

GACETA MÉDICA DE MÉXICO.

PERIODICO

DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO.

TOMO XXXVII

MEXICO, 15 DE NOVIEMBRE DE 1900.

NÚMERO 22.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

Acta num. 3.

SESION DEL 10 DE OCTUBRE DE 1900.

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés.

Comunicación del Sr. Dr. Villarreal. Discusión. Comunicación del Sr. Dr. Ramos. Discusión del tema siguiente, propuesto por el Sr. Presidente: Momento en que deba intervenirse en los casos de apendicitis.

El Sr. Dr. Villarreal refirió un caso de su práctica, concerniente á una enferma de 50 años de edad, con una fístula vesico-vaginal, consecutiva á un parto, de la que había sido operada muchas veces en el curso de 25 años sin éxito alguno, sino antes bien agrandándose el orificio fistuloso después de cada intervención. Cuando el Sr. Villarreal vió á esta paciente faltaba por completo el tabique vesico-vaginal, estando los tejidos de la región de tal manera indurados que fijaban la matriz, al grado de no poder bajarla, ni aproximar los bordes de la perforación vesico-vaginal. La magnitud del orificio fistuloso permitía ver con toda facilidad la pared posterior de la vejiga y hasta los ureteres, al nivel de su desembocadura en este receptáculo, el cual hacía hernia por la fístula, prosidiendo hasta la vulva, siendo como se comprende imposible la contensión de la orina, la que al escurrir incesantemente había producido lesiones muy molestas en la vulva y pliegues inguino-crurales. Como detalle digno de notarse, señala el Sr. Villarreal el hecho de que su enferma había sido cloroformada unas cuarenta veces,

tanto para ser operada, como para quitar después hilos metálicos, etc. A pesar de esto él la anestesió sin inconveniente alguno. Para ilustrar la técnica de su intervención pintó en el pizarrón una figura esquemática en la que se veía la matriz muy pequeña, retraída, y la pared vaginal anterior tan reducida en sus dimensiones que no se podía utilizar para cerrar la fistula, valiéndose de los procedimientos ordinarios aconsejados en tales casos. Igual inconveniente ofrecía la pared vesical, la que á mayor abundamiento estaba indurada y sin deslizamiento posible. En vista de circunstancias tan excepcionales, puso en práctica un procedimiento aconsejado ya; pero que él modificó en el caso presente, haciendo un avivamiento, de 3 á 4 centímetros de ancho, siguiendo el contorno de la pared vaginal existente, desde la uretra hasta detrás del cuello uterino, afectando la forma de una doble elipse concéntrica, que aproximada cerró el fondo de la vagina reduciendo la hernia de la vejiga é incluyendo la matriz en el nuevo receptáculo urinario. La enferma curó, conservando sin embargo, una fistulilla que trató, bajo la anestesia local, por desdoblamiento, según el procedimiento de Richard. La situación especial de esta pequeña fistula en un bajo-fondo de la vejiga, no permitió el éxito, pues á pesar de la sonda en permanencia, la orina reflúa á ese lugar declive, situado entre el cuello y la inserción vaginal posterior, imposibilitando la cicatrización. Entonces hizo la dilatación previa de la uretra, avivando de nuevo los bordes de la fistulilla y logrando así cerrarla. Hoy la enferma está completamente curada, pudiendo después de muchos años retener de nuevo su orina, cuya cantidad es de 1300 á 1500 gramos en las 24 horas. En la próxima sesión dijo el Sr. Villarreal que presentaría á su operada.

El Sr. Dr. D. Francisco de P. Chacón felicitó al Sr. Villarreal por el resultado tan brillante de su intervención, pues dijo que sólo el cirujano que ha pasado por esos trances sabe lo difícil que son. Lesiones tan avanzadas como las que presentaba la enferma en cuestión, se reputan como incurables, y en ellas fracasan todos los procedimientos operatorios, si no se aprende á modificarlos según las circunstancias, como lo hizo el Sr. Villarreal, el que encontró á su paciente en una situación deplorable. Llamó la atención el Sr. Profesor Chacón sobre los detalles quirúrgicos puestos en juego para remediar la fistulilla que sobrevino después de la operación principal y comparó la situación de

la orina en dicha enferma á la que tiene en los prostáticos, acumulada en el bajo fondo vesical; felicitó de nuevo al Sr. Dr. Villarreal por su procedimiento tan ingenioso. Antes de dejar el uso de la palabra, manifestó el Sr. Chacon, á nombre de la comisión que preside para dictaminar sobre la memoria optando al Concurso anual de la Academia, que dicha comisión presentaría su dictamen dentro de un mes.

El Sr. Dr. Ramos refirió un caso de hipoglobulia ó anemia perniciosa, observado en un pariente cercano de uno de los miembros de la Academia. El enfermo presentaba palidez profunda, síntomas de neurastenia, con mal funcionamiento cerebral. Daba como causa de su mal la gran contensión de espíritu que había tenido poco antes de enfermarse. El Sr. Dr. Ramos no quiere detenerse en describir los síntomas comunes que caracterizan á la anemia perniciosa, y sólo recuerda las hemorragias, como epistaxis, hemoptisis, etc. que suelen sobrevenir; pero sin haber visto señalados los derrames sanguíneos retinianos. El paciente de que se ocupa tenía una lesión del ojo izquierdo, con disminución muy marcada de la agudeza visual, la que se encontraba entre $\frac{1}{2}$ y $\frac{1}{3}$ de la normal. Examinando el campo periférico, encontró una escotóma muy extenso, cuyas dimensiones no puede precisar con exactitud, pero calcula que llegaría á unos 15° . Había también lijera discromatopsia, con dificultad para la visión de cerca, pues el enfermo sólo distinguía la letra llamada de "lectura," y metamorfopsia, pareciéndole las líneas rectas como si estuvieran quebradas. Con todos estos síntomas sospechó desde luego una lesión de la mácula, comprobada después con el oftalmoscopio, el que demostró una hemorragia retiniana, en el polo posterior del ojo, en la región de la mácula. Dada la estructura especial de esa parte de la retina en la que desaparecen todos sus elementos constitutivos para quedar sólo los conos, que se destruyen con tanta facilidad, el Sr. Dr. Ramos dió un pronóstico reservado de esta hemorragia de la fovea; pero sin desanimarse para seguir con fé un tratamiento enérgico. Además de los medios puestos en práctica para la anemia, prescribió ergotina en dosis competente, según las fórmulas de Bonjean y de Ivon, teniendo la satisfacción de ver sus esfuerzos coronados por el éxito, pues cuando reconoció de nuevo á su cliente, halló aumentada la agudeza visual que representaba $\frac{7}{10}$ de la normal. Dicha mejoría se mantuvo hasta llegar á la curación. Este hecho le ha parecido interesante porque prueba la posibilidad de curar las hemo-

rragias maculares, en las que la sangre se reabsorbe y permite la "restitutio ad integrum;" y además por la rareza del padecimiento en la anemia perniciosa, al grado que ni está señalado entre sus complicaciones, mientras que si es más frecuente en la diabetes y en la coroiditis atrofica de los miopes. Estimula á sus consocios para que si han observado algo semejante se sirvan manifestarlo, porque el Sr. Ramos en algunos millares de enfermos de los ojos que ha tenido oportunidad de ver no ha encontrado un caso idéntico al que acaba de referir.

El Sr. Presidente aprovechando el que se hallaran presentes algunos cirujanos, propuso que se discutiera el punto referente al momento en que deba intervenir en los casos de apendicitis, pues en México se observan á proposito de esta enfermedad, conductas muy diversas.

Al Sr. Dr. Vértiz le pareció muy importante el punto sacado á discusión por el Sr. Presidente, y cree que no recibe aún una solución definitiva. Tanto en Europa como en Estados Unidos los cirujanos están divididos en dos bandos, uno de operadores y otro de abstencionistas, y en este último país se ha llegado al abuso en las intervenciones apendiculares, habiendo quienes resequen este órgano, aunque esté sano, sólo por el hecho de abrir el vientre. Mac. Borney trata el asunto, pero no es intervencionista á *outrance*. Piensa el Sr. Vértiz que tratándose de este padecimiento hay enfermos y no apendicitis, no pudiéndose por lo mismo afirmar a *priori* cual conducta será la mejor. Mac. Borney conviene en que el espesor exagerador de las paredes del vientre, es una circunstancia desfavorable para operar. Los casos que ha tenido el Sr. Vértiz han sido tan claros, acusándose la presencia del pus con dolor, calentura, etc. que en ellos la intervención se imponía; pero no por esto deja de condenar á los cirujanos americanos que quitan el apéndice sano.

El Sr. Dr. Villarreal juzga también muy interesante el asunto, el que está bastante debatido y poco tratado entre nosotros, tal vez por ser rara la apendicitis en México. El con motivo de sus operaciones ginecológicas ha tenido oportunidad de quitar cinco apéndices, con inflamación plástica y adherentes á las trompas; pero en otras circunstancias estas lesiones apendiculares no hubieran justificado una intervención aparte. Muchos padecimientos genitales con excepción de los que producen las infecciones puerperales, son debidos á la apendicitis. Confiesa

el Sr. Villarreal que nunca ha sido llamado para operar una inflamación supurada del apéndice, como lesión exclusiva, y refiriéndose á la suerte quirúrgica de este órgano, lo comparó con las trompas, que con cualquier pretexto se quitaban. En una discusión que sostuvo en la Sociedad de Cirugia, con el Sr. Dr. Macías, protestó en contra de la opinión de este señor, el que apoyándose en un número de observaciones insuficiente pretendía que sólo debía intervenir, en los casos de apendicitis, cuando hubiera pulso frecuente y pequeño, fiebre y facies peritoneal, extremo al que piensa el Sr. Villarreal que no ha de llegarse, siendo preferible atenerse al buen sentido clínico del práctico. Aun sin tener gran experiencia personal sobre la materia, recomienda operar en las peritonitis circunscritas de razón apendicular, guiándose principalmente por el pulso, la temperatura y facies del enfermo.

Al Sr. Dr. Toussaint no le parece tan rara la apendicitis entre nosotros, pues dice haber visto como seis ó siete casos, tanto en la práctica del Sr. Dr. Lavista, como en la del Hospital y en la suya propia. Juzga muy importante saber si hay un cuadro clínico especial que corresponda á las distintas formas anatómicas de la apendicitis. Recordó la clasificación de Nothnagel que distinguen una forma relativamente benigna con lesiones anatómicas no muy importantes, á la que llama colicoiditis y otra forma de mayor gravedad, ulcerosa, con perforación del apéndice. En la primera, hay dolor en el punto de Mac. Burney, vómitos y ligera resistencia de la pared del vientre; suele ceder con los medios médicos, como el opio, el hielo, etc. En la forma ulcerosa existe, como signo de gran importancia la induración profunda, el empastamiento de la región apendicular que caracteriza lo que se ha llamado plastrón, el que no faltó en dos de los casos del Sr. Dr. Lavista. En tales circunstancias la intervención, se encuentra indicada, no siendo raro hallar el apéndice perforado ó destruido. Recordó á un enfermo que ingresó al Hospital de San Andrés y al que se le diagnosticó oclusión intestinal, muriendo poco tiempo después de su admisión en el Establecimiento. La autopsia demostró que se trataba de una apendicitis, lo que prueba que hay casos de resolución difícil, sobre todo cuando se vé á los pacientes en plena peritonitis generalizada. Justifican también la operación, las peritonitis circunscritas y las apendicitis de repetición, citando á propósito de las últimas, un enfermo que vió acompañado del Sr. Dr. Bul-

man, que tuvo un primer ataque del que salvó, muriendo de otro que ya no resistió.

El Sr. Dr. Vázquez Gómez dice que el estudio de esta cuestión puede hacerse de un modo general, considerándola desde el punto de vista técnico y desde el práctico. Dividió las apendicitis en cuatro grandes formas: la catarral, la plástica, la supurativa circunscrita y la que se acompaña de peritonitis generalizada. Refiriéndose á la primera, convino en que en ella surten por lo común los medios médicos, citando como ejemplo un caso de su práctica que curó en estas condiciones y otro para el que fue urgentemente llamado de San Jnan del Río, encontrándose con síntomas apendiculares; pero el buen estado del pulso le hizo dar un pronóstico favorable, declarando que no era necesario intervenir, lo que se confirmó después cuando la enferma se puso bien. En tales casos difícilmente se decidiría á operar; los que por otra parte no constituyen una forma clínica determinada, sino que pueden pasar al segundo tipo de los que ha señalado, en el cual se presenta el plastrón, al que se ha referido el Sr. Dr. Toussaint, no teniendo ya el médico nada que hacer con estos enfermos sino pasarlos al cirujano; estando, sin embargo, de acuerdo en que hay casos verdaderamente dudosos pertenecientes á la segunda forma. En cuanto á la tercera, no debe vacilarse, siendo necesario intervenir luego que se haga el diagnóstico. La cuarta forma es en realidad una infección peritoneal consecutiva á las variedades anteriores, en la que los enfermos están perdidos para la medicina pero de la operación pueden aun esperar algo cuando su resistencia orgánica no está del todo agotada. Por lo menos así lo hacen esperar los trabajos de Bouilly. En resumen, dijo el Sr. Vázquez Gómez: en la forma catarral debemos confiar en la medicina; en la plástica hay casos en los que se impone la intervención y otros por el contrario dudosos; en la tercera forma la operación es el único recurso, y en la cuarta también, siempre que los enfermos tengan resistencia.

El Sr. Dr. Villarreal cree que las formas ligeras de apendicitis deberían quedar excluidas de la discusión y referirla sólo á los casos en los que pueda pensarse en una intervención quirúrgica. Hay veces en que las apendicitis de repetición son relativamente bien soportadas por las enfermos, sin necesidad de llegar hasta la operación, siendo muy difícil precisar el momento en que deba hacerse; pero cuando el pulso se vuelva pequeño, la respiración anhelante y la facies peritoneal, hay

que apresurarse á intervenir, sin esperar á que se agote la resistencia del paciente.

Dispuso el Sr. Presidente que se dejará pendiente esta discusión.

JESÚS GONZALEZ URUEÑA.

Acta num. 4.

SESION DEL 17 DE OCTUBRE DE 1900.

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés.

Lectura del trabajo reglamentario enviado por el Sr. Dr. D. Carlos Santa María socio Correspondiente en Durango.—Discusión.—Lectura del Dictamen del Sr. Dr. Bandera.—Discusión.—El Sr. Dr. Villarreal presenta á cuatro de sus operadas.—Se nombrá una comisión para reconocerlas.—Discusión.

El Sr. Dr. Zárraga leyó el trabajo de Reglamento del socio Correspondiente en Durango, Sr. Dr. D. Carlos Santa María. Dicho trabajo se titula "Estudio sobre algunas reformas hechas al Código Penal del Estado de Durango."

Puesto á discusión, el mismo Sr. Dr. Zárraga manifestó que en un concurso abierto sobre esta materia por la Sociedad Médica "Pedro Escobedo" figuró con ventaja un trabajo del Sr. Dr. D. Porfirio Parra que fué premiado. En su clasificación descontaba las lesiones que pudieran poner en peligro la vida, y el Dr. Santa María toma los argumentos que en aquel entonces adujera el Sr. Parra. En el dictamen que presentó el Sr. Dr. Zárraga á la Sociedad "Escobedo," indicaba que para clasificar las lesiones se suprimiera como base la idea del peligro de muerte, por ser psicológica y variable, según el criterio y la apreciación médica. Posteriormente presentó á dicha Sociedad un trabajo ampliando sus ideas sobre el particular. Clasificaba las lesiones no mortales en tres clases: 1° por el tiempo que tardan en curar; 2° por las deformidades ó lacras que pudieran dejar; y 3° por los sufrimientos que ocasionen, pues aun siendo cierto que no pueden apreciarse de una manera rigurosa, recordando con este motivo la-gráfica expresión del Sr. Dr. Lavista, que no hay *dolorimetro*, sin embargo, existen lesiones que causan en los pacientes tormentos muy diferentes, no pudiendo compararse desde tal punto de vista