vaginal me hizo conocer que este órgano estaba incompletamente desarrollado; su forma de cono truncado con su parte estrecha hacia la vulva se ensancha irregularmente hacia la parte profunda, en donde existen dos fondos separados por un repliegue corto, uno se

dirige hacia la derecha y es el más profundo, el otro á la izquierda; de arriba abajo el ensanche de este canal es mucho menor; su longitud mayor del lado derecho es de 0^m03, en el izquierdo 0^m045; al nivel del pliegue que los divide 0^m004. Al hacer esta exploración naturalmente dirigí mi atención buscando el cuello del útero, que no me fué dable encontrar, insistiendo en esta pesquisa por las distintas maniobras de tacto á la vez por la vagina y por el abdomen; por la vagina y el recto, y por este último mis resultados fueron los mismos, pues no he podido percibir algo que corresponda al útero siquiera poco desarrollado. Tampoco pude encontrar los ovarios ni las trompas, y haciendo presiones moderadas con el dedo en distintos sentidos al nivel de los fondos de la vagina, no observé que los movimientos se transmitieran á los tumores glandulosos herniados ni reciprocamente. Por último, mi examen clínico fué completado con la aplicación de un espejo pequeño que no me hizo conocer más datos que los consignados. Reconocidos los otros órganos no encontré algo de particular.

Por los datos que pude adquirir como resultado del examen de la enferma, tuve una seguridad y una sospecha; creía cierta la existencia de una enterocele inguinal doble llegada á su mayor grado en el lado derecho, y á uno menor hernia intraparietal, en el izquierdo; pero sospechaba, además, una ovarioncia bilateral, probablemente congénita, acompañada de falta de útero ó estado embrionario de este órgano, y algunos otros vicios de desarrollo en el aparato genital. La primera parte del diagnóstico parecía enteramente clara: en regiones herniarias se encontraban salientes anormales que se modificaban en su forma, volumen y situación con los actos respiratorios, apareciendo grandes en los esfuerzos, disminuyendo cuando éstos cesaban, y aun desapareciendo del todo en el decúbito supino ó por maniobras de taxis, dando la sensación de tumores elásticos de contenido gaseoso, que era indudable cuando al reducirse dejaban percibir el ruido característico, etc., y no podían ser sino tumores herniarios formados por asas intestinales, y en cuanto al lugar por donde hicieron su salida del abdomen, la exploración digital, después de hecha su reducción completa, hacía ver claro que era el canal inguinal. Este último dato era igualmente aplicable al tumor sólido del gran labio y al del lado opuesto, para creer que ambos eran tumores herniarios: basta recordar las circunstancias en que apareció el primero, *su modificación de volumen y situación en los esfuerzos*, su migración pausada siguiendo el espacio que está en inmediata relación con el canal inguinal y la posibilidad de hacerle recorrer en dirección inversa á la que siguió en su marcha el mismo canal inguinal hasta el orificio profundo, para poder estar cierto de que es un tumor herniario. Las mismas razones pueden aducirse para el del lado izquierdo, que no representa sino un grado me-

nor de la lesión; pero no concluye aquí la cuestión: ¿cuál de los órganos intra-abdominales puede ser el que constituye la hernia?

Tenemos para resolver esta parte del diagnóstico que recurrir á sus caracteres propios. La forma del tumor es ovoide, su volumen semejante al de un ovario completamente desarrollado; su consistencia glandular comparable á la del testículo, nada hay que indique en él la existencia de gases y sólo en algún punto parece contener una corta cantidad de líquido; la presión moderada produce dolores que se irradian hacia el hipogastrio y la región lumbar, y estos dolores se hacían sentir igualmente en las relaciones sexuales; si á estos caracteres, que por sí solos son ya muy significativos, se agregan los negativos suministrados por el tacto, parece muy probable que el órgano herniado sea el ovario. Mucho insisten los patólogos en el valor diagnóstico que para casos como el presente tienen los fenómenos menstruales; casi todos asientan que en las hernias del ovario, este órgano, á partir de la época de la pubertad aumenta de volumen y sensibilidad en cada período catamenial; pero si bueno es este signo, no basta indudablemente para establecer el diagnóstico que ha podido hacerse por otros medios antes de la pubertad ó después de la menopausa. En el caso relatado, á juzgar por el dicho de la enferma, nunca observó en determinados días del mes, mayor sensibilidad ni más crecimiento en sus tumores herniarios; además, no ha tenido signo alguno de fluxión periódica. Suponiendo, como yo lo creo, que además de la enteroceles doble, existe la ovarioncia, queda aún una cuestión. ¿La hernia del ovario es congénita ó es accidental?

Sabido es que la mayor parte de las hernias inguinales del ovario son congénitas, pues las condiciones anatómicas del trayecto inguinal en la mujer están muy lejos de ser á propósito para favorecer la migración de los órganos intra-abdominales, y cuando esto existe, es natural invocar alguna anomalía de conformación de esta parte del cuerpo: según Camper, citado por Poisson (Tom. VII. Enciclopedia internacional de Cirugía), 12% de las hernias ováricas inguinales tienen por causa la persistencia del canal de Nuck, agregándose á esto la situación normal de esos órganos muy cerca del orificio profundo del canal inguinal, poco después del nacimiento. Pero cuando tal anomalía existe en la región inguinal, viene acompañada de otras en el aparato genital más comunmente: Puech, citado por Poisson (loc. cit.), refiere haber encontrado la hernia ovárica congénita cuatro veces acompañada de útero uni ó bicornio; trece veces con apariencia de hermafroditismo, y diez y seis veces con un útero embrionario ó sin que este órgano exista. En el caso de nuestra historia habría para admitir la hernia congénita la *coincidencia de ésta con los vicios de desarrollo del aparato genital*, una *falta de desarrollo del ombligo* que favoreció la hernia umbilical en los primeros meses de la vida extrauterina, la brusquedad en la aparición de los tumores y el que la hernia fuese *bilateral*: hecho el camino por tal ó cual mecanismo que no podría yo asegurar, por persistencia del

canal de Nuck ó por reabertura del orificio profundo de este canal mal cerrado, fácilmente puede explicarse la migración sucesiva de las asas intestinales, como sucede siempre que hay un punto débil en cualquiera lugar de las paredes abdominales; y que tal ha sido el orden en que han ido saliendo las vísceras herniadas, no cabe la menor duda, puesto que primero aparecieron los tumores sólidos y hasta pasado mucho tiempo les siguieron los de contenido gaseoso. Los primeros han adquirido ya adherencias en algunos puntos y se hacen irreductibles: los segundos, enteramente movibles, entran y salen de la cavidad del vientre en las condiciones ordinarias de las hernias.

TRATAMIENTO.

Qué conducta debe seguirse para proporcionar á la paciente el remedio que busca á sus terribles padecimientos? Estos, en una gran parte, reconocen por causa la ovarioncia, y si alguna vez pudo remediarse ésta por maniobras prudentes de taxis é intentar con aparatos contentivos la oclusión del orificio que dió paso al órgano herniado, ahora no cabría ese recurso cuando según todas las probabilidades, el ovario está *degenerado, quístico*, y si se le redujera en tal estado, no sería más que empeorar la situación de la enferma; tampoco podría hacerse tal maniobra cuando la exploración ha demostrado su *irreductibilidad*, y mucho menos se conseguiría nada con aplicar en la región enferma aparatos que le protejan contra las violencias exteriores, pues ni son éstos los que causan el padecimiento, ni la aplicación de ese medio como preventivo sería inocente y produciría más alteración en el órgano enfermo. El único recurso que nos queda ahora para remediar *radicalmente* los serios trastornos producidos por la doble hernia de los ovarios, sería su *extirpación*, que no tendría en éste como en otros casos, el inconveniente á veces grave de privar á la mujer de los atributos de su sexo, porque su edad y más que todo, su anomalía de desarrollo en el aparato genital, no darían cavida á semejante escrúpulo al discutirse las indicaciones de la operación; pero sí debe tenerse en cuenta la gravedad de ésta: por grandes que hayan sido los progresos de la cirugía contemporánea, no habrá, ciertamente, quien niegue que la castración es una operación grave, aun cuando la cifra de la mortalidad no sea ahora, como hace años, de 6 por 17 que daba Puech (Poisson, loc. cit.). Pero si tenemos presente que abandonada la enfermedad á los solos esfuerzos de la naturaleza, su terminación probable es la muerte por agotamiento nervioso, con que concluyen á menudo los sufrimientos largo tiempo sostenidos, y si hubiere la buena suerte de escapar á los peligros de la operación, se le habrán producido tres grandes beneficios: el primero, de curarle de una manera segura y estable de todos los trastornos funcionales que hoy padece; el segundo, de extirpar un órgano que está probable-

mente alterado; y el tercero, de poder á la vez evitarle los peligros inherentes á las hernias intestinales, haciendo la curación radical tal como ahora se recomienda por la mayoría de los cirujanos, seguramente encontraremos justificada para este caso la castración completa.

El sujeto de la observación que acabo de referiros está á disposición de los socios que el Sr. Presidente designe para su examen, y tendria el mayor gusto en ilustrar mi opinión sobre todos los puntos de su historia con la muy autorizada de mis estimados consocios.

Abril 4 de 1888.

M. CORDERO.

OFTALMOLOGÍA.

EXOFTALMÍA POR TENONITIS REUMÁTICA

POR EL DR. D. J. SANTOS FERNÁNDEZ.

La aponeurosis que recubre al globo ocular, que como todos sabemos divide la cavidad orbitaria en dos departamentos, anterior y posterior, fué descrita por Tenon, de quien recibió su nombre de cápsula de Tenon; pero su disposición anatómica y su estructura no ha sido bien conocida hasta estos últimos tiempos, en que parece demostrado que no es una prolongación del periostio de la cavidad orbitaria, sino más bien un tabique ó diafragma fibro-celular inserto en su borde externo y que separa el globo del ojo del paquete grasoso retrobulbar y envuelve á aquél á semejanza de la red que cubre los globos aerostáticos. Así se comprende que en ciertos sujetos, esta membrana, expuesta á las causas ocasionales del reumatismo, pueda provocar la inflamación del periostio orbitario y de los tejidos del fondo de la órbita.

La exoftalmia dirigida directamente hacia adelante, la dificultad de los movimientos oculares, el edema ligero producido por la dificultad de la circulación en los vasos que se ramifican en el globo ocular, los dolores más ó menos intensos y duraderos que provoca, y los trastornos funcionales de la visión consiguientes á estos fenómenos morbosos, son los signos principales de su inflamación ó infiltración en individuos predispuestos á las afecciones reumáticas.

Así puede verse en la observación publicada por Mr. Boquin en el núm. 112 de la *Gazette des Hôpitaux* del año de 1884 y en las dos observaciones siguientes que hemos podido recoger en nuestra clinica durante estos dos últimos años.