

De todo lo anterior resulta, que para obtener la agudez visual fisiológica, la sala en que se hace el examen debe tener un alumbrado que se graduará en *fotos*, recordando que un foto basta para alumbrar una esfera de un metro de radio, cuatro fotos para una esfera de dos metros de radio, etc., etc.

Sin esta medida exacta, los resultados obtenidos no tendrían el valor preciso que deben dar, por cuyo motivo he creído conveniente darla á conocer.

México, Junio 30 de 1896.

DR. LORENZO CHÁVEZ.

ANATOMÍA

**Algunas aclaraciones con motivo del juicio crítico publicado
por el Dr. F. Zárraga,
sobre mi Memoria "Anatomía de la Región mastoidea."**

La Memoria que tuve la honra de presentar á esta Academia para optar á la plaza vacante en la sección de Anatomía normal y patológica, ha dado motivo á un juicio crítico publicado en un folleto que circuló aquí la penúltima sesión; y como en aquél se asientan algunas inexactitudes que no puedo aceptar, vengo por tal motivo á distraer la atención de la Academia con la lectura de estas aclaraciones, solicitando se sirva ilustrarme en los puntos á discusión.

Nunca he creído que mis obras son perfectas y por lo mismo soy el primero en admitir que mis trabajos científicos han de llevar siempre el sello de la imperfección humana y los defectos que entraña la imposibilidad de conocer perfectamente el vasto campo de las ciencias médicas. En tal virtud, no voy á ocuparme en demostrar que mi trabajo es correcto, sino á probar en la medida de mis fuerzas, que no tienen fundamento las razones en que se apoya el Sr. Dr. Fernando Zárraga, autor del juicio crítico á que me vengo refiriendo.

Antes de entrar en materia, suplico á los señores académicos se sirvan perdonar la falta de método en este desaliñado trabajo; pero como aquél falta por completo en la crítica que contesto, he creído conveniente seguir paso á paso á su autor y refutar en el orden expuesto las razones que le han servido para decir que mi Memoria está plagada de errores y de omisiones muy importantes, que, en concepto del Sr. Zárraga, la Comisión dictaminadora supo y quiso disimular.

Paso por alto el infundado cuanto inmerecido cargo que se hace á la Comisión, pues la honorabilidad de los miembros que la compusieron está muy por encima de semejantes ataques.

Se comienza por manifestar que mi Memoria está plagada de faltas de ortografía; pero quien haya leído aquel trabajo, no habrá olvidado que no está escrito de mi puño y letra, y por lo mismo no puedo ser responsable de aquellas faltas, como no lo es ningún autor de las erratas de imprenta.

Se dice á continuación: "También queremos dejar sin insistir mucho en ello, que el autor llama *isósceles* un triángulo rectángulo cuya base es uno de los catetos; que habla también de superficie inscrita en el vértice de un ángulo, y otras pequeñeces geométricas que la Comisión dejó pasar ó por descuido ó intencionalmente."

Respecto de lo primero, debo decir que el Sr. Zárraga no se tomó el trabajo de rectificar mi aserto estudiando en el cráneo, pues que si hubiera hecho los estudios consiguientes, hubiera convenido conmigo en que el triángulo es *isósceles*. En efecto, el triángulo que yo llamo *auditivo*, está formado así: el lado anterior, por el borde anterior del apófisis mastoide: el lado posterior, por una línea paralela al eje del apófisis mastoide, y el lado superior ó base, que forma con los otros lados, ángulos menores de 90° , está formado por una línea horizontal que partiendo de la espina de Henle se dirige hacia atrás. Los lados anterior y posterior son sensiblemente iguales; ambos parten de los extremos de una línea horizontal y llegan al vértice del apófisis mastoide. Bien sabido es que en anatomía son muy arbitrarias las comparaciones con las figuras geométricas, y por lo mismo, si en cada caso se miden los lados del triángulo *auditivo* hasta en décimos de milímetro, es seguro que no habrá la igualdad que he mencionado; pero en este caso, el triángulo sería *escaleno*. Es cierto que un triángulo escaleno puede ser rectángulo, pero esto no tendrá lugar en el presente caso, porque no es recto ninguno de los ángulos del triángulo auditivo.

En cuanto á lo de superficie inscrita en el vértice de un ángulo, debo confesar sinceramente que la expresión no es exacta desde el punto de vista matemático; pero sí creo que da una idea de la situación de la espina *supra meatum*, que es á la que me refiero y de la que digo que está inscrita en el vértice de un ángulo.

No creo por demás, con este motivo, poner frente á las exigencias del Sr. Zárraga, la opinión del Dr. Porfirio Parra, escritor distinguido, miembro de la Academia de la Lengua, y de instrucción reconocida, quien haciendo un juicio crítico que corre impreso en el folleto á que me he referido, dice: "Ocioso hubiera sido ponernos á señalar los defectos del trabajo cuando éstos no dismi-

nuyen su mérito, ni vician las ideas capitales, ni menguan su originalidad, y por tanto deben tenerse por meros lunares inevitables en casi todos los casos. Así por ejemplo, por un verdadero *lapsus calami*, el Sr. Garay calificó de método su procedimiento operatorio, etc.”

Pero prescindiendo de estas pequñeces, entro de lleno al estudio de los errores. “Debemos decir, asienta el Sr. Zárraga, que en la porción huesosa de la región mastoidea hay *cinco cosas* que estudiar: el antro petroso, las celdillas huesosas, el seno lateral, el acueducto de Falopio por donde corre el nervio facial, y el canal semicircular horizontal. Ahora bien; el autor omitió hablar de las dos últimas, y por tanto no precisa ni su situación ni su profundidad, etc., corriéndose el riesgo de herir estas porciones de la región si se atuviera uno á los datos suministrados en la Memoria, herida que dejaría al operado con la cara paralizada para siempre ó sordo sin remedio.”

Paso por alto las faltas gramaticales, porque ellas absolutamente me preocupan cuando discuto cuestiones de mayor importancia. Así pues, al hacer el análisis de las ideas contenidas en el párrafo preinserto, voy á dividir las en dos partes, la primera del resorte de la Anatomía, y la segunda del dominio de la Fisiología.

Cinco cuestiones entraña el estudio de la primera parte, y voy á examinarlas en el orden que les ha dado su autor.

1º *Antro petroso*.—Se dice que yo llamo antro *mastoideo* á lo que se llama antro petroso y que no describo su forma exacta. Debo contestar desde luego que no se le llama antro petroso, sino antro mastoideo. Para probarlo me bastará citar algunos autores, comenzando por uno que el Sr. Zárraga conoce perfectamente. Hartmann, de Berlín, dice: “. . . la caja comunica hacia atrás con las celdillas aéreas del apófisis mastoide: éstas, antes de abrirse en la oreja media, forman una cavidad común, el *antro mastoideo*.” (Hart. “Enfermedades del oído y su tratamiento,” 1889. Pág. 141.) Gellé, distinguido profesor de clínica otológica en la Salpetriere y jefe del servicio de las enfermedades del oído en el Hospital Lariboisiere de París, hablando de la pared posterior de la caja, dice: “Este orificio (hiatus mastoide) está limitado hacia afuera por el borde del marco timpánico y la parte más posterior del lóculo de los huesecillos: hacia arriba está la bóveda común á la caja del tímpano, la cual se prolonga sobre el *antro mastoideo*.” (Gellé. “Compendio de las enfermedades del oído.” Págs. 249 y 250.) El gran otologista de Viena, Politzer, cuya autoridad es reconocida en el mundo médico, dice: “El desarrollo del apófisis mastoide no es completo sino en la época de la pubertad, y los anatómicos distinguen dos partes en el hueso acabado, la parte llamada horizontal *antro mastoideo*, etc.” (Po-

litzer. "Trat. de enf. del oído." Pág. 54.) Tillaux le llama simplemente *canal mastoideo*, y Broca, *antro petro-mastoideo*, porque corresponde al lugar donde se reúnen las porciones petrosa y mastoidea del temporal. La denominación de *antro petro-mastoideo* sería la más exacta si se tuviera en cuenta cómo se ha formado aquella cavidad; pero si se tiene en consideración la parte del temporal á que corresponde y con la que se estudia, es más natural llamarle *antro mastoideo*, como he demostrado que se le llama.

Su forma y dimensiones son muy variables, siendo esta la razón por que me limité á señalar su forma general y su situación.

2º *Celdillas huesosas* que el Dr. Zárraga divide en tres clases: mastoideas, petrosas y escamosas.

Por lo que respecta á esta segunda cuestión, voy á probar que ni se llaman celdillas huesosas, ni se dividen en tres clases. Las celdillas huesosas son los elementos histológicos que caracterizan el tejido del hueso, y no recuerdo que alguien las divida en las tres clases antes citadas. Pero si se quiere dar ese nombre á las cavidades neumáticas anexas al aparato auditivo, debo advertir que es impropio y que el nombre con que las designan los anatómicos y los otólogos es más adecuado, más propio, y no se presta á confusión de ninguna especie.

Por la lectura de los párrafos que he transcrito con motivo del antro mastoideo, se habrá visto que Hartmann las llama *celdillas aéreas*, y Gellé, *celdillas mastoideas*. En cuanto á Politzer, en la obra y página citadas, dice: "Por lo que toca á la situación de las *celdillas mastoideas* y sus relaciones con las partes vecinas del órgano auditivo, etc." Tillaux, cuya competencia en anatomía no puede ser discutida, al hacer el estudio de la porción neumática del apófisis mastoide, pone por título al párrafo relativo, lo siguiente: "*De las Celdillas mastoideas*," y no las divide en tres clases. (Tillaux, "Trat. de Anat. Topog." 7ª edición, 1892, págs. 131 y siguientes.) Beaunis y Bouchard, estudiando el aparato auditivo en su porción neumática, pone al párrafo correspondiente el siguiente título: "*Celdillas mastoideas*," y si se lee su contenido no se encuentra la división en celdillas mastoideas, petrosas y escamosas. (Beaunis y Bouchard. "Nuevos Elementos de Anatomía descriptiva," 5ª edición, 1894, pág. 923.) Ahora bien; si ninguno de los autores que he citado hace tal división, cabe preguntar: ¿Cuál será la causa? La contestación es fácil. Si las celdillas petrosas son las que están en la roca y las escamosas aquellas que pertenecen á la escama, malamente pueden aplicarse aquellos nombres á las celdillas mastoideas, porque la roca y la escama no están en el apófisis mastoide, cuya región estudié en el trabajo que se critica. Tal vez el autor quiso referirse á la división que Zucker-

ckandel hizo de los apófisis mastoides, teniendo en cuenta el número, sitio y disposición de las celdillas mastoideas, llamándoles *neumáticos*, *diploicos* y *mixtos* ó *esclerosos*, como se les designa en la actualidad.

3º *El seno lateral*.—De éste nada se dice en la crítica.

4º *El acueducto de Falopio*, por donde corre el nervio facial y que, según se dice, omití en la descripción del esqueleto de la región mastoidea.

Aunque parezca ocioso recordar lo que se sabe desde que se estudia el primer año de medicina, debo decir, sin embargo, que al temporal se le estudian cuatro porciones: una porción escamosa, una zigomática, una porción petrosa y, por último, una porción mastoidea. Ahora bien; todos los anatómicos describen con la roca, ó mejor dicho en la roca, el acueducto de Falopio, que aloja el nervio facial que, como es sabido, recorre la pared laberíntica de la caja, y al llegar al ángulo formado por las paredes interna y posterior, se refleja hacia abajo y hacia afuera para salir por el agujero estilo-mastoideo que se encuentra en la parte más posterior de la cara gular de la roca, adelante y adentro de la ranura digástrica. Si está, pues, fuera de la región mastoidea, aunque muy cerca de sus límites, ¿por qué debí estudiarlo cuando no me ocupé en el estudio de la roca? Para que no se crea que esta es mi opinión personal, voy á citar á tres anatómicos de gran nota. Testu en su tratado de Anatomía descriptiva, tom. I, pág. 142, al hablar de los canales existentes en la roca, describe perfectamente el acueducto de Falopio. Beaunis y Bouchard en su obra citada, pág. 51, hablando de los canales alveolados en el espesor de la roca, describe en primer lugar el acueducto de Falopio. Tillaux en su Anatomía topográfica, pág. 121, al describir la pared laberíntica de la caja, describe también el canal de Falopio; y como la pared laberíntica de la caja corresponde á la roca y ésta no es la porción mastoidea que yo estudié, creo no haber hecho la omisión que se indica.

Pero se dice que al trepanar el apófisis mastoide puede herirse el nervio facial, porque no estudié el canal que lo contiene. A mi vez diré que al trepanar el apófisis mastoide puede lesionarse el cerebro, y por este motivo, al menos que yo sepa, á nadie se le ha ocurrido describir aquel órgano como formando parte integrante del esqueleto de la región mastoidea.

5º *El canal semicircular horizontal*, cuya herida, dice el Sr. Zárraga, dejaría al operado sordo sin remedio. Hay aquí dos puntos á discusión, uno de orden anatómico, y otro del resorte de la fisiología.

1ª Cuestión. ¿El canal semicircular horizontal corresponde al esqueleto de la región mastoidea? Testu en su obra ya citada, al estudiar la conformación interior de la roca, hace la descripción de los canales semicirculares, comprendien-

do naturalmente el horizontal. Beaunis y Bouchard señala en la roca las cavidades auditivas cuyo estudio aplaza para después, con el de los órganos de los sentidos. En la pág. 929, hablando del laberinto huesoso, dice: "El laberinto huesoso se compone de tres partes: una media que sigue á la caja del tímpano, el vestíbulo; una posterior formada *por los tres* canales semicirculares, y una anterior, el caracol." Tillaux, describiendo la oreja interna, pág. 146, dice: "estas cavidades constituyen el laberinto huesoso. Se componen del vestíbulo, *de tres* canales semicirculares que vienen á abrirse allí, y del caracol." Hartmann en la pág. 234, dice: "El laberinto huesoso forma una masa extremadamente densa, dura como el marfil, *incluída* en la masa porosa de la roca. Está constituido por cavidades designadas bajo los nombres de vestíbulo, de caracol y de canales semicirculares que contienen el laberinto membranoso." Politzer en la pág. 618, al tratar del laberinto huesoso, dice: "Se compone del vestíbulo, *de tres* canales semicirculares y del caracol, á los cuales debe agregarse el conducto auditivo interno." En consecuencia, si los canales semicirculares forman parte del laberinto huesoso, si éste *esté incluído* en la masa de la roca y ésta no forma parte de la región mastoidea, me creo autorizado á concluir que tampoco existe la segunda omisión.

Es cierto que en el curso de una trepanación mastoidea puede interesarse el canal semicircular horizontal (aunque es bien sabido cómo se evita); pero esto no porque pertenezca á la región, sino porque está envuelto por el tejido huesoso que forma la pared interna del antro mastoideo.

Voy á examinar ahora la cuestión fisiológica. Se dice que la herida del canal semicircular horizontal, dejaría al operado sordo sin remedio. Prescindiendo de que al practicar una operación debe el cirujano conocer, no solamente los órganos sobre que va á intervenir, sino también los que con ellos están en relación inmediata, voy á ver si de la fisiología de esta parte de la oreja interna se deduce que su lesión produce la sordera.

Nunca he cultivado con predilección la fisiología, y por lo mismo apenas si conservo algunas nociones de tan importante materia; pero al leer que la herida del canal semicircular horizontal produce una sordera sin remedio, no pude menos que evocar mis recuerdos de estudiante de segundo año, y con ellos los nombres de Flourens, de Cyon, de Lussana, de Helmholtz y de otros tantos fisiologistas distinguidos. Flourens, á quien su inmortal experimento enseñó que la sección de los canales semicirculares (en palomas y conejos) determina alteraciones en los movimientos; y sobre todo, que la sección del canal semicircular horizontal determina movimientos laterales de la cabeza, acompañados de nistagmus y una rotación del cuerpo al derredor del eje vertical, habría visto,

si viviera, echado por tierra de una plumada, lo que han respetado y admirado los sabios.

Hartmann, á quien ha leído el autor de la crítica, hablando de la fisiología de la oreja interna, dice modestamente: "La significación funcional de cada una de las partes del laberinto, no ha sido todavía establecida de una manera completa. Es posible, según la opinión de Helmholtz, que el vestíbulo y las ámpulas sirvan para la percepción de las vibraciones sonoras no periódicas (ruidos), y el caracol, para la percepción de las vibraciones periódicas (sonidos musicales). Helmholtz mostró además que es probable que las partes de la membrana basilar inmediatas á la ventana redonda sean puestas en vibración por los sonidos elevados, y las partes vecinas de la cúpula lo sean por los sonidos graves."

Mas adelante dice: "La teoría de Helmholtz sobre la percepción de los sonidos por los órganos del caracol, fué confirmada por el examen histológico de un caso que observaron Moos y Steinbrügge: había habido durante la vida ausencia de percepción de los sonidos agudos, y encontraron á la autopsia una atrofia de los elementos nerviosos de la vuelta de espira inferior del caracol."

Por último, dice: "Los canales semicirculares parecen no tener que ver con la audición: según las investigaciones hechas hasta hoy, parecen más bien estar en relación con las condiciones de equilibrio del cuerpo." (Hart., obra citada, págs. 236 y 237.)

Es cierto que hay varias teorías para explicar estos desórdenes del movimiento; pues mientras que Flourens considera los canales como órganos moderadores, Cyon cree que sirven para darnos la noción de nuestra situación en el espacio. Lussana por su parte, ha emitido la opinión de que no es precisamente el canal sino las crestas ampulares las que, al ser irritadas, producirían los fenómenos señalados. Moos con Lussana, cree que partiendo la impresión de los canales ó de las crestas, va á reflejarse en el cerebelo, donde radicaría el centro de aquellos movimientos. Como se ve, estos son meros detalles, conviniendo todos los fisiologistas en que la percepción de los sonidos no está encomendada á los canales semicirculares. Si no sirven para percibir los sonidos, si no tienen que ver con la audición, su herida no puede producir la sordera. Y si se ha afirmado que una herida del canal semicircular horizontal produce una sordera sin remedio, se debió demostrar primero que dicho canal está destinado á la percepción de las vibraciones sonoras. El autor ha olvidado que en la ciencia nada es artículo de fe, y que se tiene siempre el derecho de exigir el *por qué* de una opinión cualquiera, máxime cuando ella pugna con lo que nos han legado experimentadores de mérito.

Refiriéndose á las celdillas mastoideas y á su división en tres clases, se dice: "el autor sólo habla de las primeras, transmitiéndonos á este respecto todo lo que se lee en Hartmann, sin añadir de nuevo más que una explicación para la trombosis de la vena yugular, trombosis que vendría según él, porque las celdillas mastoideas llegarían hasta la ranura digástrica, y como está contigua esta ranura al golfo de la vena yugular, esto explicaría la coagulación de la sangre en el vaso. Ahora bien, la ranura digástrica dista del mencionado golfo por lo menos centímetro y medio."

Como se ve por el contenido del párrafo que acabo de copiar, parece que yo afirmo que la trombosis de la yugular se produce siempre por el mecanismo indicado, lo que no es cierto.

Refiriéndome á los casos en que se observa la trombosis de la vena yugular sin trombosis concomitante del seno lateral, en el curso de una otitis media supurada, digo que puede explicarse el hecho admitiendo que el proceso supurativo sigue el sistema de celdillas que se extiende por el labio interno de la ranura digástrica hasta ponerse en relación con la cavidad que aloja el golfo de la vena; pero no he dicho que la ranura digástrica está contigua á aquella cavidad. "Pues bien, digo, de la extremidad inferior de la cavidad que aquí representa la mayor parte de las celdillas mastoideas, se separan dos sistemas de pequeñas celdillas que se dirigen unas hacia el vértice del apófisis, de pequeño volumen, y las otras de mayor tamaño que van al labio interno de la ranura digástrica, á ponerse en relación inmediata con la cavidad que aloja el golfo de la vena yugular. Nada tiene de extraño, pues, que á la periflebitis séptica suceda la endoflebitis y trombosis."

"Nos da como una novedad, dice el autor de la crítica, que la situación del seno lateral no es la misma de un lado que de otro; hecho que está aceptado desde mucho tiempo atrás, pues la simetría del cuerpo humano es sólo relativa."

Yo no creo que porque es sabido que la simetría del cuerpo humano es sólo relativa, se den por conocidas todas las anomalías y que carezca de novedad el señalarlas. En lo poco que he leído, no recuerdo haber visto señalada esta disposición, y así lo digo en mi trabajo.

"Acepta sin réplica, dice el Sr. Zárraga, y sin crítica de ninguna especie, la abertura del seno lateral como una operación propia para curar la trombosis de este seno y de la vena yugular; añadiendo, previa ó no la ligadura de la vena yugular. La ligadura aumentaría la hemorragia por el seno, y no curaría la trombosis, dado que el coágulo se reproduciría." Más adelante, refiriéndose á la misma operación, dice: "Acepta una operación que la sana cirugía rechaza por ser un desastre."

A esto debo contestar, que acepto sin réplica esta operación á pesar del calificativo que le da el Sr. Zárraga, porque es una operación corriente en Cirugía craneana, porque es admitida por cirujanos distinguidos, porque está ya perfectamente arreglada, y porque sus resultados no pueden ser más brillantes. Pero antes de hacer algunas consideraciones respecto á la abertura del seno lateral, voy á ocuparme en analizar estas dos proposiciones: 1ª La ligadura de la yugular aumenta la hemorragia por el seno que está obstruído por un trombus séptico. 2ª La ligadura no curaría la trombosis, dado que el coágulo se reproduciría.

En cuanto á la primera proposición, cabe preguntar: ¿por qué ha de aumentar la hemorragia por el seno? ¿qué, acaso una vez abierto éste y despojado del coágulo que le llena, se abandona al enfermo á su propia suerte? ¿qué, cuando se amputa un miembro, no deben dividirse las arterias porque el operado morirá de hemorragia? Hay que tener presente que entre el lugar en que se liga la yugular y aquel en que el seno está normal, existe un trombus séptico, y séptica es también la flebitis que le determina. Así pues, al abrir el seno y quitar el coágulo (cuando se quita completo), es precisamente la salida de la sangre lo que indica al cirujano que ya no queda trombus en la parte superior del seno, y en estos momentos el operador hace la hemostasis por taponamiento. Esto se verifica en la extremidad superior del trombus, previa ó no la ligadura de la yugular. La ligadura en el presente caso tiene como principal objeto impedir que se desprenda un ómbolo y vaya á producir los terribles accidentes de la embolia séptica.

A la segunda proposición no le encuentro el menor fundamento, porque después de abrir ó reseca el seno, ya éste no existe desde el punto de vista fisiológico, en la parte reseca ó abierta; queda allí una herida que va á ser reparada por el proceso ordinario de la cicatrización, y en donde no puede reproducirse el coágulo. Donde sí se reproduce el coágulo, pero aséptico, es en el seno, arriba del tapón, siendo después sustituido por los productos de la endoflebitis adhesiva que asegura la hemostasis permanente. Además, yo no he dicho que la ligadura cure la trombosis, aunque el hecho se ha observado en alguna ocasión.

Es inútil recordar que la trombosis séptica del seno lateral es una afección que mata casi siempre cuando se la abandona á sí misma, porque si en las autopsias de individuos que alguna vez padecieron supuraciones graves del oído, se ha encontrado el seno obstruído por tejido conjuntivo, como lo demuestran las observaciones de Wreden, de Stacke, de Zaufal, de Bond, de Schwartze y de algunos otros, puede decirse, sin embargo, que la mayor parte de las veces aquel padecimiento no perdona.

A una enfermedad tan grave era necesario oponer una intervención atrevida, para lo cual no se ha podido hacer otra cosa que trepanar ampliamente el apófisis mastoide, poner á descubierto el seno, abrirlo, quitar el coágulo y suprimir fisiológicamente aquella porción del seno, fuente y origen de una piohemía mortal.

“Zanfál de Praga, dicen Broca y Maubrac en su tratado de Cirugía cerebral, del corriente año, fué el primero que en 1880 propuso obrar de esta manera: canalizar el seno infectado y cortar la ruta á los émbolos, ligando la yugular en el cuello, abajo del trombus. En 1884 ejecutó la primera parte de este programa. En 1886 Horsley aconsejó ejecutarlo completo. Después, en 1888, Lane operó de esta manera, pero publicó este hecho hasta en 1890, cuando con Ballance Salzer trató de mostrar que se debía intervenir enérgicamente contra la trombosis de los senos.”

Como se ve, los primeros cirujanos que abrieron sistemáticamente el seno lateral, si bien estaban de acuerdo en ligar la vena, no fué sino Lane quien primero llevó á la práctica el consejo de Zanfal. Con este motivo voy á explicar por qué dije en mi trabajo que el seno se abría previa ó no la ligadura de la yugular y que tanto ha llamado la atención del Sr. Zárraga.

Algunos cirujanos como Salzer y Schwartze piensan que la ligadura de la yugular no impide el desprendimiento de los émbolos sépticos, porque éstos pueden desprenderse de la extremidad superior del coágulo por los otros senos meníngeos, sobre todo, en los casos en que el trombus se extiende hasta el seno lateral del lado opuesto. Cuando la intervención es tardía, el trombus de la yugular desciende hasta la base del cuello; en este caso la ligadura es imposible, y en el primero, inútil; pero no es lo común que el trombus sea bilateral, ni haría bien el cirujano en aplazar una intervención para cuando el enfermo estuviese condenado á una muerte segura.

No pocos cirujanos opinan al contrario, que la ligadura previa de la vena yugular, previene la piohemía, la entrada del aire en el vaso y la hemorragia por el cabo central, pero sobre todo permite la desinfección cuidadosa del seno y el lavado y canalización del segmento venoso, arriba de la ligadura.

Ahora bien: ¿cuál de estas dos maneras de proceder es preferible? La estadística se encargará de contestar. Según Körner, la operación completa, es decir, la trepanación del apófisis y la ligadura de la vena, da un 75 por ciento de éxitos favorables, mientras que la trepanación sola da un 50 por ciento. En la estadística de Forselles encontramos un 62 por ciento para la primera y 53 por ciento para la segunda.

Hasta hoy no conozco una estadística de todos los casos observados, aunque

éstas por comprender los resultados de operadores de diferente habilidad, son las menos á propósito para deducir el tanto por ciento de los éxitos felices ó de los fracasos.

“Macewen ha observado 18 casos de trombosis del seno lateral: 17 de éstos han sido tratados por la abertura, el lavado y el taponamiento del seno: 13 veces la operación ha sido seguida de éxito. En los casos seguidos de muerte, la toxihemia séptica y las complicaciones pulmonares existían antes de la operación.”

“A estos hechos Macewen añade diez casos de trombosis séptica del seno lateral complicando otras afecciones encefálicas. Siete de estos casos fueron seguidos de curación después de una intervención en el curso de la cual el seno lateral fué resecaado.” “Luego, en veintiocho casos de trombosis del seno lateral Macewen ha intervenido veintisiete veces por la incisión y lavado del vaso inflamado, y veinte veces ha obtenido la curación.”

“Jansen da un resultado de seis curaciones en trece casos.” (Broca y Maubrac, pág. 313.)

Ahora bien, señores académicos; una operación que da estos resultados cuando va dirigida contra una enfermedad tan grave como la trombosis séptica de los senos de la dura madre, ¿debe llamársela un desastre quirúrgico? Decía hace poco, que no sólo es una operación aceptada por la sana cirugía, sino que está perfectamente arreglada; y como mi objeto no es hacer un estudio minucioso y detenido de esta operación, sino demostrar que se ha practicado con éxito, no me ocuparé en describir el manual operatorio. Sin embargo, no creo por demás enumerar los tiempos en que ha sido dividida, traduciendo lo que sobre este particular dicen Broca y Maubrac, ya citados.

“La operación de que acabamos de señalar los principios y las indicaciones, dicen estos autores, debe ser conducida con la técnica siguiente: 1º Ligar la yugular en el cuello, abajo del coágulo, si es posible. 2º Trepanar el apófisis y la caja. 3º Desnudar, dividir y desinfectar el seno. 4º Lavar la cavidad hueciosa y el cabo superior de la yugular. 5º Taponar el seno con gasa yodoformada.”

Continúa el juicio crítico: “Acepta también sin crítica que la percusión del apófisis mastoide sea sonora, cuando cualquiera puede cerciorarse que no lo es, como el profesor Carmona y Valle lo comprobó.”

Yo no he dicho que sea sonora la percusión del apófisis mastoide, y al efecto copio la parte conducente de mi trabajo. Me expreso así: “Körner y von Wild, de Francfort, recomiendan recurrir á la percusión del apófisis, previa cloroformización, para hacer el diagnóstico de las osteitis profundas. Estos autores pu-

dieron diagnosticar así una osteitis diabética que no se revelaba por ningún síntoma físico ó funcional, obteniendo en la región enferma una matitez absoluta, mientras que en el lado opuesto obtuvieron una resonancia huesosa ordinaria." Como se ve, ni acepto ni rechazo este medio de exploración, ni digo que sea sonora la percusión del apófisis mastoide. Si el Sr. Profesor Carmona y Valle no encontró sonoridad, á nadie debe sorprender, porque no existe en la región que se percutió; pero según he podido saber, la percusión se hizo sin cloroformización previa y en individuos sanos de los apófisis mastoides, faltando á la recomendación expresa de los autores del procedimiento y careciendo del término de comparación que proporcionaría el apófisis enfermo.

Por último, dice el Sr. Zárraga: "nos habla de localizaciones cerebelosas que desconocemos." A esto debo contestar pura y sencillamente, que yo no he dicho una sola palabra de localizaciones cerebelosas.

De la lectura de este imperfectísimo trabajo, se desprende: que no he cometido los errores ni hice las omisiones importantísimas que señala el Sr. Zárraga: que no es cierto que la abertura del seno lateral sea un desastre ni una operación que la sana cirugía rechaza: que no doy como ciertos, hechos falsos, ni he dicho una palabra de localizaciones cerebelosas.

México, Agosto 5 de 1896.

F. VÁZQUEZ GÓMEZ.

CLÍNICAS EXTERNA É INTERNA.

DOS CASOS RAROS.

I. Herida de bala en la rodilla.—II. Equinococo del hígado.

El día 8 de Marzo, algo excitado por el alcohol, un ranchero tuvo una reyerta con su mujer y con el padre de ella. La mujer acabó por decirle á su marido: "Está bien, en este caso me iré y me llevaré á mis hijos." Sobre esto, sacó el hombre su pistola y dijo: "Antes de que te lleves á mis hijos los voy á matar," y disparando su pistola (de .43) sobre uno de ellos, un rapazuelo de tres años, le