

GACETA MÉDICA DE MÉXICO

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA DE MÉXICO.

CLÍNICA QUIRÚRGICA.

COMPLEMENTO DE LA HISTORIA DE UN CASO DE OVARIONCIA BILATERAL

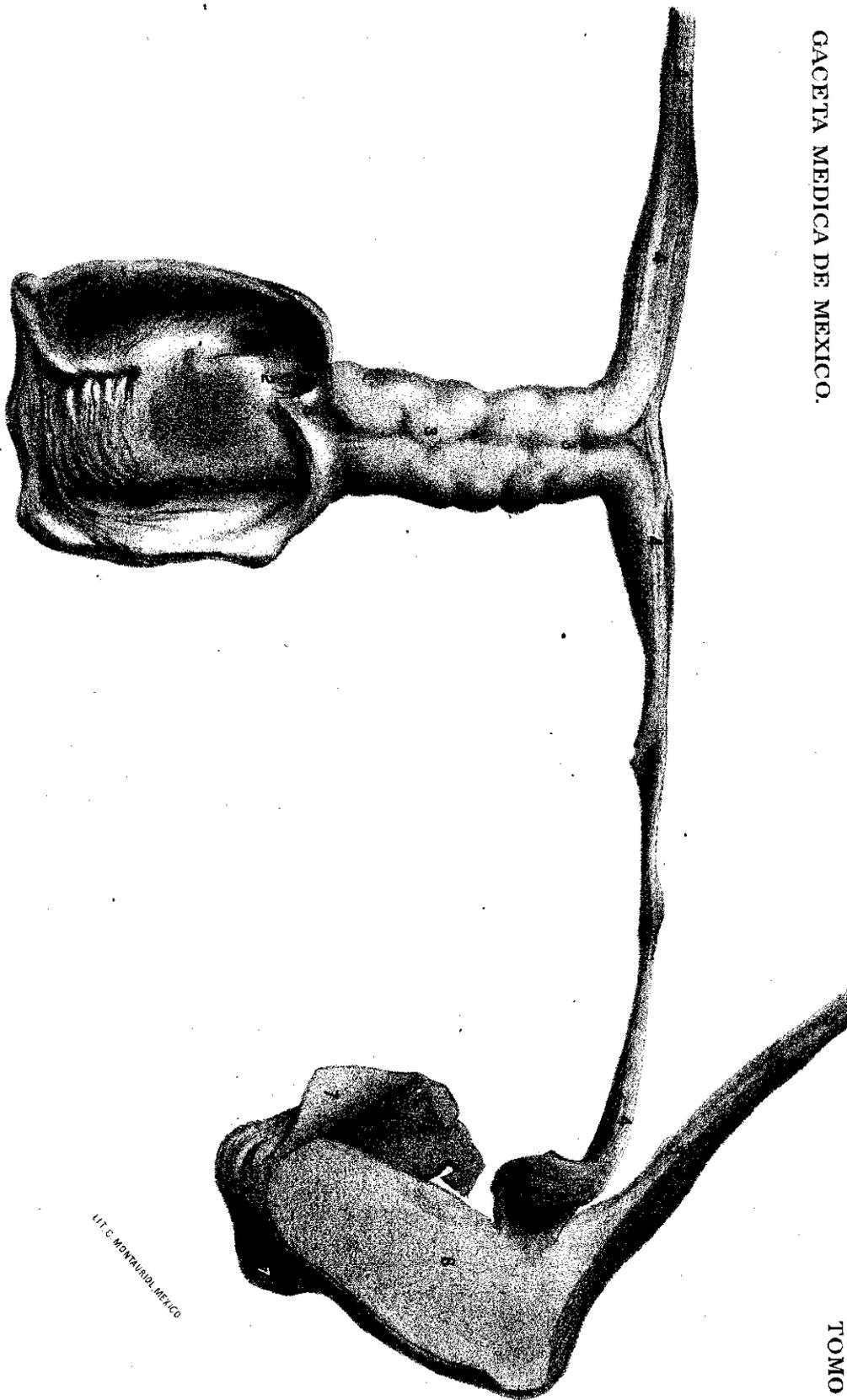
CON ANOMALÍA DE DESARROLLO DE LOS ÓRGANOS GENITALES
Y COMPLICADA DE ENTEROCELE DOBLE.

En sesión del 4 de Abril del año próximo pasado, tuve la honra de presentar á esta respetable sociedad un individuo afectado, según humilde opinión del suscrito, de *ovarioncia bilateral acompañada de anomalías de desarrollo del útero y la vagina, y complicada de enterocele inguinal doble*. Lo interesante del caso por las dificultades que se presentaban para establecer un diagnóstico preciso, y decidir tal ó cual método curativo, motivó una discusión entre varios de mis estimables consocios, siendo admitida por todos la hernia del intestino, pero dudosa para algunos la naturaleza de los órganos que en sentir del suscrito fueran los ovarios, por las razones expuestas en su trabajo sobre este asunto, que corre impreso, así como la discusión á que dió lugar, en el órgano de esta Academia (véanse págs. 165 y 204 del tomo XXIII de la *Gaceta Médica*). La respetable opinión de mis consocios respecto á la conducta que debiera observar con la paciente, fué unánime en favor de la operación, como único remedio á sus ya largos y terribles padecimientos. Dar cuenta á la Academia del resultado de ésta, así como del examen de las piezas anatómicas que se obtuvieron, es el objeto de estos apuntes, que hacen el complemento de la historia á que me refiero.

El día 9 de Abril próximo pasado, después de haber sido preparada convenientemente la enferma con un baño general que tomó dos días antes, treinta gramos de aceite de ricino la vispera, y una lavativa emoliente, en las primeras horas de la mañana de ese mismo día, fué bien lavada la piel de la región enferma con una solución antiséptica, se le anestesió con el cloroformo y le fué

practicada una incisión de 7 centímetros á lo largo del gran labio derecho; se profundizó capa por capa hasta llegar al saco dartoico de Broca, en donde estaba alojado el tumor cubierto por una delgada membrana de aspecto seroso, á través de la cual se distinguía la coloración azulosa de su superficie: dividida ésa, quedó á descubierto un cuerpo ovoideo de 4×2 centímetros de diámetro, superficie pulida, coloración blanco-azulosa, consistencia glandular semejante á la del ovario ó el testículo, no libre en el saco que la contenía, sino adherente en parte así como á un pedículo que hacia arriba lo continuaba dentro del trayecto inguinal; comprendido éste en cuatro ligaduras distintas á tres centímetros arriba del tumor, valiéndose para esto de la aguja de Reverdin, y empleando la seda fenicada, fué separado el resto con el tumor y una buena parte del saco que lo contenía. La parte central del pedículo fué fijada con un alfiler de sutura al anillo inguinal superficial y á las paredes del saco herniario, que eran igualmente atravesadas al mismo nivel, procurando con esto la oclusión completa del orificio herniario, á fin de obtener de paso la curación radical del enterocèle. Puesto un poco de yodoformo en la herida, fué cerrada ésta en sus tres cuartos superiores por tres puntos de sutura entrecortada con seda fenicada, dejando el resto para el escurrimiento fácil de los líquidos. La curación de Lister y el empaque de algodón, fueron aplicados cuidadosamente. En esta operación sólo se hizo de acuerdo con el Sr. Lavista, que fué una de las personas que me hicieron favor de prestarme su eficaz auxilio, la extirpación del tumor derecho, para no prolongar demasiado la anestesia, que había durado bastante.

Durante los tres primeros días que siguieron á la operación, todo parecía marchar bien, pues fuera de una exaltación nerviosa que la paciente tuvo desde la terminación de ella hasta pasadas veinticuatro horas, y que motivó el empleo del cloral y bromuro de sodio, la temperatura, que fué de $36^{\circ}5$ en la noche del 9, no excedió de $38^{\circ}2$ durante este tiempo, y el aspecto de la herida operatoria era bastante satisfactorio. El 13 por la mañana, á pesar de que el termómetro no marcaba sino $37^{\circ}9$, al cambiar el apósito fui desagradablemente sorprendido, observando que el gran labio derecho había sido invadido por el flegmón desde la parte baja de la herida, pues la superior, muy al contrario, estaba cicatrizada por primera intención. Se quitó el punto de sutura inferior, se hizo una ligera presión para evacuar por la herida los líquidos morbosos (serosos, sanguinolentos y purulentos) que infiltraban la capa conjuntiva; canalización y curación como el primer día; al siguiente, 14, fué practicada una contra-abertura en la parte más baja de la región enferma, con el objeto de hacer más completo el desagüe quirúrgico. El 15, un nuevo incidente se presentó complicando la situación, que por el estado local era ya favorable: apareció un foco de pleuro-neumonía en la base del pulmón derecho; la temperatura se elevó á $39^{\circ}6$ en la noche, las respiraciones aumentaron en proporción y llegaron al cabo de 48 horas á 60 por minuto, pues la lesión pleuro-pulmonar se extendía á paso rápido, restringiendo



D. VERGARA LOPEZ DIBUJO.

LIT. C. MONTAÑANO, MEXICO

1. Vagina.
2. Fondos de saco terminales de la vagina.
3. Union de los conductos de Muller en línea media, en el lugar que correspondía al útero.
4. 4. 4. 4. Trompas.
5. 5 Vasos útero-ováricos.
6. Ovario izquierdo.
7. 7. Cápsula de envoltura del ovario herniado.
8. Espolón divisorio de dichos fondos

cada vez más la capacidad respiratoria; á esto se agregaba un pulso muy pequeño y frecuente, 144 por minuto, sudores y delirio, conjunto de circunstancias que hacían presentir un próximo y fatal desenlace. Los agentes curativos que se emplearon para combatir la temible complicación fueron: el calomel, el fosforo de zinc, y la derivación cutánea por medio de la tintura de yodo; pero todo esto no impidió la muerte de la enferma, que tuvo lugar el día 18, nueve días después de la operación.

La autopsia, verificada veinticuatro horas después, dió el siguiente resultado:

Cavidad torácica.—Abundante derrame sero-purulento en la pleura derecha, y copos fibrinosos en parte mezclados al líquido, y en parte tapizando las hojas parietal y visceral de la serosa. Parenquima pulmonar del mismo lado con los caracteres de la hepatización gris, y en el vértice algunas masas caseosas. Pulmón izquierdo sano.

Cavidad abdominal.—Tubo intestinal congestionado en toda su extensión; en la excavación pelviana hay un derrame sanguinolento, de color obscuro, que ha teñido los órganos con que ha estado en contacto; se prolonga por una fila de coágulos, siguiendo el canal inguinal derecho hasta el anillo superficial del mismo nombre, terminando al nivel del pedículo que se dejó adherido á ese lugar al hacer la operación. Hecha la disección de éste se encontró formado principalmente por dos cordones, de los cuales uno encerraba vasos y seguía la dirección de la arteria útero-ovariana, y el otro, después de recorrer el trayecto inguinal, se dirigía hacia el hipogastrio, terminando en el órgano que ocupaba el lugar de la matriz, como puede verse en la figura que acompaño y fué copiada fielmente del natural por el Sr. D. Daniel Vergara Lope, aprovechado estudiante de medicina á la vez que aventajado artista (4-4-3-3). En el lado izquierdo se hizo la disección cuidadosa del gran labio y canal inguinal correspondientes; en la parte terminal de éste se encontraba adherido á los tejidos vecinos un órgano de la misma forma, volumen y consistencia que el del lado opuesto; como éste, envuelto por un saco de aspecto seroso y continuándose superiormente con un pedículo formado también de dos cordones, vascular uno, con la dirección de los vasos útero-ováricos (3) y tubular el otro, onduloso como el canal del epidídimo, aumentando de diámetro desde el anillo inguinal superficial hasta la línea media de la región pelviana, en donde unido, sin confundirse con su congénere, en una extensión como de cuatro y medio centímetros, ocupaban justamente el lugar de la matriz entre el recto hacia atrás y la vejiga hacia adelante, terminando inferiormente en los dos fondos de saco en que terminaba la vagina, sin que hubiese comunicación alguna entre las cavidades de una y otro. Los detalles anatómicos relativos á la vagina fueron enteramente iguales á los que había enseñado ya la exploración de la enferma durante su vida: aunque reducida en sus dimensiones, tenía su forma cónica, de base postero-superior; las

paredes presentaban sus pliegues y columnas naturales, y la anterior remataba en su tubérculo anterior no perceptible á la vista pero si al tacto.

Los órganos glandulosos fueron sometidos al examen microscópico previamente puestos en condiciones las más adecuadas á una buena observación; el del lado derecho, en el instante mismo en que se le extirpó, se puso en alcohol absoluto, adonde permaneció el tiempo necesario para adquirir la consistencia suficiente para ser cortado en capas delgadas; una de éstas colorida por medio del picro-carminato de amoniaco al 1 %, tratada después por la glicerina fórmica, y observada al microscopio, se vió formada de dos partes: una periférica y la otra central, la primera bajo forma de una zona cuya extensión respecto de la otra estaba en la proporción de 1,8, se componía de dos capas, una superficial de apariencia epitelial, y una profunda de composición anatómica más compleja en efecto: en esta capa se notaban los caracteres de un esqueleto formado por tejido conjuntivo, de mallas circulares, de distinto tamaño, ocupadas por otros tantos cuerpos esféricos, de dimensión aunque microscópica, muy variable, traslúcidos, formados de una pared claramente perceptible; un contenido al parecer constituido por celdillas epiteliales que llenaban totalmente el espacio, y en el centro una celdilla más grande nucleada, pero sin membrana celular apreciable: cada uno estaba separado de los otros por una cubierta completa de tejido conjuntivo que se continuaba con la parte central del órgano, en donde además de este tejido se percibían muchos vasos. Del examen histológico podía concluirse que el órgano en cuestión era un ovario cuyas vesículas no habían sido completamente desarrolladas, pues no encontró una sola que tuviera las dimensiones de las vesículas maduras, 0^m01 , ni su estructura, es decir, que tuviera su óvulo provisto de membrana vitelina y rodeado por una atmósfera líquida, cosas que en ninguna se observaban. Los caracteres de estas vesículas graafianas eran los que tienen siempre *las más pequeñas* en los ovarios de un adulto, aquellas cuyas dimensiones son inferiores á 0^m10 ; este dato estaba en armonía con el resultado de la observación en la superficie de esos órganos, pues no se encontró una sola huella de cicatriz que indicara el lugar de una ruptura para dar salida al contenido de una vesícula llegada á su madurez, ni la paciente tuvo jamás signo de la fluxión periódica que acompaña la evolución normal de las vesículas de Graaf; de suerte que si el órgano herniado era el ovario, tenía que admitirse que era anómalo, pues que su capa ovígena sólo contenía vesículas tiernas y no como debiera ser, atenta la edad del individuo, pues sabido es que desde la pubertad á la menopausa en la zona glandular del ovario hay constantemente folículos de todas edades, desde los ovoblastos hasta las vesículas al máximo de madurez.

Pero si se tienen en cuenta los otros datos suministrados por el examen necroscópico, otras anomalías tal vez más curiosas se encontraban en el sujeto de nuestra observación: lo más notable era la falta completa del útero sustituido por

un órgano que con excepción del tamaño, era la representación fiel de los canales de Müller, que en los primeros tiempos de la vida embrionaria, 8ª semana, se sueldan sin confundirse en su parte baja, tomando un aspecto parecido á un fusil de dos cañones, para constituir después, por desaparición del tabique intermedio, un órgano hueco que formara el útero según unos, y según otros también la vagina. En el caso que estudiamos, además del aspecto exterior tortuoso, como lo representa la figura (3,3), la situación, las relaciones, etc., de estos órganos, había para admitir su identidad, la continuación perfecta con las trompas de Falopio, perfectamente reconocibles, y que tienen, como la matriz, el mismo origen embrionario. La causa íntima de esta detención en el desarrollo de los órganos genitales internos, desconocida para mí completamente, extendió su esfera de acción á otras regiones cercanas, pues es de creerse que por el mismo motivo no se hizo la oclusión completa del canal de Nuck, y á esto fué debida la hernia ovárica bilateral que en la inmensa mayoría de casos es congénita: otro tanto pudiera decirse de la hernia umbilical, que la paciente refirió haber tenido en su primera infancia, pero que pudo ser combatida por la aplicación continuada de fajas.

Aunque el resto de los órganos genitales se resintiera un poco de la falta de desarrollo que tuvo su máximo en los internos, sin embargo, eran perfectamente reconocibles, como se recordará, pues existía claro el monte de Venus, los grandes y pequeños labios, el vestíbulo, las huellas del himen, etc., lo cual se explica recordando que proceden de distinto origen, pues mientras que la vagina (?), el útero, las trompas y los ovarios, nacen de la hoja blastodérmica media, los órganos genitales externos, son dependencia de la externa.

Alegando esta misma diversidad de origen entre los ovarios que proceden de la eminencia genital por una parte, y el útero y las trompas, de los canales de Müller por la otra, es como puede explicarse igualmente la falta de relación entre las anomalías de dichos órganos, pues mientras que los primeros siguieron en su desarrollo hasta adquirir los caracteres del ovario antes de la pubertad, el útero, como se ha visto, no llegó á formarse y los órganos que en la evolución embrionaria son sus antecesores, quedaron, salvo el tamaño, con los caracteres que tienen en la octava semana de la vida del embrión.

Otra reflexión ocurre con motivo de las curiosas anomalías observadas en este caso; sabido es la relación que la mayor parte de los médicos señalan entre la ovulación y la menstruación, y que si esta última no es un fenómeno obligado de la primera, en la inmensa mayoría de los casos la acompaña. En el sujeto de nuestra observación nunca hubo el menor signo de flujo menstrual por las vías genitales, ni como suplementario por algún otro órgano: lo primero no llama la atención, puesto que la principal fuente de él es el útero, y este órgano faltaba; lo segundo puede explicarse porque á juzgar por los datos del examen histológico de los ovarios, no había ovulación: ¿cuál haya podido ser la causa de este

último fenómeno? La ignoro, y sólo por caer en los límites de lo posible, pienso que la situación de los ovarios, tan lejos de su lugar, oprimidos en un canal estrecho para contenerlos, y participando de esta opresión los vasos útero-ováricos encargados de su irrigación sanguínea, no llegaba á esos órganos el material necesario para que las vesículas de su capa ovígena pudieran continuar su evolución suspendida.

México, Enero 16 de 1889.

MIGUEL CORDERO Y GÓMEZ.

CLÍNICA INTERNA.

OBSERVACION DE UN CASO DE PLEURESIA AGUDA CON DERRAME PURULENTO,

DESARROLLADO EN EL CURSO DE UNA AFECCIÓN
ORGÁNICA DEL CORAZÓN, Y CURADO POR MEDIO DE LA PARAGENTESIS
DEL TÓRAX.

El Sr. F. Izquierdo, de treinta y cinco años de edad, de constitución robusta y temperamento sanguíneo, casado, de oficio sobrestante, de buena salud anterior, fué atacado hace cuatro años de un reumatismo articular agudo en los miembros inferiores, que le duró muy cerca de un mes y medio.

Al cabo de unos seis meses poco más ó menos, el individuo acusó un dolor sordo en la región precordial, alguna disnea y palpitaciones más ó menos frecuentes. En este estado me consultó el enfermo, y después del examen conmemorativo, pasé á reconocer los signos físicos. Percutiendo la región precordial se notaba un sonido bastante obscuro en una área más extensa que la que ocupa el corazón en su estado normal; aplicada la mano sobre dicha región, se percibía una impulsión más fuerte del corazón, y auscultándolo se advertía un ruido de soplo que comenzaba un poco antes del primer ruido normal y se extendía hacia la punta del órgano, donde tenía su máximo de intensidad; el pulso era irregular y algo intermitente, y latía 56 veces por minuto; la cara no presentaba mayor alteración á pesar de la disnea, de las palpitaciones y de vez en cuando de algunos accesos de sofocación acompañados de una tos molesta; el apetito se conservaba bien; no había sed; el sueño las más veces era interrumpido por diversas visiones, como decía el enfermo, y por último, había un ligero edema en los pies.