

Por el beneficio que resulta á la Academia comprando obras útiles á precios cómodos, y en atencion á la justa gratitud que debe tener esta Asociacion por uno de sus más laboriosos presidentes, se acuerda nombrar una comision para que revise las citadas obras y dé su juicio, indicando las que se han de comprar para la Biblioteca de esta Corporacion. Quedan nombrados para este objeto los Sres Labastida, Ruiz Sandoval é Hidalgo Carpio.

El Sr. Bandera toma en seguida la palabra para hacer una proposicion: hay una persona que se compromete á dar gratis los forros de la Gaceta Médica y los periódicos médicos extranjeros, siempre que se le permita poner anuncios relativos á medicinas de patente y productos quimicos de las fábricas de Europa y los Estados-Unidos. Como esta proposicion significa un ahorro para la Academia, puesto que se le dan los forros del periódico que en la actualidad tiene que comprar, y además se le proporcionan gratis periódicos científicos, el Sr. Bandera cree que no habrá el menor inconveniente en aceptar este contrato.

Despues de una ligera discusion se aprueba la proposicion, quedando autorizada la Comision de publicaciones para celebrar el citado contrato en los términos indicados por el Sr. Bandera.

Siendo la hora avanzada, se levanta la sesion.

Concurrieron los Sres. Altamirano, Bandera, Carcaga, Carmona y Valle, Dominguez, Egea, Gómez, Labastida, Licéaga, Lobato, López Muñoz, Lugo, Martinez del Río, Ramirez Arellano, Reyes D. Agustin, Reyes D. José María, Ruiz Sandoval, Vertiz, Icaza y el Secretario que suscribe.

DEMETRIO MEJÍA.

REVISTA EXTRANJERA.

LÁPARO-ELITROTOMÍA *en lugar de la operacion cesárea*, por T. Gailard Thomas.—La operacion conocida tambien por *elitrotomía* ó *gastro-elitrotomía*, consiste en practicar una incision de la pared abdominal, siguiendo una línea que va de la espina del púbis á la espina ántero-superior del ilion, inmediatamente encima del ligamento de Poupart; el peritonéo es despegado luego y empujado hácia arriba, la vagina es abierta en su insercion al cuello del útero, y el niño es extraido por este camino,—cuando el parto no puede verificarse por las vias naturales.

Segun *Kilian*, el primero que imaginó esta operacion, pero no la practicó ja-

más, fué un alemán, Jörg. Algunos años despues, en 1820, Ritgen la volvió á proponer, y habiéndola modificado, la llamó gastro-clitrotomía: propuso dislocar el peritonéo en lugar de dividirlo, como lo enseñaba Jörg. Ritgen practicó la operacion una vez, pero sin resultado. Baudeloque junior escribió una tésis sobre esta operacion; pero la emprendió solamente una vez y no la llevó á cabo sino que recurrió á la operacion cesárea. En 1844, L. A. Baudeloque, volvió á escribir acerca de esta operacion.

El Dr. Thomas se propone introducirla en la práctica, y en favor de ella cita seis casos; en uno de ellos fué practicada en el cadáver; en otro, *in articulo mortis*, y en cuatro casos en mujeres vivas (tres de estos corresponden al Dr. A. Skene, de Brooklyn). Los peligros de la operacion, segun Thomas, son menores que los de la seccion cesárea. Estos peligros son: 1 la peritonitis; 2 la metritis; 3 la hemorragia; 4 la postracion nerviosa (Shock); 5 la estrangulacion de los intestinos en la herida del útero; 6 la septicemia. La láparo-clitrotomía nos permite evitar el 1.º, 2.º y 5.º, pues ni el útero ni el peritonéo son divididos. La cavidad del peritonéo no es abierta, y en consecuencia hay ménos riesgo de postracion nerviosa y ménos peligro de septicemia, porque la herida puede lavarse constantemente con agua carbólica.

El accidente más temible de la operacion es la hemorragia, por tantas arterias gruesas, tortuosas, que tienen que dividirse al incidir la vagina. Pero la hemorragia puede ser dominada, ya sea por la ligadura, ya por el cauterio actual, ya por el persulfato de fierro ú otros estípticos; y siempre queda cuestionable si no es preferible correr este riesgo para evitar la incision del peritonéo y el *shock*, y para encontrarse con mucho menor peligro de septicemia. Otro accidente, que fácilmente sucede, es herir la vejiga, lo que efectivamente tuvo lugar en tres de los casos referidos, y puede ocasionar fistulas. Este accidente no es muy grave, y en dos casos de los tres, la fistula cerró espontáneamente.

Fundándose en los resultados obtenidos, el autor llama seriamente la atencion sobre esta operacion. En efecto, de los cinco casos que se operaron, se salvaron tres madres, y cuatro niños fueron extraidos vivos; y débese tener presente, que en uno de estos casos estaba ya agonizando la madre y que la operacion no se emprendió sino para salvar al niño, y en otro caso (el 1.º de Skene) ya habia muerto el niño, y se hizo la operacion para salvar á la madre. Esta operacion ha de preferirse á la seccion cesárea y á la embriotomía, que sacrifica á todos los niños, y además á una madre sobre tres operadas. La operacion no es de una ejecucion muy difícil; la seccion de las paredes abdominales es tan sencilla como lo es la operacion cesárea; el peritonéo se despega con mucho más facilidad en las mujeres grávidas que en las que no lo son, y la incision de la vagina no presenta ninguna dificultad, si se tiene el cuidado de empujarla hácia arriba, con el dedo ó por medio de una sonda; la version del niño se hace con más facilidad que por la vagina.

El autor resume las fases de la operacion del modo siguiente:

1. Se necesita un estuche, éter ó cloroformo, unos dilatadores de Barnes, un termocauterio de Paquelin, ó algun otro cauterio actual.

2. Despues de narcotizada, la enferma es colocada sobre una mesa, y se practica la dilatacion completa del cuello, con los dilatadores de Barnes.

3. Se procede á la incision abdominal, se despega el peritonéo, se abre la vagina y se saca al niño: por la version, si se presenta la cabeza ó un brazo; por la extraccion, si se presentan las asentaderas.

4. Despues de haber sacado la placenta y provocado contracciones fuertes del útero, se limpia la fosa iliaca por medio de un chorro de agua caliente que entra por la herida abdominal y sale por la vagina. Si hubiere hemorragia, se aplicarán ligaduras, por la abertura abdominal hasta donde fuere posible. Si esto no pudiese hacerse, tendrá que abrirse la vagina por medio de un espejo metálico, grande; luego se abrirá fuertemente la herida abdominal y se introducirá por ella el cauterio actual. Si esto tampoco diere resultado, se provocarían contracciones fuertes del útero por la administracion de la ergotina, y se taponaría la vagina y la fosa iliaca con algodón, embebido de agua y exprimido, sin agregar ninguna sustancia estíptica. Luego se aplicaria en el vientre bajo una tira ancha de tela adhesiva y una venda.

5. En caso que no hubiere hemorragias mayores, se cierra la herida abdominal por suturas metálicas, y se inyecta en la vagina, cada cinco horas, una cantidad de agua tibia fenicada, teniendo cuidado de llevar el tubo de la jeringa hasta la incision de la vagina, para que el líquido pueda pasar por la herida abdominal. La enferma debe quedarse completamente quieta; sus alimentos serán leche y caldo y se le dará opio para calmar sus sufrimientos.

(*American Journal of Obstetrics*, 1878.)

CRONICA MEDICA.

A NICIAS.—Creo que de justicia se le debe dar á cada uno lo que es suyo, y no dejar pasar sin una aclaracion lo que asienta el *Brithihs Medical Journal*, respecto de la operacion que denomina colecistotomia. Este periódico atribuye al Dr. Marion J. Sims el invento de una operacion que acaso no tiene de nuevo sino el nombre; es una operacion vieja, muy vieja, recomendada la primera vez por J. L. Petit, despues por Chelius, Leclerc y otros. Posteriormente los cirujanos se preocuparon con la idea de establecer adherencias ántes de abrir la vesícula, y la mayoria de ellos se decidieron, y con razon, por este último me-