

de ojos los que para nosotros tienen interés especial, sin entrar en grandes desarrollos, como desde un principio me propuse. Esta ojeada general indica más bien puntos de estudio, que resuelve cuestiones; pero el trabajo, aunque insignificante, es una prueba de mis deseos de contribuir en la escasa medida de mis fuerzas al conocimiento de las afecciones de los ojos endémicas en México.

Diciembre 16 de 1891.

AGUSTÍN CHACÓN.

CLINICA INTERNA.

ANEURISMA TUBO-OVARICA.

Ruptura y muerte por peritonitis sobreaguda.

CUMPLIENDO con un deber reglamentario, séame permitido ocupar, por un momento, la atención de esta ilustrada Academia, con el relato de un caso clínico ocurrido en mi clientela civil, interesante bajo todos conceptos, no sólo por su extremada rareza, sino también por su inusitada gravedad, dadas las dificultades, en el terreno práctico, que suelen presentar, para su tratamiento, este género de afecciones.

R. H., de 28 años de edad, soltera, de oficio costurera, de temperamento linfático, cloro-anémica, de flojas carnes, pequeña estatura, empezó á menstruar á los 15 años, tardando muchos meses en regularizarse sus períodos. El flujo menstrual siempre fué escaso, contenido y doloroso, y según hace recuerdos, siempre fué acompañado los primeros días, de cólico más ó menos violento, que la obligaba á guardar cama: ha sido, pues, siempre dismenorreica, hasta la fecha en que tuve que atenderla con motivo del accidente de que me voy á ocupar. Además de sus achaques de cintura, ha padecido de entero-colitis frecuentes, con alternativas constante de diarrea y estreñimientos. Jamás se atendió seriamente, porque su situación miserable y la orfandad la obligaban á un trabajo incesante para buscarse el sustento. Fuera de estos datos, no hay en sus antecedentes nada digno de mención.

A fines del mes de Octubre de 1888 fué solicitado, en esta población,

por la Sra. . . . para atender á la relacionada costurera, la cual se encontraba accidentalmente en casa de dicha señora, en donde solía trabajar en la costura. Había ocurrido ese día, desde su casa, á larga distancia, en solicitud de algún remedio, para un malestar, mal definido, que en el bajo vientre sentía. Había pasado una noche de insomnio, porque la molestaba un dolor pungitivo, fijo, que le aumentaba por grados, correspondiéndole á la región sacroiliaca derecha, al nacimiento del muslo y nalga correspondiente. Nada le extrañó aquel cólico, supuesto que se había conaturalizado con esta clase de dolencias, cada vez que se acercaba el flujo catamenial. Así pues, aquel cólico, en esta ocasión era para ella, el precursor inequívoco de su menstruación. Solicitó permiso para que se le excusara ese día del trabajo, con la mira de permanecer en la cama, único medio curativo que empleaba en circunstancias análogas.

Se me informó que después de una pésima noche, como á las 8 de la mañana del día 24 de Octubre, sintió la paciente repentinamente en el vientre bajo aumentar su dolor con intensidad inusitada, como lanzada, seguido á poco de ausencia de dolor, desfallecimiento, flojedad de cuerpo, palidez, sudor frío, vértigos, vacío hipogástrico y náuseas. Y como diera muestras de grande ansiedad, corta respiración, tendencia al síncope y presentimientos fatales, se me hizo llamar con premura.

Guiado por los antecedentes que dejo anotados procedí al examen de R. H., á quien encontré en posición medio sentada, medio acostada, sin que le acomodara ninguna postura. Sentada se asfixiaba, acostada le obli-gaba la náusea á incorporarse, para vomitar, con grande esfuerzo, moco gástrico, cargado de bilis. El estómago estaba en estado de vacuidad. Sobresalían en sus facciones crispadas, palidez extraordinaria y ojos hundidos; sudor frío, copioso, se desprendía de la frente; tendencia al enfriamiento general, ansiedad grande, náuseas y vomituras: en suma, nada faltaba para el cuadro que correspónde á la facies hipocrática, al peritonismo. El pulso era frecuente, regular, pero muy blando y depresible, casi filiforme; palpitations, impulso cardíaco tumultuoso. En el vientre observé elevación de sus paredes, timpanismo con tetanización de los músculos abdominales, sensibilidad exagerada, y ganas frecuentes de evacuar. En la posición sentada había matitez absoluta, que ascendía hasta arriba de la línea umbilical, con fluctuación marcada. La palpación, practicada hasta donde lo permitían las circunstancias, no hizo descubrir otra cosa que llamara la atención en la cavidad abdominal, sobre todo en la fosa iliaca derecha, sitio primitivo del dolor. Ni el tacto vaginal sólo, así como el rectal,

ni combinado con la exploración exterior, con la mano izquierda, dieron luces sobre tumor ó lesión alguna capaz de pasar desapercibidas á este género de investigación. Tanto la vejiga como los órganos interiores de la generación é intestinos guardaban sus relaciones normales. No había antecedentes inflamatorios ni febriles, fuera del catarro intestinal ya anotado. No existían indicios de ateroma ó degeneración diatésica alguna, ni traumatismo reciente ni antiguo.

El diagnóstico se imponía, como punto de partida para el tratamiento; pero rodeado de la oscuridad más completa, sólo pude adquirir la convicción de que existía una peritonitis sobreaguda, causada quizás por un derrame sanguíneo violento, cuyo origen, sitio y causas ignoraba.

El estado miserable de la circulación general autorizaba esta presunción, puesto que un derrame intraabdominal, de tanta consideración, formado en pocos instantes, no podía proceder de la ruptura de algún tumor ó colección líquida, por falta absoluta de antecedentes. Menos podía suponerse la rotura de alguno de los órganos digestivos, con derrame de tanta entidad, por la misma razón. La desgarradura de una colección sanguínea peri ó retrouterina, ó de una hematosalpingitis, aun cuando posible, era difícil de admitirse, porque este género de lesiones siempre proceden con más lentitud, y con un aparato sintomático, que no dejan jamás de llamar la atención, aun de las mismas pacientes. Un proceso patológico semejante no le hubiera permitido á R. H. emprender un camino tan largo, ni aun abandonar la cama, muy pocas horas antes del accidente que nos ocupa.

No faltaba pues motivo para presumir la desgarradura de un vaso sanguíneo intraabdominal. Con esta convicción, prescribí cuanto al caso viene: reposo y quietud absoluta, aplicaciones frías sobre el vientre, ergotina é hydrástis sucesivamente, solución de Iyon por la vía hipodérmica, duchas vaginales y rectales frías; bebidas aciduladas, antiemética de Rivière y Champaña helada para la basca, etc.

Durante todo el transcurso del día y de la tarde, salvo cortos intervalos de alivio aparente, las cosas caminaron de mal en peor. Al cabo de lucha tan estéril, ese mismo día, entre 5 y 6 de la tarde, al tomar el servicio una de tantas veces, contra toda prevención, exigida por el tenesmo rectal incesante, terminó aquella escena con un síncope mortal.

La necroscopía, practicada al siguiente día, reveló lo siguiente: enorme derrame de sangre coagulada y la mayor parte líquida, ocupando toda la cavidad abdominal. Después de abundante lavado encontré el epiplón y

peritoneo visceral y parietal, ligeramente enrojecido; todo el intestino delgado reducido, por trechos, á la mitad y tercia parte de su calibre normal, endurecido por tejido inodular antizo, pero ileso. Los vasos gruesos nada notable. Los órganos de la generación, en su posición y aspecto normales. Al fin, después de mucho buscar, levantando el útero y sus anexos, percibí sobre el ligamento ancho, desprendiéndose de la trompa de Falopio, en el tercio externo de su longitud, y totalmente independiente del ovario derecho, ó implantado perpendicularmente sobre dicha trompa, una pequeña bolsa, laxa, como del tamaño de un huevo de gallina, de figura ovalada, pendiente de un pedículo ancho y corto. Ni los ovarios, trompas, ni el útero y contornos presentaban, en su posición y condiciones anatómicas, absolutamente nada anormal, fuera del tumorcito aludido. Este tenía en su fondo una desgarradura franjeada, por donde emanó evidentemente la gran cantidad de sangre que originó la muerte. Disecadas cuidadosamente las alas del ligamento ancho, y separada la trompa de Falopio, veíase depender la bolsa aneurismal de la rama arterial que nutre la trompa y el ovario, es decir, la utero-ovárica.

A muchas y muy importantes consideraciones se prestan los hechos que dejo apuntados, muy especialmente bajo el punto de vista terapéutico. No pretendo sostener que mi conducta prudente y expectante haya sido la más adecuada, la única posible en el caso que estudiamos; pero habrá que convenir, con la mayoría de los prácticos más autorizados, en las dificultades tan insuperables, las más veces, para establecer el diagnóstico de esta clase de lesiones tan oscuras.

No desconozco que precisamente con este fin se está autorizado para recurrir á la laparotomía y más cuando amenaza peligro inmediato para la vida. ¿Pero cómo proceder á ella en un sujeto profundamente debilitado, casi exangüe, mal constituido, mal examinado, á quien se ve por vez primera, cuando todo procede por sorpresa? Si en el cadáver, con el debido reposo de ánimo, necesitóse largo tiempo para descubrir el sitio y la causa de la lesión, ¿con cuántas mayores dificultades hubiérase tenido que tropezar, en vida, cuando esa vida sólo está pendiente de un hilo? ¿Y el choque quirúrgico, y el enfriamiento prolongado de las vísceras, y la anestesia forzosamente prolongada, y el aseo interior, y tantas otras cosas más por tomarse en cuenta, y que son inevitables en toda intervención quirúr-

gica de esta naturaleza, y que para ser irreprochable debe ceñirse estrictamente á la técnica severa de la antisepsia? Las circunstancias especiales del caso obligaban á la expectación armada y á ella me reduje.

Consultando cuanto pude haber á la mano sobre esta materia, no encontré un sólo caso análogo, por lo cual creí conveniente y útil ponerlo en conocimiento de esta ilustrada corporación. Ziembicki (Tesis de Paris 1875), refiere entre otras varias observaciones de tumores tubo-ováricos, el único que pudiera presentar algún parecido. Dice: "Se sabe, sin embargo, que tumores muy pequeños, un quiste hemático del ovario derecho, por ejemplo, del tamaño de una castaña, en una mujer joven, de veintiséis años de edad, quien cayó en un subterráneo, pueden dar lugar á una hemorragia intra-peritoneal, produciendo la muerte en treinta y seis horas." (Curt Wallis et Linden, Hygiae 1876, Hayem Revue, t. IX, p. 623).

Hay otros cuadros clínicos que en su sintomatología no discrepan ni un punto del que me ocupa, y que *à priori* sería casi imposible diferenciar. Se refieren estos á los hematocelos retrouterinos, originados, generalmente, por rotura de la utero-ovárica durante la época catamenial, ó por traumatismo, formándose vastas colecciones hemáticas, ganando la corriente sanguínea á veces por el oviducto á la trompa, con dilatación enorme de este conducto, el cual, no pudiendo contener nueva afluencia de sangre, desborda y cae ésta en el fondo de saco peritoneal.

Fácilmente se comprende que la causa ocasional ó determinante de la rotura de la bolsa aneurismal, en nuestra paciente, fué producida, después de un ejercicio fatigoso, por la dificultad para verificarse habitualmente su menstruación, cuyo entorpecimiento debía engendrar un estado congestivo permanente con dilatación y tensión exagerada de los vasos intrapélvicos. Este estado hiperémico debió comunicarse á la bolsa aneurismal, en mayores proporciones al iniciarse el período, con sus prodromos habituales, llevando la distensión del saco hasta su máximum, y como consecuencia sobrevino la desgarradura en el punto más débil.

Alamos, Octubre 15 de 1891.

ALFONSO ORTIZ.

