

¿La ovaritis crónica esclero-poliquística, de origen blenorragico, es un estado evolutivo de la ovaritis llamada esclero-quística, o es una entidad no descrita aún?

Por el Dr. ROSENDO AMOR.

LA ovaritis esclero-quística, conocida desde hace mucho tiempo, tiene por característica clínica los dolores pélvicos de carácter neurálgico y la degeneración quística, como lesión anatómopatológica.

El mecanismo de la degeneración quística, comprende factores muy diversos: desde luego, es tan *común* esta degeneración, que se la ha considerado como una exageración del estado normal en donde algunos folículos atrésicos se vuelven quísticos, convirtiendo a los ovarios, en ovarios quísticos; se ha considerado al embarazo como factor importante y vemos en la mayor parte de los tumores uterinos y pélvicos, que son acompañados de ciertos estados de degeneración escleroquística en los ovarios, como se observa en algunos casos de fibromas, cáncer uterino, etc., *enfermedades en las que* no se presentan los síntomas propios de la ovaritis escleroquística, sino que se exhiben como lesiones tan secundarias que no tienen interés clínico. Se ha considerado posible en algunos casos, pocos por cierto, a la ovaritis escleroquística, enfermedad coexistente con lesiones insignificantes o no del útero y trompas, de origen inflamatorio y hasta blenorragico; en estas condiciones, Petit Bouilly, Bourcier y Fraiki, han pensado que pudieran ser los estados inflamatorios coexistentes un factor de producción; pero no es debido pensar que sólo por la coexistencia de algunas lesiones inflamatorias, o infectantes sean éstas causa determinante de la lesión ovariana y menos aún debe concluirse, generalizando en este sentido. Conzete y Lawson Tait piensan y es la creencia aceptada ahora, que la mayor parte de las ovaritis escleroquísticas acompañadas de dolores neurálgicos intensos *no son debidas a una infección*, puesto que son portadoras de esta dolencia muchas jóvenes en las que se puede tener la seguridad que no ha existido contaminación. Se han atribuido después al exceso de circulación pélvica, las lesiones características de la ovaritis escleroquística, cualesquiera que sea la causa de la congestión. Richelet y Doleris lo han confirmado en parte y puesto en claro a la vez que la etiología casi constante, es el artrritismo, el temperamento neuroartrítico que exagera las congestiones pélvicas durante el período menstrual, durante las relaciones

sexuales, durante los partos frecuentes y hasta en la edad crítica; concepto patogénico tanto más seductor, cuanto que es muy común encontrar en estas enfermas, manifestaciones claras de artritis que alternan con el síndrome característico: dolores pélvicos intensos, metrorragias, etc. El papel que puede corresponder a las lesiones escleroquísticas del ovario en relación con los síntomas consignados, es mínimo, puesto que la eliminación de los ovarios, no suprime siempre los dolores y en cambio intervenciones de otro orden, como la ignipuntura sobre los ovarios, la dilatación anal, la simple laparotomía, la sección del simpático sacro, los suprime, siendo una prueba del origen nervioso, o mejor neuroartrítico de dichas algías pélvicas. En cambio de lo *común* que es la ovaritis consignada en los tratados especiales, con el nombre de ovaritis escleroquística, *está la poca frecuencia* de la que yo designo ovaritis escleropoliquística de origen blenorragico. Eliminada por muchos y apenas aceptada en unos cuantos casos por otros, el origen infeccioso de la ovaritis escleroquística, la que describo, *es de origen claramente blenorragico*, se desliga de la primera completamente por la intervención constante del gonococo o de sus toxinas, perfectamente ostensible en las múltiples lesiones de origen blenorragico que siempre la acompañan, por más que el mayor número de veces estas lesiones son de poca o de mediana importancia. Para mayor abundamiento en estas enfermas, no interviene generalmente el factor patogénico neuroartrítico. Los antecedentes constantes, las lesiones coexistentes y la carencia de temperamento neuroartrítico, provocan una separación real, más aún, los síntomas dominantes en la primera son los dolores sobre todo, accidentes menstruales y nerviosos. Las enfermas portadoras de la primera lesión, son, pues, dismenorreicas al grado de guardar cama; lo son durante el matrimonio y después de los partos los dolores pélvicos se agravan considerablemente, al grado de existir crisis prolongadas acompañadas de vómitos, timpanismo y constipación que simulan una pelvi-peritonitis; después, los dolores se hacen casi continuos sobre todo con motivo de la marcha, de la fatiga, de los esfuerzos, de la defecación y nada pueden hacer estas pobres enfermas sin sufrir dolores intensos. En la segunda ovaritis, la de origen blenorragico los dolores nunca son de esa intensidad, por el contrario son moderados y suelen no existir; en cambio, empieza a aumentar su intensidad en la edad mediadel padecimiento y se transforman en crueles al fin, al grado de que en este momento suele no haber diferencia con los dolores de la primera ovaritis, presentándose las crisis dolorosas y el dolor localizado en la zona de Bouilly. Las perturbaciones menstruales son semejantes en ambas; las alteraciones nerviosas son la regla en la primera y no existen o son poco marcadas en la segunda, salvo que ésta se encuentre en un período avanzado.

Por el examen físico, fuera de los puntos dolorosos señalados arriba de la ingle, existe casi siempre timpanismo; el tacto revela la presencia de un solo ovario en la primera enfermedad caído al douglas, porque uno pesa siempre más que el otro, las lesiones en ambos

ovarios son diferentes en cantidad de quistes, es grande, giboso, móvil o no y muy sensible al tacto y en la segunda se encuentran los dos generalmente hipertrofiados por igual, dolorosos y no giboso, móviles remitentes y no es raro encontrar lesiones en el útero y la trompa generalmente poco o medianamente avanzadas: como metritis, salpingitis catarrales, lesiones quísticas, hidrosalinx y hasta supurados.

La anatomía patológica acentúa más la diferencia entre los dos padecimientos; desde luego en el primero, el tamaño de los quistes oscila desde muy pequeños hasta grandes del tamaño de un huevo de paloma o más. Estos están llenos de líquido citrino o *hemático* y en la segunda ovaritis son constantemente pequeños, de uno a tres milímetros y *nunca hemáticos*. En la primera las lesiones no marchan paralelamente entre ambos ovarios como en la segunda, ni existe la tendencia marcadísima a evolucionar en un plazo incomparablemente más largo. La primera es eminentemente crónica y crónica desde el principio y la segunda se caracteriza por varios ataques agudos iniciales antes de que se desarrollen los quistes. Es posible que intervenga en la formación uniforme de los quistes en la de origen blenorragico, la hidropesía del estroma, pues como existen siempre varios ataques de inflamación aguda, predominan en el principio las lesiones de edema, que disocia el tejido conjuntivo, dando lugar a la formación de pequeñas cavidades y formándose así los quistes. La degeneración esclerosa, comienza en la primera ovaritis alrededor de los vasos y en la segunda al nivel de las paredes de los quistes. Esta última es una ovaritis esencialmente microquística y con tendencia extraordinaria y rápida a la cirrosis del ovario, es por lo mismo la única afección ginecológica capaz de hacer llegar a la mujer rápidamente a la menopausa prematura, con todas sus graves consecuencias.

El ovario antes de entrar en la degeneración escleropoliquística, sufre varios ataques congestivos, inflamatorios, que lo hacen aumentar de volumen, hipertrofiarse y caer en el fondo del saco peritoneal posterior y ahí se inicia generalmente el desarroyo de una ovaritis cortical adquirida por la infección que viene por continuidad o por la vía linfática; después de varios ataques agudos el ovario se encuentra ya bastante alterado, en ocasiones con adherencias peritoneales. Se ha iniciado ya la degeneración quística en el propio tejido de la glándula, produciéndose quistecitos en forma de granulación, con líquido citrino en su interior; muy poca tendencia a crecer, en cambio mucha para la multiplicación de los quistes. De aquí el que los ovarios permanezcan todo el tiempo hipertrofiados y con un aspecto de granulaciones finas en la superficie. Las enfermas no sienten grandes molestias, a excepción de los síntomas propios de las inflamaciones uterinas o anexiales más o menos agudas, que pueden ocultar por completo los síntomas propios de la afección. En poco tiempo se inician las lesiones de seclerosis al nivel del tabique de separación, que al principio estaba formado por una ténue cubierta, en íntima relación con el tejido celular y que va haciéndose cada vez más gruesa y resis-

tente. Las enfermas presentan entre los síntomas principales la metrorragia y metrorragia, algunas veces amenorrea, síntomas que son comunes de encontrar en algunos otros estados inflamatorios de los órganos genitales. Existen siempre antecedentes blenorragicos y lesiones claras del mismo origen, vaginitis, metritis, salpingo-varitis, que son, por decirlo así compañeras inseparables de la ovaritis esclero-poliquística que es lesión bilateral y simétrica. La escleroquística, o primera, puede durar indefinidamente; en cambio la de origen blenorragico, rápidamente termina en la esclerosis ovarina, sobre todo si se interviene quirúrgicamente; por lo tanto, el tratamiento de la escleroquística es médico o quirúrgico, más quirúrgico que médico y en la de origen blenorragico, debe ser médico, sobre todo al principio y parte media de su evolución. Una vez hecho el diagnóstico de la ovaritis esclero-poliquística de origen blenorragico, es muy común que se piense en una intervención, sobre todo, si se la confunde con la ovaritis crónica escleroquística que con frecuencia se opera, puncionando, seccionando, o cauterizando los quistes para destruirlos y si es posible hasta extirpando las bolsas de los quistes grandes. La tendencia del microquiste a la multiplicación, sobre todo después de las intervenciones quirúrgicas, es muy grande y característica, al grado que en muchas ocasiones no termina la cicatriz de hacerce cuando nuevos microquistes y mayor número han iniciado su formación, favorecidos por el estado inflamatorio de la glándula, a que da lugar un traumatismo operatorio. Cuando las enfermas mejoran después de algunas semanas, mejoran transitoriamente; pues pronto vuelven a tener los síntomas del principio con frecuencia agravados y si se interviene de nuevo se observará que en un tiempo relativamente breve se han multiplicado los microquistes de una manera considerable después de la operación; por otro lado las punciones, incisiones o cauterizaciones de los quistes multiplican las cicatrices que se suman a la fuerte tendencia a la esclerosis que es propia del padecimiento. Llega un momento en que el ovario no tiene tejido glandular propiamente, sino que es un nudo de tejido cicatricial, extraordinariamente doloroso no sólo al tacto sino espontáneamente en cuyo momento ya existen fenómenos dolorosos muy semejantes o iguales a los de la forma llamada ovaritis escleroquística. He tenido oportunidad de observar pacientes operadas hasta tres veces consecutivas con el mismo propósito de destruir los microquistes; me he podido convencer claramente de lo mucho que avanzan las lesiones esclerosas de una intervención a otra; por el contrario, de lo poco que avanzan hacia la esclerosis las enfermas no operadas. En las primeras es fácil notar los ovarios nudosos, duros o irregulares o igualmente fácil en las segundas, en las que se nota cierta remitencia y aunque hipertrofiados, no sobrepasan tanto el volumen normal. Por todo lo dicho se ve claramente que la esclerosis rápida imprime una fisonomía muy particular a las enfermas afectadas de la ovaritis esclero-poliquística de origen blenorragico; acentuada por la menopausa prematura que sobreviene con todas las perturbaciones nerviosas que le son comunes, cuando no se ha impar-

tido un tratamiento conveniente. En tal virtud es un padecimiento grave y tanto más, cuanto que las enfermas sufren de tal manera con los dolores *iliacos* en la última fase de su evolución agravados por propagaciones al epigastrio, cadera, muslos o ingles, que pronto exigen al cirujano, a expensas de cualquier sacrificio, la extirpación de los órganos que sean necesarios: llámense éstos ovarios, útero, o todo *el conjunto de los genitales internos*.

Como consecuencia final, la ovaritis esclero-poliquística de origen blenorragico, no debe ser motivo de intervenciones quirúrgicas, hasta el último período, cuando se comprueba la cirrosis total o irremediable de esos importantes órganos de secreción interna.

He procurado englobar en unos cuantos conceptos, la etiología y patogenia, síntomas y diagnóstico, pronóstico, anatomía patológica y tratamiento de lo que llamo ovaritis esclero-poliquística, ¿será una entidad nueva o un estado de evolución no descrito aún?

Segundo caso observado en México de la enfermedad exótica denominada "Anakhré" o "Goundou" (*)

Por el Dr. JOSE DE JESUS GONZALEZ.
(De León. Gto)

EN 1905, nuestro sabio compañero el doctor Fernando López presentó a la Sociedad Oftalmológica Mexicana el primer caso observado en nuestro país de la rara afección exótica conocida con los nombres de *goundou* o *anakhré*, que ataca principalmente a los negros de la costa occidental de Africa y que está caracterizada por el desarrollo gradual y progresivo de un tumor huesoso de cada lado de la nariz.

(*) Trabajo presentado en la Sección de Oftalmología del VI Congreso Médico Nacional Mexicano.—Toluca, (México) abril de 1920.