

GACETA MÉDICA DE MÉXICO.

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA DE MÉXICO.

ESTADÍSTICA MÉDICA.

Estadística especial de los enfermos de tifo del "Hospital Juárez"
correspondiente al año fiscal de 1890 á 1891.

Lectura de Reglamento presentada á la Academia N. de Medicina por su socio titular
Dr. Manuel S. Soriano.

EL 30 de Julio próximo pasado, tuve la honra de presentar á esta H. Academia los datos estadísticos relativos á los tíficos que se asistieron en el hospital "Juárez" durante los años de 88 á 90; desde entonces me propuse formar el cuadro anual bajo la forma que le había dado, con objeto de que la Academia fuera dejando consignados en las páginas de su *Gaceta* esos importantes datos que serán de positiva utilidad más tarde, sirviendo para variados estudios sobre la materia.

Los que hoy presento son la continuación de aquellos, sirviendo de base los estados que van al fin.

El Sr. Licéaga ha dicho en la parte expositiva del Código Sanitario, que debemos alejarnos de incurrir en cualquiera exageración al hacer los cálculos relativos al censo de la capital, y fija el de 350,000 habitantes; esta cifra dejaremos consignada para que á ella se puedan relacionar los datos que en seguida voy á exponer, conforme se juzguen conducentes con el objeto que cada uno se proponga utilizarlos.

Mayoría en su movimiento.

1.—ENTRADOS.—Existían el 1º de Julio de 1890, 29 hombres, 14 mujeres, ó sean 43 en total; el mayor número de entrados fué en este orden:

1890.		1891.	
Diciembre.....	149	Abril.....	230
Noviembre.....	116	Mayo.....	222
Octubre.....	103	Marzo.....	207
Septiembre.....	88	Febrero.....	173
Agosto.....	85	Enero.....	173
Julio.....	80	Junio.....	129

De donde se deduce, que el mes que tuvo mayor cifra en 1890 fué el de Diciembre (149), y el de la menor Julio (80).

En 1891 la cifra mayor corresponde á Abril (230), y la menor á Junio (129); se nota además, que en 1890 la cifra de entrados fué aumentando de Julio á Diciembre, y en 1891 aumentó de Enero á Abril decreciendo rápidamente en Junio.

MUERTOS.—Véanse las cifras de los que murieron en el mismo período:

1890.		1891.	
Diciembre.....	38	Mayo.....	76
Noviembre.....	27	Abril.....	62
Agosto.....	26	Marzo.....	61
Julio.....	23	Febrero.....	48
Octubre.....	18	Enero.....	41
Septiembre.....	17	Junio.....	35

La cifra mayor corresponde en 1890 á Diciembre (38), y la menor á Septiembre (17); en 1891 la cifra mayor correspondió á Mayo (76), y la menor á Junio (35); se ve además, que el número de muertos aumentó en Julio y Agosto, bajó en Septiembre y Octubre para subir en Noviembre y Diciembre, y después continuar aumentando en todo el primer semestre de 1891, menos en Junio que bajó á la mitad.

MORTALIDAD.—La mortalidad relativa nos da este orden:

1890.	1891.
Agosto..... 22.41°/o	Mayo..... 24.13°/o
Diciembre..... 19.39°/o	Marzo..... 21.11°/o
Julio..... 18.84°/o	Abril..... 19.20°/o
Noviembre..... 17.11°/o	Febrero..... 18.60°/o
Septiembre..... 15.18°/o	Enero..... 17.11°/o
Octubre..... 12.41°/o	Junio..... 15.98°/o

Aparece pues, que en 1890 el mes de Agosto dió la máxima, 22.41°/o, y el de Octubre la mínima 12.41°/o, en el año de 1891 la máxima corresponde á Mayo, 24.13°/o, y la mínima á Junio 15.98°/o; estos factores no se deben computar sobre los entrados solamente, sino también sobre la existencia anterior.

La mortalidad en el semestre de 1890 fué de 22.44°/o, y en el de 1891 de 19.42°/o; la de todo el año fiscal subió á 26.24°/o.

El movimiento general habido durante el año fué el siguiente:

Existían el 1º de Julio de 1890.....	43	
Entraron en el año fiscal de 90 á 91.....	1,755	1,798
Salieron en el mismo año fiscal.....	1,270	
Murieron en el propio año.....	472	1,742
Quedan el 1º de Julio de 1891.....		56

Por sexos.

Clasificando por sexos el movimiento nos da:

Entrados.	Muertos.
Hombres..... 1,221	Hombres..... 335
Mujeres..... 534	Mujeres..... 137

Agregando á esta cifra los existentes en 1º de Julio, fué la

Mortalidad.

Hombres.....	26,80
Mujeres.....	25,00

Se ve pues, que en el año cuyo estudio nos ocupa, la mortalidad fué mayor en hombres que en mujeres.

Movimiento comparado con los años anteriores:

Entrados en.....	1888 á 1889.	1889 á 1890.	1890 á 1891.
Hombres.....	779	685	1,221
Mujeres.....	595	402	534
	<u>1,374</u>	<u>1,087</u>	<u>1,755</u>

En el año de 90 á 91 el número de hombres entrados ha excedido al de los anteriores y el de mujeres por el contrario bajó al de 1888 á 1889 y excedió al de 1889 á 1890.

HOMBRES.		MUJERES.	
Muertos.	Mortalidad.	Muertas.	Mortalidad.
1888-1889.....	190	171	28.74 %
1889-1890.....	205	98	24.38 %
1890-1891.....	335	137	25.00 %

Según este cuadro resulta, que en los tres años, para los hombres el número de muertos ha sido mayor en el año que estudiamos así como la mortalidad lo fué en el próximo pasado; para las mujeres excedió también el número de muertas al de los anteriores y la mortalidad fué intermedia entre los dos años pasados.

Forma que ha revestido el tifo.

2.—Las formas que en la generalidad de los casos, y en los dos sexos ha revestido el tifo, ha sido, como en los años anteriores, en este orden: la Adinámica, Benigna, Atáxica y Ataxo-adinámica.

Complicaciones.

3.—Tres han sido las principales, siendo por orden de frecuencia las siguientes: la gangrena de las extremidades inferiores, la erisipela y las parotiditis.

Frecuencia según la edad.

4.—Con respecto á la edad podemos dar por el número el orden siguiente:

	H.	M.
Hasta 1 año.....	0	7
De 2 á 5.....	1	6
De 5 á 10.....	12	17
De 10 á 20.....	269	94
De 20 á 30.....	449	182
De 30 á 50.....	402	193
De 50 á 70.....	57	19
De más de 70.....	4	3
Se ignora.....	27	13

Por este cuadro se ve que la cifra mayor está comprendida entre los 20 á los 30 años en los hombres y entre los 30 á los 50 entre las mujeres.

Por estado civil.

5.—Clasificados por estado civil resulta:

	H.	M.
Solteros.....	804	267
Casados.....	327	139
Viudos.....	39	75
Niños.....	16	33

El mayor número es para los solteros de ambos sexos.

Profesiones, oficios y ejercicios.

6.—Sobresalen por una cifra mayor los jornaleros (198); los zapateros (101); los albañiles (95); los carpinteros (77); los comerciantes (68).

De qué rumbo de la ciudad han ingresado más.

Prometí en mi Memoria anterior que en el presente año se irían recogiendo los datos acerca de los rumbos de la ciudad de donde eran reco-

gidos los tíficos por las diversas Demarcaciones de policía, para ser trasportados al hospital; de un estudio prolijo hecho sobre este punto resulta, que no hay lugares preferidos para el desarrollo del tifo, exceptuando la prisión de Belem, la Escuela Correccional y el Asilo de Dementes, la primera sobre todo ha dado en el presente año el mayor contingente.

8.—Acerca del contagio y del tratamiento empleado, me refiero á mi Memoria del año próximo pasado, no teniendo que agregar nada sobre este punto.

México, Julio 22 de 1891.

CIRUGIA.

REINCIDENCIA NEOPLASICA.

NEBERÁ evitarse la confusión entre reincidencia verdadera y continuación del mal por extirpación incompleta, caso frecuente por diagnóstico incompleto: ejemplo: infiltración del ligamento ancho ó ganglio pélvico no reconocido antes de la operación. Se comprende que en este supuesto los accidentes del mal sobrevengan en los primeros meses, ó también que puedan retardarse recordando la antigua práctica quirúrgica, que algunos cirujanos lamentan se haya abandonado y que consistía en evitar la reunión de la herida operatoria siempre que era imposible extirpar por completo el neoplasma maligno, confiando en que el trabajo supurativo destruyese las células neoplásicas, haciéndoles sufrir una degeneración, especie de metabolismo actual, ó sea el cambio de elementos anatómicos malignos en otros menos infectantes. Fácilmente se comprenderá que la estadística operatoria tendrá que resentirse de esta consideración, supuesto que si computa operaciones completas con las que no lo son, el resultado será desfavorable á la extirpación, pues son más considerables los casos de neoplasmas malignos que se nos presentan diariamente, que aquellos estrictamente limitados á uno de los elementos del útero, por ejemplo la mucosa ó á todo el órgano, pero respetando los tejidos circunvecinos.

Creemos que las intervenciones llamadas *paliativas* (histerectomías) por Richellot, deben desecharse de la práctica, porque si no curan de raíz

AÑO DE 1890 A 1891:

Cuadro que manifiesta el movimiento general habido en las salas de enfermos del Hospital "Juárez," en el año de 1892 á 1894; por sexes.

MUJERES.												
1904.												
	Idad.	Esos.	Encom.	Muza.	Abail.	Maga.	Isala.					
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33
34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36
37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37
38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38
39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41
42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43
44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44
45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45
46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46
47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47
48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49
50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53
54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54
55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55
56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56
57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57
58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58
59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59
60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61
62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63
64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64
65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65
66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66
67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67
68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68
69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69
70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70
71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71
72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72
73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73
74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74
75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76
77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77
78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
81	81	81	81	81	81	81	81	81	81	81	81	81
82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82
83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83
84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84
85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85
86	86	86	86	86	86	86	86	86	86	86	86	86
87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87
88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88
89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89
90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
91	91	91	91	91	91	91	91	91	91	91	91	91
92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92
93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93
94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94
95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97
98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98
99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

HOMBRES.												
1904.												
	Idad.	Esos.	Encom.	Muza.	Abail.	Maga.	Isala.					
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
31	31	31	31									

REFERENCES

ENTRABON.				SALIERON.				MURIEPON.				MORTALIDAD.			
Entraron el 1 ^o de Julio de 1890.				Salieron el 1 ^o de Julio de 1890.				Murieron el 1 ^o de Julio de 1890.				Mortales el 1 ^o de Julio de 1890.			
H.	M.	T.		H.	M.	T.		H.	M.	T.		H.	M.	T.	
En Julio.	47	33	80	En Julio.	45	29	68	En Julio.	17	0	17	En Julio.	18.84	×	
" Agosto.	59	27	86	" Agosto.	58	31	89	" Agosto.	10	0	10	" Agosto.	22.14	×	
" Septiembre.	65	27	92	" Septiembre.	63	31	94	" Septiembre.	10	0	10	" Septiembre.	22.14	×	
" Octubre.	78	25	103	" Octubre.	65	21	86	" Octubre.	10	0	10	" Octubre.	22.14	×	
" Noviembre.	97	25	122	" Noviembre.	54	26	80	" Noviembre.	12	10	22	" Noviembre.	22.14	×	
" Diciembre.	97	25	122	" Diciembre.	54	26	80	" Diciembre.	12	10	22	" Diciembre.	22.14	×	
En Agosto.	32	17	49	En Agosto.	30	15	45	En Agosto.	12	10	22	En Agosto.	22.14	×	
" Septiembre.	32	17	49	" Septiembre.	30	15	45	" Septiembre.	12	10	22	" Septiembre.	22.14	×	
" Octubre.	32	17	49	" Octubre.	30	15	45	" Octubre.	12	10	22	" Octubre.	22.14	×	
" Noviembre.	32	17	49	" Noviembre.	30	15	45	" Noviembre.	12	10	22	" Noviembre.	22.14	×	
" Diciembre.	32	17	49	" Diciembre.	30	15	45	" Diciembre.	12	10	22	" Diciembre.	22.14	×	
En Septiembre.	121	68	189	En Septiembre.	119	49	168	En Septiembre.	37	11	48	En Septiembre.	24.23	×	
" Octubre.	121	68	189	" Octubre.	119	49	168	" Octubre.	37	11	48	" Octubre.	24.23	×	
" Noviembre.	121	68	189	" Noviembre.	119	49	168	" Noviembre.	37	11	48	" Noviembre.	24.23	×	
" Diciembre.	121	68	189	" Diciembre.	119	49	168	" Diciembre.	37	11	48	" Diciembre.	24.23	×	
En Octubre.	51	31	82	En Octubre.	51	31	82	En Octubre.	37	11	48	En Octubre.	24.23	×	
" Noviembre.	51	31	82	" Noviembre.	51	31	82	" Noviembre.	37	11	48	" Noviembre.	24.23	×	
" Diciembre.	51	31	82	" Diciembre.	51	31	82	" Diciembre.	37	11	48	" Diciembre.	24.23	×	
En Noviembre.	121	68	189	En Noviembre.	119	49	168	En Noviembre.	37	11	48	En Noviembre.	24.23	×	
" Diciembre.	121	68	189	" Diciembre.	119	49	168	" Diciembre.	37	11	48	" Diciembre.	24.23	×	
En Diciembre.	51	31	82	En Diciembre.	51	31	82	En Diciembre.	37	11	48	En Diciembre.	24.23	×	
Suma.	1,227	731	1,958	Suma.	871	507	1,378	Suma.	555	157	712	Suma.	20.55	×	

ENTRABON.

Hombres..... 581

Mujeres..... 150

Tal..... 731

EXISTIANE.

Hombres..... 29

Mujeres..... 14

MURIEPON.

Hombres..... 333

Mujeres..... 137

Suma..... 472

MORTALIDAD.

En Julio..... 18.84

" Agosto..... 22.14

" Septiembre..... 22.14

" Octubre..... 22.14

" Noviembre..... 22.14

" Diciembre..... 22.14

En Agosto..... 22.14

" Septiembre..... 22.14

" Octubre..... 22.14

" Noviembre..... 22.14

" Diciembre..... 22.14

En Septiembre..... 24.23

" Octubre..... 24.23

" Noviembre..... 24.23

" Diciembre..... 24.23

En Octubre..... 24.23

" Noviembre..... 24.23

" Diciembre..... 24.23

En Noviembre..... 24.23

" Diciembre..... 24.23

En Diciembre..... 24.23

Suma..... 20.55

ENTRABON.

Hombres..... 581

Mujeres..... 150

Tal..... 731

EXISTIANE.

Hombres..... 29

Mujeres..... 14

MURIEPON.

Hombres..... 333

Mujeres..... 137

Suma..... 472

MORTALIDAD.

En Julio..... 18.84

" Agosto..... 22.14

" Septiembre..... 22.14

" Octubre..... 22.14

" Noviembre..... 22.14

" Diciembre..... 22.14

En Agosto..... 22.14

" Septiembre..... 22.14

" Octubre.....

Dr. M. S. Soriano.

el padecimiento, producen sí, un traumatismo de importancia y exponen á infectar los tejidos sanos del contorno por el mecanismo de los *ingertos neoplásicos* á que exponen estas intervenciones. Se me dirá, que contra esta inoculación disponemos de recursos que tienden á evitarla, tales como lavados, cauterizaciones antisépticas, etc.; pero siempre subsiste el hecho de observación práctica que indica que siempre que se reúne la herida operatoria de regiones afectas de neoplasias malignas, en las cuales no se ha efectuado la extirpación completa, la reincidencia es notablemente más frecuente, que cuando se seguía la antigua práctica de la reunión por supuración.

Por idéntica razón deberá condenarse el procedimiento de extirpación de neoplasias uterinas que se ha llamado "*morcellement*" por Péan, (en los cánceres) porque expone á la infección de la herida; pero en caso de posibilidad de histerectomía total deberá recurrirse á él, siempre que el excesivo volumen del órgano, ó la estrechez y rigidez de la vagina lo exijan, y en tal caso la sola circunstancia de no dejar incompleta la operación, alejará los temores del ingerto y hará se redoblen las precauciones que deban tomarse para evitarlo.

Preciso es confesar que las estadísticas europeas reunidas por eminentes cirujanos, en los congresos en que se han tratado de dilucidar cuestiones tan importantes, no son de ninguna manera decisivas aun tratándose de tumores localizados en todas las regiones del cuerpo. Con justicia opina Jules Beckel en el antepenúltimo Congreso Francés de Cirugía, que es un error considerar que cuando un neoplasma operado no reincide al cabo de tres ó cuatro años, puede considerarse definitiva la curación. Con numerosos hechos personales ha demostrado lo tardío de la reincidencia, é insiste en la imposibilidad de obtener informes exactos acerca de las consecuencias lejanas de las operaciones, por perder de vista á los enfermos, y en semejante caso, está uno más naturalmente inclinado á creer en la curación y asentarlos así en los cuadros estadísticos, lo que es manifiestamente falso. Comentando su estadística basada en 104 casos de carcinomas radicados en varias regiones, concluye en la poca ilusión que deben producirnos las operaciones que practiquemos en los cancerosos, supuesto que, á pesar de los recientes perfeccionamientos operatorios, y de los actuales métodos de curación, quedamos aún desarmados contra las reincidencias del mal. Que las operaciones mejor ejecutadas, las más latas y por tanto las más radicales no pueden prevenir dichas reincidencias; pues aunque á veces tardías, son por decirlo así, fatales. En 90 casos de cura-

ción operatoria, sólo cuenta 12 casos de curación definitiva después de 5, 7, 8, 11 y 14 años y 77 reincidencias antes de 5 años, es decir, 86,5 reincidencias por 100.

Intencionalmente os he presentado los hechos de este cirujano, primero porque es reconocida su notoria habilidad y en segundo lugar porque siendo un número respetable de hechos y viniendo de una sólo persona, parecerían á primera vista, salvos de todo error. Sin embargo, creo el procedimiento estadístico defectuoso, por comprender, por decirlo así, datos múltiples, cuales son: las múltiples variedades de neoplasias que comprenden con la genérica denominación de *cánceres*, cuando es de toda evidencia que según sean estas variedades, así cambiará el pronóstico, y después, porque es indudable que según sea el sitio ó región afectas, así será la evolución del padecimiento; siendo estas las razones por las que me parece defectuosa su estadística.

Más lógica y más natural es la que pertenece á *Cazin de Berck sur Mer* pues en 102 esquistos del seno que extirpó completamente persiguiendo los ganglios auxiliares y aun supraclaviculares infectados, obtuvo 7 curaciones definitivas (computadas después de 20 años de observación), 48 reincidencias, 3 muertes y 2 resultados desconocidos en los tumores complicados de adenopatías, mientras que en los no complicados que fueron 42, obtuvo 8 curaciones definitivas, 2 muertes y 50 resultados definitivos.

Piensa este autor que aun cuando en el curso de la operación y valiéndose de la palpación, no se demuestran ganglios en la axila, es preciso ir por disección á buscarlos y explorar minuciosamente región tan rica de linfáticos. Aconseja se busquen debajo del pectoral mayor pasando el dedo debajo de la clavícula, pues se encuentran allí á menudo ó unidas á la cara profunda de ese músculo; es hasta necesario á veces explorar el hueco supraclavicular. Mas extirpar los ganglios no basta, es preciso igualmente extirpar los linfáticos que de los ganglios van al tumor, pues son vectores de elementos cancerosos desde que *Koster* ha descrito la penetración de estas células y la alteración de su endotelio. Frecuentemente se les siente bajo el dedo aunque la vista no los descubra, necesiándose por decirlo así, barrer la región de todo el tejido célulo-adiposo en donde se arrastran. En muchos casos ha visto reincidencias en estos cordones no extirpados y en otras verificarse por fajas cancerosas visibles y tangibles y que correspondían á la red linfática de la piel del tórax.

Es indudable que semejantes preceptos no pueden aplicarse en todos sus puntos tratándose de un órgano, como el útero, por la profundidad á que se halla situado y porque sus vías linfáticas se internan profundamen-

te hasta salvar los límites de la pelvis, pero en cambio una vez extirpado el útero queda una vasta cavidad en donde la mano puede sentir el infarto ó degeneración de las ataduras uterinas, pudiéndose hacer accesibles y extirpables ganglios voluminosos del recinto pélvico superior, como lo demuestro palpablemente en la relación de mi segunda Histerectomía por cáncer. Las dificultades operatorias y la conveniencia de extirpar dichos ganglios, podrá ser más ó menos discutible, pero la posibilidad de extirparlos, rasparlos, ó modificarlos de cualquiera manera, es un hecho para mí de toda evidencia. Por otra parte, este diagnóstico es imposible por los medios actuales de exploración ginecológica y sólo puede sospecharse, conociendo la verdadera dirección de estos órganos linfáticos, para lo cual sirve de mucho el conocimiento de los planos aponeuróticos pélvicos de la mujer, estudio tan adelantado y que todos vosotros conoceis á fondo.

Lamentaría profundamente que por lo antes expuesto, creyérais que soy partidario de la histerectomía en semejantes casos, mas me consuela la consideración que ya expuse de las dificultades prácticas que presenta el diagnóstico topográfico de las neoplasias uterinas, en casos como el segundo que he tenido el honor de referir á esta Corporación, pues como recordareis por mi descripción y por el examen de la pieza patológica, la neoplasia (carcinoma alveolar) invadió el fondo de saco posterior, se extendió hacia atrás ocupando todo el lóculo de las ramificaciones de la arteria hipogástrica, hasta rematar en el ganglio pélvico *sacro*, que pude extirpar por la brecha que me dejó el útero una vez extirpado. Esta es una de las principales ventajas que en mi humilde sentir, tiene la histerectomía vaginal si se la compara á la operación de Freund y se hace indiscutible si se atiende, á que una vez terminada la primera operación se cuenta con la posibilidad de que los tejidos que se ve obligado á abandonar el cirujano, puedan fundirse ó modificarse por los procedimientos antisépticos, cosa imposible verdaderamente de efectuarse si se reúne á la vía abdominal, perdiéndose en infección el total de las enfermas.

Reincidencia en el cáncer uterino después de la histerectomía vaginal.

Veamos las condiciones según las cuales se hace la reincidencia del cáncer uterino después de la histerectomía vaginal, y los medios con que contamos para prevenirla ó combatirla. Si primeramente atendemos á la estadística, veremos que después de la histerectomía vaginal la reinci-

dencia es casi tan frecuente como después de la amputación supravaginal del cuello, aun cuando los últimos datos son más favorables á la primera operación, lo cual se comprende recordando que sólo ella es radical y que hay operadores que sólo ejecutan en la actualidad la primera de estas operaciones. La segunda debe desterrarse del cuadro de las operaciones actuales, aún cuando á primera vista seduce, pues la mortalidad es menor que en la histerectomía total, por ser menor el choque operatorio; mas los resultados tardíos, una vez pasados los primeros accidentes (choque, infección) son mejores en la histerectomía y las reincidencias más retardadas.

La conducta actual tiende á unificarse y si se trata de un cáncer limitado ó propagado á la totalidad del útero, deberá siempre sacrificarse el órgano, contando con la infección no diagnosticada de la mucosa ó del parénquima; diagnóstico que afortunadamente puede hacerse de un modo positivo por el examen microscópico de fragmentos extraídos con la cucharilla de raspa.

En tal virtud no son comparables las estadísticas de operaciones incompletas con las completas, que de hoy más, deberán solamente ejecutarse.

Por las estadísticas que se han llevado hasta la fecha, puede verse que las enfermas que curan definitivamente son aquellas que se han operado en tiempo oportuno y á principio del padecimiento. La histerectomía vaginal está indicada ante todo, en los cánceres pequeños y debe protestarse como hace Richelot, contra la opinión de los cirujanos que hacen la amputación parcial en los cánceres limitados, porque la operación es menos grave. Es pues, en los cánceres pequeños ó limitados á la mucosa como en mi primera observación (Sarcoma de la mucosa) y en los cuales el útero está perfectamente móvil, en donde la histerectomía ofrece las consecuencias más sencillas; la curva térmica apenas pasa de la normal, la infección no se presenta sino por excepción y las enfermas se restablecen en un plazo mínimo que rara vez pasa de un mes. La reincidencia en tales casos es más tardía contándose hasta 6 y 8 años y como mínimo 6 meses.

El razonamiento debe ser el mismo que tratándose de neoplasias ováricas. Por pequeñas y por más cercanas que estén en su principio, se extirpan todos los días y no se espera á que ocupen el vientre contrayendo adherencias peligrosas de vencerse aún por los operadores más diestros y trayendo finalmente la caquexia ovárica y la muerte de la enferma, dando

por resultado que los mismos cirujanos avezados á estas operaciones la rehusan ejecutar, pues las consideran con razón por demás sobrada, como asesinatos quirúrgicos que no sirven más que para complicar las estadísticas, acrecentando la cifra de la mortalidad operatoria.

Cuando el padecimiento invade en parte solamente los fondos de saco vaginales queda aún el recurso de recortar la mucosa infiltrada retardando así en lo posible la reincidencia, para lo cual se puede casi siempre despegar la mucosa con el dedo de manera de no herir los uréteres y no hacer la sección hasta no estar completamente seguro de este último. Hay una forma de cáncer uterino á la cual conviene particularmente la resección preventiva, como pudiera llamarse este modo de proceder: es el cáncer en coliflor de la porción vaginal del cuello. Esta forma, como es bien sabido, gana lentamente el espesor del cuello y con mucha rapidez el fondo de saco vaginal, en ella es preferible la abrasión total del útero, si se atiende á la frecuencia con que se encuentran colonias de células neoplásicas entre los haces musculares del cuerpo uterino, cuando se estudian cortes histológicos convenientemente preparados para el examen.

Voy á permitirme citar la opinión que respecto de las reincidencias del cáncer, consideradas de una manera general, presentó al Congreso Francés de Cirugía de 1887, el Dr. Daniel Mollière. Después de una larga práctica le ha sido posible formular las siguientes conclusiones:

A.—La reincidencia es tanto más rápida, cuanto más joven es el individuo. La operación del cáncer en el niño es solamente operación paliativa ó euthanásica.

B.—En el adulto, tomando como ejemplo el cáncer del seno observa que: de 30 á 40 años, la reincidencia es rápida y fatal, en algunos meses, uno ó dos años, por radical que haya sido la intervención. Hacia 50 años, el pronóstico es mucho más favorable. Puede no venir la reincidencia hasta los 6 ó 7 años, siendo entonces posible nueva operación, la que puede ser radical, porque pasados los 60, el cáncer del seno reincide tardíamente.

El cáncer de los septuagenarios marcha lentamente, tan lentamente que no debe operarse mientras no sea doloroso. En apoyo de lo anterior, cita la historia de una de sus enfermeras, la que durante veinticinco años llevó un cáncer ulcerado del seno con ganglios múltiples. Era de forma atrófica é inoperable desde la primera vez que se la examinó; muriendo dicha enferma de neumonía á la edad de 80 años.

Sería de desear pudiéramos llegar á conclusiones semejantes tratándose del cáncer uterino, estudiando minuciosamente los casos de cáncer

que en sus diversas formas, tanto los que salen de los límites actuales de la intervención operatoria, como los que han sido operados parcial ó totalmente.

El ensanche que se le ha dado á la histerectomía en todo el mundo científico hace esperar que por la práctica oportuna de la operación se abreviará la mortalidad y la reincidencia del padecimiento, pero entretanto, preciso es confesar que el tiempo es aún muy corto para decidir del resultado absoluto de esta intervención.

Estadística de los ginecólogos que han practicado más la histerectomía.

Fritsch.....	60 casos	7 muertos.
Léopold.....	42 „	4 „
Olshausen. . .	47 „	12 „
Steude.....	22 „	1 „
A. Martin....	66 „	11 „
Total....	237 casos	35 muertos ó sea = 16,1 por ciento.

Disminuye la totalidad rápidamente á medida que se familiariza con la operación sacada del olvido por Czerny, pues en 1881, Olshausen reunía 41 casos de autores diversos, con 29 por ciento de mortalidad. Sara Post encontró 37 por ciento antes de 1881, y 27 por ciento para los de 1881 y 1882. Hegar en 1886, en 257 hechos, encontró 23 por 100.

Ha podido demostrarse la ausencia de reincidencia en las series precedentes en las siguientes proporciones:

	Léopold.	Schröder.	Fritsch.	Martin.
Al cabo de un año.....	16	20	17	35
„ 1 año y medio.....	9	10	00	32
„ 2 años.....	5	7	7	25
„ 3 „	2	4	2	20
„ 4 „	0	0	0	5
„ 5 „	0	0	0	3
„ 6 „	0	0	0	2

Muy importantes son los documentos de Hoffmeir en su trabajo que reúne las histerectomías totales y parciales de la clínica de Schröder en los

años de 1879 á 1887. Encuentra la proporción siguiente de enfermedades:

Al cabo de un año.	{ H. Parcial.. 513‰ H. Total.... 63‰ }	En suma. 53,6‰
„ 2 años.	{ H. Parcial.. 46‰ H. Total.... 24‰ }	„ 40‰
„ 3 años.	{ H. Parcial.. 42‰ H. Total.... 20‰ }	„ 37,5‰
„ 4 años.	{ H. Parcial.. 413‰ H. Total.... 0‰ }	„ 33,3‰

Podía deducirse una conclusión paradógica, cual sería: que la duración de la curación completa es más larga después de la operación parcial, que después de la total. Fácil es comprender que se debe esto, sobre todo, á que los casos sometidos á la extirpación parcial estaban en su principio estrictamente limitados al hocico de tenca, y por tanto en mejores condiciones para haber ejecutado la operación radical, y entonces la reincidencia hubiera seguramente sido más tardía de lo que fué. De todos modos se desprende de este cuadro un hecho precioso y es: que al cabo de 4 años, un tercio de las operadas de Schröder, de histerectomía supra-vaginal por cáncer, se encontraban sin reincidencia.

II.—Diversos casos que indican la intervención operatoria.

1º Cáncer en su principio, limitado á una parte del hocico de tenca. —Operación parcial benigna, asa galvanocáustica ó bisturí.—Pawlik estudia estadística de Braun de Viena de 1861 á 1882 y da 6 por 100 de mortalidad. Ahora no se haría sino total.

2º Cáncer incipiente, limitado aún al hocico de tenca, pero ocupando su totalidad y extendido exclusivamente hasta nivel de los fondos de saco vaginales. Ya dimos la estadística de Hoffmaier tomada de la clínica de Schröder y los buenos resultados de la amputación supra-vaginal, la única posible, pues la sub-vaginal no daría garantías de extirpación completa y por lo mismo de reincidencia lejana.

Por buenos que sean estos resultados no destruyen el precepto general que manda extirpar ampliamente la totalidad del órgano canceroso, como lo hicimos ver tratándose del cáncer del seno. Ningún cirujano juicioso preferiría tratándose de un esquirro del seno, hacer la resección de la parte de glándula degenerada, sin disecar dicha glándula y raspar la

axila, basándose en que sólo la disección ó resección parcial, es momentáneamente más benigna que el proceder inverso. Ciertamente que haría lo segundo aunque expusiese momentáneamente á su enferma á mayor peligro que con la primera operación y se basaría sin temor de equivocarse en la reincidencia más próxima que traería la resección glandular. Se ve, pues, la justificación de la histerectomía total en semejante ocurrencia.

No hay excepción ni para el cancroide ó el epiteloma del parénquima, comparado con el de la mucosa cervical, pues Martín en 28 operadas ha visto 26 reincidencias aunque el examen histológico afirmaba la diferencia de formas anatomo-patológicas, hecho que en mi sentir no quebranta el valor indudable del microscopio, sino que hace manifiesto el error muy generalizado de creer que por el examen de un sólo fragmento pueda diagnosticarse la extensión del neoplasma; cuando la verdad es que se necesita para que la convicción sea completa, examinar toda la región enferma, como lo comprueban las piezas anatomo-patológicas estudiadas por Ruge, en las que se demuestra la infiltración nodular de células neoplásicas en el seno del parénquima del cuello y cuerpo uterinos, cuando clínicamente sólo existía un pequeño hongo cervical próximo á la mucosa y que parecía absolutamente limitarse á esa región.

3º Cáncer limitado exteriormente al cuello, con invasión del cuerpo; el neoplasma no ha pasado los límites del útero, no ha aumentado mucho su volumen y puede ejecutarse fácilmente el abatimiento del órgano.

Sin discusión se admite la histerectomía total.

4º Cáncer limitado del cuello por el lado de la vagina, pero en cuyo caso se sospecha con certeza su propagación profunda; y el abatimiento del útero es difícil.

Sale de los límites de la intervención excepto cuando el endurecimiento profundo es debido ciertamente á parametritis anterior. Pocos cirujanos la practican, y entre otros Martín operando en pleno tejido enfermo en 22 casos, tuvo 9 muertes, ó sea 32 por ciento.

Pocas personas imitarán á Richelot que aconseja en éstos casos ejecutar operaciones *exploradoras*, incompletas ó *paliativas*. Ya hemos hablado de esto anteriormente.

Es frecuente en tales casos la complicación de fibromiomas del cuerpo del útero, el diagnóstico es difícil y la práctica del *fraccionamiento* muy peligrosa á la inversa de cuando sólo se trata de *fibroma*, por la razón antes dicha de contaminación del peritoneo por ingerto neoplásico.

5º Cáncer del cuello habiendo invadido la vagina, primitiva ó con-

secutivamente. Contraindicación formal, no por dificultades operatorias, sino por reincidencia segura, pues es dudosa hasta la amplia resección de la vagina aconsejada por Martín y Schröder. Son por lo general formas difusas, galopantes, semejantes al cáncer mamilar en coraza.

6º Cáncer del cuello propagado no solamente á la vagina, sino aun á la vejiga y al recto. Inóxito seguro y desórdenes graves en poquísimos casos de éxito inmediato (fistulas rectales y vesicales, que hacen insopor-table la existencia. No obstante, entre otros, Terrier las ejecuta siguiendo la vía sacra si no bastare la vaginal.

Antisepsia. — Asepsia.

¿Cuándo se puede hacer asepsia?

¿Cuándo se debe hacer antisepsia?

Se puede hacer asepsia en los quistes del ovario simples porque casi siempre son estériles, en los miomas subperitoneales, en el embarazo extrauterino. El huevo humano es por sí mismo estéril como Boisleux ha tenido ocasión de demostrarlo en el servicio de Martín en caso de abrasión de útero grávido complicado de miomas uterinos. El huevo humano sólo se descompone cuando se infecta secundariamente.

Deberá emplearse la antisepsia siempre que se trate de tumores malignos; colecciones purulentas, piosalpingitis, abscesos del ovario. *La cantidad del pus importa poco*; es esencialísimo considerar su virulencia. Puede esparcirse sin peligro un litro de pus en la cavidad peritoneal, sin que la operada experimente el menor accidente; mas por el contrario, otras veces *una gota de pus puede por sí sola infectar á la enferma y causar la muerte*; de donde la necesidad de emplear los antisépticos en todos los casos, porque en el estado actual de la ciencia no podemos saber de antemano si el absceso es virulento ó si encierra un producto atenuado é inofensivo. Los antisépticos tienen por objeto impedir el desarrollo de los gérmenes infecciosos que pueden estar contenidos en el pedículo del tumor, en la pared del absceso ó en el pus derramado en el peritoneo, pero de ninguna manera destruir los ya existentes. (?)

La canalización del peritoneo después de laparotomías difíciles y por lesiones infectantes; el aseo y lavado peritoneal, la práctica de dejar fuera de la cavidad el pedículo de los miomas, está basado y con razón, en las consideraciones anteriores; tiende á adquirir el favor de todos los cirujanos aun de aquellos que sostienen el uso exclusivo de la *asepsia*, en cuya

conducta son verdaderamente inconsecuentes con sus mismos principios. En efecto, las teorías microbianas sobre el origen de las enfermedades sépticas y sobre la piohemia, pueden actualmente considerarse como perfectamente demostradas. Empero, ya hoy no discutimos la posibilidad de una supuración sin microbios, así como la inmunidad respecto de ciertos microbios piógenos introducidos en el organismo; pero estas restricciones no infirman de manera alguna el punto esencial de la cuestión. En consecuencia, en la actualidad, así como cuando apareció el método de Lister, uno de los principales deberes del cirujano es proteger la herida contra los microbios.

Resulta de esto, que sólo contamos con dos métodos verdaderamente científicos de profilaxia y tratamiento de las heridas que son: la antisepsia y la asepsia.

Las particularidades y caracteres propios de los microbios patógenos no están perfectamente conocidos, y poco se sabe acerca de las condiciones según las cuales los microbios no patógenos y los patógenos fabrican ptomainas y materias tóxicas peligrosas. En consecuencia, para realizar la protección segura de la herida, es indispensable abrirla, no sólo contra los microbios sépticos y piógenos, sino contra todos los microbios; en una palabra, debe realizarse la esterilización absoluta. La esterilización absoluta es el objeto, hágase asepsia ó antisepsia.

Si se quiere hacer la antisepsia de una manera rigurosamente científica, esto es, alejando toda causa de infección, es indispensable disponer de agua y aire esterilizados, como se hace en las instalaciones de las clínicas europeas (aire caliente, agua caliente, que circunda los muros de las salas de operaciones; chorro de vapor, estufas de esterilización, etc). Filtrar el aire en canales de ventilación á través de filtros de uate.

El método aséptico se funda en la observación de estas precauciones esenciales. Si empleásemos no la asepsia, sino la antisepsia en el sentido habitual de esta palabra, entonces, pondríamos en contacto de la herida sustancias desinfectantes, que deberemos emplear cada día más y más diluídas dado que se sabe actualmente de una manera positiva que el organismo dispone por sí mismo de medios de defensa contra los microbios (sustancias microbicidas de Buehner, encontradas en la sangre y en la ascitis), y que además los microbios tienen que luchar contra los fagócitos de Metschnikoff. Sólo sumamente diluídos deberán ponerse en contacto de la herida, puesto que las experiencias bacteriológicas demuestran que pequenísimas cantidades de sustancias desinfectantes incorporadas á

los *cultivos* ejercen una marcada influencia sobre el desarrollo de las colonias microbianas.

Preséntase otra cuestión, á saber: si todas las precauciones enumeradas bastan á asegurar la esterilización absoluta de la herida. Experiencias bacteriológicas perfectamente conducidas con todos y cada uno de los útiles de curación, instrumentos empleados, etc., son muy satisfactorias, pues enseñan la falta de gérmenes en ellos. Sólo debe hacerse excepción del aire de las salas de operaciones, el que se ha encontrado más rico en colonias microbianas cuanto mayor ha sido el tiempo empleado en la operación (sólo una vez se encontraron en 30 observaciones 0 colonias antes y 2 después de la curación), lo que se comprende fácilmente por la imposibilidad de repetir los cuidados preliminares de toda operación, una vez comenzada esta última. Dedúcese de lo antes expuesto, lo ventajoso que será abreviar en lo posible la duración de las intervenciones, y abrigar constantemente los órganos sanos circunvecinos, como puede realizarse en las laparotomías, no operando por decirlo así á cielo abierto sino estrictamente en el lugar ó región enferma.

Examinando los líquidos, órganos extirpados, y materiales de curación empleados en las operaciones y una vez que han terminado, se ha encontrado su esterilización, por lo que podemos concluir: *que la esterilización de la herida es realizable y que puede demostrarse por la bacteriología*, sea que se emplee la asepsia ó la antisepsia solas.

Examinemos ahora la cuestión que se debate; si debe preferirse la antisepsia ó la asepsia? Hoy más fácilmente que antes puede responderse en un sentido más juicioso y por lo mismo más fundado. Acabamos de ver que en la actualidad, la diferencia entre la antisepsia y la asepsia científica no es tan grande como parecía serlo hará pocos años. Antes, inundábamos la herida y lavábamos la cavidad abdominal con una cantidad verdaderamente colosal de solución fénica al 3 y al 4 por ciento ú otras soluciones antisépticas. Impregnábamos con el spray fenicado el aire de la sala de operaciones de vapores asfixiantes intoxicándonos é intoxicando á los enfermos.

Las exageraciones en el empleo de los antisépticos, han provocado naturalmente una reacción contraria, traducida por los trabajos de Kœberlé, Lawson Tait, Bantock y otros. Estos autores tuvieron el mérito de obligarnos á investigar cuidadosamente, si todo el material antiséptico, era ó no indispensable. Vino después la bacteriología, á demostrar la posibilidad de obtener la esterilización del campo operatorio y de la herida

misma, creándose finalmente, gracias á ella el método actual de profilaxia operatoria.

El punto capital en la antisepsia y en la asepsia actual consiste en que todos nuestros esfuerzos tiendan á realizar la esterilización, no de la herida misma, sino la de los objetos que con ella tengan contacto. Este método ofrece diferencias marcadas si se le compara con el que generalmente se designa bajo el nombre de antisepsia, y corresponde mucho mejor á nuestro *desideratum*: la esterilización ó esterilidad absoluta de la herida. Entre sus más indiscutibles ventajas se encuentra que su empleo nunca perjudica al paciente ni al personal quirúrgico; pero sí es capital y ventajoso diferenciarlo del método del "aseo" empírico de Bantock, Lawson Tait, etc., que personas eminentes de nuestra capital confunden de una manera tanto más deplorable cuanto que fundan en él los principios dogmáticos de su enseñanza médica teórico-práctica.

Hay que protestar enérgicamente de semejante confusión por las perniciosas creencias que inculcadas en el ánimo de los alumnos se aducirían inevitablemente en la práctica, como muchas ocasiones he podido presenciar, por discusiones inútiles, y por el abandono absoluto de las prácticas de antisepsia indispensabilísimas en nuestros centros operatorios y todavía más aún en la práctica privada, en donde que yo sepa no se ha instalado hasta hoy día la *asepsia* en todo su vigor, dada nuestra pobreza é insuficiencia de recursos.

No, de ninguna manera, si algún fruto hemos de sacar, como así lo espero de esta discusión que hoy por la fuerza de la necesidad se entabla en el seno de la primera corporación médica del país y á la cual contribuirán indudablemente mis ilustrados consocios, será, repito, dejar en el ánimo de todos nosotros y perfectamente establecida esta verdad: la diferencia profunda y radical que existe entre el método empírico de Lawson Tait, Bantock, etc., y el método de la *asepsia*, rigurosamente científica por la poderosa ayuda que le presta la bacteriología.

El método que de hoy más debería seguirse podría llamarse con G. Rein (de Kíew) "Método de esterilización de las heridas" deduciéndose de lo anterior que es un método que reúne la antisepsia y la asepsia las cuales no son sino subdivisiones del propio método ó maneras diversas de aplicación de este método, siendo por tanto la elección entre una y otra menos difícil que antes.

En principio es justo colocar la asepsia como superior á la antisepsia, porque la primera no introduce en el organismo sustancias tóxicas;

aún cuando es cierto que estas últimas, empleadas en pequeñas cantidades ó bajo forma de soluciones débiles, son incapaces de producir una intoxicación general del organismo. Pueden sin embargo, afectar de una manera funesta los elementos constituyentes de los tejidos, perturbando el juego natural de su actividad regeneradora en la cicatrización de la herida. Como, en general, los tejidos vivos, no infectados, no contienen microbios, en realidad la antisepsia sólo es la confesión de la impotencia en que estamos (particularmente en nuestro país) de poner seguramente la herida al abrigo de agentes heterogéneos y nocivos que nunca deberían llegar á ponerse en contacto con ella.

Si el principio de la asepsia es reconocido como científico, si está demostrado que es posible realizar por medio de la asepsia la esterilidad de la herida, no parecerá dudoso que pronto se descubra algún medio que permita hacer el método absolutamente seguro y práctico.

Mas hoy día debemos aún dar la preferencia á la antisepsia, siendo ésta considerada como una de las formas de aplicación del método de la esterilización. Esto por lo menos aconseja la prudencia, puesto que no disponemos de un aire estéril y por lo mismo es absolutamente imposible que tengamos heridas estériles.

Puédese abrigar la convicción de que en el porvenir, aunque la asepsia pura llegue á tomar el lugar preponderante que merece, siempre la antisepsia, aplicada bajo tal ó cual forma, no se abandonará por completo. Así pues, asepsia y antisepsia debe esperarse, que tendrán en clínica sus indicaciones especiales y sólo más tarde podrán precisarse exactamente las indicaciones especiales á cada uno de los dos métodos.

México, Octubre 28 de 1891.

FRANCISCO HURTADO.

