



Año 1918

N. 3450

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**HERNIAS CONGÉNITAS
TUBO=OVÁRICAS**

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

RAMON G. DE LOS RIOS

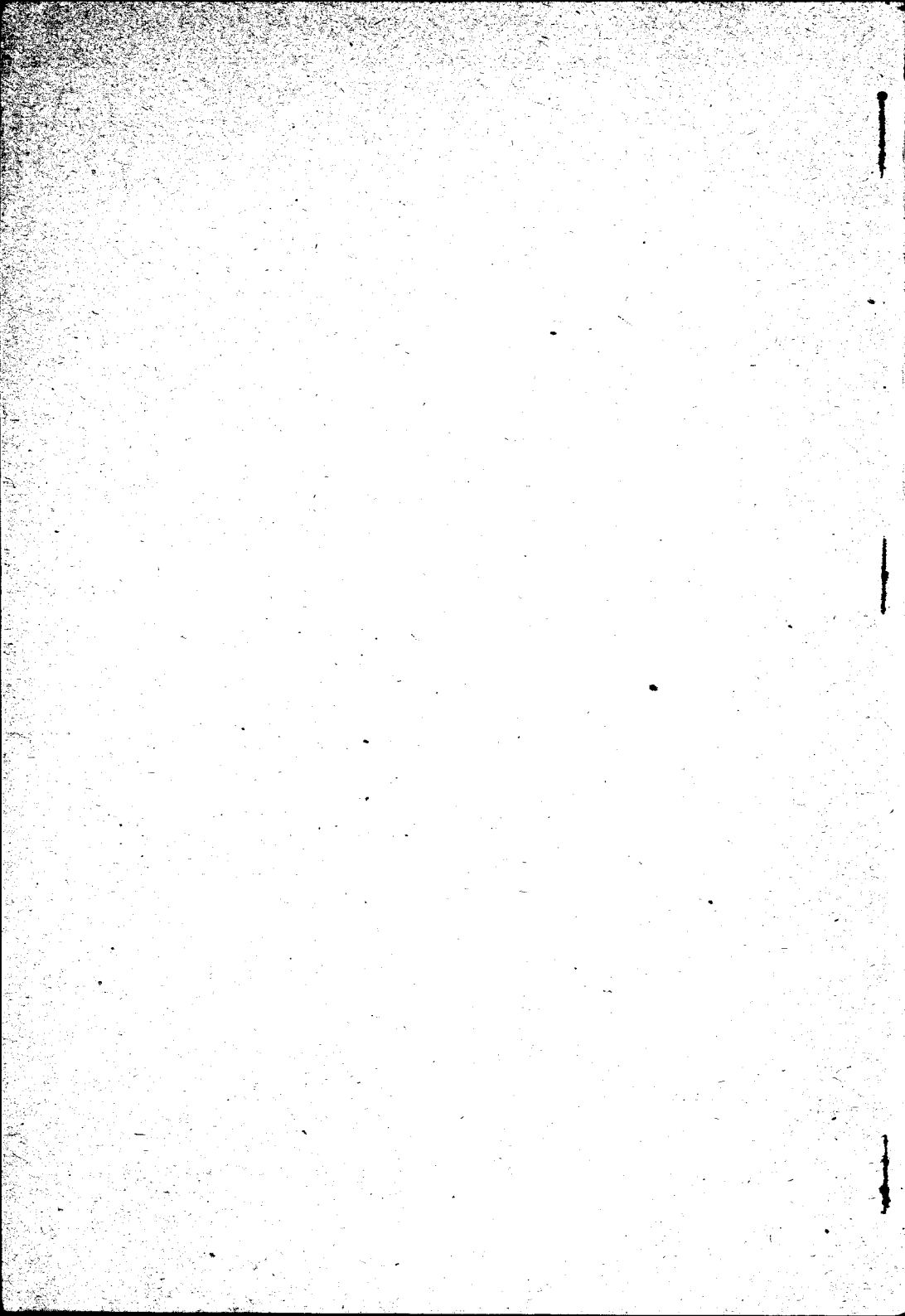
Ex practicante del Instituto Jenner
Ex ayudante de Laboratorio del Hospital San Roque
Ex practicante Externo del Hospital San Roque
Ex practicante Externo del Hospital Torcuato de Alvear
Ex practicante Menor Interno por concurso del Hospital Alvear
Ex practicante Mayor Interno por concurso del Hospital Torcuato de Alvear
(años 1912 - 1913 - 1914 - 1915 - 1916 - 1917 - 1918)



BUENOS AIRES
IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151
1918



Mix. B. 25.9



HERNIAS CONGÉNITAS TUBO-OVÁRICAS

Año 1918

N. 3450

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HERNIAS CONGÉNITAS TUBO=OVÁRICAS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

RAMON G. DE LOS RIOS

EX practicante del Instituto Jenner
EX ayudante de Laboratorio del Hospital San Roque
EX practicante Externo del Hospital San Roque
EX practicante Externo del Hospital Torcuato de Alvear
EX practicante Menor interno por concurso del Hospital Alvear
EX practicante Mayor Interno por concurso del Hospital Torcuato de Alvear
(años 1912 - 1913 - 1914 - 1915 - 1916 - 1917 - 1918)



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI — CORRIENTES 3151

1918



La Facultad no se hace solidaria de
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la Facultad.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

Miembros Titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » DESIDERIO F. DAVEL
19. » » GREGORIO ABAQZ ALFARO
20. » » DOMINGO CABRED
21. » » ABEL AYERZA
22. » » EDUARDO OBEJERO
23. » » JOSÉ A. ESTEVES.
24. » » Vacante

Secretario General

Vacante

Secretario

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO



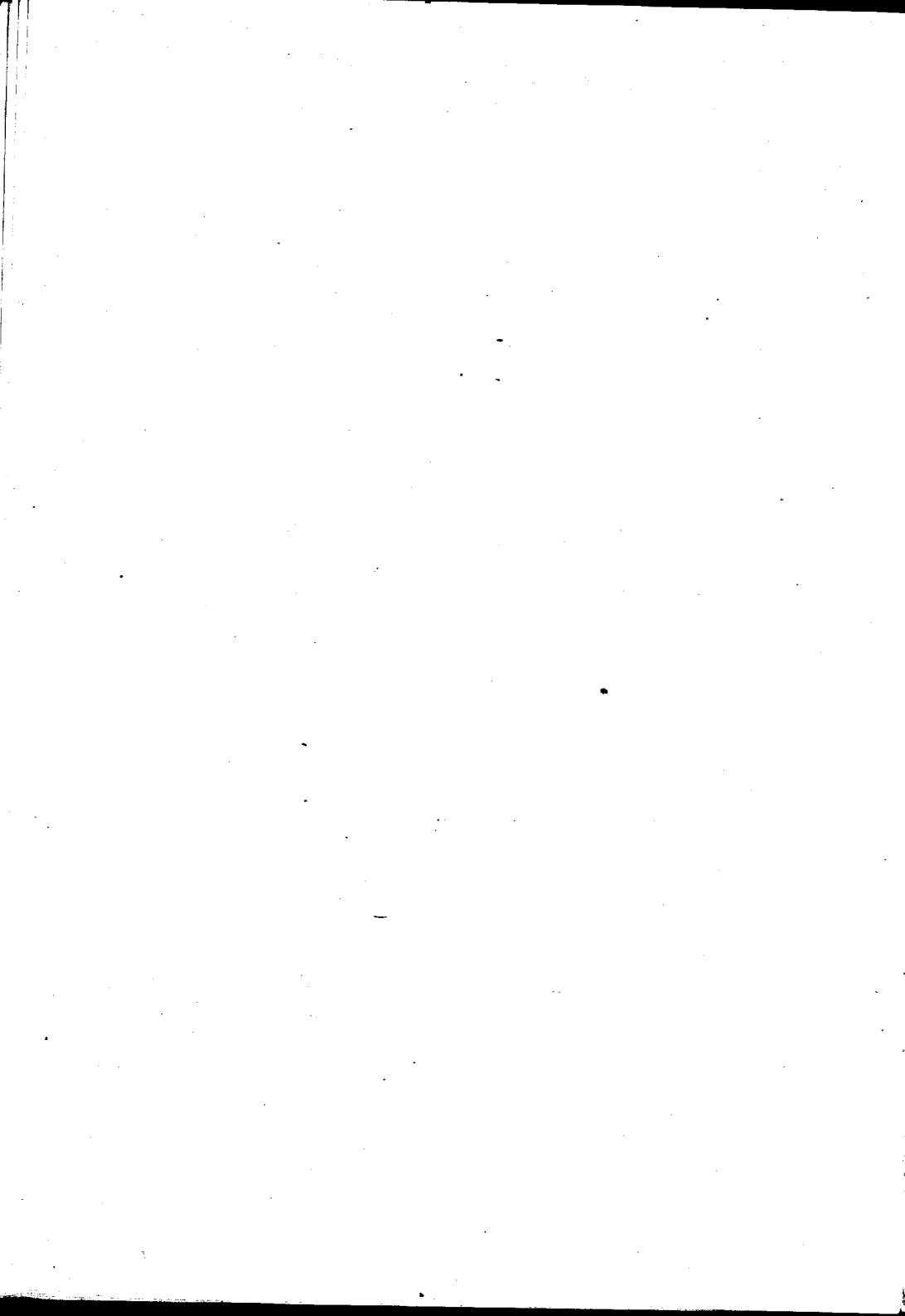
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSSINI
2. > > EMILIO R. CONTI
3. > > OLHINDO DE MAGALHAES
4. > > FERNANDO VIDAL
5. > > ALOYSIO DE CASTRO
6. > > CARLOS CHAGAS
7. > > MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSEJO DIRECTIVO

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. DOMINGO CABRED

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

» » ELISEO GANTÓN

» » ANGEL M. CENTENO

» » DOMINGO CABRED

» » MARCIAL V. QUIROGA

» » JOSÉ ARCE

» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)

» » DANIEL J. CRANWELL

» » CARLOS MALBRAN

» » JOSÉ F. MOLINARI

» » MIGUEL PUIGGARI

» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

» » FANOR VELARDE

» » IGNACIO ALLENDE

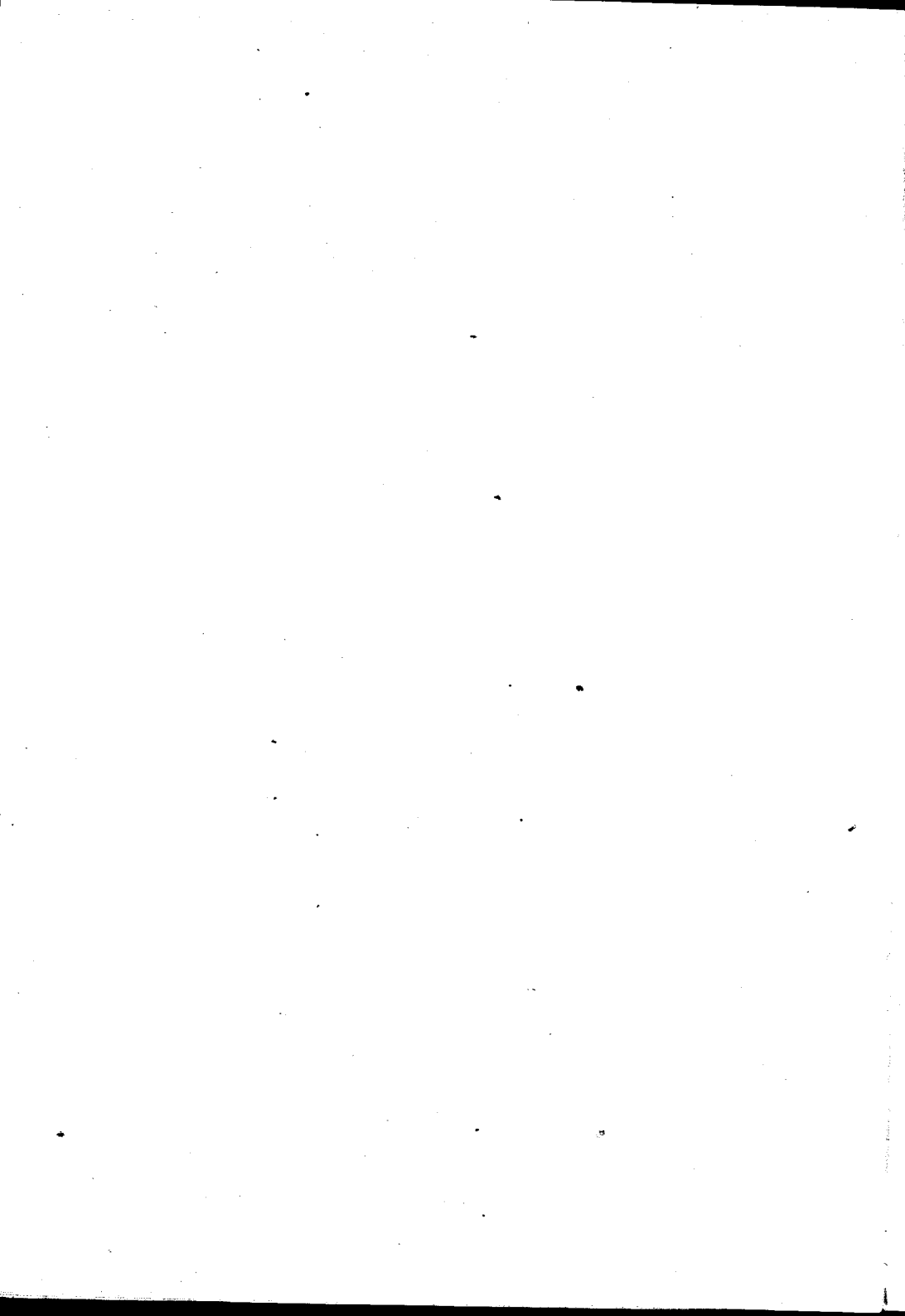
» » MARCELO VIÑAS

» » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

» » JUAN A. GABASTOU



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEYGA

» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BERRI

» FRANCISCO A. SICARDI

» TELEMAGO SUSINI



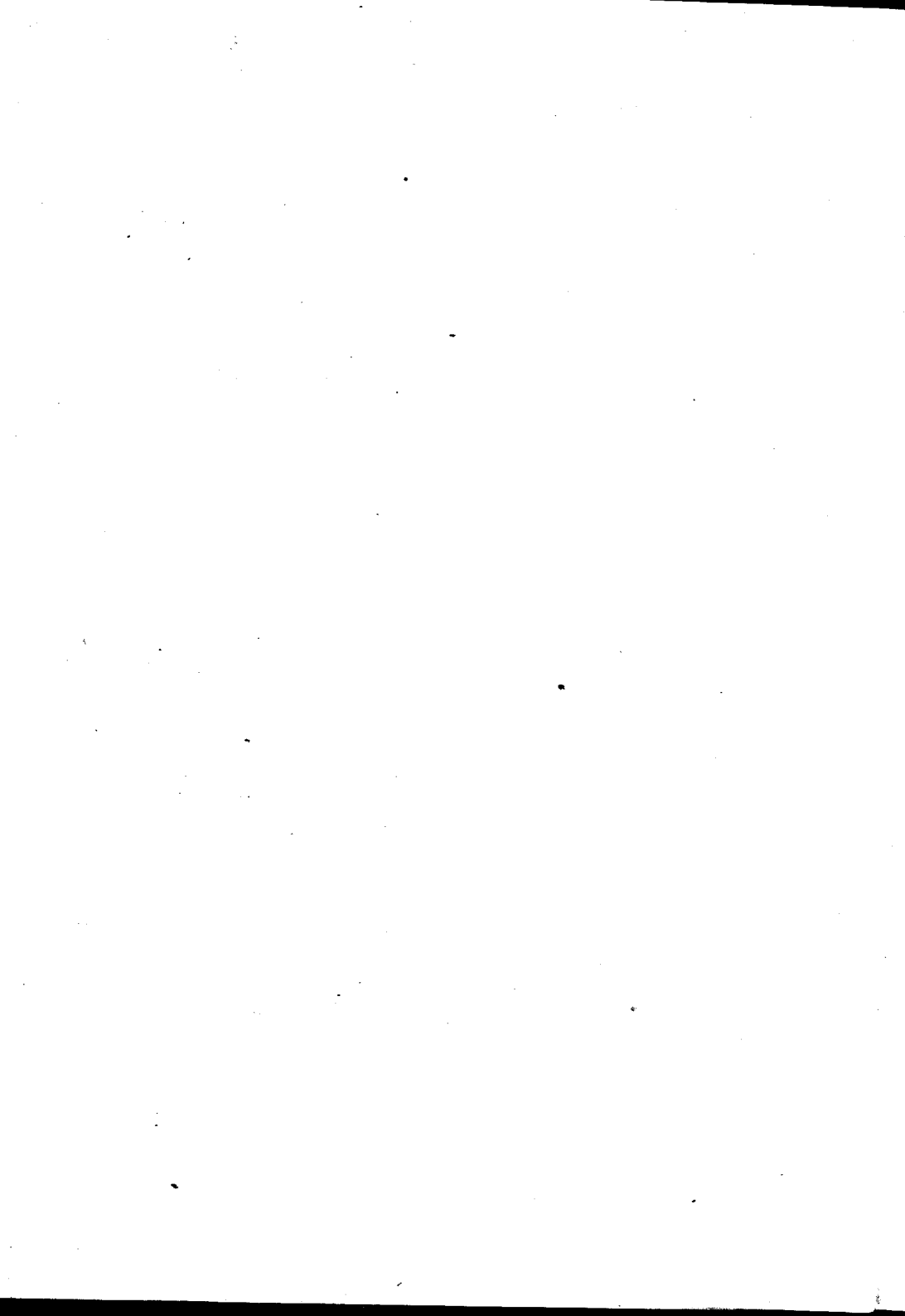
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANOÑA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARÁOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» (VACANTE)
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clinica Dérmato-Sifilográfica.	» (Vacante).
Clinica Génito-urinaria.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORÁNS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
Clinica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRÍQUEZ
Zoología »	» DANIEL J. GREENWAY
Histología normal.....	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALLANO
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología.....	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Higiene Médica.....	» FELIPE A. JUSTO
Clínica Dérmato-Sifilográfica..	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Patología externa.....	» CARLOS ROBERTSON LAVALLE
Patología Interna.....	» RICARDO COLÓN
Clínica oto-rino-laringológica..	» ELISEO V. SEGURA
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ R. SEMPRÚN
	» MARIANO ALURRALDE
	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Pediátrica.....	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» FRANCISCO LLOBET
Clínica Quirúrgica.....	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
	» JOSÉ T. BORDA
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica obstétrica.....	» ARTURO ENRÍQUEZ
Clínica Ginecológica.....	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Médica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
	» PATRICIO FLEMING



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

Zoología médica.....	DR. GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	» SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	» EUGENIO GALLI
Bacteriología.....	» JUAN JOSÉ CIRIO
Química Biológica.....	» FRANCISCO ROPHILLE
Higiene Médica.....	» FRANK L. SOLER
Semiología y ejercicios clínicos.....	» BERNARDO ROUSSAY
Anatomía patológica.....	» RODOLFO RIVAROLA
Materia médica y terapéutica.....	» SALVADOR MAZZA
Medicina operatoria.....	» BENJAMÍN GALARCE
Patología externa.....	» MANUEL V. CARBONELLI
Clinica dermato-sifilográfica.....	» SANTIAGO M. COSTA
» Génito urinaria.....	» CARLOS BONORINO L'DAONDO
» epidemiológica.....	» ALFREDO VITÓN
» oftalmológica.....	» PEDRO J. BARBOY
» oto-rino-laringológica.....	» JOAQUÍN ELIAMBAS
Patología interna.....	» ANGEL H. ROFFO
Clinica quirúrgica.....	» PEDRO ELIZALDE
» Neurológica.....	» JOSÉ MORENO
» Médica.....	» PEDRO CASTRO ESCALADA
» pediátrica.....	» ENRIQUE FIGUEROA
» ginecológica.....	» FRANCISCO P. CASTRO
obstétrica.....	» CASTELFORT LIGONÉS
Medicina legal.....	» ENRIQUE M. OLIVIERI
Clinica Psiquiátrica.....	» ALEJANDRO CEVALLOS
	» NICOLÁS V. GRECO
	» PEDRO L. BALIÑA
	» JOAQUÍN CERVERA
	» JOAQUÍN NIN POSADAS
	» FERNANDO R. TORRES
	» FRANCISCO DESTEFANO
	» ANTONINO MARCO DEL PONT
	» DANIEL THAMM
	» ADOLFO NOCETTI
	» RAUL ARGANARAZ
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTIN CASTRO ESCALADA
	» FELIPE J. BASAVILBASO
	» ANTONIO R. ZAMBIRINI
	» ENRIQUE FERREIRA
	» PEDRO LABAQUE
	» LEONIDAS GORBE FACIO
	» PABLO M. BARIARO
	» EDUARDO MARIÑO
	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHITTO
	» JOSÉ M. JORGE (H)
	» OSCAR COPELLO
	» ADOLFO F. LANDIVAR
	» JORGE LEYRO DIAZ
	» ANTONIO F. CELESTIA
	» TOMÁS R. KENNY
	» GUILLERMO VALDÉS (H)
	» VICENTE DIMITRI
	» ROMULO H. CHIAPPORI
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO J. MORSALENE
	» RAFAEL A. BELLEIRICH
	» IGNACIO DIAZ
	» PEDRO ESCUDERG
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» JOSÉ DESTEFANO
	» JUAN R. GOYENA
	» JUAN JACOBO SPANGENBERG
	» TULLIO MARTINI
	» CÁNDDIDO PATIÑO MAYER
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWEIGER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» CARLOS R. CIRIO
	» OSVALDO E. BOITARO
	» JULIO TRIBARNE
	» CARLOS ALBERTO CASTAÑO
	» FAUSTINO J. TRONGE
	» JUAN B. GONZÁLEZ
	» JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	» JUAN A. GATASFOI
	» ENRIQUE A. BOERO
	» JOSÉ A. BERTTIL
	» SICANOR PALACIOS COSTA
	» VICTORJO MONTEVERDE
	» JOAQUÍN V. GNECCO
	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODESTA
	» AMABLE JONES



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc..... DR. J. C. LLAMES MASSINI

Segundo año:

Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica DR. FANOR VELARDE

Puericultura..... DR. UBALDO FERNÁNDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general. — Anatomía y Fisiología comparadas.....
 Física farmacéutica.....
 Química farmacéutica inorgánica...
 Botánica y Micrografía vegetal....
 Química farmacéutica orgánica....
 Técnica farmacéutica (1er curso)...
 Higiene, Ética y Legislación.....
 Química analítica general.....
 Farmacognosia especial.....
 Técnica farmacéutica (2º. curso)...

Catedráticos titulares

Dr. ANGEL GALLARDO
 » JULIO J. GATTI
 » MIGUEL PUIGGARI
 » ADOLFO MEJICA
 (Vacante)
 » J. MANUEL IRIZAR
 » RICARDO SCHATZ
 » FRANCISCO P. LAVALLE
 Sr. JUAN A. DOMÍNGUEZ
 Dr. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas

Zoología general—Anatomía y fisiologías comparadas.....
 Física farmacéutica.....
 Química farmacéutica inorgánica... }
 Botánica y Micrografía vegetal.... }
 Química farmacéutica orgánica.... }
 Técnica farmacéutica..... }
 Química analítica general.....
 Farmacognosia especial.....

Catedráticos sustitutos

Dr. ANGEL BIANCHI LISCHETTI
 » TOMÁS J. RUMI
 » ANGEL SARATINI
 » EMILIO M. FLORES
 » ILDEFONSO C. VATTUONE
 » PEDRO J. MÉSIGOS
 Dr. LUIS GUGLIALMELLI
 Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA
 » PASCUAL CORTI
 » CLEOFÉ CROCCO
 Dr. JUAN A. SANCHEZ
 Sr. OSCAR MIALOCK

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas

Complementos de Matemáticas.....
 Mineralogía y Geología.....
 Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina.....
 Química analítica aplicada (Medicamentos).....
 Química biológica.....
 Química analítica aplicada (Bromatología).....
 Física general.....
 Bacteriología.....
 Toxicología y Química legal.....

Catedráticos titulares

— — —
 — — —
 — — —
 Dr. JUAN A. SÁNCHEZ (supl. en ejercicio)
 » PEDRO J. PANDO
 — — —
 — — —
 » CARLOS MALBRÀN
 » JUAN B. SEÑORÀNS



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Prótesis dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Prótesis)
» CORIOLANO BREA (»)
» CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)



PADRINO DE TESIS

Dr. HAMILTON CASSINELLI

Médico Interno del Hospital Alvear
Cirujano agregado al servicio del Dr. José A. Viale
Adscripto a la Cátedra de Medicina Operatoria

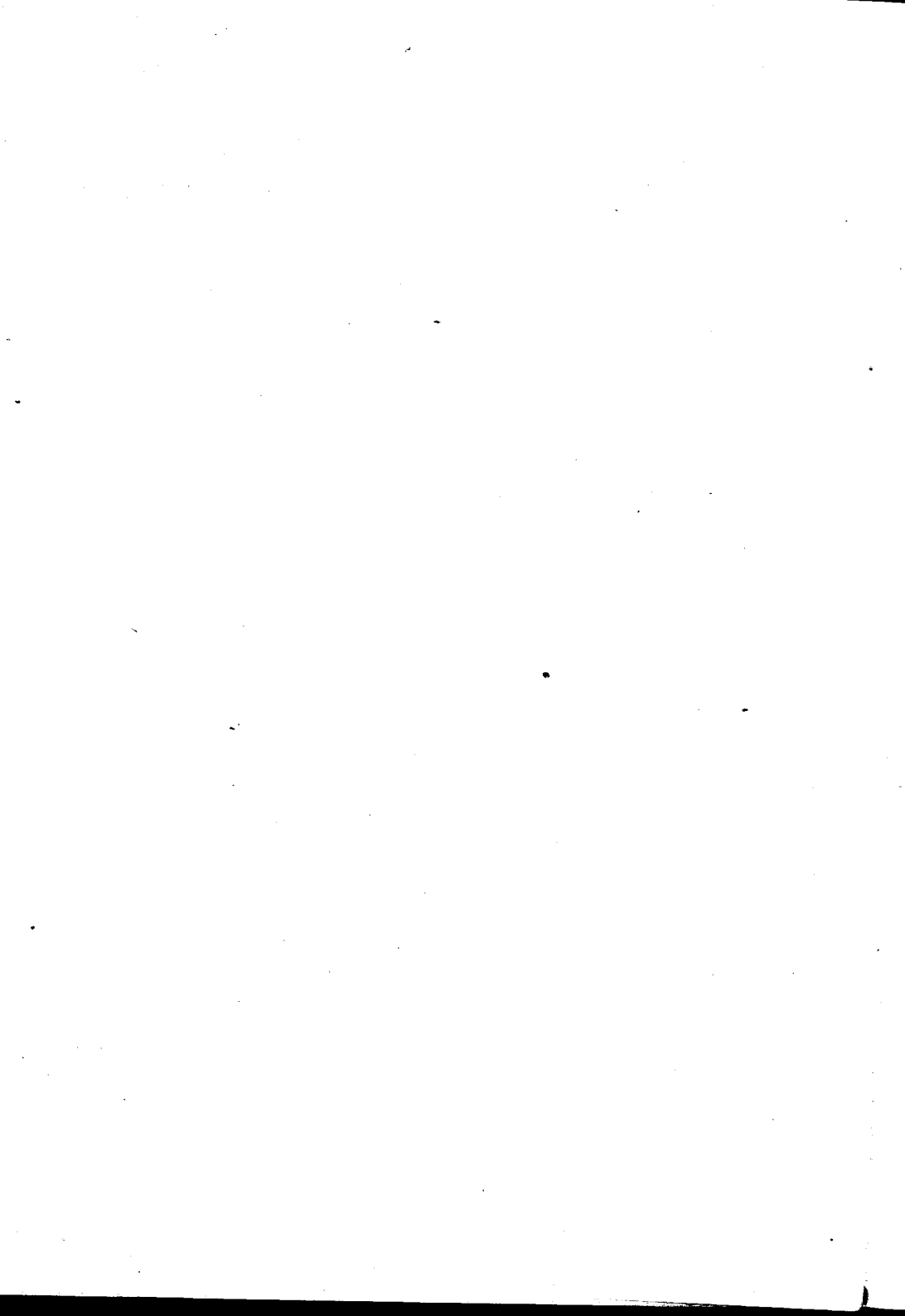


A LA MEMORIA DE MI PADRE



A MI MADRE

GRATITUD Y CARÍÑO



A MIS HERMANAS

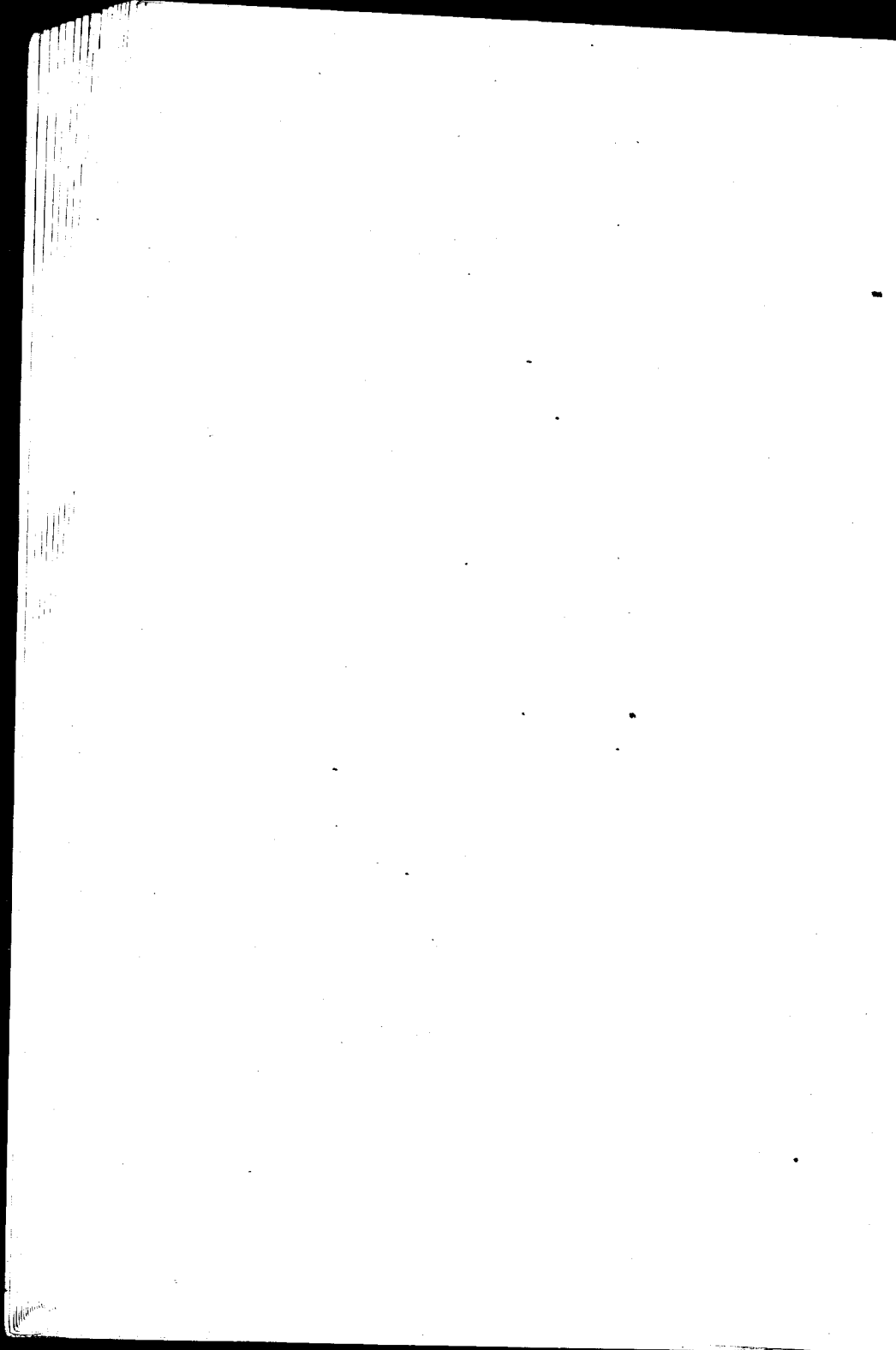
A MIS HERMANOS



AL SR. MELITON BUENO

A MIS SOBRINOS

A LOS MIOS



A MIS QUERIDOS AMIGOS DOCTORES:

MANUEL RIERA

ESTEBAN LUCOTTI

CARLOS L. ANTEQUEDA

EMILIO MANUEL ORSI

OSCAR YVANISSEVICH

ALBERTO A. NAVARRO



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Llenando una disposición reglamentaria que consagra a la vez el término de la carrera, sometido a la consideración de vuestro elevado criterio, este trabajo que no aspira a la originalidad, sino a llenar lo más cumplidamente posible esta última prueba para optar al grado de Doctor en Medicina.

Dentro del propósito de reunir el mayor número de datos para un trabajo de conjunto, he tenido que vencer las dificultades de una bibliografía dispersa en folletos y revistas, dificultades que me han servido de estímulo para el tema elegido.

La ocasión de haber observado en el servicio de urgencia del Hospital Torcuato de Alvear un

caso de hernia congénita tubo-ovárica con una complicación el estrangulamiento y gangrena de los órganos herniados, decidíronme a afrontar la tarea que impórta este trabajo, que dada la rareza con que se observa en la práctica hospitalaria, lo he considerado interesante para tema de tesis.

He dividido este trabajo en siete capítulos:

- 1.º Historia;
- 2.º Embriología;
- 3.º Etiología y patogenia;
- 4.º Sintomatología y complicaciones;
- 5.º Diagnóstico y pronóstico;
- 6.º Tratamiento;
- 7.º Observaciones clínicas.*

Previamente a la labor, permitidme, exteriorice mi réconocimiento hacia todos aquellos que directa o indirectamente han contribuído con sus enseñanzas a elevar mi concepto dentro del causal de la ciencia recibida y en particular a mis sabios maestros, cuyas lecciones y consejos me han conducido a este momento, que comprende la aspiración de toda una vida.

Al Dr. Hamilton Cassinelli, inteligente y laborioso médico interno del hospital Alvear, que, honrándome con su padrínazgo me acompaña en

este acto, debo sincerar el afecto y respeto que le profeso, agradeciéndole inmensamente su gentileza.

Al Dr. José A. Viale, digno director del hospital Torcuato de Alvear, cuya cultura y caballerosidad me complace íntimamente en hacer pública, soy deudor de múltiples atenciones recibidas durante mi internado, que me obligan a perdurable gratitud.

Agradezco muy sinceramente a los médicos internos del hospital Alvear, Dres. Fernando A. Coni Bazán, Roberto Acosta y Adelio P. Barceló, por las consideraciones que han tenido la amabilidad de dispensarme durante mi internado.

A los que fueron mis jefes de sala, Dres. Ricardo S. Gómez, Oscar Copello, Pedro Benjamín Aquino, Carlos Bonorino Udaondo, Enrique Chabroux, Máximo Casteigts, Roberto Wernicke, Roberto Solé, Guillermo Valdez (hijo), y Joaquín Nin Posadas, la seguridad de que he aprovechado sus consejos y sabias enseñanzas.

A los Dres. Genaro Sixto, Jacobo Spangenberg, Ercilio Rodríguez, Rafael A. Bullrich, Toribio Picardo, Podestá, San Martín y otros, quienes contribuyeron a formar mi criterio científico y práctica médicas, mi profundo reconocimiento.

Al distinguido jefe del laboratorio Dr. Gourdy,

a los ayudantes del mismo, al administrador, sub-administrador, capellán, personal de la mesa de entrada, jefe y ayudantes de la farmacia, mi gratitud por las atenciones recibidas.

Por último, a mis compañeros de internado del hospital, con quienes he pasado los momentos más felices de mi vida de estudiante, la ofrenda de mi amistad eterna y que esta tesis les recuerde mi afecto y gratitud.

Historia

Se atribuye a Soranus de Efeso, el mérito de haber sido el primero que hizo mención de las hernias tubo-ováricas, pues, relata el caso de una mujer en la que encontró el ovario en un gran gran labio. Pasaron varios siglos hasta que en 1706 Louis-Gouey, refiere la observación curiosa de una señora de veinte años que al ser operada de una hernia inguinal se le encontró en el saco la trompa y el ovario, hallándose en la primera un feto de medio pie de largo. Bessière, refiere un caso de hernia en el que acompañaba al intestino franjas de la trompa. En 1755, aparece una observación de Papen de Gottingue (Haller, *Disp. chirurg. select.*, t. III, pag. 313), relativa a una hernia del ovario; en 1757, otra de Percival Pott. Más tarde, aparecen otras publicaciones debidas a Camper, Balin Desault, Hallement, etc.

En 1813, aparece una interesante memoria de Deneux, que sirvió de base a trabajos posteriores, consta de doce observaciones de las cuales nueve eran inguinales. Loumaigne publica en 1869, un trabajo con diez y seis casos. Hamilton y Terry, relatan doce observaciones más.

Englisch, en su interesante trabajo relata treinta y ocho casos de hernias inguinales, de los cuales veintisiete inguinales, nueve crurales y dos a través de los agujeros obturador e isquiático. En 1873, aparece una memoria de Puech, titulada: «Des ovaires et leurs anomalies».

En 1874, aparece la tesis de Vibaille: en 1883, la de Duret; en 1887, la de Thomas, basada en 19 observaciones; y, en 1895, la de Vaucher.

Hay varios trabajos alemanes, entre los cuales citaremos el de Bitzakos, el de Lemhoffer y de Wigger. Entre los trabajos italianos, merece citarse el de Manega, con cinco observaciones.

Como trabajos más recientes, podemos mencionar la tesis de Garrigues presentada en París en 1904, donde el autor inspirado por Lejars, les asigna a estas hernias, caracteres etiopatológicos y sintomáticos peculiares.

En 1909, Lozano y Ponce, presentan a la Academia Médicoquirúrgica española, el caso de una niña de cuatro años con hernia tubo-ovárica. Jaboulay y Patel, hacen de estas hernias un estu-

dio muy prolijo en el tratado de cirugía de «Le Dentu y Dellbet».

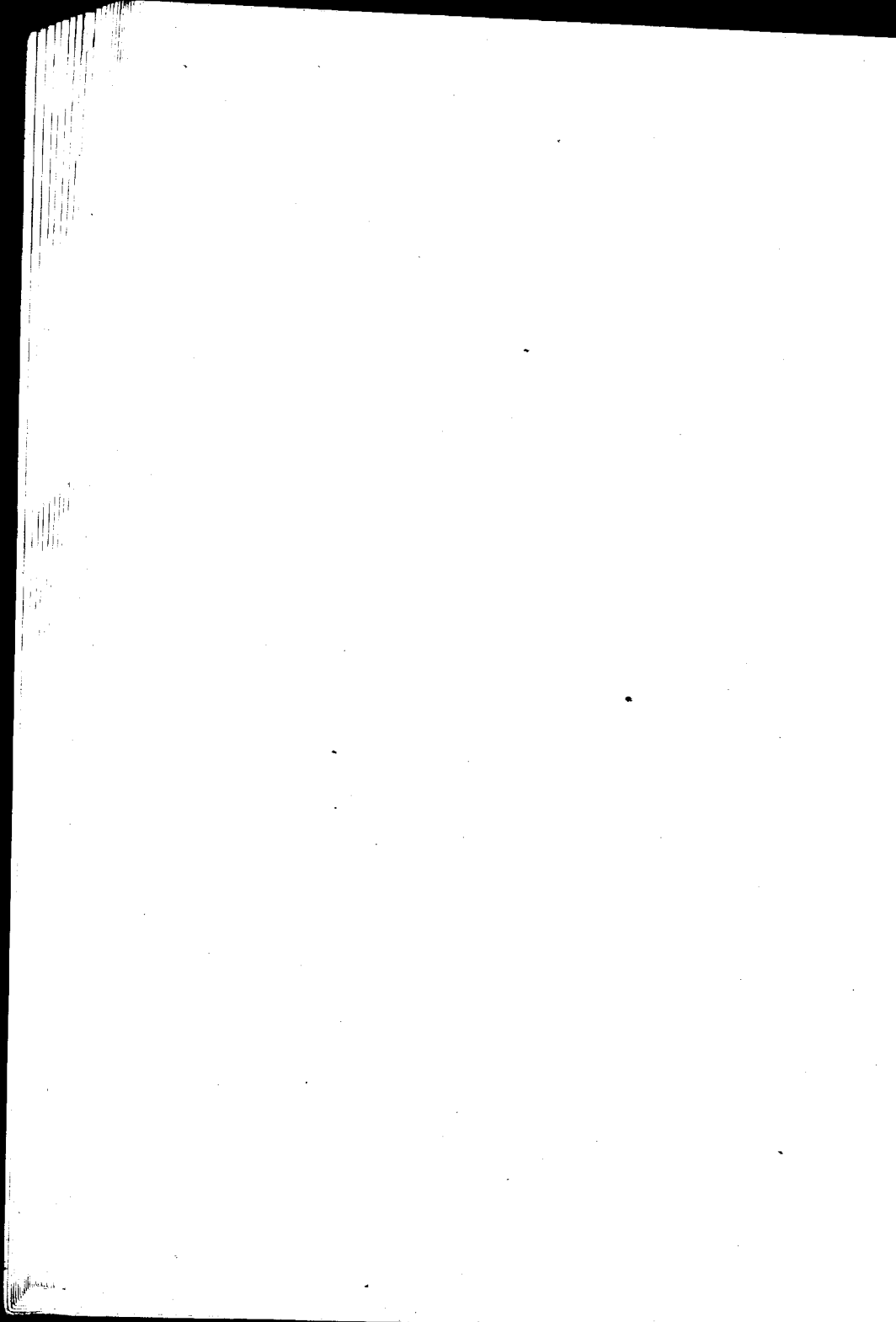
En la literatura médica argentina se registran algunas publicaciones, entre las cuales citaremos la monografía del Dr. Herrera Vegas, presentada a la Sociedad Médica Argentina, trabajo muy completo en el que estudia detalladamente esta variedad de hernias pasando en revista su historia, frecuencia, patogenia, anatomía patológica, síntomas, diagnóstico y tratamiento.

El Dr. Magnanini, presentó a la Sociedad Médica el caso de una niña de dos meses con hernias de las trompas, ovarios y útero.

El Dr. Calderón, recopila en su tesis todos los casos observados en el servicio del Dr. Herrera Vegas hasta el año 1910.

El Dr. Ricardo S. Gómez, presentó en 1915 a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología, una comunicación relatando un caso de esta variedad de hernias.

El Dr. Lugones, presentó en 1916 a la Sociedad Argentina de Pediatría, una interesante y bien documentada comunicación, relatando doce casos de hernias congénitas tubo-ováricas, observados en el servicio del Dr. Herrera Vegas desde el año 1910 hasta la fecha, los que unidos a los ya publicados suman un total de diez y seis observados en el servicio mencionado.



Embriología

En el embrión humano de seis a siete semanas se puede reconocer microscópicamente esbozos diferenciados escasamente de órganos sexuales machos o hembras.

El aparato urogenital presenta hasta entonces un estado que podría llamarse de hermafroditismo embrionario y presenta a estudiar órganos glandulares que se suceden los unos a los otros, hasta llegar al riñón definitivo y al órgano sexual ovárico o testículo. Estos órganos glandulares son según la nomenclatura de Balfour y Sedwick, el holonefros, el pronefros y el mesonefros, apareciendo conjuntamente con estos órganos, algunos conductos pares que son los canales del riñón primordial y los canales de Müller que se transforman después en uréteres y en canales vectores, sean de los óvulos o de los espermatozoides.

Estudiaremos primero como se constituyen estos rudimentos embrionarios para mostrar después su transformación en órganos definitivos.

El holonefros, es el primer rudimento de órgano excretor que aparece en un embrión, se extiende en casi toda la región segmentada del mesodermo y se divide en tres zonas: la superior que no se desarrolla en los mamíferos; la mediana, que constituirá el pronefros queda rudimentaria en los mamíferos y por soldadura dorsal de sus canalículos forma el canal de Wolff; la inferior responde al mesonefros.

El holonefros de Brauer, es entonces un órgano excretor único que presenta dos partes diferenciadas, las cuales aparecen en los dos períodos distintos del desarrollo embrionario y que son el pronefros y el mesonefros.

El pronefros descubierto por Müller y conocido con los nombres de riñón cefálico, riñón anterior, cuerpo de Müller, aparece bajo forma de un divertículo del epitelio de la cavidad pleuroperitoneal en el punto donde la parte segmentada de la hoja germinativa mediana se continúa con la parte no segmentada.

En este momento se halla constituido por cierto número de tubos epiteliales dispuestos en ángulo recto y que se abren en la cavidad peritoneal. Junto a la abertura de estos tubos se en-

cuentra una dilatación saliente de la pared abdominal en la que se halla contenido un abundante ramillete vascular, que es el glomérulo del pronefros, este glomérulo es independiente de los tubos epiteliales y está simplemente situado en su proximidad.

El pronefros, bien constituido, consiste en un conducto longitudinal extendido desde el corazón por delante hasta la cloaca en que se abre; en el momento inicial está situado inmediatamente por debajo de la epidermis, más tarde se aleja considerablemente y se coloca en la profunda en pleno tejido conjuntivo embrionario. Este conducto recoge la serosidad de la cavidad pleuroperitoneal en donde se abre por su extremidad anterior formando una vía de excreción. En los vertebrados inferiores, como en ciertos peces óseos, el pronefros perfectamente formado funciona durante toda su vida como aparato excretor, en otros como en los anfibios funciona solamente durante la vida embrionaria y en los vertebrados superiores su esbozo es apenas rudimentario.

El mesonefros está constituido por la reunión del conducto del pronefros con una serie de conductos transversales y que se abren en este último.

Su desarrollo se produce del modo siguiente:

la extremidad anterior del canal de Wolff se atrofia, desaparece y no subsiste más que desde el nivel del comienzo de la futura región dorsolumbar hasta su abertura posterior, al mismo tiempo nuevas comunicaciones se establecen entre él y la cavidad pleuroperitoneal: del epitelio de esta cavidad parten divertículos en forma de tubos que van a desembocar en el canal de Wolff; estos divertículos se implantan sobre dicho canal como dientes de un peine, por intermedio de un cuerpo al que Rückert, ha dado el nombre de nefrotoma por oposición al resto del riñón primordial que suministra la parte muscular, miotoma y el material del cuerpo esquelético, esclerotoma.

De este modo comunica por una parte con la cavidad pleuroperitoneal y por otra con el canal de Wolff.

Así constituido el cuerpo de Wolff funciona como el pronefros, es decir, como vía de excreción de la serosidad de la cavidad pleuroperitoneal. Más tarde los nefrotomas se obliteran y el cuerpo de Wolff no tiene más comunicación con la cavidad peritoneal, sus diferentes canalículos se alargan, se incurvan en forma de S y se diferencian en tres partes: una interna, corta, que se abre en el celoma por un orificio infundibuliforme; otra externa, en forma de tubo más o

menos contorneado sobre sí mismo, la porción segregante que se abre en el conducto del pronefros; y, finalmente, una porción media que constituye la cápsula de Bowman a su nivel la aorta primitiva envía una ramificación transversal que se subdivide en un manojo de capilares que desembocan en un vaso eferente, el cual se echa en la vena cardinal. El glomérulo vascular así formado, se aplica contra la vesícula epitelial que rechaza y en la que se invagina, las células de esta porción se aplastan, mientras que en la pared opuesta son cúbicas.

Así se forma el glomérulo vascular envuelto por su cápsula.

En resumen: el cuerpo de Wolff está formado por una serie de tubos flexuosos, provistos de un glomérulo, que recuerda los tubos contorneados del riñón. Constituye un órgano alargado que ocupa toda la longitud de la cavidad abdominal y que persiste toda la vida en los vertebrados alantoides, en los que constituye el aparato renal; en las aves y en los mamíferos no funciona más que durante un corto período de la vida embrionaria, sufriendo más tarde una regresión, comportándose diferentemente en el macho y en la hembra.

En el hombre adulto la porción urinaria se atrofia, no dejando más vestigios que algunas vesí-

culas y tubos irregulares, escalonados en el cordón, por encima de la cabeza del epididímo y su situación primitiva se modifica por el descenso rápido del testículo. Estos restos se conocen con los nombres de cuerpo innominado o paradidímo de Waldeyer. La parte sexual del cuerpo de Wolff persiste en el hombre en toda su integridad. Los canalículos wolffianos, se transforman en canales eferentes del testículo, el canal de Wolff en canal de epididímo y por su segmento inferior en canal deferente. Hacia el tercer mes de la vida embrionaria aparece unos brotes emanados de la pared dorsolateral de los canales deferentes, brotes que constituyen las vesículas seminales. Los vasos aberrantes de Haller, o conductos deferentes de Cooper, son canalículos wolffianos que se han desprendido de la red testicular a consecuencia del alargamiento del epididímo.

La porción urinaria del cuerpo de Wolff, en la mujer, se encuentra bajo forma de pequeñas vesículas en el espesor del ligamento ancho, dentro del órgano de Rosenmüller, entre el ovario y la trompa; y se conoce con el nombre de paraovario de His o de paraoóforo de Waldeyer, mientras que en el macho se llama paradidímo.

La porción sexual del cuerpo de Wolff, persiste en la mujer como en el hombre, y constituye un órgano alojado en el espesor del li-

gamento ancho entre la trompa y el ovario, formando un tronco colector paralelo a la trompa y en el que desembocan algunos canales que se termina en el hilo del ovario, este órgano recibe el nombre de órgano de Rosenmüller.

En los vertebrados superiores, aves y mamíferos, el desarrollo evolutivo del aparato urinario sufre una serie de transformaciones.

Precedentemente, hemos mencionado que el pronefros fué reemplazado por el cuerpo de Wolff. éste a su vez, va a ser substituído por el metanefros o riñón definitivo.

De la parte posterior del canal de Wolff, nace un mameión que crece bajo forma de tubo, constituyendo el uréter; éste remonta alargándose hasta llegar al sitio donde estará el riñón, en este punto su extremidad termina en fondo de saco formando la pelvis renal, luego aparecen nuevos mameiones ingertados en la pelvis, se alargan, se bifurcan, se ramifican y forman los tubos rectos, tubos contorneados; sobre una de las extremidades de estos tubos se forman los glomérulos por un procedimiento idéntico a los glomérulos del cuerpo de Wolff. De este modo se halla constituído el riñón propiamente dicho, es decir, glomérulos, tubos contorneados, tubos rectos y uréter.

Conducto de Müller.—Desde los primeros tiem-

pos de la existencia del cuerpo de Wolff, se desarrolla un conducto especial: el conducto de Müller en íntima conexión con aquél.

El conducto de Müller se forma de la misma manera en los dos sexos, teniendo más tarde una aplicación diferente según el sexo masculino o femenino.

Cuando está completamente formado nace de la extremidad anterior, borde interno del cuerpo de Wolff, en el punto donde se abre por uno o dos orificios infundibuliformes en el peritoneo, luego se sitúa sobre el borde externo del cuerpo de Wolff, por fuera del conducto de este nombre y recorre toda la longitud del riñón primitivo.

El destino ulterior de los canales de Müller, es diametralmente opuesto al de los canales de Wolff; hemos visto que éstos persisten en el macho, mientras aquéllos continúan evolucionando en la hembra donde dan nacimiento a las trompas al útero y a la vagina.

En la mujer, la inserción del ligamento inguinal que luego constituye el ligamento redondo, sobre el cordón urogenital, permite distinguir en los conductos de Müller, dos segmentos: uno superior y otro inferior; a expensas del segmento superior se forma la trompa que se abre en la cavidad peritoneal por una extremidad en forma de embudo que es el pabellón; el segmento in-

ferior se une hacia el tercer mes de la vida embrionaria con el del lado opuesto, formando un canal impar y mediano, al que Leuckart da el nombre de canal útero vaginal; los cuernos uterinos son representados por las porciones de conducto de Müller, comprendidos entre los ligamentos redondos y el vértice del cordón genital.

En el hombre, desaparecen completamente los segmentos medianos del conducto de Müller y no persisten más que las extremidades; la extremidad superior arrastrada por el testículo llega a la vaginal, donde se ve como un pequeño pabellón franjeado, implantado en la parte anterior y superior del testículo; se le conoce con el nombre de hidatide sesil de Morgagni y su homología con la trompa de Falopio ha sido establecida por Waldeyer y Roth, quienes han encontrado que está tapizado por epitelio prismático, exactamente lo mismo que la trompa uterina; la extremidad inferior del canal de Müller se suelda con la del lado opuesto, dando nacimiento a un pequeño órgano que se abre en la región prostática de la uretra, entre los dos canales eyaculadores: se le conoce con el nombre de utrícula prostática o útero macho.

Organos genitales.— Una vez formado el canal de Müller, aparecen en los vertebrados los primeros vestigios de glándulas genitales. Su des-

arrollo se efectúa en el epitelio del celoma. Este epitelio presenta un aspecto diferente, según la región examinada, es aplastado (endotelio), al nivel de los riñones primordiales, pero conserva su constitución primitiva en la cara lateral del cuerpo de Wolff. En este sitio toma el nombre de epitelio germinativo y a expensas de él, se forman las células germinativas: óvulos primordiales en la hembra; espermátogonios en el macho.

Desde que los órganos genitales comienzan a delimitarse, se nota en medio de las células epiteliales prismáticas que constituyen el epitelio germinativo, elementos más voluminosos y en forma esférica, conocidos con el nombre de óvulos primordiales. Estos elementos, que se encuentran en uno y otro sexo se multiplican activamente, rodeados de células epiteliales, formando cordones corticales ovígenos que se extienden en la capa superficial del órgano sexual.

Los cordones emanados del cuerpo de Wolff, penetran en la parte central de este órgano, constituyendo los cordones wolffianos o espermiógenos y para que esto se produzca la pared epitelial de los corpúsculos de Malpigio, los más vecinos del órgano sexual, emiten brotes llenos que se hunden en el espesor del meso ramificándose y anastomosándose para formar una red. De esta manera la glándula sexual es recorrida por dos

sistemas de cordones, unos corticales ovarígenos, provenientes del epitelio germinativo, y, otros medulares espermiógenos, derivados del cuerpo de Wolff. Los dos cordones de la superficie representan la parte hembra del órgano sexual y los centrales la parte macho: según la evolución del órgano uno de estos cordones persistirá dando nacimiento a los ovísacos o a los canalículos seminíferos. Estas vías genitales son entonces primitivamente hermafroditas, después si la glándula genital evoluciona hacia el tipo macho, el canal de Müller se atrofia y el canal de Wolff subsiste solo, y si la glándula evoluciona hacia el tipo hembra, es el canal de Wolff el que se atrofia, mientras que los canales de Müller persisten.

El cuerpo de Wolff se fija a la pared abdominal por repliegues del peritoneo, llamados mesos del riñón primordial, son dos para cada glándula: uno se dirige hacia arriba para fijarse en el diafragma, es el ligamento diafragmático; el otro, parte de la extremidad inferior del cuerpo de Wolff y se extiende hasta la región inguinal desempeñando un papel muy importante, como veremos luego en la topografía de los órganos genitales; en el macho, constituye el ligamento de Hunter, en la hembra el ligamento redondo del ovario. Además, mientras las glándulas sexuales aun se encuentran a los lados del cuer-

po de Wolff, están fijadas por un meso muy corto, por el que reciben sus vasos nutritivos y al que se conoce con el nombre de mesorchium o mesovarium, según el sexo.

El destino posterior de estos ligamentos anexos al cuerpo de Wolff, es el siguiente: en la mujer el meso del cuerpo de Wolff se confunde con el repliegue urogenital y suministra, el ligamento ancho; el mesovarim forma el alerón posterior de este ligamento y sus dos prolongamientos, los ligamentos de la trompa y del ovario; el ligamento inguinal constituye el ligamento redondo y su repliegue peritoneal, el alerón anterior del ligamento ancho.

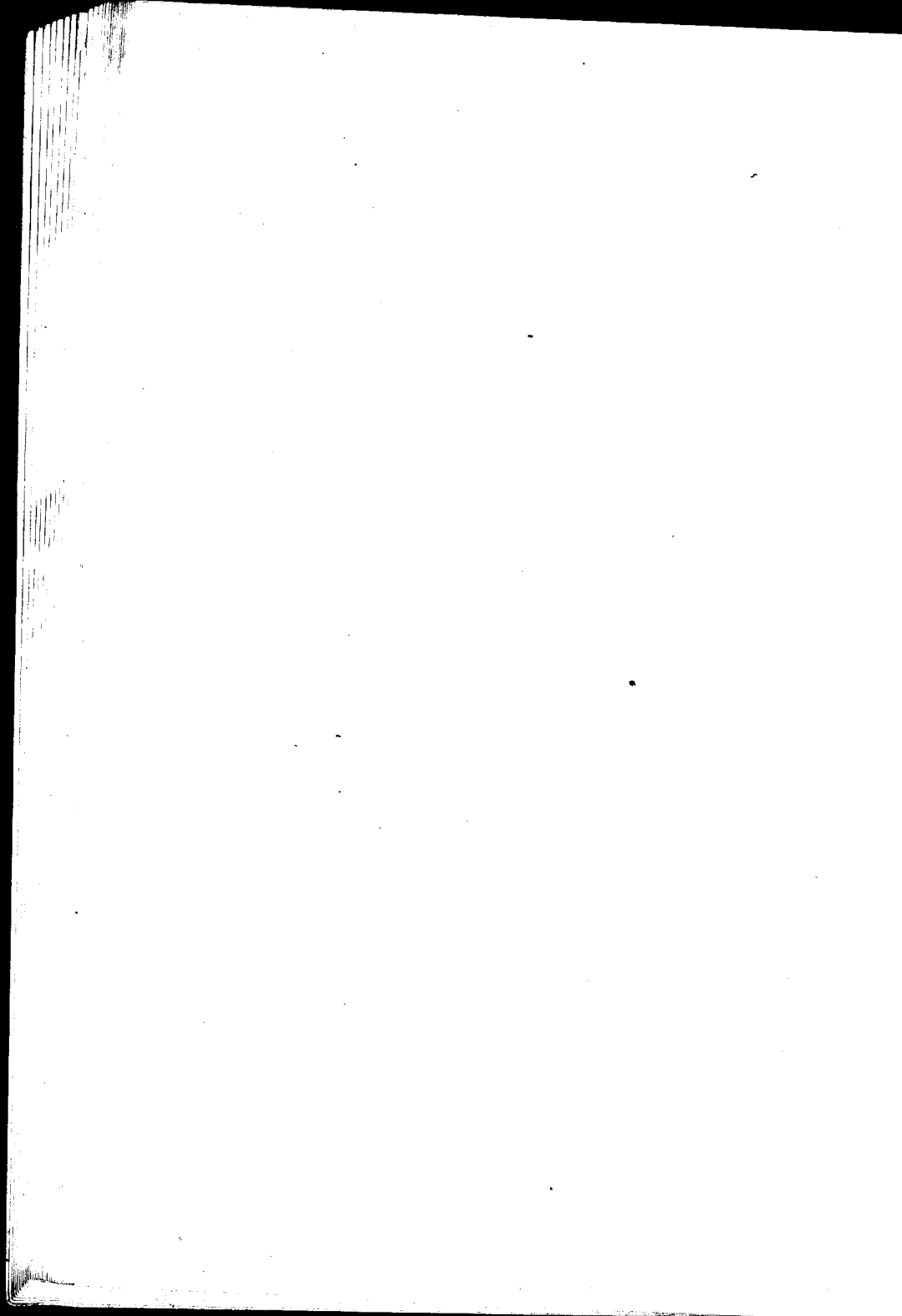
En el hombre, la migración del testículo y la separación de la vaginal con la cavidad peritoneal, modifican la forma y relaciones de estos repliegues que quedan reducidos al pedículo que suspende el testículo y el epidídimo.

En algunos mamíferos como los roedores, donde la vaginal queda en comunicación con la cavidad peritoneal, existe en el canal inguinal un ligamento, cuyo alerón interno, engloba el canal deferente y en consecuencia es el homólogo del ligamento ancho.

El ligamento inguinal de la glándula genital sea ovario o testículo, se pierde hacia abajo en el tejido celular llamado proceso vaginal. Este

proceso va hasta el cuerpo mucoso de la piel, sea de las bolsas o de los grandes labios, se ahueca en su parte superior para formar una foseta donde se inserta el gubernaculum, que con su pliegue peritoneal mesorchium o mesovarium, son constantemente arrastrados por aquella que sigue ahuecándose hasta que su cavidad llega al contacto del tejido mucoso de las bolsas o de los grandes labios y entonces constituye un divertículo peritoneal, que en el hombre se conoce con el nombre de canal peritoneo-vaginal y en la mujer con el divertículo de Nüek.

Este canal, que como se comprende está preformado con relación a la migración genital, empieza a constituirse al llegar al tercer mes de la vida intrauterina y su obliteración debe ser completa en la época del nacimiento.



Etiología y patogenia

Los ovarios colocados primitivamente como los testículos a ambos lados de los riñones, efectúan su descenso del mismo modo que las glándulas masculinas, poseyendo como éstos su gubernaculum que se fija en el canal inguinal; siendo precedido su descenso por la formación de un proceso peritoneal conocido con el nombre de divertículo de Nüek.

Al finalizar la vida intrauterina este divertículo queda obliterado y cuando así no sucede, es decir, cuando hay persistencia de este divertículo, queda preparado el camino para la producción de las hernias inguinales congénitas tubo-ováricas.

El divertículo de Nüek ha sido observado por Cruveilhier, aún en mujeres de edad avanzada y Zükerkand, en niñas de uno a diez años en la

proporción de veinte por ciento; Duplay al igual que Bournier, niega la existencia de este conducto. Sin embargo, hay casos bien comprobados de la existencia. Así Klob, citado por Band, dice: «a veces se encuentran los ovarios arrastrados en una locomoción análoga a la de los testículos, a través del anillo inguinal hasta el gran labio, cuando se encuentra ese proceso vaginal del peritoneo»: produciéndose de este modo las hernias congénitas de la trompa que arrastran a veces hasta el útero.

La congénitalidad de la lesión se explicaría en algunos casos por la existencia de malformaciones, ya del útero, ya de la vagina o hermafroditismo, sin que éstas sean imprescindibles; pues existen casos de hernias dobles del ovario sin estar acompañadas de malformaciones.

En cuanto a otras causas anatómicas que explicaría la frecuencia inguinal de estas hernias mencionaremos las siguientes:

1.^a Posición elevada de los anexos y su gran movilidad, explicando ésto la mayor frecuencia de las hernias del ovario en los doce primeros meses que en el resto de la vida;

2.^a La relación íntima del ovario con el canal inguinal;

3.^a Laortedad del canal inguinal y la sobreposición exacta de los dos orificios: interno y

externo, en los primeros tiempos de la existencia :

4.^o La detención del desenvolvimiento del ligamento redondo que produce una especie de atracción de los anexos y a veces de la matriz hacia la región inguinal correspondiente.

Garrigues, dice al respecto: «se ha hecho desempeñar al ligamento redondo en la producción de la hernia inguinal congénita, tubo-ovárica, un rol muy importante,» admitiendo con Pütech, que las fibras musculares lisas que existen en el ligamento redondo, actúan a la manera del gubernaculum testis llevando con él la trompa, el ovario y a veces la matriz.

En cuanto a las hernias de la trompa sola, se explicaría también por la gran movilidad de los anexos, movilidad que comprobó Kousmine en cadáveres de recién nacidas.

Euglich, atribuye como causa de producción de estas hernias, la longitud anormal del ligamento ancho y el enflaquecimiento que, enrareciendo el tejido celular de la pelvis, exagera la movilidad del peritoneo pelviano.

Parece ser, que la trompa es la primera que se hace paso a través del canal inguinal. Cruveilhier, dice que el ovario se desplaza consecutivamente a la trompa, relatando unas pocas observaciones de hernias de la trompa sin el ovario y di-

ce, nunca haber observado hernias del ovario sin la trompa.

Por lo general, el ovario a pesar de sus múltiples medios de fijeza, tiene movimientos más o menos amplios que se deben a que sus ligamentos son extensibles y que toman inserción en partes dotadas de movilidad.

Además, entre la migración de los órganos genitales masculinos y femeninos, existe una semejanza de hecho: pudiéndose asimilar, (en los casos de anomalías congénitas que resultan por defecto del descenso de estos órganos) las hernias congénitas tubo-ováricas a la ectopía testicular. Si el ovario no desciende tanto como el testículo, es debido a que el canal de Müller persiste en su totalidad y que su segmento inferior al fusionarse en la línea media con la del lado opuesto para formar el canal útero-vaginal, impide el descenso de los ovarios solicitados por la acción del ligamento inguinal. Por lo tanto toda causa que altere, retarde o impida la formación del canal útero-vaginal, dejando al ligamento inguinal en condiciones de poder atraer el ovario hasta su inserción inferior, será causa de ectopía ovárica, lo que unido a la persistencia del divertículo de Nüek, constituyan las dos condiciones etiopatogénicas predisponentes más importantes para la producción de la variedad de hernias de que nos ocupamos.

Anatomía patológica

La característica de las hernias congénitas tubo-ováricas es su pequeño volumen, el saco es muy reducido, siendo necesario extraerlo con pinzas del interior del canal inguinal durante la operación; la descripción del saco es igual al de todas las hernias inguinales y sólo es de notar que a veces presenta alteraciones, las cuales consisten por lo general en adherencias inflamatorias, que pueden ser causa de síntomas de estrangulamiento.

En cuanto al contenido, generalmente el ovario es acompañado de la trompa, otras veces se encuentra en el saco el ovario, trompa y el útero, más o menos mal conformando algunas veces y normal en otros; algunos autores han observado que la trompa sola se encaja en el saco herniario, designando a esta variedad con el nom-

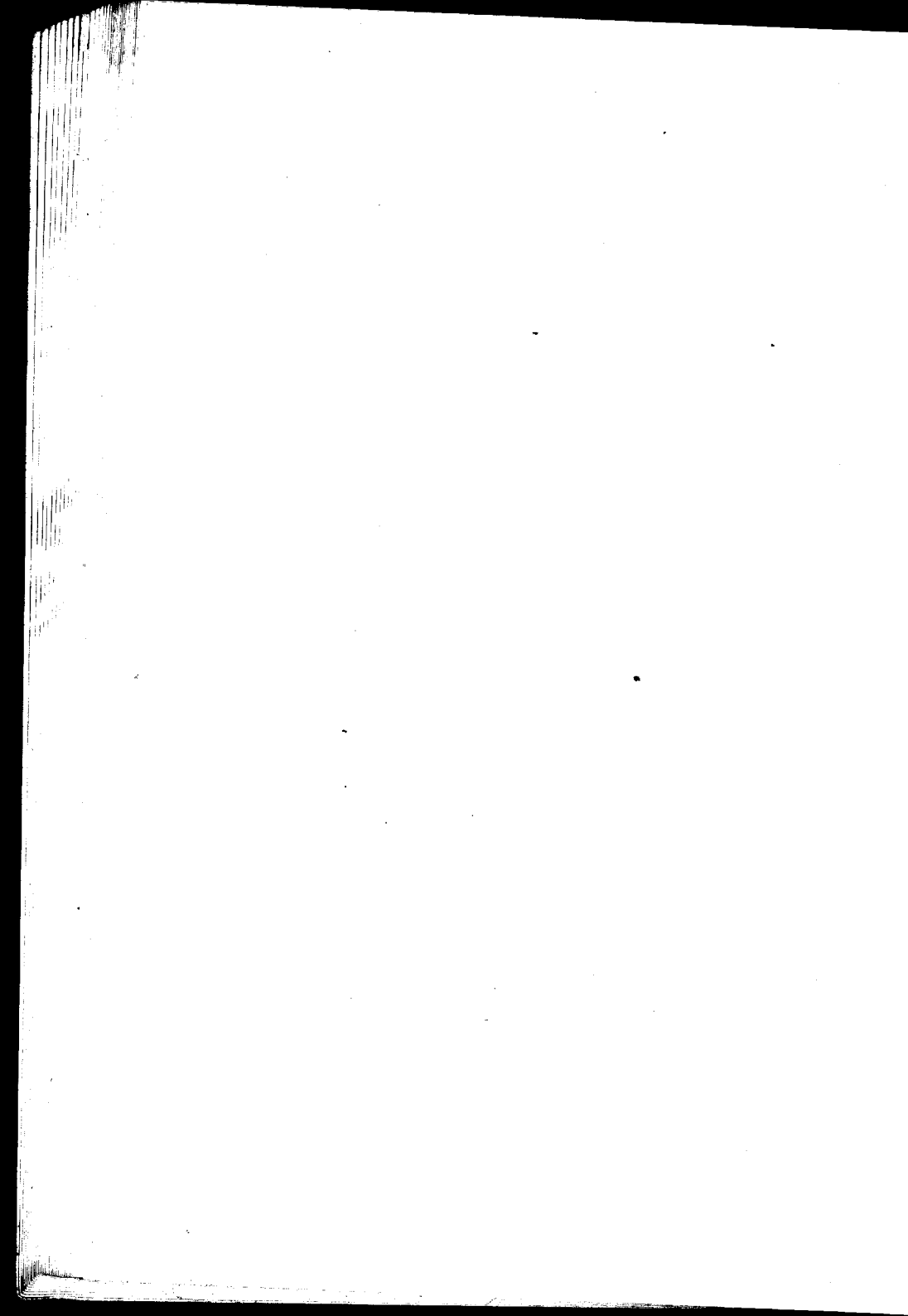
bre de hernias congénitas de la trompa: en otros casos, se encuentran acompañando a los anexos el intestino o el epiplón.

Las alteraciones que se encuentran son: Por parte de la trompa: inflamaciones, degeneraciones quísticas y verdaderas salpingitis: otras veces hay torsión y extrangulamiento: en otros casos el órgano se espesa, se edematiza y llega frecuentemente a la necrosis. Por parte del ovario se han observado también inflamaciones. 17 veces en 38 observaciones de Englisch, degeneraciones esclero-quísticas, 5 veces.

Un accidente que se observa en las hernias tubo-ováricas, es la torsión del pedículo semejante a la torsión del cordón espermático y del cual Nann explica su producción a una disposición anormal en la manera de continuarse las hojas de la vaginal, remontando muy arriba en el cordón. En otros casos se puede atribuir esta complicación a la maniobra del taxis.

El funcionamiento del ovario no se pierde por estar en un saco herniario: el ovario se ingurgita y se hace doloroso en las épocas menstruales, volviendo luego a su estado normal. Por otra parte, el desplazamiento de los anexos no es una causa fatal de esterilidad aun en hernias dobles. R. Olshausen, dice, sin embargo, que expone a

la preñez extrauterina, porque la trompa está colocada abajo y adentro, y, además, por sus alteraciones, el pabellón no puede desplegarse y el óvulo cae por falta de adaptación de aquél.



Sintomatología y complicaciones

Las hernias congénitas tubo-ováricas, tienen una sintomatología que les es propia. Son por lo general pequeñas cuando no están complicadas, su volumen y forma no sobrepasa los de una avellana o los de una almendra, la mayoría de las veces alcanzan apenas el tamaño de un garbanzo o de un poroto, como puede verse en el cuadro de observaciones. Su tamaño aument cuando al ovario lo acompaña el intestino o un trozo de epiplón.

En los casos en que la hernia se complica, aumenta de volumen, como lo demuestran las observaciones de Maas, Lockwood, Munley, Aguilar, Cranwell y el observado por nosotros.

Por lo general, el tumorcito ocupa el canal inguinal hernias intersticiales o llegan al espacio comprendido entre el anillo inguinal externo y

el gran labio, hernias inguino-labiales; y más raras veces como en el caso de Debut, el ovario descendiendo hasta el gran labio hernia labial.

En las niñas antes de la pubertad la sensibilidad no es muy marcada el tumor es espontáneamente poco doloroso y es necesario hacer una presión un poco exagerada sobre él para que el dolor se manifieste; sin embargo Balley cita el caso de una niña de diez años en la que el tumor era excesivamente doloroso aún a la más ligera presión y sin que existiera fenómenos inflamatorios.

En los adultos la hernia del ovario tiene una sensibilidad especial muy parecida a la sensibilidad del testículo. «sensación especial dolorosa y voluptuosa a la vez» como lo califica Puech.

Durante la época de las reglas el dolor se acentúa y el volumen del tumor aumenta.

Según Jaboulay el tacto vaginal y el examen bimanual suministran dos signos importantes que son: la inclinación del útero del lado de la hernia y la trasmisión al tumor de movimiento en sentido inverso a los que se imprime al cuello uterino. Cuando se imprime al cuello un movimiento de rotación hacia adelante, el tumor es tirado por el cuerno uterino correspondiente. Si se trata de corregir este desplazamiento con un dedo en el fondo de saco útero-vaginal, la otra

mano aplicada sobre la hernia, se siente deslizar el tumor bajo la piel. Es así que Villar consigue con el tacto constatar que el útero en latero-versión izquierda se aplicaba contra el orificio interno del canal inginal y dice «que era muy fácil por la palpación bimanual percibir el pedículo tubario encajándose en el canal». La operación practicada al día siguiente por salpingitis supurada con elevación de temperatura y estado general infeccioso verificaron completamente su diagnóstico.

Cuando se trata de una hernia doble el tacto vaginal encuentra el útero fijado sobre la línea mediana, si entonces se levanta el fondo de saco vaginal con el dedo de manera que el cuerpo uterino sea propulsado lateralmente la mano colocada sobre el tumor correspondiente percibe que éste sufre un tironamiento en sentido inverso.

La forma del tumor es la de una pera, cuya pequeña extremidad se continúa con el anillo inginal por un pedículo delgado (Herrera Vegas) y la gruesa extremidad se dirige del lado del gran labio. A la percusión las hernias tubo-ováricas, cuando no están acompañadas del intestino dan un sonido mate.

En cuanto a la reductibilidad de esta variedad de hernias hay disparidad de opiniones, pero nosotros teniendo en cuenta los casos observa-

dos y el trabajo bien documentado presentado por el Dr. Lugones a la Sociedad Argentina de Pediatría opinamos contrariamente a lo que afirman Puech, Werth, Guersant y otros que todas las hernias son reductibles y que la irreductibilidad obedece frecuentemente a complicaciones y algunas veces a adherencias congénitas que los anexos tienen con el saco.

Entre las complicaciones más frecuentes mencionaremos el estrangulamiento, la torsión de su pedículo y la infección. En el caso de estrangulamiento el tumor aumenta de volumen, se hace doloroso, renitente e irreductible, el aspecto de la piel cambian poniéndose rojo obscuro o violácea. Al mismo tiempo aparecen síntomas reflejos que consisten en convulsiones, vómitos, timpanismos del vientre, etc., síntomas que hacen pensar en un estrangulamiento intestinal.

Practicada la intervención quirúrgica que se impone en estos casos, encontramos que los anexos están apretados y comprimidos por el anillo inguinal interno, congestionados y amenazados de esfácelo como los prueban las observaciones de Lejars que encuentra en una hernia de la trompa este órgano estrechado por el anillo como una ansa de intestino y un surco bien neto marca el límite entre el segmento herniado y el segmento abdominal; Gaudier relata el caso de una niña

de cuatro meses en la que encuentra en el saco un coágulo de sangre y la trompa gruesa como el dedo meñique y de color negrusco, muy apretada por el anillo; el observado por nosotros en que los anexos estaban gangrenados (véase historia clínica).

Otra de las complicaciones es la torsión del pedículo, que ha sido descrita muchas veces; Herrera Vegas transcribe cuatro casos (Owen, Lockwood, Morgan y Maas) y la de Lozano y Ponce presentada a la Academia Médico-Quirúrgica Española relatando siete observaciones más.

La sintomatología de esta complicación es más o menos la misma que la anterior. Consiste en aumento de volumen del tumor, que se hace renitente, redondeado, doloroso e irreductible, la piel se pone edematosa, reluciente, dolorosa rubicunda y hasta violácea cuando han pasado varias horas que se ha producido la torsión del pedículo. El estado general de las enfermas se altera, aparece fiebre que suelen ir acompañadas de convulsiones en la primera infancia, tímpanismo del vientre, con o sin vómitos y algunas veces hay detención completa de materias fecales y gases, circunstancia esta última que acelera la intervención quirúrgica, desgraciadamente es más frecuente que la detención sea incompleta.

La última complicación es la supuración del

saco por infecciones probablemente propagadas por la trompa misma produciéndose una verdadera peritonitis purulenta, causa que ocasionó la muerte en un caso citado por Courty.

Diagnóstico y pronóstico

El diagnóstico no presentará ninguna dificultad teniendo en cuenta los signos clínicos que hemos trazado precedentemente. Es indispensable examinar detenidamente a las enfermitas, hacerlas parar, provocar el llanto o cualquier esfuerzo para que la hernia aparezca. Ocluir con el índice el anillo inguinal externo, y presionar ligeramente sobre el abdomen; procediendo en esta forma fácilmente podremos palpar el tumor y valorar su contenido.

El carácter sintomático patogneumónico de las hernias tubo-ováricas, es su consistencia. Dice el doctor Lugones: «Tan característica es, que puede afirmarse sin temor de error, que: siempre que en una hernia ínguino-labial se note dentro del saco, un nódulo duro, liso, alargado y reductible, se tratará de una hernia tubo-ovárica.» Agrega;

«que esto basta para hacer un diagnóstico preciso.»

Gosset, asegura que sólo por casualidad puede hacerse el diagnóstico fuera de todo accidente grave.

Las hernias tubo-ováricas pueden confundirse: si son reductibles con el epiplocele, el enterocecele o con la hernia del apéndice vermicular; si son irreductibles con ganglios infartados, con un lipoma y con los quistes serosos del divertículo de Nück.

El epiplocele posee con la hernia de los anexos un signo físico común, que es su matitez a la percusión, pero en la primera infancia esta afección es rara casi excepcional por razones anatómicas; bien sabemos que en esta edad de la vida, el epiplón se halla incompletamente desarrollado y de consiguiente no desciende aun lo suficiente para encajarse en el anillo inguinal; en los niños de mayor edad y en el adulto, la dificultad es mayor, sin embargo, el epiplocele es más voluminoso y su consistencia es pastosa.

El enterocecele presenta dos signos físicos patognomónicos, que son: tímpanismo a la percusión y gorgoteo a la reducción, que lo hacen inconfundible con la hernia de los anexos. Si el intestino está ocupado por materias, puede dar un sonido mate a la percusión, como en el caso citado por

Holtz y Tilling, el diagnóstico presenta entonces serias dificultades, pero si el examen del enfermo se repite varias veces se encontrará que el tumor se presenta en ocasiones timpánico. Cuando se trata de un ovariocele acompañado de enteroccele, (caso de Cranwell) generalmente la hernia de los anexos es un hallazgo durante la operación.

El apendicoccele tiene signos funcionales poco marcados. El tumor es pequeño y pasa la mayoría de las veces desapercibido; a la palpación presenta una forma alargada y cilíndrica, y da la sensación de un cordón duro del grosor de un lápiz. Su diagnóstico diferencial con el ovariocele, debe residir en la ausencia de dolor a la presión y cuando su palpación es fácil en la forma cilíndrica y alargada que da una sensación distinta a la que suministra la forma generalmente piriforme a base inferior del ovariocele.

El diagnóstico diferencial es muy difícil antes de la operación.

Los quistes del divertículo de Nück, son muy renitentes siempre de forma ovoide e inmóviles caracteres que lo diferencian de la hernia de los anexos.

Con un lipoma o un ganglio infartado no puede confundirse por sus síntomas tan diferentes.

El pronóstico es generalmente benigno, pues,

si Puech, de sus diez y siete observaciones tuvo seis muertes, estos casos datan de la era preantiséptica, los demás casos operados hasta la fecha da una estadística de cero por ciento de mortalidad.

Tratamiento

La opinión de los autores es que el tratamiento de las hernias congénitas, tubo-ováricas, debe estar subordinado a la manera como el enfermo soporta su afección y afirman que, siendo reductibles, la aplicación del braguero completaría la curación.

El tratamiento quirúrgico lo reservan para aquellos casos en los que el tumor no ha podido ser mantenido por el braguero y sostienen que esta conclusión es especialmente aplicable en los casos de hernias en la infancia.

Los casos clínicos que se han publicado autorizan a pensar que no es ese el criterio que se debe observar en la ovarioncia congénita; nosotros tenemos de esta variedad de hernia la misma opinión que en la actualidad guía la conducta que se debe seguir para las hernias inguinales en general.

La importancia de la glándula, el peligro de la torsión a causa de su pediculización, el extrangulamiento y las frecuentes alteraciones del órgano, hacen que el único tratamiento racional sea el quirúrgico, una vez hecho el diagnóstico.

Dejaremos de lado el tratamiento médico como también el uso de los bragueros que no hacen más que irritar el tumor y exponerlo a todas las complicaciones inflamatorias y pasaremos a describir el procedimiento de Felizet, modificado por Herrera Vegas.

La operación comprende seis tiempos y se practica siempre con anestesia clorofórmica.

Primer tiempo. Incisión de la piel. — Es transversal, de tres a cuatro centímetros de longitud y paralela al pliegue de Venus en los niños por debajo de quince meses puede ser practicada sobre el mismo pliegue, pero por encima de esta edad, el orificio externo que cada vez descende más indica la incisión también un poco más baja.

Esta incisión presenta—según Felizet—las siguientes ventajas: conduce por el más corto camino al sitio donde se hacen los dos actos esenciales de la operación: ligadura del cuello y sutura de los pilares; no interesa ningún vaso, la piel de la región es espesa y vivaz, lo que favorece su reunión inmediata, y, finalmente, está aleja-

da en lo posible de la contaminación por las orinas y las deyecciones.

La incisión comprende la piel y el tejido célula-adiposo y pone al descubierto las fibras de los pilares del orificio externo.

Segundo tiempo. Investigación del cordón. Los dos índices del operador, adosándose por su cara dorsal, son introducidos en la brecha y luego separados de manera a movilizar los labios de la incisión. El índice izquierdo explora el ángulo superior del anillo externo cubierto aun por las expansiones fibrocelulares, los separa dejando ver los órganos que de dicho anillo emergen: cordón o ligamento redondo, acompañado del saco herniario, todo envuelto en una vaina fibrosa común.

En este momento, Felizet coloca su separador a resorte. En el servicio de Herrera Vegas, no se usa este separador por ser innecesario, porque una vez incindido el tejido célulaadiposo y poniendo a descubierto el plano muscular, los labios de la incisión se separan por la misma elasticidad de la piel dejando un campo suficientemente amplio para proseguir con comodidad la operación.

Tercer tiempo. Con dos pinzas de disección se disocia la vaina fibrosa separándola simétricamente a los dos lados, lo que se consigue fácilmente cargando los elementos sobre una mecha de

gasa que los sostiene y presenta mejor para llegar al descubrimiento de saco.

Cuarto tiempo. Investigación de saco.— Las capas celulares disociadas son láminas peliculares transparentes, en las cuales puede uno perderse sino procede con método. Ahora como anatómicamente el canal deferente y los vasos deben estar siempre juntos y por debajo de ellos la expansión peritoneal, la disección hecha metódicamente aislado y separado de todos los elementos, encuentra necesariamente el saco. «Es por exclusión y fatalmente que se descubre el saco que entonces presenta los caracteres de una desnudación absoluta» (Felizet).

Liberado en su contorno el saco, es ligeramente traccionado. Se retira la mecha de gasa dejando que los elementos vuelvan a su posición y se coloca entre éstos y el saco, otra gasa que lo presenta y aísla.

Quinto tiempo. Abertura del saco y ligadura del cuello.— Se abre el saco por una pequeña incisión tomando sus labios con un par de pinzas de Pean. Se explora su interior para convencerse de que no hay vísceras adherentes y de que el cuello está libre.

Se toma el saco con una mano, se tracciona y con la otra se pasa por el cuello una aguja fina provista de catgut, con el que se hace un

nudo de molinero, se secciona el saco y se abandona el muñón que desaparece por el anillo interno.

Sexto tiempo. Sutura del canal.— Se hace en block y el punto comprende los pilares fibrosos, el tejido laminoso preaponeurótico y el tejido celular del trayecto inguinal. En este momento se debe cuidar los elementos para que la aguja no los comprenda en la sutura.

Felizet, aconseja adosar los pilares por medio «des fils couplés», que consiste en pasar con la misma aguja dos hebras: una de catgut y la otra de hilo metálico de oro; la primera para facilitar el ajuste y la segunda para continuarlo cuando el catgut haya sido reabsorbido. Coloca uno, dos o tres puntos separados, según la extensión del trayecto a estrechar.

El hilo metálico ha sido abandonado por completo, un solo punto con catgut grueso es suficiente. Este punto, Herrera Vegas no lo coloca a la manera de Felizet, procede en la forma siguiente: pone el índice de la mano izquierda en el trayecto, rechaza los elementos, levanta el pilar externo, pasa la aguja de fuera adentro, luego levanta el pilar interno y pasa la aguja de dentro afuera, después vuelve a pasar la aguja esta vez en sentido inverso, el pilar interno de fuera adentro, el externo de dentro afuera, compren-

diendo en la sutura parte del ligamento de Poupert; de este modo se tiene un punto en U, una jareta que estrecha perfectamente el anillo.

Este método, generalmente se modifica en alguno de sus tiempos. En las niñas y tratándose de hernias del ovario, la investigación y el aislamiento del cordón no existen. La incisión transversal encuentra casi en ángulo recto el ligamento redondo y el bisturí ataca francamente la capa de fibras musculares lisas que recubre el canal de Nüch.

Una vez aislado y abierto el saco se exterioriza el contenido que a veces hay que ir a buscarlo profundamente: si el pedículo o meso es largo y los órganos herniados están macroscópicamente sanos, se reponen en la cavidad y se liga el saco en el cuello, resecaando el exceso. Cuando el ovario está adherido al saco por un meso corto, será necesario para poder conseguir su reducción diseccionarlo prolijamente como si se tratara de una hernia por deslizamiento.

En cualquier caso, cuando el ovario presenta macroscópicamente lesiones intensas, quistes serrosos o quistes serohemáticos, así como cuando se haya producido el estrangulamiento o la torsión del pedículo, la extirpación se impone. Cuando las lesiones quísticas son poco intensas, basta la gálvanocauterización y reposición del órgano dentro de la cavidad abdominal.

Observaciones clínicas

Servicio de urgencia del hospital Torcuato de Alvear.

Ana Pérez, 2 meses de edad, argentina.

En su corta historia patológica no hay antecedentes dignos de mención.

Enfermedad actual.— Comenzó al mes y medio de haber nacido, observando la madre al bañar la nena en la región inguinal izquierda un tumor del tamaño de un garbanzo y cuya reducción dentro de la cavidad abdominal no está segura, a pesar de que asevera era bastante movable. Hay también vómitos alimenticios, cuya aparición databa de quince días atrás, es decir, al mes de haber nacido, repitiéndose los vómitos tres y cuatro veces por día a los quince o veinte minutos después de haber mamado. Como el tumor siguiera aumentando de volumen resolvió la ma-

dre traerla al hospital, donde se constata el siguiente:

Estado actual — En buen estado general de nutrición, deposiciones diarreicas de color amarillo-verdosas, no hay tos, orina normal, hay vómitos alimenticios que se repiten tres y cuatro veces por día.

En la región inguinal izquierda y sobre el orificio externo del canal inguinal, se observa un tumor del tamaño de una avellana, doloroso a la palpación, mate a la percusión, redondeado, liso, sumamente móvil de derecha a izquierda y de arriba abajo; la piel que recubre el tumor de coloración normal, se desliza fácilmente sobre éste. Temperatura 36°2.

Se tiene en observación hasta el día siguiente y examinada de nuevo se constata que los vómitos han disminuído, posiblemente por la reglatación en la hora de las mamadas, pues, antes lo hacía en cualquier momento. No hay fiebre. Llorra continuamente. El empastamiento en la región del tumor aumenta y las palpaciones sumamente dolorosas, arrancan gritos a la enfermita.

El tumor había aumentado de volumen adquiriendo al cuarto día de su ingreso al hospital, el tamaño de un huevo de paloma, la piel ligeramente rubicunda se fué enrojciendo cada vez más y un edema inflamatorio que primero sólo

recubría el tumor, se extendió hasta el gran labio izquierdo.

Es en estas condiciones que examinamos a la enfermita por primera vez, y pensamos en un infarto ganglionar de la ingle o en un proceso herniario, irreductible, pero como existiera cierta duda, hacemos tener la enfermita en observación y aconsejamos se le someta a dieta hídrica, pues sus vómitos no habían desaparecido.

Al día siguiente volvemos a examinar la enfermita y con diagnóstico siempre dudoso, pero pensando que pudiera tratarse de una hernia atascada, resolvemos intervenirla.

Operación.— Junio 9 de 1917.

Operador.— Dr. Cassinelli.

Ayudante.— Practicante mayor, señor De los Ríos.

Anestesia clorofórmica. Practicante menor, señor Bolla.

Incisión paralela al arco de Poupart, se diseccionan los planos subyacentes hasta librar completamente el tumor del tejido celular subcutáneo. Examinado el tumorcito directamente, era de consistencia algo blanda, ligeramente renitente, imposible de reducir, pues, el orificio inguinal externo se cerraba completamente por detrás del tumor. Se incinde una membrana tenue que lo recubría (saco herniario), dejando escapar un líquido san-

guinolento y observando dentro de este saco, un tumor de color rojo vinoso formado de dos porciones: una gruesa y dura, la otra larga y flexuosa, separada por un surco de delimitación.

Incindido el orificio inguinal externo se observó que este tumor se continuaba con un pedículo que le servía de inserción a un órgano situado dentro de la cavidad y que era la matriz, la que pudo ser reconocida por la existencia de los anexos del lado opuesto, hasta donde haciendo una ligera tracción, se pudo llegar con la inspección visual.

La matriz se hallaba inclinada y apoyándose en el orificio inguinal interno.

Dado el estado de gangrena en que se encontraban los órganos herniados, trompa y óvulo izquierdos, se resolvió practicar su resección, cerrando la pared inguinal con catgut, y suturando la piel con crin.

La enfermita es dada de alta, curada, a los quince días.

Hospital Alvear

Servicio del profesor R. S. Gómez. Sala 3.^a

Juana López, argentina, 6 meses de edad.

Antecedentes hereditarios.— Sin importancia.

Antecedentes personales.— No ha tenido más enfermedad que una ligera bronquitis. Refiere la

madre que a los pocos días después del nacimiento, notó un pequeño abultamiento en la región inguinal derecha, que fué aumentando con los progresos de la edad.

Estado actual. Niña de buena constitución y buen estado general. En la región inguinal del lado derecho se nota por delante del anillo externo, un tumor del tamaño de un huevo de paloma, a eje mayor dirigido como el canal, ligeramente doloroso a la presión y mate a la percusión e irreductible.

Se aconseja la operación después de haber hecho diagnóstico de hernia congénita.

Operación.— Septiembre 3 915.

Operador.— Dr. Gómez.

Ayudante.— Practicante menor, señor De los Ríos.

Anestesia clorofórmica: 15 gramos.

Se practica una incisión paralela al arco de Poupart. Se disecciona el saco. Abierto éste se encuentra en el interior un ovario con su trompa, así como el útero, los anexos estaban adheridos al saco por un pequeño repliegue lo que nos explica la irreductibilidad. Se desprende la adherencia, se repone el útero y sus anexos en el interior de la cavidad abdominal y después de haber ligado el saco, se reseca y se abandona, des-

apareciendo a su vez por el canal inguinal. Se procede a cerrar el conducto inguinal con catgut y se sutura la piel con crin.

La enfermita es dada de alta, a los 12 días, curada.

Observaciones del servicio del Profesor Herrera Vargas	Edad	Lado	Sitio	Tamaño	Reducibilidad	Operación	Contenido	Resultados
1901	2 meses	Derecho	Inguino labial		Reduc.	Interv.	Ovario y trompa	Torción del pedículo quiste del ovario-Extracción
1908	8 meses	Izquierdo	Inguino labial	Huevo paloma	Reduc.	Interv.	Ovario y trompa	Ovario quístico
1910	35 días	Derecho	Inguino labial	Avellana	Reduc.	Interv.	Ovario y trompa	Curación
1910	12 meses	Izquierdo	Inguino labial	Avellana	Reduc.	Interv.	Ovario y trompa	Curación
1911 385 hb. 22	6 meses	Derecho	Inguino labial	Avellana	Reduc.	Interv.	Ovario y trompa	Curación
1911 385 hb. 23	3 meses	Derecho	Inguino labial	Avellana	Reduc.	---	---	---
1911 117 hb. 23	6 años	Izquierdo	Inguino labial	Huevo paloma	Reduc.	Interv.	Ovario y trompa	Curación
1912 245 hb. 28	3 meses	Derecho	Inguino labial	Avellana	Reduc.	---	---	---
1913 347 hb. 28	1 mes	Derecho	Inguino labial	Avellana	Reduc.	Interv.	Ovario y trompa	Curación
1914 364 hb. 31	2 meses	Derecho	Inguino labial	Avellana	Reduc.	---	---	---
1914 399 hb. 33	8 años	Izquierdo	Inguino labial	Huevo paloma	Reduc.	Interv.	Ovario y trompa	Curación
1914 87 hb. 34	2 1/2 años	Izquierdo	Inguino labial	Avellana	Reduc.	Interv.	Ovario y trompa	Curación
1914 285 hb. 34	5 años	Derecho	Inguino labial	Huevo paloma	Reduc.	Interv.	Ovario y trompa	Curación
1915 339 hb. 36	2 meses	Derecho	Inguino labial	Avellana	Reduc.	Interv.	Ovario y trompa	Curación
1916 199 hb. 38	2 1/2 años	Derecho	Inguino labial	Avellana	Reduc.	Interv.	Ovario y trompa	Curación
1916 420 hb. 39	4 meses	Izquierdo	Inguino labial	Avellana	Reduc.	Interv.	Ovario y trompa	Curación
1916 471 hb. 40	15 meses	Derecho	Inguino labial	Avellana	Reduc.	Interv.	Ovario y trompa	Curación

Bibliografía

- Peyrilbe.—Histoire de la Chirurgie.
- Balley.—Quelques considérations sur la hernie congénitale. Thèse de Paris.
- Loumaigue.—De la hernie de l'ovaire.
- Puech.—Revue de Gynecologie, 1887.
- Duret.—Des variétés rares de la hernie inguinale. Thèse de Paris, 1883.
- Garrigues.—Les hernies de la trompe utérine. Thèse de Paris, 1904.
- Le Dentu et Delbet.—Nouveau traité de chirurgie, tomo XXV.
- Testut.—Anatomía humana.
- Konsmine.—Revue de chirurgie, 1895.
- Herrera Vegas.—Hernias de la trompa y del ovario. Revista de la Sociedad Médica Argentina, 1901.
- Cruveilhier.—Anatomie pathologique.

- Calderón.— Tesis de 1910.
Courtý.— Traité praët. des mal. de l'uterus.
Muniagurria.— Tesis de 1901.
Rizzoli.— Clinique Chirurgicale.
C. Lugones.— Hernias congénitas tubo-ovári-
cas. (Trabajo en preparación).
R. S. Gómez.— Revista de la Sociedad Argenti-
na de Obstetricia y Ginecología.



Buenos Aires, Junio 15 de 1918

Nómbrese al señor Consejero Dr. Marcelo Viñas al profesor titular Dr. Ricardo S. Gómez y al profesor suplente Dr. Carlos A. Castaño para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4° de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.

Buenos Aires, Junio 25 de 1918

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3450 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Indicaciones terapéuticas en la hernia congénitas.

Marcelo Viñas.

II

Complicaciones más frecuentes en las hernias tubo ováricas.

Ricardo S. Gómez.

III

Diagnostico diferencial de los tumores herniarios.

Carlos A. Castañò.



