

GACETA MÉDICA DE MÉXICO

—+—+—+—

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MÉXICO.

ABSCESO EN LA REGION PRECORDIAL

SIMULANDO UN TUMOR ANEURISMAL.

El día 14 de Diciembre del año próximo pasado, ocupó la cama número 54 del servicio de Cirugía, que está á mi cargo en el hospital «Juaréz,» la enferma Luisa Vargas. La lesion que la habia hecho remitir á aquel lugar era una mordida que recibió en el seno izquierdo, sobre su cara anterior; de una forma ovalar, de cinco centímetros próximamente en su mayor diámetro.

Presentó desde luego puntos de la piel que la mordedura habia desorganizado, y no habiéndose obtenido la circulacion de nuevo en estos lugares, comenzó á presentarse la flogosis eliminatoria. Mas ésta fué tan intensa, que no limitándose á las partes superficiales de la region, invadió las masas de tejido celular interglandular, y tuve que tratar de una mamitis terminada por supuracion, á pesar de los medios antiflogísticos de que usé.

Fué preciso hacer amplias debridaciones, y hubo necesidad de recurrir á la canalizacion para dar fácil salida á la supuracion, que era abundante.

Aunque la enferma estaba en buenas circunstancias para soportar esta pérdida, pues que era de constitucion robusta, de 21 años de edad, y no presentaba signos de enfermedad diatésica alguna, esto no obstante, se tuvo especial cuidado en ayudar á sus fuerzas con el uso de los medios apropiados.

Este estado se complicó de un infarto de los ganglios de la axila derecha, el cual se terminó por supuracion, cosa que me pareció extraña, por no ser estos ganglios el lugar adonde desembocan los vasos linfáticos de la region enferma.

La supuración continuaba aún en la mamila, cuando se vió ésta complicada de erisipela, que á la sazón reinaba epidémicamente en los servicios de Cirugía de aquel establecimiento. Logré detenerla ántes de que hubiese causado estragos de consideración, y volvió á quedar en el mismo estado que ántes.—Apareció en seguida un infarto de los ganglios axilares izquierdos, profundo y extenso; existían líneas rosadas desde la mamila hasta la axila, y la enferma se quejaba de grandes dolores. Al mismo tiempo se quejó de imposibilidad de soportar el vendaje que hasta entónces se había usado para mantener levantada la mamila: sus dolores eran profundos y no los refería al cuerpo glandular.

Una nueva erisipela vino á complicar más la escena, pues tomaron por punto de partida los contornos de la superficie supurante, recorrió todo el tronco, la cara y la cabeza, y á causa de la intensa reacción de que fué acompañada, puso en grave riesgo los días de la enferma.

Se logró verla, sin embargo, desembarazada de esta seria complicación, y cuando en ningún punto de la piel existía ya signo alguno de erisipela, se vió que la calentura se sostenía aún á alto grado, pues que no bajaba el pulso de 120 pulsaciones por minuto, y que el termómetro puesto en la axila señalaba siempre 39° con muy pequeñas variaciones.

Sudores abundantes se presentaron desde entónces, sobre todo, en el tronco y la cabeza, y el apetito desapareció por completo.

Después de tanto trastorno, y de tan larga serie de padecimientos, natural era que la enferma hubiese perdido sus fuerzas, y que llegase á un estado lamentable de demacración. Pero un nuevo accidente vino á complicar gravemente la situación.

Al acabar la segunda erisipela, supuraba la herida en abundancia, y repentinamente, de un día para otro, se vió con sorpresa que ésta se había detenido por completo: la superficie supurante quedó seca y de un aspecto apergaminado. La enferma continuaba con su calentura héctica, y no se quejaba ya de dolores ni incomodidad alguna. En todos los padecimientos que acabo de enumerar habían pasado ya cuatro meses.

Algunos días habían transcurrido en esta aparente calma, cuando la enferma comenzó á quejarse de un dolor más y más agudo en la región precordial, el cual vino coincidiendo con una elevación que se notó al nivel del cuarto espacio intercostal, al borde izquierdo del esternon. Poco aparente al principio, fué haciéndose más y más visible, á medida que pasaban los días, y era acompañado de punzadas, con alguna dificultad que para la respiración acusaba la enferma.

En el espacio de quince días llegó á alcanzar este tumor un tamaño

considerable, pues su base formaba una circunferencia que tendria un diámetro de 0^m08. Su forma era de un cono de vértice que iba aguzándose más y más; presentaba movimientos insócronos con los latidos del corazon, y eran perceptibles no solo por el tacto, sino aun á la simple vista. La temperatura tomada en la mano parecia más baja que la de la piel próxima, y habiéndola tomado el Sr. Lobato con el termómetro, era tambien más baja que la de las regiones inmediatas. Auscultando el tumor, no me fué dado percibir ruido alguno anormal, y solo oía los latidos del corazon algo confusamente por la distancia que los separaba del estetoscopio.

El estado general de la enferma era bastante malo, pues que la dificultad para la respiracion, que en los primeros dias no pasaba de una molestia, se convirtió en ortopnea: una bronquitis, que accidentalmente se presentó, hacia su situacion más penosa. La calentura se mantenía en el mismo estado que los dias anteriores, y las fuerzas iban decayendo sensiblemente por estos padecimientos, reagrados por una alimentacion insuficiente.

Mi situacion era muy difícil, pues veia que gran parte de los padecimientos que en ese momento ponian en peligro la vida de la enferma, debian estar relacionados con el tumor, pues que habian aparecido con él y con su crecimiento se habian exagerado. Mas la region en que éste se hallaba colocado me hacia pensar en lo peligroso que sería una punccion si no precedia á esto las seguridades que solo puede dar un diagnóstico perfecto de la naturaleza y condiciones de aquel tumor.

Ocurrí, como es costumbre, al juicio de los demás médicos del hospital, y sus opiniones variaron tanto, que mi perplejidad aumentó más aún. El parecer de algunos era que se trataba en aquel momento de un tumor aneurismal cuyos latidos se percibian claramente; y otros, reservando su opinion sobre la naturaleza del tumor, aconsejaban la expectacion como el recurso más prudente. El estado de la enferma se agravaba por momentos, y recurrí entónces á mi querido maestro el Sr. Hidalgo Carpio, el cual opinó que se trataba de un absceso formado en la pared torácica, y al que debia darse pronta salida.

Con esta opinion, para mí tan respetable, y que venia á fortalecer mis sospechas sobre la naturaleza de dicho tumor, hice nueva consulta á los médicos del hospital, y siendo algunos de ellos de opinion que se hiciera una punccion exploradora, me decidí á hacerla.

La tarde del 4 de Mayo fui acompañado de mi buen amigo el Sr. Mejía, y despues de apoyar con su opinion mi propósito, hicimos una pun-

cion con el trócar del aspirador Potain, dando salida á pequeña cantidad de pus, francamente flegmonoso. Con mucha lentitud salia este pus por la cánula, acaso por la interposicion de algun copo de tejido celular gangrenado, ó de una falsa membrana; y cuando el escurrimiento se detuvo, la extrajimos y vimos que por el punto donde la puncion se habia hecho escurria con abundancia. Colocamos un apósito, y al dia siguiente hice con el bisturi una incision que dió salida á mayor cantidad de pus, pero que no me permitió ver el fondo de la cavidad, como deseaba, porque una membrana fibrosa se interpuso luego, y creí prudente respetarla.

Se curó de plano aquella incision, y la membrana no apareció al dia siguiente, permitiendo así examinar la cavidad, sin poder encontrar ningun punto en que estuviera á descubierto alguna superficie huesosa ó cartilaginosa. La incision siguió supurando abundantemente.

Por el abatimiento del tumor, el labio superior de la abertura del foco vino á sobreponerse al borde inferior, y formaba una especie de válvula á la entrada de la cavidad; ésta se cubrió de botones carnosos, pero en un estado de atonía completo. En el fondo se percibian claramente los latidos cardiacos, que se comunicaban al pus que ahí existia, y que batiéndose con el aire, formaba burbujas que salian á cada pulsacion del corazon.

La supuracion no se detenia, y el pus se hizo fétido y mal ligado. La enferma continuaba perdiendo sus fuerzas, y se quejaba de mayor dificultad para respirar, de dolores en varios puntos de la caja torácica, y de una tos rebelde á todos los medios puestos en uso. Examiné el estado de los pulmones, y me convencí de la existencia de un derrame bastante considerable en la cavidad pleural izquierda. Este derrame avanzaba y me decidí á hacerle una puncion. Así lo verifiqué el dia 13 de Junio, extrayendo como litro y medio de un líquido seropurulento de olor fuertemente sulfhídrico. La enferma pareció descansar con esta pequeña operacion; pero sus fuerzas estaban tan agotadas, que desde la noche de ese mismo dia comenzó á agravarse de tal manera, que en la madrugada del siguiente murió.

A las veinticuatro horas se hizo la autopsia, y se encontraron las lesiones siguientes: abierta la cavidad torácica, se vió que el pulmon izquierdo estaba esplenizado y cubierto de gran número de falsas membranas en toda su superficie; la cavidad pleural de este lado estaba llena de un derrame seropurulento idéntico al que se habia extraído por la puncion; el corazon, cuyas válvulas se encontraban en su estado normal,

tenia las dos hojas de la parte anterior del pericardio adheridas entre sí y á la cara posterior de la pared del pecho; tenia la superficie externa del pericardio una mancha negra circular que correspondia á una lesion semejante del esternon. Este hueso presentó una perforacion cariótica, circular, como de dos centímetros de diámetro; los cartílagos de la cuarta y quinta costillas estaban alterados, como reblandecidos, y la quinta costilla-estaba cariada en una extension como de 8 centímetros. La cavidad pleural derecha estaba llena por un derrame seroso muy abundante, y el pulmon correspondiente estaba en buen estado. Debajo de la mamila izquierda se encontró un foco purulento que comunicaba directamente con el foco principal, y por dos trayectos sinuosos estaba en comunicacion con la masa ganglionar supurada de la axila del mismo lado. El foco principal nada notable presentó, ni se encontró en ningun otro órgano algo digno de llamar la atencion.

El hecho que acabo de referir se presta á algunas consideraciones útiles; pero la principal, en mi concepto, es á los medios de establecer el diagnóstico diferencial de aquel tumor, que si para hacerlo *á posteriori* es cosa tan sencilla, no lo era así en el momento en que, con el trócar en la mano se temia herir á un saco aneurismal.

Las opiniones respetables de algunas de las personas que vieron á la enferma, me hicieron estudiar con detenimiento el caso, y creí obtener algunos datos que me hicieron pensar no se trataba de tumor aneurismal. Existia desde luego el hecho de la rapidez en la formacion del tumor, pues que llegó á su máximo de crecimiento en el corto plazo de veinte dias. La enferma no referia haber tenido, ántes de su ingreso al hospital, síntomas que hicieran sospechar la existencia de algun padecimiento semejante. Por otro lado, en el cuadro que se nos presentaba, mucho faltaba para tomar aquel tumor como aneurismal. No existia soplo alguno, y esta falta no solo fué para mí, sino tambien para el Sr. Hidalgo Carpio y otras personas respetables.

Lo único que inclinaba á sospechar en la existencia de una dilatacion arterial, eran los movimientos del tumor, isócronos con los latidos del corazon. Mas estos movimientos eran comunicados, y tuvimos de ello una comprobacion en el trazo esfigmográfico tomado por el practicante de la sala, el Sr. D. Eduardo García, en el vértice del tumor. * En éste

* El trazo esfigmográfico del tumor, así como el que dibujaba el pulso de la enferma, fueron presentados á la Academia en la sesion en que se dió lectura á esta Memoria.

la línea de ascenso brusco correspondía al impulso que el choque cardíaco daba á la supuración contenida en el tumor; pero las líneas de vértice y descenso eran muy pequeñas en amplitud relativa, debido esto á que las paredes del saco no se contraían sobre sí mismas, como sucedería en el caso en que el saco tuviese fibras contráctiles en su espesor.

Por el trazo tomado en la radial izquierda se vió que no obstante presentar todos los signos del que se obtiene en personas cuya tensión arterial se encuentra disminuida, no entra en la línea de descenso el elemento que le da la contractilidad del saco aneurismal, formando una interrupción en su continuidad; y que la tensión debía estar necesariamente disminuida por el agotamiento profundo en que se encontraba la enferma.

La autopsia, al enseñar el modo tan directo como descansaba la base del tumor sobre la pared anterior del corazón, nos hace ver hasta dónde puede llegar á darse como movimientos propios á una colección líquida los que no son sino comunicados, y los imperfectos datos esfigmográficos que se pudieron obtener, indican cuán útil puede ser este instrumento, sobre todo, en casos como el presente, en los que se exige la más completa certidumbre en el diagnóstico, para poder intervenir quirúrgicamente.

México, Julio 12 de 1876.

G. RUIZ Y SANDOVAL.

PATOLOGIA INTERNA.

De la patogenésis de algunas afecciones medulares y cerebro-espinales por el onanismo y los excesos venéreos.

Tiempo há que vienen fijando mi atención las consecuencias de las pérdidas seminales sobre el organismo en general, pero sobre todo, en el sistema nervioso central. La perversión ó el exceso de las funciones de secreción espermática producen accidentes inmediatos que cambian el carácter de la producción secremencial, el vigor del aparato genital, y traen la hiposténia consecutiva al orgasmo venéreo; los accidentes mediatos son la atonía general, la debilitación de las funciones tróficas