

IV.—El escaso número de observaciones que ahora se presentan no es suficiente para saber cuál de los medicamentos empleados es más activo en su asociación con la adrenalina, aunque todos ellos parecen tener un poder semejante.

V.—La adrenalina parece tener su principal indicación en los casos crónicos y las esplenomegalias en que han fracasado los medicamentos actualmente en uso.

Tres casos fatales de errores de diagnóstico, evitables *

Por el Dr. JOSE TOMAS ROJAS

Nuestro reglamento me impone la obligación de presentar, el día de hoy, un trabajo de orden médico a vuestra distinguida consideración. Pero a pesar de la prescripción reglamentaria, que no estoy en condiciones de cumplir, sólo daré lectura a unas cuantas líneas mal escritas, a las que no se les puede aplicar, ni remotamente, ni forzando los términos, la designación de estudio médico. Me voy a permitir relatar de manera sucinta las historias de tres enfermos que, a mi manera de ver, se prestan a dolorosos comentarios y a una crítica acerba acerca del poco cuidado que solemos poner los médicos en nuestros enfermos, a pesar de que puede nuestro descuido redundar en daño serio del paciente y aun sacrificar su vida, como desgraciadamente sucedió en los casos a que me voy a referir, y que fueron vistos por mí en el mes de enero que acaba de pasar.

El señor I. L., de 26 años de edad, con antecedentes de un Wassermann positivo, hace aproximadamente seis meses que empezó a sufrir de varias evacuaciones al día, francamente mucosanguinolentas, sin materias fecales, y constando la presencia de pus de cuando en cuando; además de las anteriores, había otra evacuación estercoral diaria con caracteres rigurosamente normales; el número de evacuaciones mucosanguinolentas variaba según los días; pero se podía tomar un promedio de 3 a 5 en 24 horas. Simultáneamente con las deyecciones patológicas apareció tenesmo marcado, con sensación de dolor rectal, en estaca. Su apetito se

* Leído en la sesión del 6 de marzo de 1940.

conserva; no existe ningún signo gástrico, salvo ligeras pirosis no frecuentes; en los demás aparatos, nada interesante que señalar; existe ligero enflaquecimiento de dos o tres kilos. El examen de materias fecales, único solicitado por su médico, demostró la presencia de amibas histolíticas. Se impuso el tratamiento clásico de la amibiasis y se persistió en él, durante 6 meses, a pesar de no obtener ninguna mejoría y sin volver a hacer nuevo análisis coprológico. Al ser examinado por el suscrito, se le pidió al enfermo llevarse sus deyecciones al laboratorio, el que contestó negando la presencia de amibas y afirmando que el producto examinado era mucopurulento, contenía sangre y numerosas células epiteliales de grandes dimensiones. Se ordenó la rectoscopia y el tacto rectal, con el resultado de encontrar una infiltración, un endurecimiento del recto al sigmoide, con ulceraciones y vegetaciones; el estudio anatomopatológico de un fragmento de mucosa confirmó la sospecha de un epiteloma. Se le propuso al enfermo la operación precedida de electro-coagulación; el paciente no ha vuelto a presentarse a la consulta.

El señor A. H., de 52 años, sufre también desde hace 6 meses de pirosis, lengua sucia, plenitud post-prandial y de 8 a 10 evacuaciones muco-sanguinolentas por día, sin materia fecal, la que es exonerada cada 24 horas en forma normal. El estado general ha desmejorado visiblemente; su peso ha caído de 90 a 76 kilos; ha palidecido. La exploración del vientre sólo encuentra una molestia difusa supra-púbica. Se tiene el antecedente de la existencia de amibas histolíticas, las que desaparecieron con ligero tratamiento específico en breve tiempo, a pesar de lo cual se insistió en la mencionada terapéutica, sin éxito alguno, por varios meses, aunque no de manera permanente, sino de vez en cuando. El coprocultivo, ordenado en enero por mí, fué positivo para los bacilos disentéricos. La terapéutica específica fué por completo inútil. Se procedió al examen rectoscópico y a la biopsia, que afirmaron la existencia de un cáncer epitelial, inoperable por su extensión a los órganos vecinos.

El señor M. B., con edad de 47 años y vecino del Estado de Veracruz, padece desde febrero de 1939 de manera intermitente, y continua desde septiembre, de disminución del apetito, de dolor epigástrico muy tardío, a veces en la madrugada, de pirosis tena-

ces, plenitud epigástrica, estreñimiento progresivamente creciente, dolores en la fosa iliaca izquierda, cada vez más frecuentes y acentuados, al grado de haber necesitado de la inyección de sedol en el último mes; ha perdido 13 kilos: de 67 a 54. El examen coprológico hecho al principio de sus males negó la existencia de parásitos y el médico tratante creyó poder fundar el diagnóstico de úlcera duodenal y de gastritis hipertrófica, por algunas irregularidades del duodeno en los clisés y por la existencia de surcos gruesos en la radiografía gástrica, hecha en capa delgada. Se instituyó el tratamiento respectivo, a base principalmente de inyecciones de histidina, y se perseveró en él durante varios meses, hasta que el enfermo decidió cambiar de facultativo y me consultó. A nuestra exploración encontramos en la fosa iliaca izquierda el colon doloroso, duro y algo giboso; el examen radiológico demostró la existencia de una periduodenitis y dió una imagen muy franca de laguna y de estrechez en una buena parte del grueso, desde la terminación del descendente hasta el sigmoide. La endoscopia, con el sigmoidoscopio, corroboró la existencia del tumor. Se le hicieron al enfermo tres aplicaciones de terapia profunda, pero los sufrimientos se acentuaron de manera notable y el estado general empeoró visiblemente. El cirujano creyó poder hacer una resección amplia, pero a la apertura del vientre la encontró imposible por las adherencias y los múltiples ganglios atacados. El paciente regresó a su domicilio con la nota, para el médico local, de no economizar morfina.

Los casos anteriores no necesitan comentarios; se imponen por sí mismos como errores de diagnóstico seguramente evitables, porque fueron ocasionados por exploraciones incompletas; por haberse atenido, en dos casos, al diagnóstico de amibiasis, sin reflexionar en que la enfermedad progresaba y repercutía sobre el estado general a pesar de la terapéutica específica, y sin haber controlado, como debía haber sido, si persistía o no la parasitosis, sino que se perdió lamentablemente el tiempo ateniéndose al primitivo diagnóstico que no encajaba con la evolución del padecimiento. En cuanto al tercer enfermo, no se tuvo ninguna atención con el síntoma dolor en la fosa iliaca izquierda, que tan tenaz era, y sólo se hizo caso al cuadro de dispepsia hiperesténica que se creyó explicar por una supuesta úlcera duodenal, basada única-

mente en irregularidades del bulbo, sin presencia de nicho; y no se piense que la falta en explorar el colon y la fosa iliaca izquierda fué consecuencia de que el paciente no llamara la atención acerca de su dolor; no; el enfermo fué de lo que más se quejó y el dolor cada vez se hacía más insistente y de mayor fuerza; pero el diagnóstico de úlcera no permitió darle la importancia que requería.

Me he permitido llamar la atención acerca de estos casos de errores perfectamente evitables, porque juzgo que son frecuentes, aunque por fortuna no siempre de tan funestas consecuencias. Deseo insistir, desde la tribuna de la Academia, acerca de estas faltas que cometemos seguido los médicos, de no explorar completa y correctamente a nuestros enfermos, unas veces por apatía o pereza, otras por falta de conocimientos, y otras más, por el hábito de seguir el camino más fácil, por no reflexionar y salir del paso con cualquier receta, sin comprender que muy honda es nuestra responsabilidad cuando alguien decide poner en nuestras manos su salud o su vida, acto al cual es de conciencia corresponder con la mayor atingencia posible, para poder estar tranquilos de un error, que seguramente podemos cometer, pero que sea inevitable, porque supere nuestros esfuerzos, y no por desidia o descuido, que son inexcusables en el médico que conozca el juramento de Hipócrates.

Acerca del parto agripino *

Por el Dr. EVERARDO LANDA.

Consideraciones sugeridas por el trabajo que sobre este asunto presentó en la Academia Nacional de Medicina de México, en enero de 1940, el señor Dr. Atanasio Garza Ríos.

El tema importantísimo sobre el **parto agripino**, que para lectura de turno escogió el señor catedrático de Clínica Obstétrica, Dr. Atanasio Garza Ríos, es de aquellos avocados a merecida atención de tocólogos, por ofrecer extenso campo de inagotable observación. Se justifica, pues, que Demelin, al ocuparse en el estudio del parto pelviano, lo califique de "constante preocupación del prác-

* Leído en la sesión del 13 de marzo de 1940.