

GACETA MEDICA DE MEXICO

PERIODICO

DE LA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MEXICO.

ACADEMIA N. DE MEDICINA.

ACTA NUMERO 6.

SESIÓN DEL DIA 5 DE NOVIEMBRE DE 1913.

Presidencia del Señor Doctor D. Ulises Valdés.

Anatomía de la fosa zigomática. La intervención quirúrgica en el cáncer de la glándula parótida. El tratamiento quirúrgico de la apendicitis.

DR. MALDA.—Lee su trabajo reglamentario que denomina “Anatomía Clínica. Fosa Zigomática.”

DR. ICAZA.—Juzga completo el estudio desde el punto de vista anatómico, le parece deficiente en su aspecto clínico. En la extirpación de los cánceres parotídeos hubiera deseado conocer el resultado terapéutico de las intervenciones, del mismo modo que el obtenido en las operaciones practicadas en el nervio maxilar y ganglio de Gasser, adoptando la técnica que se desprende de los datos anatómicos expuestos. Invita al Dr. Malda para que llene más tarde esta deficiencia.

DR. MALDA.—Confiesa la razón que asiste a lo dicho por el Dr. Icaza, pero explica que por brevedad quiso sólo detenerse a considerar el aspecto anatómo-quirúrgico de la cuestión. Las intervenciones por cáncer incipiente de la parótida las ha consumado con el Dr. Zárraga, quien posee los datos, que traerá más tarde. En general, las condiciones favorables en que han quedado los enfermos así tratados animan a proseguir esa conducta. Las intervenciones en el nervio maxilar y ganglio de Gasser han sido varias y con resultados magníficos; algunos pacientes operados tiempo ha, curaron de sus neuralgias.

DR. ICAZA.—Leyó su trabajo de turno intitulado “Contribución al estudio de la apendicitis.”

DR. CASTAÑEDA.—La amplitud del tema no permite abarcarlo en las breves horas de una sesión. Por la descripción que relata, el Dr. Icaza califica el caso de apendicitis con peritonitis purulenta enquistada y la perforación intestinal que se descubrió en el foco no la coloca en la categoría de causa, sino de consecuencia. Tocante a la localización anormal del absceso, región suprapúbica, no es raro ver supuraciones post-apendiculares tomar asiento en regiones lejanas: lombar, pélvica, hepática, etc.; esa transmigración depende de

las conexiones linfáticas de la vermiforme y de su sitio y dirección que es varia. Respecto a la intrincada cuestión de la oportunidad operatoria en las apendicitis, el dato que mejor ilustra y determina a intervenir lo proporciona el pulso; si éste late hipotónico y frecuente, debe armarse el cirujano, aun cuando el paciente ofrezca un facies bonancible, aun cuando la temperatura no sea alta, ni el dolor intenso. El criterio para juzgar e imponer el momento quirúrgico es variable, según las impresiones o experiencia del clínico. Cita a este propósito casos pertinentes.

DR. VALDES.—Hace referencia a dos casos de apendicitis que se relacionan por ciertas semejanzas con el descrito por el Dr. Icaza. En el primero, el proceso acabó por supuración; al tratarlo por la cirugía se descubrió que la cavidad purulenta comunicaba con la intestinal por una perforación que cerró espontáneamente en el curso de la curación. En el segundo caso el tumor era alto, subcostal, en sitio anómalo; hizo vacilar sobre su verdadera naturaleza, pues se pensó en que fuera renal o de la vesícula, duda que sostenía, además, el antecedente, ataque apendicular leve. La operación ratificó su verdadero origen: apendicitis con supuración en foco extra peritoneal.

DR. ICAZA.—En réplica al Dr. Castañeda, dijo: “es discutible si la perforación del intestino fué anterior o posterior al absceso; cuando la abertura es pequeña y el derrame fecal insignificante, las consecuencias serán leves, mientras que serán gravísimas o mortales en las circunstancias contrarias. Por lo que toca a la acometida quirúrgica, ésta es clara y debe ser inmediata ante un cuadro intenso y agravante en los primeros días, o más tarde, cuando ya se formó un foco o se circunscribió el proceso. La perplejidad inquieta en los casos medios; entonces, como dijo el Dr. Castañeda, el estudio del pulso guía y decide.”

DR. MALDA.—Participa de las ideas de los Dres. Icaza y Castañeda. Opina que las apendicitis son más frecuentes de lo que parece y se supone, pues son muy confundibles con padecimientos ajenos pero similares. Expone el interesante caso que sigue: “Una señorita sufría desde cinco días un dolor ligero en la fosa ilíaca derecha; su facies no era peritoneal, pero su pulso ascendía a 120; se creyó que habría tiempo para un estudio mejor, y se citó una junta; cuando ésta se verificó, horas después, se había ya reagrado, muriendo al fin. Otra historia no menos instructiva fué la de un paciente que llegó al sanatorio por su pie, sin gran dolor, sólo con 80 pulsaciones y con un ligero empastamiento; no obstante su apariencia general, al operarlo se tropezó con un foco de pus ilíaco. Cree, por fin, según su personal experiencia, que a un enfermo que se salva de un primer ataque de apendicitis, si sobreviene el segundo, se le debe aplicar la Cirugía.

DR. CASTAÑEDA.—Califica de instructiva y fecunda la segunda historia del Dr. Malda, apendicitis supurada en foco, con ochenta pulsaciones; precisamente la frecuencia y la hipotensión del pulso, en caso de apendicitis, son producto de un reflejo de origen simpático-abdominal que trae una perturbación en la enervación cerebro-vascular, lo que traducido clínicamente quiere decir que sufre la gran serosa y la situación es grave; al contrario, cuando el pulso no es frecuente, significa, como el caso en cuestión lo corrobora, que se ha acantonado ya el enemigo séptico, desprendiéndose de ello un pronóstico clínico y quirúrgico menos siniestro.

DR. CALDERÓN.—Describe la historia de una enferma que en Junta asistió en Cuernavaca hace diez años: como no ofreciera dolor ni defensa muscular en la

fosa ilíaca derecha, no se pensó al principio que se tratara de una apendicitis, sino más bien en una remitente palustre, por el medio climatérico en que se desenvolvía el cuadro y por la marcha de la calentura que retrataba ese tipo. La observación ulterior no proporcionó datos nuevos, continuando en el error hasta que vió asomarse un derrame en la fosa, al principio dudoso, después evidente, y la enferma fué operada por el Dr. Icaza en el supuesto de apendicitis; la hipótesis resultó correcta. Da a conocer ese caso porque enseña cómo puede enmascararse totalmente esa enfermedad o tomar la fisonomía de otro padecimiento extraño y disímulo.

DR. ICAZA.—El porvenir terapéutico de las apendicetomías es vario: favorable cuando se consuma en las primeras horas de la invasión, o cuando hay ya foco, se aleja y aminora el éxito al intervenir en las situaciones medias, a semejanza de lo que acontece en las amputaciones por traumatismos; relativamente benignas cuando son inmediatas o cuando se aplican en tiempo en que ya se definió y limitó la defensa; son graves y funestas si se acometen en el período intermedio o de infección.

DR. SALOMA.—Mira como absoluta y extrema la afirmación del Dr. Malda de operar por sistema al segundo ataque; refiere casos de apendicitis múltiples y sucesivas, curados. Tampoco puede profesar, como asienta el Dr. Icaza, que deba intervenir en las primeras veinticuatro horas, pues a esa altura apenas si se ha formulado diagnóstico: éste es bien difícil en el período inicial del padecimiento; hay cuadros de pseudo-apendicitis cuya verdadera naturaleza sólo la aclara la marcha de los fenómenos sintomáticos. Sólo el estado general del enfermo decide la intervención en cada caso.

DR. ICAZA.—Concede la razón al Dr. Saloma. Fijar aritméticamente el tiempo para operar, es absoluto y teórico; la agravación persistente es una circunstancia de mayor significación y valor para decidirse a intervenir.

En los ataques de repetición hay razones del orden social que decidir pueden a usar de la Cirugía. Su entusiasmo por este tema llega hasta proponer se continúe esta discusión en sesiones subsecuentes.

En la que se reseña concurrieron los Sres. Dres. Aragón, Bulman, Calderón, Cicero, García Eduardo, García Samuel, González Urueña, Icaza, Landa, Malda, Monjarás, Peredo, Prieto, Ramírez de Arellano, Saloma, Silva, Tapia Fernández, Ulrich, Valdés, Vergara Lope, Vértiz y el subscripto primer Secretario,

Gonzalo Castañeda.

Primer Secretario.

ACTA NUMERO 7.

SESIÓN DEL DIA 12 DE NOVIEMBRE DE 1913.

Presidencia del Señor Doctor D. Ulises Valdés.

El fallecimiento del Académico titular, Dr. D. Demetrio Mejía.

Se concedió la palabra al Dr. Soriano para informar. Dijo que, en cumplimiento del encargo que les confirió el Sr. Presidente, él y los demás miembros designados se presentaron en Comisión representando a la H. Academia