

ACTA NUMERO 20.

SESIÓN DEL DÍA 18 DE FEBRERO DE 1914.

*Presidencia del Sr. Dr. Ulises Valdés.***Un caso notable de lipectomía; una gastroenterostomía posterior.—La intervención quirúrgica en las hernias: sus indicaciones.**

El Dr. Rojas Loa, lector de turno, no presentó su trabajo reglamentario. Por recado verbal pide excusas y una prórroga de un mes, que le es concedida.

El DR. VALDÉS.—comunica dos casos quirúrgicos de su práctica. El primero se refiere a una señorita religiosa, que tiempo atrás fué operada de un gran fibroma uterino. Le apareció después una hernia ventral que se desarrolló enormemente; su obeso y hernioso abdomen tocaba, al colgar, las rodillas; esa anormalidad le producía dolores, cólicos y amagos de obstrucción intestinal. Al operarla se circunscribió la masa por resear con dos grandes incisiones transversales como de ochenta centímetros; el saco herniario yacía de tal manera adherido a la piel que hubo que esculpirlo, su cara interna se adhería al colon y epiplón; como no fuera posible disecar la viscera, se dejaron las adherencias, afrontando sus superficies cruentas con suturas. Los colgajos músculoaponeuróticos se unieron afrontando sus superficies y no sus bordes, y para evitar la mortificación se disecó el que se superpone conjuntamente con la capa célulograsosa del vientre. La paciente convaleció sin novedad.

El segundo caso se refiere a un joven de 16 años que presentaba un síndrome gástrico consistente en dolores, vómitos hemorrágicos negruscos, y además melenas; por la exploración se encontró dilatado el estómago, hiperacidez clorhídrica, resistencia muscular en el epigastrio, una pequeña hernia dolorosa, etc; con estos datos se diagnosticó úlcera del estómago y estrechamiento pilórico. Al abrir el vientre, sobre un recto anterior se encontraron adherencias en el epiplón gastrocólico, que comprendían la vesícula y comprimían el duodeno; había además, un nudo fibroso que no infundió sospechas de malignidad; se practicó una gastroenterostomía posterior con resultado satisfactorio: el paciente come hoy mejor.

DR. CASTAÑEDA.—A propósito de las hernias, profesa que las que son pequeñas, reductibles, indoloras, que no ocasionan perturbaciones intestinales, que las llevan personas de vida muelle y que las contiene fácilmente un braguero, etc., aunque quirúrgicamente son operables, clínicamente no deben serlo. Por otra parte, el cirujano no debe conformarse con el éxito quirúrgico, sino fijarse en el resultado terapéutico, pues muchas veces se ve, en Ginecología, por ejemplo, al tratarse de las anexitis, que no obstante de practicar una operación irreprochable, la paciente continúa enferma a causa de las adherencias que se reproducen por la imposibilidad de una completa peritonización.

DR. HURTADO.—A las hernias acompañan lesiones viscerales que deben pesarse antes de intervenir; entre ellas figuran las colitis membranosas y las pericolicitis adhesivas. Cita casos pertinentes que demuestran la inutilidad para la salud general de algunas operaciones de hernia. Precisamente por no haber profundizado el diagnóstico, en una ocasión, al operar, se vió una peritonitis tuberculosa antes ignorada. Otros herniarios llevan dilatación cecal. La reincidencia de las her-

nias sobreviene no obstante una buena operación, porque no se consideraron las ptosis viscerales y otras circunstancias. El empleo de las soluciones de bismuto y los rayos X servir pueden para completar el conocimiento.

DR. VALDÉS.—La gravedad quirúrgica en la operación de las pequeñas hernias puede atenuarse usando la anestesia local en vez de la clorofórmica, inyectando la substancia no en las masas de los tejidos, sino cerca de los troncos de los nervios génitocrural e ileoinguinal. Deben tenerse presentes en verdad, al intervenir en las hernias, las contraindicaciones y complicaciones, como las colitis y adherencias pericólicas de que se ha hablado; por ello se aconseja hacer incisiones mayores, como en la apendicectomía; para descubrir esas adherencias y tratarlas, la técnica es inocua. El origen de éstas, que algunos miran como de origen congénito, tiene seguramente una causa infecciosa. Es de notar que frecuentes en el colon que asciende, son por el contrario raras en los otros segmentos.

Concurrieron los DD. Valdés, Landa, Hurtado, Troconis Alcalá, González Fabela, del Raso, Icaza, Otero, Bulman, Manuell, Godoy Alvarez, Escalona, Monjarás, Aragón, García Samuel, Carrillo, Saloma, Vértiz, González Urueña y el primer Secretario.

G. Castañeda.

ACTA NUMERO 21.

SESION DEL DIA 5 DE FEBRERO DE 1914.

Presidencia del Sr. Dr. Ulises Valdés

Las formas clinicas de la lepra: proyecto de una nueva clasificación.—El contagio nervioso: un caso de “amor propio histérico.”

El SR. DR. MIGUEL OTERO, lector de turno, presentó un trabajo titulado: “Diferenciación clínica de las diferentes formas de lepra.”

Puesto a discusión, hicieron uso de la palabra los señores académicos que a continuación se expresan:

DR. JOSÉ I. SALOMA.—La forma descrita por el Dr. Otero puede muy bien considerarse en el tipo nervioso de la lepra. El Dr. Otero no menciona, según parece, la disociación siringomiélica de la sensibilidad, tan frecuente en la lepra. Por último, fundó su diagnóstico, dicho señor, en la reacción nerviosa de degeneración, y hay que tener en cuenta que esta reacción corresponde no a lesiones medulares sino periféricas.

DR. JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA.—El Dr. Otero ha tratado en su trabajo un asunto interesante: la clasificación de las formas clínicas de la lepra. Esto ha sido perfectamente estudiado desde hace algunos años, y se ha llegado a un acuerdo unánime sobre el modo de agrupar y considerar las formas diversas de esta grave dolencia; aunque, como se comprende, la clasificación adolezca en realidad de los defectos inherentes a todas las clasificaciones. Los tipos son bien conocidos: el *nodular* (tuberculoso), el *manchado* (menos conocido pero que abunda y está ya muy bien descrito) y el *nervioso*. En esta última forma entran las variedades mutilante y amiotrófica. No comprende ni ve la necesidad de establecer un cuarto tipo de lepra medular, atrófica y retráctil: éste puede entrar perfectamente en la