

GACETA MÉDICA DE MÉXICO.

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA DE MÉXICO.

GINECOLOGIA.

Nuevo contingente para el estudio de la Ameno-Dismenorrea exfoliativa.

Algunas observaciones y notas sobre la Anatomía é Histología patológicas de varios casos de esta enfermedad observados últimamente.

Memoria presentada á la Academia de Medicina de México, por el Dr. Luis Troconis Alcalá, con el fin de optar á la plaza vacante en la Sección de Ginecología de acuerdo con los términos de la Convocatoria expedida el 7 de Diciembre de 1893.

(CONCLUYE).

Caractéres histológicos.—Superficie “mamelonada” cubierta por un epitelio incompleto, cuyas celdillas son planas ú ovoides; las aberturas que se ven en el fondo de las depresiones, corresponden á glándulas. Estas están ensanchadas y con su epitelio profundamente modificado, habiendo tomado la forma plana en los lugares en que todavía se percibe. En las capas inmediatas á la cara anfractuosa, se notan grandes espacios, algunos de los cuales se continúan con los canales glandulares y otros se prolongan hasta algunas de las anfractuosidades de dicha cara. El epitelio en todas estas lagunas es aplanado y apenas perceptible en algunos lugares.

Tejido interglandular.—Celdillas considerablemente aumentadas en número y volumen, llegando á ser en algunos puntos hasta 20 veces más grandes que los elementos normales. El protoplasma de estas celdillas

más voluminosas es casi transparente y afecta formas diversas, siendo lo más común que tenga la esférica, ó poliédricas irregulares. El núcleo en ellas se encuentra también muy crecido. Por su aspecto, estas celdillas son indudablemente "deciduales." En el mismo tejido interglandular se ven numerosos vasos y lagunas llenas de glóbulos sanguíneos, no siendo fácil decidir si se trata de lagunas vasculares ó de espacios glandulares llenos de sangre. Por otros lugares se ven glóbulos rojos infiltrados entre los elementos de la mucosa.—Véase la preparación microscópica núm. 3. La fotografía núm. 7 correspondiente á una parte de estos pormenores, nos muestra lo siguiente: Tejido "decidual" en conjunto; en el seno de él dos glándulas muy modificadas, una de las cuales comunica con una laguna, y otra que deja ver el epitelio, que ha tomado un carácter plano.

Aunque carecemos de datos clínicos relativos á este caso, la coincidencia de ese cuerpo reniforme, que es sin duda un embrión, con la presencia de las *celdillas deciduales*, confirma la idea que nos proponemos de fender más adelante: *se trata de un aborto.*

A las anteriores observaciones, pudiéramos agregar otras más hasta sumar el total de nueve; pero la falta de tiempo disponible para arreglar las fotografías respectivas, por una parte, y la falta de datos clínicos, por lo que toca á dos de ellas, me impiden publicarlas por ahora. En cuanto á sus caracteres histológicos generales, puedo asegurar que son idénticos á los descritos á propósito de las tres primeras ya señaladas.

Como es fácil advertirlo, al comparar las conclusiones del Sr. Larios con las del Sr. Toussaint, aparece cierta divergencia en la manera de apreciar los caracteres anatómicos de los despojos examinados: el Sr. Larios fija como elemento diagnóstico diferencial, la presencia ó ausencia de algo que él toma por *vellosidades* modificadas, en tanto que el Sr. Toussaint señala como testimonio irrecusable de su fallo la *presencia ó ausencia* de las *celdillas deciduales*.¹ Este Profesor, de acuerdo con las ideas aceptadas ac-

1 Sin ánimo de apocar el mérito del trabajo histológico del Sr. Larios, cuyas relevantes aptitudes soy el primero en reconocer, me ocurre señalar á propósito de la lectura de su descripción, las observaciones siguientes: 1.^a Habla de un tejido "submucoso." Para los autores actuales no hay tal tejido submucoso. 2.^a En ninguno de los tres casos estudiados cita la presencia ó ausencia de "celdillas deciduales;" en la observación Rodríguez habla de "fibras musculares lisas" en las partes más profundas de los fragmentos de mucosa por él examinados, y atribuye á una "degeneración mucosa" de las celdillas musculares el "desprendimiento de los colgajos." En cuanto á esto, difiero completamente de su opinión: en primer lugar, el desprendimiento normal de la caduca enteramente desarrollada, se verifica al nivel de la zona glandular de la mucosa (Wyder, Langhans, Küstner, Léopold), y esto mismo pasa con la mucosa en los casos de Ameno-dismenorrea exfoliativa. Si el proceso exfoliativo comprendiera á toda la mucosa, dejando totalmente desnuda la tánica muscular, á expensas de qué elementos seme-

tualmente, distingue en este asunto, considerándolo desde el punto de vista de la anatomía patológica, dos categorías de hechos enteramente diferentes: 1ª Comprende todos aquellos casos en que no cabe la discusión; quiero decir, aquellos en que los despojos expulsados vienen acompañados de restos ovulares apreciables (embrión y envolturas del huevo, completos, ó restos incompletos de uno y otras, ó la presencia de huellas apreciables de cualquiera de los dos).—2ª categoría. Abraza todos aquellos casos en que faltando absolutamente la presencia (completa ó incompleta), de restos embrionarios ú ovulares, sí ha lugar la discusión. Cuando se tiene la fortuna de contar con datos clínicos, claros, seguros y evidentes, ó con caracteres microscópicos indudables (aspecto decidual, etc., etc.), el fallo tiene que ser afirmativo, y dudoso, muy dudoso é incierto, en el caso contrario. La observación clínica no basta siempre para ilustrar el juicio en este punto; es insuficiente.

Clínicamente hay que fijar bien estas ideas: ¿Qué cosa es la dismenorrea membranosa? Para unos, siempre, constante y únicamente es una endometritis (primer grupo). Para otros, siempre, constante y únicamente, es un aborto (segundo grupo). Para un tercer grupo de observadores (y á este me afilio con el Sr. Toussaint), los hechos clínicos pueden revestir este doble aspecto; unas veces aparecerá que se trata sola y únicamente de la endometritis (dismenorrea, ameno-dismenorrea); otras veces, el cuadro clínico será indistintamente aplicable al aborto ó á la endometritis (aborto ó ameno-dismenorrea indistintamente). Esto al punto de vista puramente clínico. Pues, ¿dónde hallar entonces el elemento seguro para el fallo? Sólo la investigación histológica puede darlo: la diferencia es, pues, enteramente anatómica; clínicamente no la hay. Porque la solución del problema no es tan clara como este: zurrón con huevo, *caduca verdadera*, zurrón sin huevo, *pseudo-caduca*. Ciertamente puede haber casos en que sin restos embrionarios ú ovulares de ningún género, se trate, sin embargo y á pesar de todo, de un aborto, y la cuestión no podrá resolverse sino con la ayuda del microscopio: la ausencia ó la presencia de los elementos deciduales servirá para dar una solución afirmativa ó neg-

jantes, análogos ú homogéneos se verificaría la restauración? Ya dijimos más arriba que para los observadores contemporáneos esta regeneración se hace á expensas de la sencilla capa de epitelio pavimentoso ó cilíndrico que viste las laminillas de tejido conjuntivo fasciculado, que están separando los alveolos de aquella vasta red formada por la capa glandular (*zona glandularum*). Esos alveolos están ó vacíos ó llenos de una "materia granulosa," y las laminillas presentan siempre una "notable infiltración de elementos linfáticos" y una gran riqueza vascular. Por otra parte, este sería el único caso en que se hubiera señalado una degeneración de tal naturaleza en las fibras musculares del útero en esta clase de padecimientos.

tiva. Pero no es esta la oportunidad para entrar á esos pormenores de diagnóstico. Serán objeto de otro estudio al cual me dedicaré en otra ocasión.

Ahora, réstame tan sólo para concluir, señalar el gran valor diagnóstico que las investigaciones de nuestros días han venido á dar á la presencia de los elementos deciduales.

Algunos autores, como Overlach ¹ y Ruge, ² niegan ese carácter patognómico á las celdillas deciduales, porque dicen haber encontrado las alteraciones anteriores con celdillas deciduales en casos de envenenamiento agudo por el fósforo; pero Wyder, cuya competencia es tan respetable en el asunto, afirma haber hecho el examen minucioso de las observaciones de Overlach y Ruge demostrando que no tienen el valor que ellos les dieron. ³

Más recientemente todavía, Catharine van Tussenbroek (en un trabajo muy importante publicado en los archivos de R. Virchow, sobré la preñez extrauterina), dice que después de haber estudiado al punto de vista anatómo-patológico diversos estados de la mucosa uterina, se ha sentido inducida lo mismo que Wyder, á considerar como evidentemente característica de la preñez, la existencia de (decidual zellen) las celdillas deciduales.

“Ni en las diversas formas de endometritis, ni en la dismenorrea membranosa, ni en las alteraciones de la mucosa uterina en caso de mioma, (afirma esta notable investigadora) ⁴ he encontrado parecidos que de alguna manera fuera posible confundir con el tejido decidual. Solamente en casos en que después del parto ó del aborto han sobrevenido hemorragias irregulares, trayendo la indicación de la raspa de la mucosa, he visto á menudo restos de tejido decidual, que las más veces estaban más ó menos bien circunscritos ó limitados con respecto al resto del estroma. El material de mis observaciones llega á cien mucosas patológicas; creo poder deducir de lo que he encontrado en ellas, que la celdilla decidual es *incondicionalmente el elemento patognómico de la preñez.*” ⁵

1 Archiv. f. mikrosk. Anat. Bd. 25.

2 Centralblatt fuer Gynaekologie. 1881.

3 Archiv. f. Gynaekologie. 1891.

4 R. Virchow's Archiv. Band. 133. 1893.

5 El hecho de hallar tejido decidual en la mucosa del útero, tiene valor para aceptar una preñez aun en casos en que no ha habido aborto ni preñez normal.

He aquí el resumen de las observaciones de Catharine Van Tussenbroek relativas á su trabajo sobre "Preñez Extrauterina:"

"1º Mucosa muy engrosada. 2º Hay en ella dos capas diferentes, una superior (la que mira á la cavidad uterina) constituida por tejido decidual, una inferior (la que mira á la capa muscular) formada por tejido glandular proliferado. 3º Las glándulas uterinas conservan su abertura natural en la cavidad. 4º El epitelio glandular sufre profundas modificaciones que consisten en penetración hacia las capas profundas y desprendimiento en las superficiales. Los espacios sin pared propia en el tejido decidual cuando no tienen sangre, son canales glandulares ensanchados. 5º Así como sucede que en el tejido decidual se modifica el epitelio, en el tejido glandular se observa otro tanto. 6º A consecuencia de las modificaciones epiteliales del tejido decidual, se encuentran los capilares superficiales desnudos, abriéndose libremente en la cavidad uterina. Del mismo modo se vé, á consecuencia de las modificaciones epiteliales del tejido glandular, que algunas cavidades glandulares contienen sangre. 7º Las venas de la mucosa están considerablemente ensanchadas y transformadas en grandes cavidades sanguíneas de pared delgada."

NOTA.—A pesar de lo expuesto, mi maestro el Sr. Rodríguez, cree que todavía esta cuestión no está suficientemente debatida. Como ahora diez años, dice que hay que aguardarse á que nuevas investigaciones clínicas é histológicas, vengan á rectificar ó ratificar estos conceptos.

APÉNDICE.

Me ha parecido conveniente publicar aquí las dos observaciones siguientes, porque en ellas se advierte con suma claridad un cuadro sintomatológico idéntico al descrito por el Sr. Rodríguez.

PRIMERA OBSERVACIÓN.—Pertenece al Dr. Troconis.—La Sra. N. X. de Z., de 46 años de edad en la actualidad, temperamento nervioso-linfático, tuvo su primera menstruación á los 13 años, y ni entonces ni posteriormente ha tenido reglas dolorosas. Ha sido casada dos veces: en su primer matrimonio, muy recién casada, tuvo un *aborto*, no recuerda de qué tiempo; el Sr. D. Francisco Ortega, que fué médico de esta familia

durante toda su vida, calificó de "falso engendro" el zurrón expulsado (dismenorrea?). Después, segundo embarazo de siete meses, parto prematuro (á consecuencia de una caída de rodillas) de un niño, que sobrevivió pocas horas; tercer embarazo también de siete meses, parto prematuro (sin causa conocida) de una niña, que actualmente cuenta 28 años y ha llegado á ser madre de tres niños, todos de tiempo; cuarto embarazo, parto maduro de un niño, que ahora es un hombre de 24 años. Períodos intercalares, regulares, normales, ningún accidente ni trastorno fuera de la amenorrea fisiológica de los embarazos. Enviudó hacia el año de 1870, permaneciendo en ese estado durante siete años. En todo ese tiempo sus reglas fueron siempre normales. Vuelta á casar de nuevo hacia el año de 1877, ha tenido de su segundo marido dos hijas, ambas de tiempo; la última, que cuenta actualmente once años y medio, nació el 28 de Septiembre de 1882. Períodos intercalares, sin novedad hasta el mes de Junio de 1886; entonces sobrevino amenorrea que hizo suponer nuevo embarazo, y á fines de Septiembre del mismo año, con todos los síntomas de un aborto, arrojó espontáneamente un saco membraniforme más pequeño que el que aparece dibujado en la lámina del Dr. Alcántara; pero que por sus otros caracteres era enteramente idéntico á los descritos. Para mí, no hubo aborto; al menos el zurrón salió íntegro sin más agregados que coágulos sanguíneos de diversos tamaños. Afortunadamente estaba yo en casa de la enferma cuando se verificó la expulsión, disponiéndome á extraer con los dedos el cuerpo blando que asomaba á través del cuello uterino dilatado, y que me pareció estar completamente despegado. Recogí con nimia escrupulosidad todo lo que había arrojado la enferma y procedí esa misma noche á practicar el examen más cuidadoso de los despojos. Esta pieza se la obsequié á mi maestro el Sr. Rodríguez. La señora se restableció completamente, volvió á tener sus períodos con notable regularidad en los meses subsiguientes de Octubre, Noviembre y Diciembre de 1886. En el mes de Enero del año siguiente, nueva amenorrea que continúa en Febrero y Marzo; trastornos funcionales que hacen suponer nuevo embarazo. El 20 de Marzo, esto es, como á dos y medio meses después de la última regla, se repite el mismo cuadro clínico del mes de Septiembre de 86; después de varios días de hemorragia y dolores, como si se tratara de un aborto inevitable, arrojó espontáneamente hacia la media noche, un saco membranoso completo, casi enteramente idéntico al primero. Registrado escrupulosamente este zurrón, encontré, después de haberlo cortado en el sentido de su longitud, una vesícula transparente, del mismo aspec-

to y forma que una uva blanca de tamaño mediano. Estaba colocada exactamente junto á una de las aberturas laterales correspondientes á la ostia uterina, muy adherida á la cara interna lisa del zurrón, y á favor de su transparencia permitía ver en el interior un corpúsculo que me pareció ser un embrión rudimentario, no atreviéndome á cortar la bolsita por temor de alterar esta curiosidad patológica. Esta pieza también tuvo el gusto de regalársela á mi maestro. Desgraciadamente en uno de los cambios de habitación del Sr. Rodríguez, se extraviaron estos dos hermosos ejemplares; circunstancia por la cual me veo privado ahora de la satisfacción de presentarlos. Restablecida la enferma, continuó menstruando normalmente hasta Septiembre del año de 1889 en que se repitió casi el mismo cuadro; después de la amenorrea por cortísimo plazo, nueva expulsión de "colgajos membranosos pequeños," con muy escaso escurrimiento sanguíneo, pero sí con fuertes dolores. En esta vez la atendió el Sr. Dr. D. Ignacio Rozas en la ciudad de Tacubaya. Yo estaba ausente, no tuve conocimiento del hecho sino mucho tiempo después; pero la enferma dice que este último caso fué sumamente ligero comparado con los anteriores; ni guardó cama. En los años siguientes ya no se han repetido estos accidentes. La señora está para mí en la época de la menopausa, continúa teniendo sus períodos menstruales; pero de muy corta duración, flujo escaso, muy descolorido, con ciertas irregularidades y trastornos nerviosos funcionales propios de esa época. (Extracto de mis notas particulares).

SEGUNDA OBSERVACIÓN.—Pertenece al Sr. Dr. D. Fernando Ortega, de Tacubaya, que ha tenido la bondad de remitirme el ejemplar que va señalado núm. 4, hacia el 13 de Enero del corriente año.

Tomo los datos siguientes de una carta original que obra en mi poder, y cuya fecha es 13 de Marzo de 1894.

La Sra. N. . . . de 23 años de edad, va á ajustar un año de casada, y en lo general desde su niñez en que padeció las enfermedades comunes á la infancia, ha sido sana, padeciendo solamente de cuando en cuando los achaques propios de su temperamento nervioso-linfático; así es que en circunstancias favorables ha tenido accesos de pequeña y grande histeria, y otras ocasiones ha sufrido neuralgias del trigémino por caries dentaria, ó la inflamación del antro de Highmore izquierdo, acompañada de su correspondiente infarto ganglionar. Padece con alguna frecuencia jaquecas y catarros brónquicos de marcha sub-aguda. Comenzó á menstruar á los trece años, y como á los diez y ocho recibió un golpe en la región hipogástrica, cayendo sobre el ángulo de la mesa de una máquina de coser. A es-

ta causa refiere el origen de sus padecimientos de la cintura. Antes de casarse tenía "flujo blanco abundante," que aumentaba notablemente en los días que precedían y seguían al período menstrual. La duración de sus reglas era de cuatro á cinco días, moderadamente abundantes, regulares y "dolorosas," situándose el dolor en la región ovárica derecha. Este dolor persistía muchas veces fuera del período y se aumentaba por la estación prolongada ó por la marcha. Antes de su casamiento, jamás llegó á faltarle el período. Inmediatamente después del matrimonio, todos los síntomas señalados aumentaron en intensidad haciéndose notable por su abundancia el flujo blanco, y el prurito vulvar (que había olvidado señalar), y que llegó al grado de impedir completamente el sueño. Como á los tres meses después de la boda, se interrumpió por primera vez la menstruación, atrasándose por quince días y restableciéndose sin otra novedad más que la de ser muy abundante. Desde esta vez comenzó propiamente, para mí, el período dismenorreico, puesto que ya no tuvo durante dos ó tres menstruaciones, una época de tiempo fijo, aumentó el flujo y el dolor se generalizó á todo el vientre bajo durante la menstruación. Por último, "faltaron las reglas por tres períodos consecutivos," y después de una calma engañosa, tras algunos síntomas de embarazo, tales como soñolencia, ascos, agrios, abultamiento de los senos y algún otro, apareció la regla con gran abundancia, acompañada de dolores expulsivos, alarmando á la familia que creía que se "trataba de un aborto." Con la intervención médica desaparecieron los dolores y la hemorragia durante tres días, repitiéndose después de este intervalo con mayor intensidad que antes, para terminar, por fin, con la expulsión de los colgajos membranosos, que tuve el gusto de remitir á vd. en Enero del corriente año. Con un tratamiento adecuado se ha conseguido la desaparición gradual de todos esos síntomas, que excepto la expulsión de restos membranosos, se repitieron todavía por dos ó tres períodos menstruales, después del falso aborto.

México, Marzo 14 de 1894. •
