

GACETA MÉDICA DE MÉXICO.

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA DE MÉXICO.

ACTA NUMERO 16.

Sesión del día 15 de Enero de 1896.—Presidencia del Sr. Dr. D. Rafael Lavista.

Comunicación por el Sr. Dr. Licéaga de un caso de absceso interlobar en el pulmón derecho que fué operado abriéndolo directamente y canalizándolo.—Comunicación por el Sr. Dr. Lavista y por el suscrito de un caso de cáncer del pulmón extirpado con relativo éxito.—Discusión acerca de la cirugía pulmonar.—Comunicación por el Sr. Dr. Chacón de un hecho de aplicación de suero artificial.—Discusión acerca de la utilidad de estas inyecciones.—Comunicación por el Sr. Dr. Licéaga de un ensayo de seroterapia en el tifo.

El Sr. Licéaga tomó la palabra; llamó la atención sobre el interés de actualidad que reviste la cirugía del pulmón; hizo referencia á las importantes discusiones que acerca de ella acaban de tener lugar en París, y nos comunicó dos observaciones de pleuresías supuradas interlobulares. En una, la enferma fué una señora de 80 años que no quiso dejarse operar y que sucumbió. En la otra, fué una señorita de 40 años, sin antecedentes morbosos hasta un año antes que tuvo una neumonía después de la cual no quedó enteramente sana, pues padecía de dispnea y tos. Algunas veces estos síntomas se exacerbaban y durante algunos días tenía calentura; cuando la vimos el Sr. Lavista y yo llevaba 30 días de enfermedad; tenía dispnea, tos que frecuentemente revestía la forma de accesos muy intensos, esputo purulento, fétido, sin olor de gangrena pulmonar, y tan abundante que á veces en una sola expectoración llegaba á la cantidad de medio litro; calentura que solía subir á 39° en la noche, sudores y un estado general muy grave que empeoraba cuando faltaba la expectoración. En la región escapular *derecha*, entre el omoplato y la columna vertebral, falta-

ban las vibraciones de la voz, había macicez que cambiaba de forma y posición, haciendo cambiar de actitud á la enferma, y á la auscultación no se percibía el murmullo vesicular sino un soplo anfórico. Diagnosticamos colección líquida, purulenta, en el espacio interlobular superior derecho. En los esputos no había bacilos de Koch, estreptococos, ni otros gérmenes á que atribuir los fenómenos de infección, que dependían exclusivamente de la acumulación de pus. Esta acumulación y las disminuciones de cantidad que á veces presentaba el esputo, nos hicieron admitir que la comunicación entre la colección purulenta y los bronquios se efectuaba por una abertura insuficiente y situada en la parte superior del foco. La indicación en nuestro concepto era abrir y canalizar la cavidad purulenta. El médico de cabecera, en atención á que con el tratamiento instituído había bajado la supuración de 500 á 100 gramos pidió que se aplazara la operación por unos días, que convenimos fueran ocho; pero hubo necesidad de anticiparla por una neumonía que sobrevino en los límites de la cavidad, que nos pareció de propagación y como un indicio de que los recursos del organismo no eran suficientes para llevar á buen término el padecimiento. Fijados con precisión los límites del foco, hacia el centro de él, hicimos la resección de dos costillas en una longitud como de cuatro centímetros. Por la percusión nos cercioramos de haber caído en el sitio de la lesión y con una jeringa de Pravaz extrajimos pus fétido. Abrimos ampliamente la cavidad, raspamos su cara interna con la cucharilla de Volkmann, donde el tejido pulmonar se sentía endurecido y con la uña, donde ofrecía una textura más delicada. Todo lo que los signos clínicos nos habían revelado, se comprobó exactamente. Por ser estrecha la abertura de comunicación con los bronquios nos atrevimos á lavar la cavidad con una solución bórica, teniendo cuidado de no introducir el líquido, sino al principiar la inspiración. Habiendo comenzado á salir sangre, canalizamos con tiras de gasa yodoformada untadas con glicerina para evitar que se adhirieran demasiado, y una vez convencidos de que se efectuaba una canalización perfecta pusimos el apósito. La temperatura bajó á la normal y cesaron los accesos de tos. El día siguiente se cambió el apósito que estaba lleno de pus. El estado de la enferma seguía siendo satisfactorio; pero al tercer día, sin tos ni expectoración abundante, se presentaron accesos de asfixia, como espasmos de la glotis, y lipotimias repetidas. La percusión, la auscultación, el examen más minucioso, no pudieron revelarnos el origen de tales síntomas. Quitamos la gasa y ni en la cavidad ni en sus inmediaciones encontramos nada que pudiera explicarlos. Tocamos sin embargo la super-

ficie supurante con el termo-cauterio y aplicamos á la enferma inyecciones de cafeína y de estricnina y los demás recursos aconsejados en casos análogos. Todo fué inútil y la enferma sucumbió sin que hayamos podido averiguar la causa de la muerte, porque la familia no permitió la necropsia.

Que nuestra intervención estuvo bien justificada lo demuestran los éxitos obtenidos por Segond al operar, como nosotros lo hicimos, los abscesos interlobulares, y además el notable alivio de la enferma en los dos primeros días. Ni en la pleura ni en el pulmón encontramos signos de derrame ni de trabajo flogósico, no hubo calentura que revelara una infección y hasta la fecha la causa de los accidentes ha quedado para nosotros enteramente desconocida.

El Sr. Lavista llamó la atención acerca de la gran frecuencia de los accidentes pleuro-pulmonares que requieren la intervención quirúrgica; los dividió en pleurales y pulmonares; dijo de los primeros, que ya estamos familiarizados con su tratamiento quirúrgico, el cual en México ha producido innumerables curaciones, y se detuvo en los felices resultados de la operación de Letievant ó Estlander para los piotórax en que las alteraciones del pulmón hacen la *cavidad necesaria*, refiriendo haber hecho alguna vez con éxito la resección hasta de siete costillas. Tratando de la cirugía propiamente pulmonar, dijo que comprendía la neumotomía y la neumeotomía, y mencionó á Tuffier, Quenu, Richet y otros cirujanos á los que se deben sus actuales progresos. Indicó la necesidad de descubrir ampliamente el pulmón cuando se tenga que operar en él, los peligros del neumotórax, el procedimiento de Tuffier de movilización de la pleura parietal y las ventajas que trae consigo la existencia de adherencias. Ocupándose del hemotórax, describió su mecanismo, sus indicaciones y los casos en que hay necesidad de intervenir, y después de exponer las dificultades y los riesgos de la operación, concluyó que en lo general debían abandonarse á sí mismos, guardando las precauciones convenientes; que debían puncionarse cuando provocaban la asfixia, y que solo por indicaciones perentorias debía abrirse la caja torácica para hacer la hemostasis de la herida pulmonar. De la neumotomía en los procesos crónicos del pulmón dijo, que muchas veces se ha felicitado de haberla hecho y refirió el caso de un enfermo del Dr. Blazquez operado por el Sr. Chacón, quien le abrió y canalizó un vasto foco de neumonía traumática, caseificada, obteniendo la curación. Respecto de las pleuresías supuradas interlobulares declaró terminantemente la indicación de operar, porque si no se abre el foco la supu-

ración ocasiona la muerte del enfermo, y porque generalmente hay adherencias que disminuyen las dificultades y peligros de la operación, que debe hacerse en todos los casos análogos al del Sr. Licéaga. En la tuberculosis pulmonar, no juzgó prudente la intervención porque no se trata de las que Lannelongue llama tuberculosis quirúrgicas que son circunscritas, sino de lesiones difusas, múltiples y de diversas edades. Para operar no basta que la lesión que se quiere remediar, una caverna, por ejemplo, esté localizada, sino que es preciso que lo esté la infección. Sin embargo, cuando haya signos inequívocos de una caverna amplia y superficial, con adherencias, abrirla es obrar como lo hace la naturaleza en algunos casos, y con este motivo citó el de un joven que tenía en el vértice del pulmón una caverna que contrajo adherencias y se abrió debajo de la piel. Por último, se ocupó de la neumectomía y refirió haberla hecho en compañía del que habla, en un enfermo que tenía un cáncer extenso y profundo del pulmón izquierdo y al que habían asistido ya muchos médicos, sin quedarle otra esperanza que la cirugía. Después de hecha la extirpación del tumor se tocaba el pericardio y los resultados fueron relativamente favorables, pues aunque el enfermo sucumbió por tratarse de cáncer, su vida que antes de la operación estaba próxima á extinguirse, se prolongó por algunos meses.

Tomé después la palabra, y dije: que por ser mío el enfermo al que acababa de aludir el Sr. Lavista, me creía obligado á hacer algunas ampliaciones y á exponer mi opinión acerca de la cirugía pulmonar, ó sea acerca de la incisión y de la resección del pulmón. La primera es conveniente y se ha aplicado con éxito en los casos de absceso, de foco gangrenoso y de quiste de hidátides, en general; en lesiones bien limitadas, por lo que no se practica en las lesiones tuberculosas que rara vez lo están. Se refiere que un individuo recibió en duelo una herida que le abrió una caverna tuberculosa y con esto sanó de su padecimiento, y últimamente se ha hecho con éxito la resección del vértice de un pulmón que estaba tuberculoso. En todo rigor se concibe que estando bien circunscrita la tuberculosis pulmonar se pueda curar por medio de la cirugía. La segunda, es decir, la resección del pulmón, se ha practicado experimentalmente en algunos animales y sobre todo en conejos, con éxito; pero en el hombre casi siempre ha hecho sucumbir al operado, y en algún libro se cuenta de un cirujano alemán que se suicidó por habérsele muerto un enfermo al que le hizo la resección del pulmón, temiendo un juicio criminal. En los casos de cáncer se registran algunos éxitos y esta fué una de las principales con-

sideraciones que tuvimos para operar á mi enfermo. Se trataba de un padecimiento que durante mucho tiempo fué de muy difícil diagnóstico: los signos eran los de un derrame en la pleura izquierda, falta de vibraciones, sonido mate, silencio respiratorio, transmisión de los ruidos cardíacos. Le habían hecho algunas punciones infructuosas. Cuando lo comencé á asistir, tenía en la base del tórax y al nivel de la axila un abovedamiento limitado que iba creciendo y adelgazando las costillas y la piel: había calentura y unos dolores terribles en el tumor. La gravedad y sufrimientos del enfermo nos indujeron á operarlo. Hicimos la resección de cuatro costillas en una longitud como de ocho centímetros; extrajimos el tumor en fragmentos; si hubiera estado enquistado lo hubiéramos extraído en su totalidad y probablemente hubiéramos obtenido la curación; pero era difuso y su extirpación completa nos fué imposible. Llegamos hasta la cara posterior del pericardio y taponamos con gasa aquella vasta excavación. El enfermo mejoró sensiblemente, cesaron la calentura y los dolores, y sobrevivió cerca de cuatro meses.

El Sr. Chacón D. Francisco de P. pidió la palabra y refirió un hecho más de aplicación del suero artificial. Se trataba de un quiste del ovario, una parte de cuyo contenido era sólida. La enferma estaba sumamente agotada, no obstante lo cual hubo que operarla por los grandes peligros y continuas molestias á que la tenía sujeta el tumor. La operación fué muy larga y laboriosa á causa de las adherencias vasculares casi no interrumpidas que se encontraron. La anemia de la enferma era tan grande que á pesar de que todas las adherencias se ligaban antes de dividir las, bastó la poquísima sangre que perdió para determinar un estado de colapsus extremadamente grave. El pulso se hizo débil y muy frecuente, la respiración irregular y aunque hacía ya largo rato que no se le daba cloroformo, la enferma estaba inmóvil é insensible. Infructuosamente se le aplicaron inyecciones de alcohol, éter, cafeína y estrienina. Entonces el Sr. Chacón dispuso que se le hiciera una inyección de suero artificial. El Sr. Prieto lo preparó y en la cantidad de 150 gramos lo inyectó en la región lómbar derecha. Se levantó el pulso, se regularizó la respiración, la enferma volvió á la vida y casi inmediatamente se disiparon los efectos del cloroformo. Otra cosa digna de atención y que acaso se deba también al suero, es que no obstante la intensidad y duración del traumatismo, pues hubo que desprender el tumor hasta de la aorta y de la vena cava; no hubo choque traumático.

El Sr. García dijo que en la actualidad las inyecciones de cloruro de sodio se emplean en las grandes pérdidas de sangre, y refirió dos hechos muy interesantes verificados en el Hospital Militar. En el primero la hemorragia había durado como dos horas y el estado del paciente era extremadamente grave. Se aplicaron las inyecciones de cloruro de sodio, se pudo llevar á término la ligadura de la maxilar interna y el enfermo sanó. En el segundo, se trataba de un operado que tuvo una hemorragia secundaria y una anemia aguda gravísima; se le hizo una inyección intraperitoneal de leche desnatada y cocida, y los resultados fueron de los más satisfactorios. Agregó que los efectos de las inyecciones intravenosas, ya sean de leche, ya de una solución al 3 por mil de cloruro de sodio se consideran iguales á los de la trasfusión, y que él, á un perro al que había extraído una tercera parte de la cantidad total de sangre, le hizo una inyección intravenosa de leche y la hemoglobina aumentó rápidamente de 6.30 á 7.50 hasta llegar á 9. Terminó diciendo que todos estos hechos corroboran lo expuesto por el Sr. Chacón y recomiendan las inyecciones de cloruro de sodio que en las grandes operaciones deben tenerse siempre á la mano.

El Sr. Hurtado manifestó que en San Andrés se tiene siempre dispuesto el suero artificial y refirió la historia de dos operaciones en las cuales tuvo que emplearlo. En una había diagnosticado neoplasma ovárico maligno. La enferma, de 38 años, gruesa, de carnes flojas, había tenido después de un parto una flebitis de la safena, tifo, impaludismo, caquexia que aun persistía y dismenorrea. Tenía una grande hernia umbilical, muy desarrollada la circulación colateral, cosa que dan los autores como signo de neoplasma maligno, y una calentura inconstante. En la sangre no se encontraron ni hematozoarios ni pigmento, por lo que el Sr. Hurtado temió que hubiera supuración y adherencias, las cuales, en los quistes ováricos no es posible precisar si las hay y hasta qué grado llegan. Resolvió hacer una laparotomía exploradora y no extirpar el quiste si lo encontraba adherente. Antes de la operación se pusieron á la enferma inyecciones preventivas de suero y de estricnina. Abierto el abdomen por una incisión como de diez centímetros, encontró el quiste completamente adherido, lo punccionó, y viendo que salía pus, debridó ampliamente dando salida á unos 5 ó 6 cuartillos de dicho líquido. La bolsa era unilocular y sin pedículo, sus paredes estaban erizadas como de papilomas, y en el contenido, que en parte era sólido, se encontró una falange lo que dió á conocer que el quiste era dermoide. Su evacuación hizo desaparecer el estorbo

de la circulación venosa y redujo la colateral demostrándonos que su desarrollo no es signo de neoplasma. El otro caso fué de un absceso de la cavidad de Retzius el cual hacía saliente en la vagina. La enferma tenía calentura y diarrea. Se le hizo la inyección preventiva de suero. El absceso fué abierto, raspado, lavado y canalizado. Durante algunos días la enferma estuvo bien y se repuso; pero habiendo vuelto los accidentes del principio se le hizo una laparotomía exploradora y se extirparon los anexos que estaban afectados. Estos casos prueban que en circunstancias graves y complicadas debe hacerse una operación paliativa para mejorar el estado de la enferma y ponerla en estado de soportar la curación radical.

El Sr. Licéaga comunicó á la Academia su primer ensayo de seroterapia contra el tifo. Es la primera vez que se intenta una aplicación de este género contra una enfermedad tan grave, tan frecuente en la Mesa Central, y cuyas epidemias son tan mortíferas que hace dos años, según las noticias oficiales, hizo perecer en México á 19,000 personas. La idea le fué sugerida por los admirables efectos del suero antidiftérico. Desde hace algunos meses la propuso á los Sres. Nicolás Ramírez de Arellano y Prieto, quienes la aceptaron y subscribieron con él una iniciativa que aprobada por el Consejo, dió lugar al nombramiento de una Comisión que hiciera los estudios conducentes. Mientras se inmunizaban animales, el Sr. Licéaga propuso la aplicación de suero de convalecientes fundándose en que hay inmunidad natural y artificial, en que el tifo generalmente no da mas que una vez en la vida y en que los que se salvan de él quedan inmunes; todo lo cual hace presumir que el suero de un convaleciente de tifo tomando la sangre en tiempo oportuno de manera que el individuo ya no esté enfermo y todavía esté inmunizado, debe poseer propiedades curativas más ó menos enérgicas. El enfermo al que por primera vez aplicó este tratamiento, es un joven sano y de buena constitución. Comenzó á estar enfermo el día 24 de Diciembre último en la noche. Lo vió por primera vez el quinto día de la enfermedad; la erupción era apenas perceptible; pero la invasión y los demás signos eran característicos, por lo que diagnosticó tifo. El pulso era tan pequeño y depresible que lo alarmó, por no ser propio del vigor del enfermo ni de la época de la enfermedad. El noveno y el décimo día se le inyectaron 4 gramos de suero tomado por el Sr. Prieto, en el mes de Agosto, en una señora que tenía un mes de convalecencia. La temperatura fué esos días de 39.2 y de 39.8. Los síntomas nerviosos, estupor, divagación de las ideas, delirio, se mejoraron de un modo notable. Al día siguiente se le pusieron 8 gramos, la temperatura

subió á 40.2. El duodécimo día la dosis fué de 12 gramos, se acentuó la mejoría del cerebro, aunque persistiendo el delirio en la noche y se comenzaron á borrar las manchas. Al otro día la inyección fué de 20 gramos. Ya no se le pusieron más inyecciones porque no había suero y porque siendo el último día de la enfermedad sus efectos no podían ser demostrativos. El tratamiento que siguió fué, alimentos líquidos: leche, café con leche y caldos; 4 á 6 miligramos de estricnina en el día; desinfección de la boca y recto; magnesia calcinada como un laxante lijero y salol; lociones con vinagre aromático, cambios frecuentes de ropa y una sola vez cafeína. Atribuye el Sr. Licéaga al suero que la enfermedad se hizo más benigna y que se mejoraron el pulso y los accidentes cerebrales. Concluyó diciendo que si los resultados no son demostrativos, sí animan á proseguir el estudio de esta nueva aplicación de la seroterapia.

El Sr. Lugo dijo, que en la *Semana Médica* se refiere que en París se han hecho tentativas semejantes con cultivos atenuados de bacilo tífico."

El Sr. Licéaga replicó que el bacilo tífico es la bacteria, no del tifo, sino de la fiebre tifoidea, y que los ensayos hechos en París lo han sido contra esta última enfermedad y no contra el tifo.

J. R. ICAZA.

ACTA NUMERO 17.

Sesión del día 22 de Enero de 1896. —Presidencia del Sr. Dr. D. José Ramos.

Lecturas de Reglamento por el Sr. Profesor Aragón y por el Sr. Dr. Reyes. —Presentación por el Sr. Dr. Chávez de dos enfermos operados: el uno de un tumor situado en la región externa y superior de la órbita derecha, y el otro de una catarata hipermadura extraída con su cápsula. — Discusión acerca de estos hechos.

El Sr. Aragón leyó su trabajo de turno, titulado: "Distomosis del hígado de la especie bovina."

El Sr. Reyes envió el suyo, que fué leído por el que suscribe, se titula: "Nota estadística sobre el servicio sanitario de la desinfección en la ciudad de México."

El Sr. Chávez presentó dos operados, refiriendo que ambos proceden-