

cadadas con arreglo al referido Reglamento tendrán verificativo dándose aviso á la misma autoridad.

Art. 65. En el lugar más concurrido de la Inspección habrá un buzón cuya llave tendrá el Comisario; en este buzón dirigiéndole por escrito depositarán sus quejas las personas comprendidas en este Reglamento, con el fin de que se ponga el remedio si este fuere posible. En el caso de ser desatendidas, las interesadas podrán ocurrir directamente al Gobernador denunciando las faltas ó abusos de que fueren víctimas. Una copia de este artículo se fijará á la vista en el buzón mismo.

Art. 66. Ejemplares de este Reglamento estarán á la vista en cada uno de los departamentos de la Oficina Sanitaria, y en cada una de las salas del hospital de mujeres sifilíticas; quedando vigente desde la fecha del acuerdo superior y derogados todos los anteriores.

México, 1889.

DR. MANUEL ALFARO.

Sesión del 12 de Marzo de 1890.—Acta número 22.—Aprobada el 26 de Marzo de 1890.

Presidencia del Sr. Dr. Chacón.

Correspondencia.—Obsequio á la Academia.—Quiste seroso observado por el Dr. Cordero.—Discusión.

A las siete y quince minutos de la noche se abrió la sesión, y después de haber sido leída el acta de la anterior, se aprobó con la modificación propuesta por el Dr. Bandera.

La Secretaría dió cuenta:

1º De las publicaciones nacionales y extranjeras recibidas en la semana, las cuales se mandaron pasar á la Biblioteca á disposición de los socios.

2º Del "Record Medical," segundo semestre de 1889, que obsequia á esta Academia el Sr. Dr. Semeleder. Dénsese las gracias.

3º De la esquila de aviso del mismo Doctor, que no pudo concurrir por enfermedad.—Que conste.—De otra del Sr. Dr. Ramos excusándose de no asistir, por impedírsele un asunto de familia.—Igual trámite.

4º De una comunicación de la Sociedad Farmacéutica Mexicana, anunciando la instalación de la nueva mesa.—Contéstese.

5º De las tesis inaugurales para el examen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia, tituladas: "El Cloroformo en Cirugía" por Emilio Montañó; "La Canalización de la vejiga en la talla supra-púbica," por Antonio Vilches Barbabosa, y del Sr. José Alfaro, en la que estudia la siguiente cuestión: ¿No habiendo en la Estadística del quinquenio de 1888

enfermedad que dé un número mayor que el de las enteritis, entero-colitis y colitis, son éstas las afecciones que realmente dan la mayor mortalidad?—No.”—Se dió cuenta también de la tesis titulada “Breve estudio de la corteza del tallo del Colorín,” para el examen general de Farmacia, por José M. Prieto.—Se mandaron pasar á la Biblioteca á disposición de los socios.

EL SR. DR. RAMÍREZ ARELLANO, N. de turno para la lectura reglamentaria, no concurrió.

EL SR. DR. HIERRO no remitió su trabajo.

EL SR. PRESIDENTE invitó á los socios á que hicieran uso de la palabra para alguna comunicación científica.

EL SR. CORDERO refiere un hecho clínico observado en el hospital de San Andrés en el servicio de mujeres que es á su cargo. Se trata de una mujer como de 25 años de edad, bien constituida y que entró hace varios meses al hospital, con motivo de haber recibido un golpe al nivel de la articulación de la última lombar con el sacro. Al principio no acusó más molestias que un adormecimiento y disminución de la sensibilidad, más tarde, calambres en los miembros inferiores. El examen de la región le hizo ver que al nivel de la articulación sacro-vertebral se encontraba una saliente notable, y que en este punto la columna vertebral estaba como adelgazada, fenómeno muy parecido al que se produce en el mal de Pott; no se veían signos de luxación ni otras alteraciones. Dice también, que la enferma había estado en otros hospitales, sin que á la fecha sepa el tratamiento empleado para curarla; él empleó los yódicos y los narcóticos, desapareciendo rápidamente los accidentes de que se quejaba la enferma.

Estaba ya dada de alta, cuando la casualidad le hizo advertir en el abdomen, un tumor localizado de preferencia en la fosa ilíaca izquierda, y extendiéndose á los puntos limítrofes.

La enferma dice que desde el mes de Agosto empezó á notar una bota, y que ésta fué creciendo poco á poco hasta alcanzar el tamaño que hoy tiene.

El tumor, de forma esférica, del volumen de una naranja, con la piel que la cubría sin cambio de color, era suave, y á la palpación su consistencia francamente fluctuante. Su situación en la fosa ilíaca izquierda no era perfectamente circunscrita, se extendía hacia abajo pasando el ligamento de Poupert, hacia arriba le limitaba el hipocondrio, y hacia afuera desbordaba la fosa ilíaca, tal parecía que el tumor ocupaba el perineo.

Explorando metódicamente para poder ver la parte interna del tumor,

sólo encontró que el tumor en cuestión, si no era profundo, tampoco era subcutáneo, y que probablemente estaba situado en el espesor de las paredes abdominales. Hizo también la exploración vaginal y rectal.

En vista de estos datos, su diagnóstico fué: Lipoma quístico de las paredes abdominales, independiente de los órganos contenidos en la pelvis.

Las punciones exploradoras demostraron la existencia de un líquido turbio, de color amarillento, translúcido, pero no transparente; examinando con el microscopio este líquido, pudo ver que contenía pocos leucócitos, celdillas endotelizadas con pestañas vibrátiles, algunas granulaciones abdominales, cristales de coleslerina y muy pocas hemácias. Ya con estos completó su juicio, y no tuvo más duda respecto al diagnóstico. ¿Pero cuál era la patogenia, la procedencia de este tumor? era bien difícil explicarla, sólo dice: podría ser que la caída, determinando la ruptura de algún grueso vaso y produciendo una hemorragia, la sangre haciendo erupción en el tejido celular de la fosa ilíaca produjese un quiste hemático. La primera punción dió 600 gramos de líquido, habiéndose vuelto á llenar la segunda vez, mucho más que en la primera.

EL DR. LAVISTA á quien comunicó el caso, opinó de la misma manera que él y propuso la operación. Esta la hizo el Sr. Cordero ayer previa cloroformización que duró quince minutos, y en la que se emplearon 30 gramos de anestésico; desinfectó la región, hizo una incisión de un centímetro, y dividió poco á poco los tejidos hasta llegar abajo de la capa subcutánea, en donde encontró la superficie del quiste de un color azulado. No quiso seguir más adelante, porque no había pared propia, y abrió entonces la cavidad, que pudo ver amplia, tal como se la había figurado; cuando la acabó de vaciar se encontró debajo del ligamento de Falopio un ojal que comunicaba hasta la fosa ilíaca debajo del peritoneo, introdujo su dedo sin poder encontrar el fondo, y después de haber canalizado, llenó el quiste con algodón yodoformado y cauterizó los bordes de la herida con una solución de percloruro de fierro al 8%. La temperatura el día de la operación se elevó á 39°9, siendo en la actualidad la normal. Queda pues asentado el diagnóstico de "Quiste seroso," sin poder no obstante explicarse cuál sea la patogenia de este quiste: concluye pidiendo á la Academia su opinión sobre el caso que se acaba de referir.

EL SR. CHACÓN dice que el caso referido es muy importante y su patogenia de difícil explicación. Que la operación fué hábilmente hecha por el Sr. Cordero, y que en el momento de la operación, él en el caso del Sr. Cordero, hubiera explorado con una sonda, ya metálica ó de goma, con el

objeto de ver si era posible llegar al fondo del quiste, á fin de canalizar debidamente para el fácil escurrimiento de los líquidos, ya sea por el recto ya por la vagina.

EL SR. CORDERO dice que le parecen muy justas las observaciones del Sr. Chacón; pero que en lo que se refiere á la posibilidad de canalizar el quiste, tal vez no se explicó bien, porque por el reconocimiento que lleva referido, si no pudo llegar á los límites hacia arriba, sí pudo conseguirlo hacia abajo y adentro con el cual se cercioró de que no se prolongaba dicha cavidad á la pequeña pelvis, y la fosa ilíaca estaba vacía enteramente y ocupada como en el estado normal por el psoas ilíaco, que por lo demás hará la canalización por el punto más declive tal como se le ha indicado.

EL SR. PRESIDENTE dice: que había creído que el ojal del quiste estaba situado abajo del arco de Falopio y no arriba como se acaba de aclarar.

EL SR. MEJÍA se refiere á un enfermo del hospital de San Andrés afectado de una aneurisma, quiere insistir muy particularmente en las dificultades con que se tropieza para hacer el diagnóstico. Dice que en el caso de aneurisma del callado y de la aorta descendente, el saco á medida que se aumenta de volumen, va perdiendo algunos de sus caracteres, como los latidos, etc. El enfermo representa tener como unos 40 años de edad, llevaba un tumor en la región subclavia derecha, del volumen de media naranja, irregular, con desigualdades y presentando hacia la parte inferior una solución de continuidad de los tejidos. Haciendo notar que de este punto la sangre escurría gota á gota en ciertos momentos, y que en su mayor parte faltaban los caracteres propios al tumor, la impulsión que éste recibía por la onda sanguínea era tan fuerte, que levantaba la cabeza de los que auscultaban.

A este propósito recuerda á un enfermo, estudiado en la Clínica del Sr. Jiménez, y en el cual se veía un inmenso tumor, situado en el lado izquierdo del dorso, y en el interior del tumor, flotando y revistiendo formas muy raras, tres ó cuatro costillas que se habían gastado por los movimientos del tumor. Estos hechos le sugirieron las siguientes reflexiones: 1ª, los aneurismas pueden no matar por hemorragia, como lo prueba el enfermo observado en San Andrés; 2ª, las punciones exploradoras con trocares finos, no dan siempre sangre, siendo por consiguiente un signo de muy poco valor para establecer el diagnóstico. Puede muy bien suceder que ciertos tumores no aneurismáticos sean puncionados y escurran sangre por algún tiempo. Refiere el caso de un jovencito que tenía un tumor en el cuerpo tiroídes y que fué operado por el Dr. Maldonado y él; la ope-

ración fué hecha en tres sesiones: el primer día el tumor sangró abundantemente y esto les impresionó de tal modo, que decidieron á continuar la operación el siguiente día, con la esperanza de ser en esta vez más afortunados que en la primera; el segundo día avanzaron un poco más, logrando disecar hasta la base del cuerpo tiroídes y la tráquea; el tercer día fueron acompañados por el Dr. Ortega, el cual terminó la operación en menos de un minuto.

Volviendo al enfermo á que se refería al principio, dice que éste murió por hemorragia. Hecha la autopsia resultó aneurisma. Concluye solicitando de los Señores Académicos cuáles sean los signos que puedan considerarse como patognomónicos para el diagnóstico de los aneurismas.

EL SR. BANDERA recuerda un caso del Dr. Vértiz, en el cual no había ni soplo, ni estremecimiento, etc.; era á pesar de ésto una aneurisma. En el caso á que se refiere el Dr. Mejía, él no creyó que fuera una aneurisma, y sí un tumor del mediastino. El Dr. Lavista hizo una punción exploradora, la que no dió sangre, y lo podía conducir á error, pues que en virtud del depósito de capas fibrinosas superpuestas no siempre se puede penetrar hasta el centro del saco, así es que la Clínica enseña, que este medio de diagnóstico que se creía de tanto valor, no lo tiene indudablemente como sucedió en el caso actual.

EL SR. NÚÑEZ refiere á propósito de la insuficiencia de la punción capilar para el diagnóstico de la aneurisma, el siguiente caso. Se trata de un hombre que á consecuencia de un golpe que le dió un toro, empezó á sentir un tumor al nivel de la ingle, fué á la consulta del hospital de Maternidad, adonde se le propuso una operación que no se resolvió á aceptar. Poco tiempo después fué al hospital de San Pablo; pudo entonces comprobar la existencia de un tumor grande, de apariencia flegmonosa y no doloroso, sin movimientos de expansión, ni soplo; creyó que se trataba de un absceso flegmonoso é hizo una incisión que dió salida á una pequeña cantidad de pus, introdujo el estilete y desgarró un poco, comprimió después y dió salida á los coágulos fibrinosos mezclados con sangre. El Sr. Hurtado, entonces jefe de la Clínica, introdujo también su dedo, habiendo salido en esta vez la sangre, con tal impulsión, que se elevó á una altura muy considerable.

Se trataba pues de una aneurisma, se suturó y se hizo la curación antiséptica. Comunicado el caso y consultado á los Sres. Dres. Chacón y Lavista, el primero creyó que se trataba de una aneurisma, el segundo pensó en un sarcoma. El Sr. Chacón propuso la punción, y el resultado fué

que el trocar capilar empleado en este objeto, extrajo una pequeña cantidad de sangre. El Sr. Dr. Lavista opinó por la operación que procedió á hacer, en el supuesto de que se trataba de un sarcoma y no de un tumor aneurismal; se supo, pues, que en realidad era un aneurisma. El enfermo murió dos días después.

Llamaba la atención, no obstante lo voluminoso del tumor, lo estrecho de su cavidad y el espesor de sus paredes; por tal motivo cree el Sr. Núñez, que cuando la cavidad del aneurisma es pequeña, ó la introducción del trocar explorador se hace oblicuamente á sus paredes, no se puede llegar á la cavidad, y entonces el diagnóstico puede establecerse, por el sitio de la lesión y los anamnísticos del enfermo.

No habiendo quien hiciera uso de la palabra, se anunciaron los turnos de lectura y se levantó la sesión á las nueve de la noche.

Asistieron los Sres. Dres. Bandera, Caréaga, Cordero, Chacón, Núñez, Soriano, Villada y Vargas.

JOSÉ RAMOS.

REVISTA EXTRANJERA.

LOS AMARGOS.—Con ocasión de varios catarros gastro-intestinales, ha deducido Favitzhy ciertas conclusiones sobre los amargos en lo respectivo al ácido libre del estómago.

Administrados en ayunas, ó mejor un poco después de las comidas, activan la secreción del ácido clorhídrico libre, favoreciendo por ende la digestión proteica. Los experimentos de Tcheltsoft y de Richmann demuestran á su vez, que tomados durante las comidas y en grande cantidad disminuyen el poder digestivo del estómago; por el contrario, ingeridos antes, si al principio debilitan la actividad de las glándulas gástricas, no tardan en hacerla más enérgica, dando por resultado el aumento del poder digestivo.

Carecen los amargos simples de influencia notable sobre la acidez del jugo gástrico, aunque suele aumentar por contener más ácido clorhídrico libre. La cantidad de jugo no aumenta, como tampoco la motilidad del estómago. Los diversos amargos obran de una manera muy análoga.