

bemos; pero en esta fué más afortunado el caso: en medio de la más grande de las incisiones apareció la aguja con toda claridad, y la sacó el Sr. Dr. Nibi,— quien habia dado el cloroformo,— sin necesidad de pinzas, porque ya sobresalía el fragmento.

Esta vez la venda no solo sirvió para descubrir el cuerpo extraño, sino que por la expresion que produjo en los tejidos un poco edematizados, le hizo salir de su escondite. Por la rareza del caso y lo que pueda tener de útil, me tomo la libertad de referirlo.

No puedo concluir sin alabar una vez más esta utilísima invencion de la isquemia, á la cual no he tenido ocasion de reprochar todavia ningun accidente.

México, Junio 12 de 1878.

J. FÉNELON.

ACADEMIA DE MEDICINA

ACTA DE LA SESION DEL DIA 22 DE MAYO DE 1878.

Presidencia del Sr. Licéaga.

Se abrió la sesion á las siete ménos diez minutos de la noche.

El Sr. Lugo fué nombrado Secretario interino; poco despues llegó el Secretario que suscribe.

Leída el acta anterior fué aprobada con algunas modificaciones.

La Secretaría dió cuenta con las entregas siguientes: La Correspondencia Médica de Madrid, números 7, 8, 9 y 10. La Revista Médico-farmacéutica de Madrid, números 78, 79, 80 y 81. El Anfiteatro Anatómico Español, número 124. La Crónica Médico-quirúrgica de la Habana, número 4. El Progreso Médico de Rio Janeiro, números 2, 3 y 4. La Emulacion, periódico de Mérida, números 9 y 10. La Tribuna Médica, números 499, 500, 501, 502, 503, 504 y 505.

Pasaron estos periódicos á la comision de publicacion. El Semanario Judicial de la Federacion, número 242. Los Archivos de la Medicina homeopática, número 9, y la Organizacion de la Escuela Nacional secundaria de niñas.—Al archivo.

El Sr. Labastida comunica que por una causa independiente de su voluntad, no concurre á leer su trabajo de reglamento, pero que lo hará en una de las próximas sesiones.

Contestará la Secretaría haciendo mencion del acuerdo de la Academia, relativo á las lecturas de reglamento, para que conserven este carácter.

La Academia se ocupó en seguida de acuerdos económicos.

El Sr. Lavista desea que continúe la discusion emprendida sobre la reseccion inmediata.

El Sr. Licéaga dice: que para entrar en la discusion, recordará en breves palabras la historia del enfermo presentado en la sesion anterior: era un niño de doce años; á consecuencia de una fatiga prolongada y del enfriamiento produ-

cido por la permanencia del niño á la orilla de una acequia, sobrevino una hinchazon enorme de la pierna derecha, seguida de un estado tifoideo muy grave; que al ser recibido en el hospital, se le hizo una incision amplísima para dar salida al pus; evacuado éste, la sonda y el dedo demostraron la desnudez de toda la diáfisis de la tibia, exceptuando la porcion que corresponde al ligamento interhuesoso; pasados tres días, y encontrando que el periostio no se habia adherido al hueso, se resolvió la reseccion; á los cuatro meses de practicada ésta, se habia formado hueso nuevo; la cicatrizacion de la piel se aceleró por medio de ingertos epidérmicos; que á la fecha en que se presentó el enfermo, la cicatriz era perfecta, el hueso habia recobrado su solidez y habia aumentado de volúmen; se conservaban los movimientos activos, y apénas habia claudicacion: los movimientos eran libres, excepto al nivel de la articulacion tibio-tarsiana en la cual sobrevino una ósteo-artritis.

Este caso, dice el Sr. Licéaga, expresa bien la causa más comun de las periostitis difusas, pero cree que hay que agregar á ellas las contusiones con frotamiento, en cuyo caso el periostio se despega mecánicamente. Esta observacion es un ejemplo del estado tifoideo que acompaña á la lesion (estado que ha sido llamado por Chassaignac *tifo de los miembros*). Por último, el caso á que se alude presenta una particularidad muy curiosa: es un caso de periostitis difusa que no se acompaña de osteitis epifisaria.

Recordó tambien lo que pasa en un hecho de esta especie, cuando el enfermo no muere: el periostio despegado produce una capa cortical de hueso nuevo; á proporcion que éste se endurece y se completa, se enclaustra el hueso muerto, se forman esas aberturas que se han llamado cloacas, por ellas sale el pus y pequeños fragmentos del secuestro.

Cuando al cabo de un tiempo muy largo, el secuestro se moviliza, los cirujanos creen de su deber intervenir: reunen entre si las diversas cloacas cortando los puentes huesosos que las separan, por medio del cincel, de la gubia, de la sierra, ó aplicando coronas de trépano; extraen el secuestro, y el organismo comienza á reparar primero la brecha que ha abierto el cirujano, y luego colma la cavidad que habia dejado el secuestro. Cuando éste está formado por la diáfisis entera de un hueso largo, el tiempo que necesita para invaginarse, para desgastarse, y por fin, para hacerse móvil, es sumamente dilatado; entónces es cuando comienza la intervencion quirúrgica produciendo un nuevo traumatismo, cuya reparacion exige aún un plazo de tiempo muy largo.

La meditacion de este hecho constante, ha decidido al Sr. Licéaga á abreviar la duracion de la enfermedad, cuando tiene la certidumbre de que el hueso está condenado á muerte. Qué diferencia, en efecto, existe entre la reseccion de un hueso hecha cuando se adquirió la certidumbre de que el periostio no se puede volver á adherir, y con la seguridad de que el hueso se reproducirá en su totalidad á los cuatro meses, sin temor de hacer retroceder el trabajo de reparacion

del organismo; qué diferencia, dice, entre esto y la extraccion de un secuestro hecha conforme á las reglas clásicas, esto es, cuando el hueso nuevo está ya formado y el secuestro es móvil. Todos sabemos que en este último caso la enfermedad dura muchos meses y aún muchos años.

Pasa luego el Sr. Licéaga á ocuparse de precisar las indicaciones: 1.^a si la diáfisis de un hueso largo está separada de su periostio en toda ó en la mayor parte de su longitud y en toda su circunferencia; si despues de evacuado el pus el periostio no se adhiere, y por fin, si este accidente se acompaña de un estado tifoideo muy grave, hay indicacion precisa de hacer la reseccion inmediata.

2.^a Si aún cuando no esté despegado el periostio en toda la longitud de la diáfisis, coexiste con este padecimiento —como es el caso más frecuente— una osteitis epifisaria, acompañándose de los mismos accidentes que en el caso anterior, hay indicacion precisa de hacer la reseccion inmediata.

Entiéndase que estas indicaciones están fundadas en estas circunstancias:

1.^a que se trata de un niño ó de un adulto, ó aún de un jóven; porque en ellos el periostio está en toda su actividad y regenerará el hueso: 2.^a que se trate de lesiones traumáticas y primitivas, aún cuando sobrevengan en individuos escrofulosos. Por último, el Sr. Licéaga dice: que no se refiere á las osteitis diafisarias, pues éstas pueden curar sin la reseccion.

El Sr. Lavista queda complacido de las explicaciones del Sr. Licéaga; pero pregunta si no solo el periostio forma hueso, ¿en qué casos debe uno intervenir? ¿Cuáles son las indicaciones de la reseccion inmediata de las diáfisis huesosas en los casos de periostitis flegmonosa? ¿En toda periostitis con despegamiento se debe resecar?

Desea ver precisados estos puntos y que se dé á los otros elementos de los huesos su importancia en la reparacion. —Juzga muy interesante la contestacion, porque la pieza que vió en la sesion pasada le parece un hueso normal, como macerado; en él no se nota rarefaccion; no hay los signos de la inflamacion, y se hubiera dicho que aquel hueso podia vivir. El Sr. Lavista cree que aún estando destruido el periostio y en parte necrosado el hueso, no se pierde, sin embargo, toda esperanza de reparacion. Cita en apoyo de su parecer el caso siguiente: recordará el Sr. Fénelon á un niño que vimos en el convento de San Juan; este enfermito se hallaba en el marasmo; tenia la cavidad cotiloidea destruida; habia cloacas, y al descubrir la articulacion nos encontramos, no solo con osteomielitis, sino con osteopórosis; el hueso tenia el aspecto de una esponja embebida de una sanies sanguinolenta. Al ver esta enorme destruccion, el Sr. Clement aconsejaba dejar al enfermo. Sin embargo, se hizo la reseccion y vimos con sorpresa, al cabo de algun tiempo, que la pérdida se habia reparado con tejido huesoso y fibroso; hubo, como era natural, acortamiento del miembro. Este enfermo estuvo en el hospital de San Andrés y fué visto por el Sr. Muñoz. Como este caso pudiera citar otros.

Haciendo una digresion, el Sr. Lavista refiere el caso de un enfermo que tiene actualmente en el hospital de San Andrés, y del que más tarde se propone dar cuenta á la Academia. Se trata de un niño que sufrió un traumatismo en el miembro inferior derecho: las ruedas de un wagon le produjeron una fractura conminuta del fémur en union del tercio medio con el tercio inferior, y destruyeron á su paso la cara posterior y externa del músculo. El choque y la pérdida fueron tales, que el Sr. Lavista ha creído que faltaria resistencia para soportar el segundo choque de una operacion. Se limitó á reducir el traumatismo hasta donde fuera posible, á las condiciones de una fractura simple. En esto sobrevino un delirio nervioso muy intenso. A los tres ó cuatro dias se encontraron los tejidos gangrenados, el periostio destruido, el hueso en buen estado: no habia osteomielitis. En este caso, pregunta el Sr. Lavista, ¿estamos autorizados para comprobar lo que dice el Sr. Licéaga? ¿No habrá inconveniente en resecar cuando el enfermo es presa de un movimiento febril?

El Sr. Licéaga contesta que en la pieza patológica que presentó en la sesion pasada no hay señales de osteitis, no tiene el aspecto de la necrosis confirmada, y sin embargo, el hueso no hubiera vivido, porque el periostio forma una capa de hueso nuevo que lo aisla del antiguo, é interrumpe definitivamente sus conexiones.

Es cierto que el periostio no es el único que tiene la propiedad de regenerar el hueso; la tienen igualmente la médula, las extremidades huesosas, en los casos de fractura, y áun los órganos adyacentes, pero en proporcion muy limitada estos últimos. Mas, circunscribiéndonos al caso actual, no hay extremidades huesosas que puedan producir hueso; la médula haria desarrollar el hueso por su parte interior: ¿pero quién le daría vida por toda su superficie? No se diga que el periostio, porque se ha supuesto despegado en toda su circunferencia, y además cubierto de una capa delgada de hueso nuevo. Lo que sucederia en este caso, es lo que ha dicho el mismo Sr. Lavista en el que observó con el Sr. D. Francisco Ortega: existia un hueso nuevo; concéntrico á éste un secuestro, y en el interior de él un hueso sano: es decir, un secuestro entre dos huesos nuevos. Entra, por tanto, este hecho en la misma categoría que los que yo trato por la reseccion inmediata.

Respecto de la osteomielitis no tiene el mismo señor experiencia personal, pero dice que los autores aconsejan trepanar.

En cuanto á la osteitis ya manifestó al principio que no la considera como causa de reseccion inmediata.

Para concluir refirió un hecho de periostitis difusa observado en union del Sr. Montes de Oca, y que tiene analogia con el que ha hecho el asunto de esta discusion.

A propósito de la última observacion que refiere el Sr. Lavista, desea el Sr. Licéaga precisar con toda exactitud este hecho: ¿el periostio está simplemente

despegado del hueso, ó está destruido como lo ha dicho dos veces el Sr. Lavista? Esta observacion es trascendental para el estudio que propone dicho señor.

El Sr. Lavista repite que el periostio está completamente destruido; sin embargo rectificará.

Siendo la hora muy avanzada, se dan á conocer los turnos de lectura y se levanta la sesion. Concurrieron los Sres. Lavista, Licéaga, Lugo, Bandera, Fénélon, Semeleder, Martínez del Río, San Juan, Icaza, López Muñoz, Reyes D. José María y el Secretario que suscribe.

RAMIREZ ARELLANO.

ACTA DE LA SESION DEL DIA 29 DE MAYO DE 1878.

Presidencia del Sr. Licéaga.

Abrióse la sesion á las siete de la noche.

Leída el acta anterior, es aprobada sin discusion.

Se da cuenta con una comunicacion del Sr. Labastida, en la que manifiesta que no le es posible concurrir á la sesion para leer personalmente su trabajo de reglamento.

La Secretaría da lectura á dicho trabajo: "Algunas consideraciones sobre el tifo en México, y su tratamiento."

El Sr. Bandera presentó una proposicion relativa á estimular á los socios para que presenten trabajos extraordinarios, con el objeto de que no falte material para el periódico.

Despues de una ligera discusion, la proposicion es modificada en los términos siguientes:

«Que se recuerde á los socios que los trabajos extraordinarios se premiarán en los términos prescritos por la 3.^a base del Reglamento para la distribucion de la subvencion; comprendiéndose por extraordinarios los que se presenten fuera del turno de lectura.»

Sin discusion fué aprobada.

El Sr. San Juan refiere un hecho que en su concepto habla en favor de lo que decia el Sr. Licéaga, cuando precisaba las indicaciones para intervenir en los casos de periostitis.—Una mujer se presentó hace pocos dias, despues de la consulta de pobres, pidiendo un remedio para quitarse un hueso de la boca; su estado, dice el Sr. San Juan, horrorizaba verdaderamente: medio maxilar inferior estaba convertido en secuestro y hacia saliente en el interior y fuera de la boca. No habia que vacilar; la mujer se sentó en una silla, y el Sr. San Juan extrajo el secuestro con suma facilidad. Despues pudo ver con detenimiento que el hueso estaba reparado completamente, por otro más grueso que el del lado opuesto.—La época del padecimiento se referia á cuatro años, y hace tres que comenzó á secuestrarse el hueso, segun dijo la mujer.—El Sr. San Juan atribuye los desórdenes á una periostitis difusa que ocasionó la muerte del hueso: de aqui deduce dos cosas importantes: 1.º la necesidad de intervenir á tiempo

en las periostitis difusas, para evitar que muera más hueso; 2.º con la intervención, el tiempo necesario para que el hueso se repare es infinitamente menor.

El Sr. Fénelon recuerda varios casos análogos, y entre ellos una caries de medio maxilar inferior por accidentes juveniles, y otro de un hombre, que expuesto á los vapores del fósforo, se le necrosaron completamente los dos maxilares, y fueron extraídos con facilidad.

El Sr. Martínez del Rio hace memoria de casos semejantes; entre otros, una mujer con necrosis de la mitad izquierda del maxilar inferior, y otra que perdió la parte horizontal del mismo hueso.

El Sr. Licéaga manifiesta que es preciso fijarse en la causa de la necrosis: cuando ésta viene por osteitis, hay que esperar á la naturaleza para intervenir; pero esto no es más que la extracción de un secuestro, mientras que los casos á que él se ha referido son de periostitis, y se ha tratado de resecciones.

El Sr. Vértiz llama la atención sobre que es comun despreciar los casos de periostitis alveolo-dentaria, que son tan frecuentes en México; generalmente se mandan estos enfermos á los dentistas, conducta reprochable en su concepto, porque abandonada la afeccion suele traer consecuencias graves. Por mucho tiempo se creyó incurable este padecimiento; pero ahora se cura cuando se atiende con eficacia y en tiempo oportuno. El Sr. Vértiz cita dos casos de periostitis alveolo-dentaria: en uno de ellos hubo necrosis de los alveolos, y en él se ha usado con ventaja la tintura de yodo. En el otro se trató al principio de una postemilla; lo vió el Sr. Montes de Oca; hubo despues osteitis, y en seguida se propagó la flegmasia á los tejidos blandos hasta la region orbitaria.

Siendo la hora avanzada, se dieron á conocer los turnos de lectura y se levantó la sesion.

Concurrieron los Sres. Bandera, Fénelon, Licéaga, Lobato, López Muñoz, Lugo, Martínez del Rio, Reyes D. Agustín, Reyes D. José María, San Juan, Vértiz, Icaza y el Secretario que suscribe.

RAMIREZ ARELLANO.

REVISTA EXTRANJERA.

DE LAS COLORACIONES NORMALES DE LA RETINA Y DE LA FOTOGRAFIA OCULAR.

I.

Hasta aquí se ha creído que la coloracion normal de la retina es blanca. Los trabajos interesantes del Boll * y de Kuhne ** tienden á probarnos que la verdadera coloracion de la retina en el estado de reposo es roja; ó para ser más

* Comunicacion á la Academia de Ciencias de Berlín, fecha 12 de Noviembre de 1876.

** Ver la Revista Científica del 3 de Marzo de 1877. (Paris.)