

Acta núm. 21.

SESIÓN DEL DÍA 3 DE MARZO DE 1897.

(Presidencia del Sr. Dr. Ramos.)

Lectura reglamentaria por el Sr. Dr. Núñez.— Discusión acerca de las heridas por armas de fuego.— Lectura de turno, por el Sr. Dr. Licéaga.— Discusión referente al tratamiento de las "Espondilitis."

El SR. DR. NÚÑEZ dió lectura á su trabajo de turno intitulado: "Herida por arma de fuego, situada en la región maseterina izquierda, habiendo penetrado la bala á la faringe. Breves consideraciones acerca de las heridas por armas de fuego."

El SR. DR. GARCÍA dijo: Refiriéndome sólo á la parte final del trabajo del Sr. Núñez, diré, que siento diferir de sus opiniones. Las armas de fuego se dividen en portátiles y no portátiles, y éstas á su vez se subdividen en de cañón corto y de cañón largo. Entre las portátiles sólo se cuentan las pistolas, y á éstas es á las que, sin duda, se refiere únicamente en su trabajo el Sr. Núñez. Los caracteres que él da como patognomónicos de los orificios de entrada y de salida, no lo son. Con el armamento moderno y las balas cilindro-cónicas, dichos caracteres difieren mucho de los descritos por los autores antiguos. Hoy se sabe que ambos varían con la naturaleza de las armas, las de los proyectiles y la distancia á que se ha hecho el disparo. El Dr. Fernando López hace diez meses que ha estado haciendo experimentos sobre cadáveres disparando con el fusil Mondragón, y constantemente ha observado que los orificios de entrada y de salida son exactamente iguales. Con revólver de calibre 38 se produce escara en el orificio de entrada á distancia menor de 10 metros, pero no á mayores distancias. A menos de 50 metros puede haber quemaduras de los bordes de este orificio; pero á mayor distancia, no. Las lesiones producidas por los proyectiles pueden, por lo demás, ser diversas: puede haber simple contusión, dilaceración profunda, surcos ó sedales completos ó incompletos. En los efectos de los proyectiles hay que tener en cuenta, además, la resistencia de los tejidos que atraviesan. El Sr. Dr. Flores se ocupó de este asunto en su tesis de oposición; pero las consideraciones en que entró no son aplicables hoy, en que han variado el armamento, los proyectiles y la pólvora, la cual ya no deja incrustaciones en el orificio de entrada.

El Sr. Dr. Licéaga leyó su trabajo reglamentario que se titula: "Escoliosis dorsal derecha."

El SR. DR. LAVISTA.—El contingente que nos trae el Sr. Licéaga es de grandísima importancia. Las desviaciones de la columna vertebral son casi siempre debidas á espondilitis específicas, muy especialmente tuberculosas, y sobreve-

nidas en la época del crecimiento, muy rara vez son de origen traumático. Así pues, el tratamiento, para ser útil, debe ser principalmente específico. El mecánico no obra sobre la lesión, sino sobre sus consecuencias. El canal de Bonnet puede corregir las desviaciones, mas no es capaz por sí solo de combatir la enfermedad. Si en el caso que nos refiere el Sr. Licéaga se obtuvo la curación completa, fué debido á que además de colocar á la enferma en el canal de Bonnet, se la puso en las mejores condiciones higiénicas. Además, para que dé buenos resultados es necesario aplicarlo lo más cerca posible del principio del mal. Por otra parte, la indicación del canal de Bonnet en la espondilitis vertebral es la misma que la de la inmovilidad de las articulaciones en las afecciones articulares en general, y los otros casos que el Sr. Licéaga ha presentado á esta Academia, hablan muy alto en su favor.

El método de Calot, al que se refiere el mismo Dr. Licéaga en su escrito, me recuerda lo que se hacía antiguamente en las anquilosis viciosas cuando aun no se había regularizado la osteoclasia ni se conocía la osteotomía. Se procura en él fracturar la columna para que la consolidación se haga en situación más satisfactoria; pero aparte de las dificultades que su ejecución pueda tener, se conciben sus graves inconvenientes, sobre todo si la desviación es muy notable, pues debe ser muy difícil evitar la compresión medular brusca y sus consecuencias.

El procedimiento que nos recomienda el Sr. Licéaga es muy superior; su enferma se ha curado, la deformidad ha desaparecido; el tratamiento carece de peligro y sólo requiere gran paciencia.

EL SR. DR. LICÉAGA.—El Sr. Lavista ha colocado la cuestión en el terreno que realmente le corresponde. Me limité en mi trabajo á hablar del tratamiento de las consecuencias de la lesión vertebral, porque esta es la parte quirúrgica del asunto, que es la que debía tratar por la sección á que pertenezco. Es forzoso indudablemente atender á la curación de la lesión misma, al proceso morbozo, á la diatesis; pero el canal forma parte esencialísima del tratamiento; los medios higiénicos y terapéuticos son auxiliares eficaces. En pro de las ventajas del canal de Bonnet hablan, entre otros, dos hechos elocuentes que el Sr. Lavista conoce. En uno de ellos se trataba de una señorita enferma de mal de Pot, sobre cuyo tratamiento discutimos mucho, y habimos de colocarla en el canal de Bonnet, donde se alivió. El otro es relativo á un joven con una afección tuberculosa de la columna vertebral y enormes abscesos por congestión que abrimos ampliamente por medio de una grande incisión, en época en que no se conocían aún las ventajas de la antisepsia y en que se consideraba contraindicada la intervención en los abscesos fríos. Cuando hicimos esta operación se

hallaba el enfermo en plena infección; lo pusimos en el canal de Bonnet y después de un largo período de tiempo curó, siendo hoy un hombre fuerte, robusto y derecho.

Si las lesiones tuberculosas están limitadas, el tratamiento general, la higiene y la quietud las curan. Este factor es esencial en todas las lesiones articulares y no hay razón para exceptuar las de las vértebras. El temor del debilitamiento por el reposo, es exagerado. La costumbre contraria de obligar á los tuberculosos y cloróticos á hacer ejercicios forzados, sí es causa de agotamiento. La enferma cuya historia presenté el año pasado, era clorótica, llevaba una vida social muy activa, en paseos, bailes y banquetes, y colocada en el canal de Bonnet, curó no sólo de su afección vertebral sino también de la clorosis.

Es muy difícil en la práctica aplicar el tratamiento desde el principio, porque los enfermos nos llegan en diversos períodos de la evolución de su enfermedad.

No me atreví á hacer la crítica del método de Calot; pero realmente espanta. Las curvaturas patológicas de la columna siempre son compensadas por otras que se van produciendo lentamente, acompañadas de modificaciones en la forma de las vértebras; querer combatir esto en una sola sesión y bruscamente por tracciones poderosas, me parece sumamente peligroso. Calot no da detalles en su comunicación á la Academia de Medicina de París, y faltan datos para juzgar con acierto de su método; pero las consideraciones anteriores me hacen calificarlo con el término duro, pero necesario, de brutal. En cambio, el procedimiento que aconsejo es lento, pero basado en principios realmente científicos, y utilizando como principal factor la acción de la gravedad, no expone á ningún peligro.

J. R. ICAZA.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

CONVOCATORIA.

El Sr. Presidente ha declarado que existe una plaza vacante en la Sección de Ginecología.

Según lo prevenido por el Reglamento, para ingresar de socio titular se necesita:

1º Que el aspirante lo solicite por sí, ó por conducto de alguno de los Socios.

2º Que acompañe á la solicitud una Memoria original y que no se haya publicado antes, sobre alguno de los puntos relativos á la sección respectiva.