

# GACETA MÉDICA DE MÉXICO

## PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA DE MÉXICO.

## CLÍNICA EXTERNA.

### ANEURISMA FALSO CONSECUTIVO.

HIPÓTESIS PARA EXPLICAR SU PATOGENIA Y ETIOLOGÍA.

PARTICULARIDADES QUE PRESENTÓ, SOBRE TODO EN CUANTO AL SITIO Y DIRECCIÓN DE LA ABERTURA DE LA ARTERIA.

DIFICULTADES QUE SE PRESENTARON PARA DIAGNOSTICARLO.

SEÑORES:

Oportunamente había escogido otro asunto para la lectura, que conforme á nuestro reglamento, tenía que hacer esta noche; pero habiéndoseme presentado últimamente un caso interesante, á la vez que curioso, no he vacilado, á pesar del corto tiempo que me quedaba disponible para hacerlo objeto de esta lectura, en trabajar un poco para daros cuenta de él en esta sesión. El caso en cuestión es el siguiente:

El día 11 de Mayo último se me avisó que de la sala núm. 11 del Hospital Juárez habían pasado á la Sala de Clínica á un enfermo, por creer el facultativo encargado de esa sala que podía ser un caso útil para que se estudiara en la clínica, donde nosotros lo operáramos. Como en esos días teníamos que atender á enfermos que exigían una intervención quirúrgica inmediata, no pude ver á este individuo sino el día 13.

Habiendo ordenado desde la vispera que no le dieran desayuno, mandé que lo llevaran á la sala de operaciones, y arreglaran todo lo necesario, mientras yo pasaba la visita. Aun cuando no había examinado á este enfermo, como se me había dicho que tenía un absceso en las paredes del vientre, juzgué, teniendo en cuenta el tiempo que me dijeron llevaba de estar enfermo, así como su edad y el estado general del paciente, que tal vez pudiera tratarse de un absceso frío, sintomático de un padecimiento huesoso dependiente de la diátesis escrofulosa.

Luego que me avisaron que todo estaba listo y colocado el paciente sobre la

mesa de operaciones, no quise que desde luego se le sometiera á la anestesia, sino que mientras le quitaban el vendaje, que cubría una parte del tronco y todo el miembro inferior izquierdo, comencé á interrogarlo para ver qué datos podía obtener del conmemorativo. Este enfermo me dijo: que cuando se escaparon unos toros que llevaban al rastro de ciudad (esto debe haber pasado el día 9 de Febrero del presente año), iba él por la calzada de Santa Maria, cuando repentinamente fué embestido por un toro que lo cogió por la pierna derecha, causándole una quemadura con el cuerno, de la que conserva aún la señal, cayendo después sobre el lado izquierdo; que luego se levantó y pudo irse á su casa por su pie. Que ocho días después de este accidente sintió en la ingle izquierda una bolita que le había aparecido, la que creyó fuera una seca, pero que después comenzó á tener dolores en la pierna y en el muslo del lado izquierdo, que no le dejaban andar sino con dificultad, aumentando después estos dolores, al grado de tener que quedarse en la cama, pues ya le fué imposible dar un solo paso, privándole al mismo tiempo del sueño. Preguntándole cómo era la bolita que le apareció en la ingle; si cuando se la tocaban sentía dolor; si sentía punzadas en ella, sólo nos contestó: que los dolores donde los sentía era en la pierna (se refería á todo el miembro inferior); preguntándole si durante su enfermedad había tenido calentura, nos respondió vagamente; pero si nos dijo que últimamente si la había tenido. En efecto, examinando el cuadro de sus temperaturas, vimos que en los tres días que llevaba de estar en la Sala de Clínica había tenido por las mañanas la temperatura normal, pero por la tarde y por la noche se elevaba á 38°, habiendo tenido poco antes de ser llevado á la sala de operaciones 37°3.

Obtenido este breve é incompleto conmemorativo, pues el paciente estaba en un estado de gravedad que no le permitía darnos todos los datos que hubiéramos deseado, y una vez quitado el vendaje comencé á examinar al enfermo. Desde luego me llamó la atención el abultamiento tan grande que se veía sobre la región iliaca izquierda, extendiéndose hacia arriba hasta tocar una línea horizontal que se tirara, partiendo de la cicatriz umbilical; hacia dentro desbordaba un poco la línea media, hacia fuera levantaba el flanco y hacia abajo esta hinchazón parecía continuarse hasta la raíz del muslo por su cara anterior, viéndose todo el miembro inferior izquierdo aumentado de volumen. La superficie de este tumor<sup>1</sup> era regular, presentaba una forma esferoidal, y su mayor elevación se encontraba en un punto situado como unos diez centímetros arriba de la rama horizontal del pubis. La coloración de la piel que cubría á este tumor parecía normal, salvo en su parte más elevada, que presentaba una colo-

1 Permitaseme que dé yo el nombre de tumor á este proceso para no prejuzgar sobre su naturaleza antes de que se hiciera el diagnóstico, admitiendo una definición general del tumor, que dice: "Un tumor es una eminencia anormal, aparente al exterior ó haciendo salida en una cavidad natural."

ración de un rojo vivo que se desvanecía insensiblemente. Aun cuando el tumor parecía ocupar la mitad inferior de la cavidad abdominal, limitándose al lado izquierdo, se veía toda la pared anterior del vientre muy levantada por el tumor y por consiguiente estaba muy tirante, sobre toda hacia arriba.

Por el tacto se sentía normal la temperatura de la piel, y palpando el tumor parecía tener cierta consistencia, excepto en el punto donde la piel estaba roja, que daba allí la sensación de una fluctuación bien marcada. La piel, á pesar de estar muy tensa no estaba adherida al tumor, habiendo practicado este examen sin que el enfermo se quejara.

Tratando de fijar los límites de este tumor, pudimos sentir á pesar de la dificultad que se presentaba para deprimir bien las paredes del vientre, sobre todo hacia arriba, que su superficie interna era muy regular y presentaba una forma esferoidal, pudiendo limitar el tumor hacia arriba, hacia dentro y hacia fuera; hacia abajo, deprimiendo la pared del vientre, pudimos notar que aun cuando por la inspección del tumor parecía continuarse con la raíz del muslo, esto era debido á que la pared del vientre, arriba de la rama horizontal del pubis, estaba muy levantada por el tumor y también algo infiltrada por el edema; pero deprimiéndola bien con nuestras manos, pudimos sentir que el tumor se perdía al nivel de la rama horizontal del pubis para penetrar en la cavidad pelviana. Este tumor se sentía muy fijo al fondo de la pelvis, como si estuviera retenido por fuertes ataduras: circunscritos los límites del tumor, pudimos notar que éste tenía la forma de un ovoide, cuyo grande eje estaba dirigido de arriba abajo, de fuera adentro y un poco de atrás hacia delante. El tumor presentaba, como he dicho, cierta consistencia, pues daba una sensación de renitencia elástica en casi todas sus partes accesibles á la palpación; solamente en el punto en que se veía la piel enrojecida, se sentía una fluctuación bien clara y tan superficial, que parecía estar el líquido bajo la piel. El tumor no presentaba movimiento alguno ni de expansión ni de levantamiento, sino que, como he dicho, estaba enteramente fijo. Las presiones que hicimos sobre el tumor al examinarlo, fueron soportadas sin causar gran molestia; solamente acusaba el paciente un fuerte dolor cuando se ponía el miembro en la extensión, pues para no sufrir lo tenía descansando sobre su cara externa, estando el muslo en la flexión sobre la pelvis y la pierna en la flexión sobre el muslo. Este miembro, aunque abultado, solo presentaba una deformidad hacia su raíz, donde parecía, como he dicho, continuarse el tumor por su cara anterior; el abultamiento del miembro era debido al edema que se extendía á todo el miembro. Por último, buscamos los latidos tanto en la pediosa como en la femoral, sin poderlos encontrar. El estado general del paciente era malísimo, su semblante pálido y demacrado revelaba el sufrimiento, había perdido el apetito y tenía alguna sed; no podía dormir por los fuertes dolores que sentía en el miembro inferior; en resumen, el paciente había llegado á un grado de agotamiento excesivo.

Después de este examen, y teniendo en cuenta los antecedentes que me había dado este enfermo, y la marcha que había seguido la temperatura, me incliné á creer que se trataba de un proceso supurativo, estando el pus coleccionado abajo del punto donde se percibía la fluctuación, que era donde la piel presentaba un color rojo intenso, que se desvanecía insensiblemente, como se ve en los abscesos cálidos ó flemonosos, pero vacilaba sobre la naturaleza del tumor, pues la sensación de resistencia que daba por todas partes, con excepción del punto donde se percibía la fluctuación, no se parecía á la que da la infiltración dura producida por la neoplasia inflamatoria alderredor de las colecciones purulentas, ni tampoco la marcha de la enfermedad podía hacer suponer que pudiera tratarse de un absceso frío, como suponía yo antes de haber examinado detenidamente al enfermo. Viendo que la indicación del momento era dar paso al líquido que suponía ser pus, y dudando aún sobre la naturaleza del tumor, creí conveniente hacer una incisión en el punto fluctuante, sin someter previamente al paciente á la anestesia, proponiéndome que, si una vez dado paso al pus por medio de la incisión, encontraba que todo el tumor estaba formado por un vasto absceso, entonces se le administraría al paciente el cloroformo en el caso que hubiese necesidad de hacerle otras incisiones.

En efecto, procedí á hacer la incisión cortando solo la piel en una extensión de 25 á 30 milímetros; al hacer esta incisión sólo salieron algunas gotas de sangre, y luego que corté más profundamente apareció el pus en muy corta cantidad, pero en la suficiente para reconocer que era pus lo que salía; entonces introduje la yema de mi dedo indicador al través de la incisión, para volver á explorar el tumor por este punto, y volví á sentir la fluctuación tan clara como la sentía antes de haber hecho la incisión. Sintiendo que la pared que me separaba del líquido que daba la fluctuación, era sumamente delgada, seguí dividiendo la aponeurosis superficial, y después sustituyendo al bisturí con el estilete; por medio de éste atravesé la capa muscular y penetré á una cavidad en la que se podía mover con facilidad el estilete, pues sólo sentía una débil resistencia que le oponía el contenido de esta cavidad, pero que con facilidad la vencía; al sacar el estilete salieron unos pequeños coágulos negruzcos, entonces desgarré con éste las fibras musculares, y al sacarlo volvieron á salir coágulos en mayor cantidad.

No pudiendo hacer un reconocimiento completo con solo el estilete, me propuse introducir mi dedo indicador al través de la incisión para cerciorarme de la naturaleza del contenido y explorar bien la cavidad que me parecía existir allí; de hecho, introduje mi dedo al través de la incisión y penetré desde luego en una cavidad que me pareció estar llena de sangre coagulada; tratando de limitar esta cavidad, llevé mi dedo en la dirección de la fosa ilíaca interna; después de desprender algunos coágulos que estaban adheridos al hueso, pude sentir esta fosa, encontrando el hueso no solo desnudo sino rugoso, lo que me hizo suponer que

estaba desprovisto de su lámina compacta; hacia atrás pude sentir las fibras del músculo psoas como reblandecidas, no pudiendo seguir reconociendo las otras paredes de la cavidad, por no poder alcanzarlas; entonces saqué mi dedo, saliendo en seguida una buena cantidad de sangre coagulada. Para acabar esta exploración recomendé al Sr. Hurtado, que estaba al lado opuesto, que introdujera su dedo y reconociera los límites de la cavidad que yo no había podido alcanzar; este compañero exploró dos veces esta cavidad, saliendo después de su primer examen, mayor cantidad de sangre de la que antes había salido después del que yo practiqué.

Al concluir el Sr. Hurtado su segunda exploración y retirar su dedo, salieron primero unos coágulos negruzcos, apareciendo repentinamente un chorro de sangre arterial animado de una fuerza de impulsión tal que se elevaba á más de un metro de altura. Inmediatamente reuní los labios de la incisión por medio de los dedos de mis dos manos, con lo que logré contener la hemorragia, pues ya no salió más sangre, y mientras tomaba una determinación, me puse á reflexionar cuál sería la conducta que debería seguir en este caso.

Desde luego comprendí que habían desaparecido las dudas que tenía sobre la naturaleza de este tumor, pues de la exploración que acababa de hacer resultaba: que estaba formado por una cantidad considerable de sangre coagulada contenida en una cavidad, que forzosamente debía comunicar con un vaso arterial; luego el diagnóstico estaba hecho, se trataba de un aneurisma. Pero en estos momentos difíciles ¿qué conducta seguir? Después de haber tenido varias ideas, tomé el partido de dejar definitivamente unidos los labios de la incisión por medio de unos puntos de sutura ensortijada y hacer la oclusión perfecta de la herida, aplicando unos *vendoletes* de diaquilón, y sobre éstos varias capas de lienzo pequeños empapados en colodión. Se hizo esto aplicando además un empaque algodónado, cubriendo la mitad inferior del tronco y todo el miembro inferior izquierdo. Inmediatamente después de acabar esta curación se le dió al paciente una onza de vino Jerez y se le prescribió por alimentación cuatro tazas de leche.

Después de hecha la curación por oclusión, y reflexionando sobre las dimensiones tan considerables del aneurisma, creí conveniente practicar el tacto rectal para ver si se podía limitar por abajo el aneurisma, ya que el dedo introducido por la incisión no pudo alcanzar los límites de la cavidad en esta dirección: en efecto, con el dedo introducido por el recto, pudimos sentir que del lado izquierdo la fosa isquio-rectal estaba ocupada por el aneurisma, pues se sentía una especie de tumor que presentaba una consistencia fibrosa. Por último, antes de que se le pusiera el empaque auscultamos el aneurisma, percibiendo solamente un ruido de soplo profundo é intermitente pero sin presentar exacerbaciones; en una palabra, el soplo era igual al que producen las arterias cuando estando sanas son comprimidas por cualquiera causa.

Aun cuando yo tenía seguridad en el diagnóstico, no sucedía lo mismo respecto á la conducta que debería seguir en este caso; temía, teniendo en cuenta sobre todo el estado general del paciente, que cualquiera intervención quirúrgica podría no solo abreviar la vida del enfermo, sino que no pudiera soportarla y sucumbiera al hacérsele la operación; así es que yo opinaba por abstenerme de toda intervención quirúrgica, aun cuando al mismo tiempo estaba seguro de que el enfermo había de morir siguiendo esta conducta de abstención. A pesar de que esta era mi opinión, juzgué que lo más prudente sería consultar con algunos compañeros, lo que procuré hacer lo más pronto, atendiendo á la gravedad del caso. En efecto, el siguiente día invité á varios compañeros, y al otro nos reuníamos en el hospital Juárez los Sres. Lavista, Chacón, Collantes, Hurtado y el que habla; el Sr. Lavista, después de haberlo examinado, no estuvo conforme con el diagnóstico que yo había hecho, sino que juzgó que se trataba más bien de un neoplasma, de un sarcoma difuso del tejido conjuntivo, explicándose la salida de la sangre por razón de que el tumor debía ser muy vascular; el Sr. Chacón estuvo de acuerdo en que se trataba de un aneurisma. Discutiendo sobre el diagnóstico, proponía yo que se quitara uno de los puntos de sutura para que vieran cómo salía la sangre y la fuerza con que era impelida; pero se convino en hacer una punción con el trocar aspirador de Potain y así se hizo. A pesar del vacío no pudo pasar más que una muy corta cantidad de sangre semifluida y negruzca que se vió pasar por el tubo de cristal del aspirador; cansados de estar haciendo la aspiración y de no conseguir que saliera más sangre, se aisló la cánula del resto del aparato, pero temiendo que ésta estuviera obstruida por un coágulo, se procuró destaparla con el estilete, sin conseguir por este medio que saliera sangre; por último, se le imprimieron movimientos en todos sentidos á la cánula, se comprimió el tumor, y á pesar de esto se obtuvo el mismo resultado negativo. Esto parecía hablar en contra del aneurisma, pero á poco rato de habernos separado del paciente, estando el Sr. Lavista lavándose las manos, el Sr. Chacón, que no se había separado del enfermo y seguía insistiendo en imprimirle movimientos á la cánula, nos llamó violentamente y vimos que por ésta salía un chorro de sangre arterial que se elevaba un poco, y por la incisión, entre uno y otro punto de sutura, salían dos hilos de sangre roja que también se elevaban como á una altura de unos ocho ó diez centímetros. Se sacó la cánula y se volvió á auscultar el tumor, percibiéndose el soplo ya señalado; se puso la curación por oclusión y se volvió á aplicar el empaque.

El Sr. Lavista, inclinándose á creer que se trataba de un neoplasma más bien que de un aneurisma, pero no estando seguro de su diagnóstico, propuso que al siguiente día nos volviéramos á reunir para operar á este enfermo, diciéndonos que si al comenzar la operación se veía que en efecto el tumor estaba formado por un neoplasma maligno, no seguiríamos adelante en vista de la dificultad que habría para extirparlo todo, pues dejar á medias una operación sin

atacar todo el neoplasma sería perjudicial para el paciente, mientras que si se encontraba un aneurisma, en este caso se podría operar tal vez por el método antiguo ó de Antyllus. Conformes con lo propuesto por el Sr. Lavista, nos separamos, quedando en volver al día siguiente.

Antes de pasar adelante haré notar que las temperaturas del enfermo fueron elevándose desde el día que se le hizo la incisión, pues por la noche tuvo  $39^{\circ}$ , el día 14,  $39^{\circ}1$  por la mañana y  $39^{\circ}5$  por la noche; el 15 por la mañana, antes de hacer la punción con el trocar  $38^{\circ}7$ , habiendo subido por la noche á  $40^{\circ}1$ .

Como habíamos convenido, nos reunimos el siguiente día en la sala de operaciones de la Clínica: colocado sobre la mesa el paciente y sometido á la anestesia, el Sr. Lavista practicó del lado derecho de la línea blanca y fuera del tumor una incisión amplia en la pared del vientre, siguiendo la dirección del borde interno del recto anterior, dividiendo el peritoneo sobre la sonda acanalada. Luego que se cortó aquél los intestinos se precipitaron haciendo hernia, pero se mantuvieron levantados en la cavidad abdominal por medio de esponjas calientes humedecidas en la solución fenicada débil. Levantados los intestinos para poder descubrir el tumor, se vió que éste desbordaba un poco la línea media y parecía estar envuelto en una cápsula fibrosa; su superficie convexa era muy regular, sin presentar abolladuras y su consistencia era dura pero al mismo tiempo algo elástica; en fin, la sensación que daba al tocarlo era la misma que la que daba el tumor cuando se auscultó por el recto. El Sr. Lavista juzgó prudente el no tocar el tumor, en lo que todos estuvimos conformes, solamente que este señor no creyó prudente seguir adelante por la razón de que por la apariencia que presentaba el tumor, le pareció que venía á apoyar el juicio que él se había formado sobre su naturaleza, y si se interesaba la cápsula que parecía envolverlo, cesaría la protección de los órganos circunvecinos, lo que sería muy perjudicial para el paciente, dejando, por lo mismo, las cosas en tal estado. Se procedió á hacer la sutura de esta amplia incisión, haciendo al mismo tiempo la del peritoneo; se hizo una curación antiséptica, y por último se aplicó el empaque algodónado. Debo hacer notar aquí que el examen de la porción del tumor que pudo verse al través de la incisión que se efectuó en la pared abdominal, no me hizo vacilar en el juicio que ya tenía yo formado sobre su naturaleza, con tanta más razón cuanto que volviendo á interrogar al paciente la víspera, supe que el único facultativo que vió á este enfermo le dijo que tenía un aneurisma. El paciente falleció el siguiente día (17) á las cinco de la mañana, practicándose la autopsia el día 18.

Reunidos este día en el anfiteatro del Hospital Juárez, procedimos á practicar la autopsia. Disecado el tumor, pudimos ver que las paredes del vientre que lo cubrían, sobre todo en la parte más saliente del tumor, que fué donde practiqué la primera incisión, estaban muy adelgazadas; el tumor estaba envuelto por un saco de apariencia fibrosa, y sobre esta envoltura se veía á la arteria iliaca ex-

terna como bridándolo, produciendo en todo su trayecto una depresión en surco que aunque poco profundo, separaba el tumor en dos partes desiguales, siendo la porción externa la más voluminosa. El peritoneo, así como los intestinos, se veían levantados por el tumor y la vejiga estaba un poco desviada hacia la derecha. Hecha una amplia incisión á la envoltura del tumor, vimos que el contenido consistía únicamente en sangre coagulada en cantidad considerable que llenaba por abajo la mitad izquierda de la fosa isquio-rectal. Una vez que se vació el saco de la sangre que contenía, hicimos una inyección con agua simple por la arteria ilíaca primitiva, viendo desde luego que el agua pasaba á la cavidad del saco á través de una abertura que tenía la arteria ilíaca externa. Esta abertura, que estaba situada como á unos dos ó tres centímetros de la rama horizontal del pubis, presentaba de particular que su dirección era paralela al eje del vaso, siendo sus bordes muy regulares y midiendo una extensión como de tres centímetros. La arteria femoral que, como hemos dicho, estaba levantada por el tumor, tenía sus paredes aplicadas las unas sobre las otras, de manera que su cavidad era virtual. Tratando de separar la arteria del saco no fué posible, pues el vaso no estaba simplemente aplicado sobre el tumor, sino que se encontraba en el espesor del saco. Examinando los órganos circunvecinos, nos encontramos que el músculo psoas presentaba una coloración verdoso-negrizca y sus fibras estaban muy reblandecidas; el hueso iliaco presentaba su fosa interna rugosa, la lámina de tejido compacto había sido gastada. Estas alteraciones eran más marcadas en la rama horizontal del pubis, sobre todo en su borde y en su cara interna. Examinado después el corazón así como el sistema arterial, se encontró aquél con sus ventrículos vacíos, sobre todo el izquierdo, que estaba completamente exangüe, indicándonos esto solamente que la causa inmediata de la muerte fué un síncope, pues este órgano, al parecer, no presentaba alteración alguna. El sistema arterial estaba intacto, notándose solamente que la túnica interna de la arteria ilíaca externa, cerca de la abertura presentaba una coloración rojiza y estaba reblandecida, pues con la uña se podía desprender el endotelio bajo la forma de telitas muy delgadas.

Concluida la autopsia recomendé que se conservaran tanto la arteria femoral como el hueso iliaco izquierdo, por ser las piezas más importantes. Acompañé dichas piezas para que se pueda juzgar del gasto que sufrió el hueso, pero sobre todo de las particularidades que presenta la abertura de la arteria.

Antes de concluir con todo lo relativo á la historia de este enfermo, quiero hacer presente que después de su muerte, creyendo que me podrían ser muy útiles los datos que pudiera obtener de su familia para hacer un estudio completo de este caso, datos que no me fué posible recoger del enfermo por su estado de gravedad en que se encontraba, procuré hablar con su viuda, la que fué á mi casa y me dió el siguiente conmemorativo, que á mi juicio suministra datos importantes, sobre todo para explicarse uno la etiología del aneurisma.



Esta mujer me refirió que su marido Joaquín Acosta era panadero, tenía veinticuatro años de edad y llevaba nueve de estar casado con ella, habiendo tenido tres hijos de su matrimonio, que le viven y están buenos y sanos. Que su marido, durante el tiempo que llevaban de casados, solo había padecido de ictericia que le duró como un mes, de la que se curó sin ver á ningún médico y sin que hubiera dejado de trabajar por esta enfermedad. Que su marido tomaba pulque y algunas veces con exceso, pero que nunca le vió tomar aguardiente, aun cuando ella supone que tal vez lo tomaría cuando estaba en su trabajo. Preguntándole sobre el golpe que había recibido su marido cuando lo cogió el toro, me contestó que éste había cogido á su marido por la pierna derecha, levantándolo por el aire como unas tres ó cuatro varas antes de caer al suelo; que después, como á los dos días, sintió que le había aparecido una bolita en la ingle izquierda, que creyó fuera una seca; pero que á ella le llamó la atención verla *palpitar*; que se estuvo haciendo remedios caseros; pero que sintiendo calambres en la pierna y como que se le enfriaba, y no pudiendo andar sino con mucha dificultad, vió á un componedor de huesos, que le dijo tenía zafada la cadera y le dió algunos jalones á la pierna; que después vió á otro componedor y le dijo lo mismo que el primero, estirándole la pierna y poniéndole una bisma, asegurándole que el hueso zafado ya estaba en su lugar. Así estuvo como mes y medio viendo á los componedores de huesos, entre ellos á una mujer, sin sentir el menor alivio; por el contrario, viendo que sus dolores aumentaban mucho, que el tumor había crecido, y que ya no podía dar ni un solo paso, fué á la consulta de la Maternidad, en la que le mandaron se pusiera unas cataplasmas y volviera á los dos días para que le abrieran el tumor; que él tuvo miedo de la operación y no quiso volver. Fué luego á la botica de San Andrés; pero como le dijeron que necesitaba que le rajaran el tumor y la pierna, no quiso volver. Por último, vió á un médico llamado Martínez, y éste le dijo que tenía un *tumor neurisma*; que lo estuvo curando algún tiempo, pero que habiéndoseles acabado los recursos, fueron á la comisaría á pedir una cama en algún hospital, habiéndolo mandado á San Pablo.

He aquí referida brevemente la historia de nuestro paciente, desde que nos hicimos cargo de él hasta que pudimos recoger los datos que nos suministró la autopsia: paso ahora á exponer algunas consideraciones que nos lleven á la interpretación de los fenómenos observados durante la vida del paciente, para ver si podemos encontrar la etiología de este aneurisma, estudiar su patogenia y apreciar debidamente las condiciones que presentaba este aneurisma y que hacían tan difícil su diagnóstico al llegar al estado de desarrollo en que nosotros lo encontramos al hacernos cargo de este paciente.

Comenzaré por estudiar las causas de este aneurisma para ver si podemos referirlo al golpe que sufrió este individuo cuando fué cogido por el toro. Desde luego tenemos á un hombre joven, pues solo tenía veinticuatro años de edad,

no habituado al uso del alcohol, de buena salud anterior y sin antecedentes hereditarios, circunstancias todas que hacen alejar la idea de algún padecimiento del sistema arterial, que es la causa más frecuente de los aneurismas; pero á mayor abundamiento tenemos el examen macroscópico que de este sistema, así como del corazón, hicimos en la autopsia, encontrando á estos órganos perfectamente sanos: es verdad que la disposición de la abertura podría hacer creer que esta fué la consecuencia de un *procesus* ulceroso; pero si así hubiera sido no hubiéramos encontrado los bordes de la solución de continuidad del vaso tan perfectamente regulares, sino muy irregulares, como los presenta toda ulceración, encontrándose, además, todas las alteraciones anatómo-patológicas que son propias de estos *procesus*, y además, sería muy raro encontrarlo limitado á solo este punto. Por otra parte, he dicho que esta abertura presentaba de singular el que tuviera su dirección paralela al eje del vaso, pues hasta ahora no conozco un solo caso consignado en la ciencia, de que una úlcera de una arteria que haya interesado sus tres tunicas, haya presentado una dirección paralela al eje del vaso, ni mucho menos que la abertura consecutiva tuviera unos bordes tan regulares como los que hemos encontrado en el caso en cuestión. Llama también la atención el que este aneurisma hubiera sido sentido por el paciente dos días después de haber recibido el golpe que le causó el toro. Si la solución de continuidad del vaso hubiera sido consecutiva á un *procesus* ulceroso, llamaría desde luego la atención que esta abertura se hubiera hecho á los dos días del traumatismo y no inmediatamente después del golpe, como hubiera sido lo más natural, suponiendo que las paredes del vaso se encontraran por el *procesus* ulceroso, destruidas en casi todo su espesor y tan poco resistentes que sólo esperaran una causa, como la del traumatismo, para acabarse de destruir en todo su espesor, y en este caso el aneurisma debería haberse producido inmediatamente después del golpe, lo que no sucedió. Por último, si admitiéramos que la abertura de la arteria fué consecutiva á una úlcera, cómo explicarnos la falta absoluta de síntomas generales antes del traumatismo, mucho más si se tiene en cuenta que un *procesus* de esta naturaleza no puede desarrollarse sin que lo acompañen síntomas bien marcados. Otras muchas objeciones podrían hacerse en contra de esta suposición, que omito por no ser difuso, bastándome para concluir el hacer notar otra vez más, que habiendo encontrado el sistema arterial intacto, sería excepcional el que un *procesus* ulceroso se hubiera limitado á un solo punto.

Véamos ahora si es posible referir esta solución de continuidad de la arteria al traumatismo: desde luego debo ser franco y manifestar que si no admito como causa del aneurisma un *procesus* patológico por las razones expuestas, tampoco es fácil ni se puede demostrar que el traumatismo haya sido la causa de él, aunque si sea mas lógico el inclinarse á admitir esta causa. La aparición del aneurisma á los dos días de haber sufrido el golpe este individuo, podría admi-

tirse como una simple coincidencia, pero no es esto lo probable; por otra parte, el mecanismo de la ruptura de la arteria á consecuencia del traumatismo no es fácil de explicarlo; y cuando solamente tenía los datos que me había dado el conmemorativo del mismo paciente, rechazaba por completo esta influencia, pues no me podía explicar cómo este individuo al caer sobre el lado izquierdo se hubiera roto esta arteria, pues por fuerte que haya sido este golpe al caer de lado, sería más fácil que se hubiera roto el iliaco, fracturado el fémur ó producido cualquiera otra lesión; pero absolutamente se podía uno explicar la ruptura de la arteria. Pero cuando recogí los datos conmemorativos que me dió su viuda, ya me pareció menos improbable la influencia del traumatismo. Después de reflexionar bastante sobre la manera como debió obrar el golpe para producir la ruptura de la arteria y al mismo tiempo cohonestar esto con la dirección tan particular de la abertura, me vino la idea de explicar esto haciendo la siguiente suposición: al ser levantado el cuerpo de este individuo por el aire, es muy probable que el miembro inferior izquierdo haya sido llevado hacia delante doblándose primero el muslo sobre la pelvis, y después volvió con más violencia hacia atrás, poniéndose en una extensión forzada, al mismo tiempo que el tronco fué llevado hacia atrás, cayendo el individuo al suelo. Ahora bien; yo supongo que al pasar el miembro á una extensión exagerada, así como el tronco, la arteria recorrió una extensión como de tres centímetros, frotando con energía contra el borde de la rama horizontal del pubis; este frotamiento trajo como consecuencia una lesión de nutrición de las paredes del vaso en el lugar frotado, dando por resultado que la pared de la arteria, perdiendo su resistencia, cediera á los dos días á la tensión arterial, y una vez producida la solución de continuidad, la sangre, derramándose en el tejido celular, produjera el aneurisma. Esta es la hipótesis que á mi juicio satisface de algún modo para explicar el mecanismo de la ruptura del vaso, y por consiguiente la formación del aneurisma. Además, en apoyo de esta hipótesis viene la forma que presenta el borde de la rama horizontal del pubis del lado sano; este borde está sumamente cortante, como pueden verlo las personas que me escuchan, facilitando esta anomalía la lesión de nutrición, que supongo se produjo al frotar contra él fuertemente la arteria. Sin embargo, á esta hipótesis se le pueden hacer varias objeciones que volverían á dejarlo á uno en la duda, sin poder encontrar otra explicación racional sobre la etiología de este aneurisma. Bien comprendo que desde luego se hace difícil el admitir una lesión de nutrición de la arteria por el frotamiento del vaso contra la rama horizontal del pubis, á pesar de la anomalía que debe haber presentado este borde, de ser sumamente cortante (antes de haber sido gastado por el aneurisma), como se ve el del lado sano, si se tiene en cuenta que la arteria normalmente se encuentra protegida por la túnica que envuelve todo el paquete vâsculo-nervioso, aun cuando por otra parte se presenta como favorable á esta idea el que el hueso en el lugar donde pasa la arteria solo está cu-

bierto por el periostio, y por lo mismo el frotamiento de un cuerpo elástico contra otro duro es más fácil que dé lugar á una alteración de la nutrición que si se tratara de dos cuerpos elásticos y blandos que frotaran con energía el uno contra el otro. El examen de la dirección que presentaba la abertura de la arteria, de sus bordes, etc., así como de la distancia á que se encontraba esta abertura de la rama horizontal del pubis, están de acuerdo con la hipótesis expuesta para explicar el mecanismo de la solución de continuidad de la arteria y por consiguiente la formación del aneurisma.

Las personas que me escuchan valorizarán la hipótesis que acabo de emitir para explicar la etiología de este aneurisma, repitiendo una vez más, que de no admitirla, no podremos explicarnos la causa de él, pues contra la idea de admitir un *procesus* ulceroso como causa de este aneurisma, ó cualquiera otro patológico del sistema arterial ó simplemente de esta arteria, hay razones poderosas, pero sobre todo los hechos han demostrado su no existencia, pues la falta de todo síntoma durante la vida, así como el examen del corazón y del sistema arterial que se pudieron ver enteramente sanos al practicar la autopsia, no dejan la menor duda para no aceptar como causa del aneurisma un *procesus* patológico. La coloración de un rojo oscuro que presentaba la arteria cerca de la abertura, así como la facilidad con que se desprendía el endotelio, se explican perfectamente por el estancamiento de la sangre que produjo la inhibición de la túnica interna, así como su reblandecimiento.

Veamos ahora si las dificultades que presentaba este aneurisma cuando lo vimos nosotros, y que hacían tan difícil su diagnóstico, existieron desde que comenzó á desarrollarse, y si el paciente habría podido curar, si se hubiera puesto en manos de personas competentes en lugar de entregarse al más vulgar y ciego empirismo. Es indudable (según los datos conmemorativos que nos dió la viuda de este paciente) que al desarrollarse este aneurisma no presentaba la menor dificultad para su diagnóstico, puesto que le acompañaba cuando menos un síntoma de mucho valor, que pudo ser visto aun por personas vulgares, y era el movimiento de expansión del aneurisma: ahora bien; existiendo este movimiento de expansión, es seguro que también existía el soplo que se produce al penetrar la sangre al saco por la abertura estrecha de la arteria, pues ambos síntomas son producidos por una misma causa; además, la consideración de la manera como se desarrolló el tumor y de la marcha que fué siguiendo, añadida á los otros síntomas, me parecen datos bastantes para hacer el diagnóstico de este *procesus*; y en efecto, se ha visto, por lo que nos dijo el paciente, que el único facultativo que lo vió le dijo que tenía un aneurisma, es decir, hizo el diagnóstico, lo que viene comprobando mi aserto. Después, las mismas modificaciones que sufrió el tumor al llegar á cierto grado de desarrollo, hicieron desaparecer los síntomas propios del aneurisma; estas modificaciones consistieron en el aislamiento en que quedó el saco con relación á la arteria, lo que hizo

que ya no penetrara ni una sola gota de sangre más, desde el momento en que se interrumpieron las relaciones del saco con la arteria, y por consiguiente debe haber desaparecido el movimiento de expansión que presentaba el tumor y el ruido del soplo aneurismal que debe haber existido. Como se ve por lo expuesto, cuando nosotros nos encargamos de este enfermo, no era posible hacer el diagnóstico por el examen del tumor, pues en realidad faltaban todos los síntomas que acompañan á los aneurismas, debido á que la sangre arterial ya no penetraba al saco por las modificaciones ya señaladas que sufrió el aneurisma; los datos que podía habernos dado el conmemorativo, no pudieron obtenerse durante la vida, debido á la gravedad del paciente.

Como se ve, no habiendo obtenido un buen conmemorativo del paciente y siendo negativos los datos que pudimos recoger del examen físico del tumor, el diagnóstico no podía hacerse con estos elementos; fué necesario hacer un reconocimiento del tumor á través de la incisión que se hizo primero con el objeto de dar paso al pus que allí se había formado para poder hacer el diagnóstico. Ahora bien; cuando por medio de esta incisión penetramos en una cavidad ocupada por sangre coagulada; cuando nos fué posible hasta reconocer que la fosa iliaca interna, desprovista de su lámina compacta, formaba parte de las paredes de esta cavidad, y por último, cuando después de desalojar una buena cantidad de coágulos, se produjo una hemorragia arterial, saliendo esta sangre por la incisión con una fuerza de impulsión considerable, el diagnóstico desde este momento quedó hecho de una manera segura, pues se había reconocido la existencia de una vasta cavidad llena de sangre coagulada, y comunicando esta cavidad con una arteria; luego se trataba de un aneurisma.

Después de este reconocimiento, no sólo fué fácil hacer el diagnóstico, sino que aun se pudieron suponer las condiciones en que se encontraba el aneurisma. Desde luego, al ver que la cavidad sólo contenía sangre coagulada, y sentir en los puntos más declives de esta cavidad una sensación de dureza, y haber tocado los coágulos adheridos á la fosa iliaca interna que presentaban cierta consistencia, nos hacía suponer que para esto había sido necesario que la sangre contenida en el saco hubiera permanecido enteramente quieta, inmóvil desde algún tiempo, y esto sólo podía haberse verificado estando la abertura del vaso arterial obstruida por cualquier mecanismo, pero trayendo como consecuencia la incomunicación del saco con la arteria. Esta incomunicación también la venía comprobando el que hubiéramos podido estar reconociendo la cavidad del saco aneurismal sin que la hemorragia arterial hubiera sobrevenido inmediatamente, pues no fué sino después de haber prolongado bastante el examen y sobre todo de haber dado salida á una gran cantidad de sangre coagulada, cuando la hemorragia arterial se presentó.

Debido á la disposición del aneurisma, pero sobre todo á las precauciones que tomamos al hacer la incisión, no sobrevino una hemorragia que hubiera

causado en el momento la muerte del paciente, como se ha observado cuando por error se ha abierto un aneurisma. Es indudable que si hubiéramos hecho una incisión franca, á pesar de las condiciones en que se encontraba este aneurisma, la hemorragia hubiera sido mortal; pero como la incisión se puede decir que fué exploradora, su pequeña extensión nos permitió reunir con facilidad los labios de esta herida y dejar las cosas en el estado en que las encontramos.

Luego que cesó la hemorragia, mediante la oclusión de la herida, me puse á reflexionar sobre la conducta que debiera seguir en estos momentos: el diagnóstico estaba hecho; quedaba por resolver este punto: ¿convenía, en las condiciones en que se encontraba este paciente, intentar la ligadura? Aun cuando en momentos críticos es muy común que perdiendo la calma se precipite uno en tomar una determinación que aun no ha sido bien pensada, afortunadamente en este caso, dominada ya la hemorragia, que era la que podía hacer críticos estos momentos, me puse á reflexionar con toda calma lo que debería hacer, y aun cuando algún compañero opinaba por que se practicase la ligadura inmediata, no me pareció conveniente seguir su consejo, por varias razones á cual más importante, pero sobre todo por el estado general de este enfermo, que no le hubiera permitido resistir á la más corta pérdida de sangre; y esta pérdida tenía que ser forzosamente de alguna consideración al practicar la ligadura, puesto que desde luego había imposibilidad material de poder comprimir la aorta por el levantamiento de las paredes del vientre, levantamiento que no permitía sentir las pulsaciones de la aorta, pues las paredes del vientre no se dejaban deprimir; el síncope era de temerse, con tanta más razón, cuanto que se tenía que someter á este paciente á la anestesia. Otra consideración que si para todo cirujano tiene grande importancia, la tiene mucho mayor para un profesor, era la de que siendo lo más probable que este individuo muriera al estarle practicando la ligadura, los alumnos allí presentes, que aun no tienen formado su criterio quirúrgico, hubieran atribuido la muerte á un error de diagnóstico, y á que no habíamos podido hacernos dueños de la hemorragia, y como tal se hubiera divulgado este hecho, que no hubiera dejado de causar muy mal efecto, y los alumnos hubieran recibido una mala impresión, que no se les hubiera podido borrar fácilmente.

En fin, después de pensar con calma las ventajas y los inconvenientes que podría tener una intervención quirúrgica inmediata, me decidí, como ya he dicho, por unir los labios de la herida por medio de unos puntos de sutura y aplicar después una curación por oclusión. Este caso me pareció desesperado, pues á mi juicio tenía que morir el paciente ya fuera operándolo ó bien absteniéndose de toda intervención quirúrgica. A pesar de este juicio, como en mi práctica me he fijado como una regla de conducta invariable, el no guiarme en los casos difíciles por solo mi opinión, aun cuando me parezca ver las cosas muy claras, creí conveniente invitar á varios compañeros para que viendo á este en-

fermo me hicieran favor de darme su opinión sobre la conducta que creyeran conveniente seguir en este caso. Como he dicho, varios compañeros, entre ellos el Sr. Lavista, tuvieron la bondad de ver á este enfermo examinándolo muy detenidamente. El Sr. Lavista no estuvo conforme con el diagnóstico que yo había hecho, pues se inclinaba más bien á creer en la existencia de un neoplasma, explicándose la hemorragia que tuvimos al reconocer el tumor al través de la incisión, en razón de que este neoplasma debía ser muy vascular. Debo manifestar que para mí, como varias veces lo he dicho, no cabía la menor duda sobre la cuestión de diagnóstico, pues creo que las personas que me escuchan estarán de acuerdo conmigo, en que no podía tratarse mas que de un aneurisma, después de los importantes datos que pudimos obtener una vez hecha la incisión y practicado por medio de ésta el reconocimiento del tumor; así, pues, al solicitar el auxilio de los compañeros, fué con el objeto de ver si podría seguirse otra conducta que no fuera la de abstención, por la que yo estaba, y ya se vió que de hecho los otros compañeros estuvieron conformes en seguir esta conducta, puesto que no se atrevieron á tocar el tumor, viniendo, por último, la muerte pronta del paciente á confirmar los temores que yo abrigaba sobre su suerte.

Por último, hemos visto cuáles fueron los resultados de la autopsia, la que vino á demostrar que el diagnóstico hecho durante la vida era exacto. Esta misma también nos vino demostrando lo que ya había sospechado que pasaba en este aneurisma durante la vida, es decir, que ya no penetraba en el saco la sangre arterial, lo que explicaba perfectamente la falta absoluta de los síntomas propios de los aneurismas, tales como el soplo y el movimiento de expansión, así como la consistencia que presentaba el aneurisma y que hacia creer que pudiera tratarse de otro *proceso*. La disposición que guardaba la arteria con relación al saco, y sobre todo, la dirección de la abertura arterial, nos llamó bastante la atención, y entonces pudimos explicarnos fácilmente la incomunicación que guardaba el saco aneurismal con la arteria, incomunicación que había facilitado la coagulación de la sangre contenida en el saco. Como se vió en la autopsia, ésta incomunicación del saco fué debida á las relaciones excepcionales que con respecto á él guardaba la arteria iliaca externa, pues estando ésta colocada sobre el saco, luego que se llenó de sangre éste y fué por consiguiente aumentando de volumen y levantando la arteria, restirándola á tal grado que sus paredes quedaron aplicadas las unas contra las otras, desapareció su capacidad, sin que la sangre pudiera atravesarla para penetrar al saco.

Respecto á la dirección que tenía la abertura de la arteria, era excepcional, al menos yo no recuerdo que alguno de los autores que he leído señale un solo caso de aneurisma falso primitivo ó consecutivo que haya presentado la solución de continuidad de la arteria, teniendo una dirección paralela al eje del vaso, pues como la patogenia de estos aneurismas es por lo común una desgarradura de una arteria, la solución de continuidad tiene una dirección transversal y la

misma tiene la abertura si el aneurisma ha sido consecutivo á una degeneración de las paredes arteriales. En el caso en cuestión, fijándonos en la dirección longitudinal de la abertura del vaso, resulta que una patogenia especial debe admitirse aquí, si queremos explicarnos la dirección longitudinal de esta abertura: yo he emitido la hipótesis que me parece más probable para explicar la patogenia de esta abertura, y en apoyo de esta hipótesis viene también la forma que presenta la rama horizontal del pubis sano, que como se ve en la pieza que acompaño, presenta un borde cortante que no tienen ordinariamente las pelvis normales, pues todas ellas lo presentan romo; esta forma especial del borde de la rama horizontal, solo pudo verse después que se preparó la pieza. Otra de las particularidades del aneurisma que apoyan esta hipótesis, es la distancia á que se encontró la abertura del vaso de la rama horizontal del pubis, que como he dicho, estaba á dos ó tres centímetros de dicha rama.

Quédame para concluir con todo lo relativo al caso en cuestión, formular las siguientes conclusiones que nos servirán para sintetizar todo lo expuesto, sacando las deducciones prácticas á que este caso se presta.

PRIMERA. La falta de datos positivos cuando examinamos á este paciente hacía imposible el poder establecer el diagnóstico; esta falta de síntomas, propios de los aneurismas, era debida á que en realidad cuando lo examinamos en la clinica, ya el saco estaba enteramente incomunicado con la arteria iliaca externa que había dado lugar al aneurisma.

SEGUNDA. Es casi seguro que el diagnóstico de este aneurisma no hubiera presentado la menor dificultad, si se le hubiera examinado convenientemente antes de que se hubiera hecho la incomunicación del saco con la arteria; su curación también tenía muchas probabilidades de éxito, con tanta más razón cuanto que sus paredes estaban sanas, así como lo estaba todo el sistema arterial.

TERCERA. Llegado el aneurisma á cierto grado de desarrollo, se hizo la incomunicación del saco con la arteria; en este estado el diagnóstico solo podía hacerse por medio del examen directo del tumor, como el que practicamos á través de la incisión que nos llevó desde luego al diagnóstico del aneurisma.

CUARTA. Aun cuando se hubiera podido hacer un diagnóstico preciso antes de practicar la incisión, tampoco se habria intervenido con éxito, en razón del mal estado general del paciente, que hubiera puesto en peligro la vida al estarse practicando la ligadura, por la pérdida de sangre que necesariamente tenía que sobrevenir, puesto que el levantamiento de las paredes del vientre por el tumor no permitía que se pudiera comprimir la aorta mientras se practicaba la ligadura del vaso. El estado general del paciente era tan grave cuando nos encargamos de su asistencia, que la muerte tenía que ser la terminación forzosa de este *proceso*, cualquiera que fuese la conducta que siguiera el cirujano, confirmando este aserto la violencia con que sobrevino su muerte.

QUINTA. La disposición tan particular de la abertura de esta arteria, á juicio



del que habla, sólo puede explicarse admitiendo la hipótesis que he asentado sobre la patogenia de este aneurisma, hipótesis que tiene en su favor tanto el mecanismo del golpe como el borde agudo que presenta la rama horizontal del pubis en la pelvis de este paciente, y la distancia á que de esta rama se encontraba la abertura.

Acompaño con este trabajo las dos piezas importantes que pudieron conservarse: una es la pelvis que presenta la destrucción de una buena parte de la rama horizontal del pubis, del lado donde estaba el aneurisma; esta rama estaba gastada por éste, sobre todo en su bordo y cara interna, así como la lámina de tejido compacto de la fosa iliaca interna del lado izquierdo.

La otra pieza es un fragmento de la arteria iliaca externa, en la que se encuentra la abertura que comunicaba con el saco y en la que se pueden ver las particularidades ya señaladas.

México, Junio 14 de 1887.

TOBIAS NÚÑEZ.

---

## ACADEMIA DE MEDICINA.

---

SESIÓN DEL 20 DE JULIO DE 1887.—ACTA NÚM. 37, APROBADA EL 27 DEL MISMO.

Presidencia del Sr. Dr. Domínguez.

A las siete y quince minutos de la noche se abrió la sesión, leyéndose el acta de la anterior, que sin discusión fué aprobada.

Se dió cuenta con las publicaciones nacionales y extranjeras recibidas en la semana.

El Sr. PRESIDENTE manifestó que antes de conceder la palabra al Sr. Ruiz, de turno para la lectura reglamentaria de esta noche, tenía el gusto de presentar á la Academia al Dr. D. Nicolás Ramírez de Arellano, que fué electo socio titular en la sesión anterior.

El Sr. RAMÍREZ ARELLANO dió las gracias á la Academia por su nombramiento.

El Sr. PRESIDENTE dijo: que la Sociedad se sentía orgullosa de contar en su seno á un miembro de la laboriosidad é ilustración que distinguen al Sr. Ramírez Arellano.