

Comentarios hechos al trabajo del doctor Martínez Vargas en la sesión del día 15 de Julio de 1930.

Toma la palabra para comentar este trabajo, el Dr. Madrazo quien dice:—Quiero llamar la atención de ustedes, sobre un procedimiento y sobre todo sobre un aparato que ví en New York en 1918; cuando la epidemia de influenza española, concurrí a una sesión de la Academia de Medicina de aquella ciudad, en la que hizo una comunicación el Dr. Phillips sobre este aparato, invitándome después a su Hospital en Mineola, N. J., donde tenía una sala con cerca de 50 o 60 enfermos de empiema, en quienes usaba el aparato, que consiste en un trócar de calibre bastante grueso con su mandrín. Lleva una rondana de goma de unos 15 centímetros de diámetro y comunica a un frasco de dos bocas, con solución antiséptica; conectando la otra boca del frasco a una bomba aspirante y un pequeño manómetro. Se hace una punción exploradora con aguja fina, para determinar el grueso de la pared torácica, y le ajusta la rondana en el trócar a una distancia conveniente, para que una vez introducido quede a flor de la pleura parietal.

Embadurnada la pared con un pegamento especial, se introduce el trócar con el mandrín, y enseguida se pega la rondana, colocando esparadrapo para obturar bien los bordes de ésta. Encima se pone una curación simple bastante gruesa de algodón, casi de la longitud sobrante del trócar. Entonces se jala el mandrín, que no sale completamente, quedando fijo al trócar y automáticamente cae una válvula que establece la comunicación directa de la cavidad pleural al frasco.

Terminada esta operación se bombea para hacer escurrir el derrame con la lentitud conveniente y todo consiste entonces en mantener siempre una presión negativa intrapleural que se mide en el manómetro. Las ventajas que presenta el aparato son la canalización constante y controlable; evita la introducción de aire en la cavidad pleural y el pneumotórax e infección secundaria consiguiente; permite la expansión del pulmón y favorece la sínfisis de las pleuras parietal y visceral que estando inflamadas,

se adhieren y cicatrizan rápidamente. Lo que sí es condición indispensable es que el empiema sea reciente para que no se haya producido el engrosamiento de la pleura visceral.

De todos los casos que me mostró el Dr. Phillips, el que más había tardado en curarse eran 14 días, lo que era sorprendente, así que siendo una sala dedicada a empiemas exclusivamente, con cerca de 50 casos, no olía mal. Yo traje el aparato aquí a México y curé a una niña en 4 días; después no lo he vuelto a usar, porque no me dedico a esa clase de padecimientos.

Habla el Dr. Escontría diciendo:—En el trabajo del Dr. Martínez Vargas, asienta que parece haber dos escuelas, la Europea y la Americana; la Europea partidaria del tratamiento ampliamente abierto en el niño y la Americana tratando de hacer canalizaciones en forma intermitente, y la verdad es que no puede dividirse en esta forma el tratamiento general. Yo recuerdo haber observado varios niños en el Hospital D'enfants Malades en París Policlínico de Roma y el criterio que se seguía era un criterio bacteriológico y según el estado general del niño. En el empiema por pneumococos, (que en el niño es de una benignidad muy grande) y yo he presenciado curaciones por extremo fáciles, repito cuando se hace un diagnóstico precoz y en cambio en empiemas producidos por otros gérmenes, el pronóstico es enteramente distinto y el tratamiento también; por regla general los niños, principalmente los menores de dos años, soportan muy mal las toracotomías con resección costal. Hay un caso del Dr. Martínez Vargas de parálisis del corazón, que no puede analizarse por falta de datos, pero así como ese se podrían relatar muchos otros de defunción violenta después de toracotomías. Recuerdo a un niño que sufrió cinco punciones, habiendo extraído en la primera medio litro y en la última 50 c.c. y ese niño no necesitó ser operado, tiene ya 5 años de estar curado y tiene buena salud. Recuerdo otra observación curiosa, la de un niño que me fué enviado de la costa con diagnóstico de *paludismo*, se trataba de un derrame del lado izquierdo comprobado por todos los recursos; se hizo un vaciamiento del pus por una incisión intercostal, introduciendo una pequeña sonda y la fiebre desapareció y al quinto día presentó síntomas de varicela y aumentó extraordinariamente la cantidad de pus que ya era muy pequeña; al quinto día el estado general se agravó; ya sabemos que la varicela es por demás sencilla, pero combinada con la enfermedad de la pleura fué terrible aunque afortunadamente se logró dominarla. Hay en el trabajo que comentamos una cifra que no sé si será error de máquina al escribirla, porque cita 47% de empiemas que se abren espontáneamente, en el adulto y seguramente podríamos llegar a ese tanto por ciento si no diagnosticáramos actualmente no puede existir esta cifra.



Toma la palabra el Presidente doctor Rivero Borrell, expresándose como sigue:—Yo quisiera decir algunas palabras sobre el aparato descrito por el doctor Madrazo; todos hemos visto y también lo cita el doctor Martínez Vargas, que en las pleuresías purulentas de pneumococos, es muy frecuente encontrar masas abundantes, *fibrinosas* que él llama esponjas por su aspecto y estas masas no se hacen esperar mucho tiempo, claro que no se podrían encontrar en los primeros días, pero sí muy pronto y, ¿cómo hacer pasar esas masas a través del *trócar* que nos describe el doctor Madrazo? porque entonces evacuarían los enfermos únicamente la parte líquida. Esas masas, no solamente no pasarían, sino que hasta dificultarían grandemente el paso de la parte líquida y además no pudiendo salir bien, el tratamiento sería incompleto e insuficiente. Yo he tenido ocasión de tratar pleuresías *fibrinosas*, por la simple pleurotomía para tratar de reducir al *mínimum* la operación, pero en vista del fracaso, me he visto precisado a practicar la *resección* costal en un segundo tiempo para extraer estas grandes natas. Además, con frecuencia existen adherencias que impiden la expansión del pulmón y entonces es necesario, por medio de una mediana decorticación, destruir las citadas adherencias para que el pulmón recobre su volumen primitivo, y esto no podría hacerse con el aparato descrito por el doctor Madrazo.

Habla el doctor Madrazo nuevamente diciendo:—Naturalmente que es difícil explicar en pocas palabras cómo es el aparato, pero los problemas que cita el doctor Rivero Borrell sí pueden resolverse: el *trócar* es grueso, tiene cuatro milímetros y una de las ventajas del aparato, es la válvula que obtura perfectamente, al sacar el *mandrín*; el *mandrín* tiene pico y puede servir para romper estos cuerpos que se forman, pero la evacuación se hace muy rápida y como se mantiene una presión negativa en la pleura, entran en contacto la pleura parietal y la pleura visceral y se agota el pus, sin que haya lugar a que se formen esas masas fibrinosas y por eso decía yo que solo sirve en los casos recientes cuando aun no se forman esas masas; estando reciente el empiema, la pleura es aun flexible y el pulmón está haciendo todavía su expansión, sucede entonces que se acoplan las dos pleuras y se produce la *salida* muy rápidamente.

Habla el doctor Villarreal, acto continuo, diciendo:—Yo creo que este trabajo se sujeta a consideraciones muy importantes, este señor viene trabajando desde el año de 1886 y ha persistido en sus ideas, y en varios Congresos ha presentado sus trabajos, sin haber perdido de vista la evolución de los métodos modernos; indudablemente que ciertas pleuresías, lo mismo en los niños que en los adultos, se pueden curar solamente con las punciones; pero cuando ya hay masas fibrinosas grandes, es imposible que puedan evacuarse por un tubo de cuatro milímetros, se necesita hacer la operación

de la pleurotomía con o sin resección costal y canalización en estas condiciones para facilitar la salida. Recuerdo a una niña que operé con el doctor Icaza; se hizo una pleurotomía y resección costal y canalización. Y esta niña que ahora ya es mujer adulta está enteramente sana y muy bien. Indudablemente que la mayor parte de los que nos dedicamos a la cirugía lo hacemos sin recurrir a aparatos ideales como el que se nos cita, pues tenemos el apoyo de personalidades quirúrgicas que indican que haciendo una pleurotomía, evitando que entre el aire y dejando que escurra el pus, puede obtenerse la curación. La cuestión de la decorticación del pulmón, solo se presenta en las pleuresías crónicas, cuando hay cavidad necesaria y entonces se requieren intervenciones graves: resecciones costales amplias. Algunos médicos recomiendan la decorticación del pulmón, porque el órgano se puede distender quitando la pleura esclerosada, pero esta operación es sumamente grave.

Se concede la palabra al doctor Adalid quien dice:—Solamente para reasumir lo que se ha dicho, porque en mi concepto, no hay discrepancias en las opiniones emitidas, las pleuresías purulentas como cualquier padecimiento que pueda resolverse quirúrgicamente, cito por ejemplo el caso sencillo de las hemorroides, que no se podrían tratar de una manera un caso por otro, así que si el caso presenta determinado aspecto claro que corresponde a un tratamiento adecuado; si es una hemorroide benigna, será sencillo el procedimiento, pero si hay adherencias hemorroidarias, no se puede poner en práctica con ellas el mismo procedimiento sencillo del primer caso que resulta inútil ante las adherencias en cuestión. Tratándose por ejemplo del procedimiento del doctor Rivero Heras, padre del actual Presidente de la Academia, podemos decir que lo empleaba solo en casos adecuados y es natural que según la gravedad de cada caso, se empleen procedimientos más extremos; lo mismo ocurre con las pleuresías; no se puede citar un solo procedimiento; así que el que debe emplearse es el que el caso mismo requiera; el aparato que nos citan debe ser muy útil, pero tiene su aplicación en casos especiales, para los casos recientes, porque después, ni un tubo mayor sería suficiente; hay otros muchos tubos de cirujanos europeos y americanos, que obturan perfectamente y que llenan las condiciones para estas intervenciones y una vez que pierden su presión positiva interior, cuando el contenido sale por sí solo según va siendo el caso, se va tratando de lograr la evacuación. Cuando se trata de un pus fétido, etc., si no se abre ampliamente la pleura y no se canaliza también ampliamente, fracasarán todos los procedimientos, mientras no se dé salida a la supuración franca y constantemente, así que cada procedimiento es efectivo siempre que sepamos elegirlo en su oportunidad.