ACADEMIA N. DE MEDICINA.

ACTA NUM. 35.

Sesión del 7 de junio de 1911.

Presidencia del Sr. Dr. Dn. Demetrio Mejía.

El Dr. Macouzet dió lectura á su trabajo titulado: "Algunas consideraciones acerca de los abscesos pleurales en los niños como complicación del sarampión." Se clasificó y se puso a discusión; ninguno usó de la palabra, por lo que se le concedió a la Comisión dictaminadora de la plaza vacante de Cirugía. El Sr. Dr. López Hermosa dió segunda lectura al dictamen, y en cumplimiento de la frac. III del artículo 6º del Reglamento, se verificó la votación, quedando aceptado en calidad de Socio Titular de esta Academia, en su Sección de Cirugía General, el Sr. Dr. Gonzalo Castañeda, por mayoría de votos. Se comunicará al interesado, mandándole su Diploma.

ANTONIO A. LOAEZA.

PEDIATRIA.

Algunas consideraciones acerca de los abscesos pleurales en los niños, como complicación del sarampión.

Me ha llamado la atención en la última epidemia de sarampión en esta ciudad, la frecuencia con que se presenta la pleuro-neumonía como complicación, la que ha terminado en varios casos por empiema; entre otros, dos han sido particularmente interesantes a este respecto, habiendo sido llamado para operarlos, por mis distinguidos compañeros los Dres. Reyes Brusiaga y Miguel Márquez.

En todos estos niños la fiebre, que como sabemos desciende rápidamente después de la erupción franca, persiste elevada, apareciendo bien pronto la disnea, la agitación y la tos seca, indicios de la complicación pleuroneumónica, comprobada más tarde por la auscultación, no olvidando que por la falta de esputo en los niños, no contamos para el diagnóstico con este auxiliar tan importante.

Esta pleuroneumonía termina con mucha frecuencia por supuración, de tal manera que puedo decir, que cuando en un niño atacado de esta complicación la temperatura persiste con elevaciones vespertinas después de diez días, la existencia de un derrame purulento es la regla.

Debo llamar la atención sobre un hecho que he observado en mi práctica y es que en los niños, la mayor parte de los derrames purulentos pleurales son producidos por la pleuroneumonía y especialmente por la sola pleuresía.

Debo también hacer notar que el pronóstico de esta complicación es benigno, siempre que se proceda como diré en seguida.

En todos estos casos no hay que perder tiempo con vegetatorios u otros révulsivos, ni tampoco esperar de la punción nada más que la comprobación del diagnóstico, sino que se tiene que proceder desde luego a la operación del empiema, la que practico de la manera siguiente:

Previamente cloroformado el niño y con las precauciones habituales de asepsia, se hace una incisión transversal sobre la costilla que se va a quitar, según la altura del derrame, pero que por lo general es la séptima u octava, al nivel de la línea axilar posterior y en la dirección del ángulo del omoplato, que es el punto más declive, cuando el niño está acostado.

Esta incisión debe llegar de un golpe hasta el hueso, se desprende rápidamente el periostio y se corta la costilla con el costotomo o aun con una tijera fuerte, en una extensión de tres centímetros.

Quitado el fragmento de la costilla se hunde cerrada una pinza de Pean en la pleura, sacándola abierta para dilatar la herida; de ésta el pus sale a chorros y se voltea al niño sobre el lado operado para facilitar la evacuación. La operación ha durado cinco minutos y se puede retirar el cloroformo, que en estos casos se debe administrar con gran cuidado; se lava la cavidad

con agua esterilizada tibia canalizando con dos tubos gruesos de caucho en cañón de escopeta, pasando por uno de ellos un alfiler de seguridad para prevenir el accidente de que en un movimiento inspiratorio caigan dentro del tórax, y se termina aplicando capas de gasa y de algodón y un vendaje. Todos los días se hace el cambio de apósito y lavado exterior, pues los lavados dentro de la cavidad solo se hacen cuando hay mal olor del pus o elevación de la temperatura. Los tubos se van recortando poco a poco hasta que el pus se agote, que por lo general es de seis a diez semanas.

Ultimamente he visto recomendado el uso de tubos rígidos de cristal o de plata doblados en ángulo recto para asegurar la canalización del pus introduciéndolos en el espacio intercostal sin tener que recurrir a la resección de la costilla, y me propongo emplear este procedimiento que juzgo racional y que está recomendado por especialistas conocidos.

La retracción torácica y la ligera escoliosis que es su consecuencia desaparecen al cabo de algún tiempo, pero si persisten se recurre a los medios ortopédicos.

Tal es la conducta que aconsejo en el tratamiento de esta complicación y que me ha dado siempre buenos resultados.

México, junio 6 de 1911.

ROQUE MACOUET.