

TRES CASOS

En reciente sesión ordinaria de la Asociación Médica presenté la Señora Simona Andino, de 86 años, de oficios domésticos, originaria de San Buenaventura, operada el 21 de noviembre de 1929 por un carcinoma del borde izquierdo y parte media de la lengua de tres meses de evolución sin infarto ganglionar ni propagación a la vecindad. Le hice una amputación total de la lengua por la vía natural; sin la menor complicación curó en diez días; anestesia local.

5 años y cinco meses han transcurrido y no se encuentra el más mínimo indicio de recidiva local o lejana.

El hecho de que un caso de cáncer de la lengua operado precozmente pase de los 5 años sin reproducirse nada tiene de extraordinario pero sí lo es el asombroso que la paciente hable tan bien y tan abundantemente que con dificultad se creería tratarse de un desprovisto de lengua. Mi enferma maneja admirablemente los músculos del piso de la boca y el velo del paladar. Como es natural no puede pronunciar las linguales c, d, z, t, etc.

Mujer inteligente, explota su mutilación y la gracia de la verborrea solicitando dádivas que jamás se le niegan.

Aplasia útero-ovárica

O. B. M. de 22 años, soltera, maestra, procedente de Cholulteca, ingresa al servicio de Cirugía de Mujeres del Hospital General quejándose de que nunca ha menstruado.

Muchacha muy bien constituida, robusta sin ser obesa, inteligente, cuenta que sufre muchas contrariedades porque la excesiva delicadeza de sus padres le impide, como ella quisiera tener relaciones amorosas

y sexuales como todas las mujeres a pesar de no sentir ningún fenómeno que acuse vivos deseos, pero que ella quiere ser igual a las otras.

Refiere historia de padecimientos vanales, sin importancia para explicar la amenorrea. El examen ginecológico enseña una vulva normal con su imen intacto de muy pequeño agujero central, no da lugar al paso de un dedo. El tacto rectal.

muestra una ausencia total de útero y anexos.

Aunque la aplasia uterina es sumamente rara al contrario de la atrofia que es frecuente y dado que sólo un examen anatómico o una laparotomía accidental es capaz de confirmar el diagnóstico he vacilado en nominar el caso: es una atrofia o una aplasia uterina.

La explicación es sencilla; las trompas y el útero se forman a expensas de los canales de Muller, uno de cada lado separados

hasta el tercer mes de la vida intra-uterina; al unirse para formar un solo cuerpo constituyen el útero y la vagina en el curso del cuarto al sexto mes. De la unión más o menos alta o baja resultan las anomalías de úteros dobles, didelfos, bicornes y las ausencias parciales o totales de trompas, útero y vagina o la total aplasia.

En el caso presente la unión de los canales de Muller se hizo tan baja que sólo formó la vagina.

Herida penetrante Toraco-abdominal

X. X. ingresa a la Policlínica el primero de mayo a las 12.30 p. m. por varias heridas por arma corto punzante de la cara, brazo, antebrazo y tórax recibidas media hora antes.

Sólo interesa una situada en el noveno espacio intercostal izquierdo sobre la línea axilar media. Neumotorax y disnea es cuanto traduce la herida penetrante simple del tórax. La posición que guardaba la víctima en el momento de ser herido por el victimario, uno enfrente del otro, un fuerte vómito de sangre al ocurrir el accidente, y una ligera contractura de la pared abdominal inmediatamente por debajo de la herida nos hicieron pensar en una herida penetrante toraco-abdominal.

Al practicar laparotomía acto continuo, encuentro solamente herida del diafragma de la cual se oye una fuerte inspiración en cada movimiento respiratorio. Suturo el diafragma por medio

de un punto cruzado de catgut y cierre de la pared en tres planos. El enfermo sale curado al décimo día.

No interrumpieron en nada la favorable evolución del postoperatorio ni un estado de alcoholismo agudo prolongado desde quince días antes ni una bronquitis supurada.

Por qué este individuo tuvo un vómito de sangre al ser herido sin haber sido lesionado el estómago Sería una /neníatemesis por herida del pulmón? La dirección de arriba abajo y la ausencia de hemotorax me hacen desechar la idea de la segunda hipótesis.

O no sería vómito de sangre sino un vómito vanal coloreado por alguna sustancia ingerida antes por el paciente? O sería un vómito de sangre por gastritis aguda alcohólica

Difícil de averiguar la exactitud de la calidad del vómito por el estado de ebriedad del enfermo.

S. PAREDES P.