

# GACETA MÉDICA DE MÉXICO

PERIÓDICO  
DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA DE MÉXICO

Tomo XXXIV

MÉXICO, 1º DE MAYO DE 1897

Número 9

## ACADEMIA N. DE MEDICINA.

Acta núm. 22.

SESIÓN DEL DÍA 10 DE MARZO DE 1897.

(Presidencia del Sr. Dr. Ramos.)

**Lectura de reglamento y presentación, por el Sr. Dr. Chávez, de un enfermo operado de estrabismo por avanzamiento tendinoso, y de unas nuevas pinzas para hacer esta operación.— Discusión.— Lectura del trabajo remitido por el Sr. Dr. Ortega.— Discusión.**

El Sr. Dr. CHÁVEZ leyó su trabajo reglamentario titulado: "Algunas consideraciones sobre las perturbaciones de motilidad de los ojos y sobre el tratamiento quirúrgico de las heteroforias y heterotropías."

El Sr. Dr. RAMOS.—El trabajo del Sr. Chávez es muy importante, pues tiende á popularizar el procedimiento del avanzamiento que de Wecker recomienda desde hace algunos años de preferencia á la tenotomía, y realmente es más racional reforzar á un músculo que debilitar á su antagonista; pero no debe rechazarse de una manera absoluta esta última operación, la que en muchos casos de estrabismo, así como en los pies deformes, por ejemplo, da muy buenos resultados.

Hace 9 años operé de un estrabismo exagerado y por la tenotomía á una Señorita de Querétaro, y como le consta al Sr. Bandera, el éxito fué muy satisfactorio y se ha conservado. El mismo Sr. Chávez nos dice que en su primera enferma fué necesaria la tenotomía. En el niño de que nos habla, y al que le ví operar hábilmente por el avance, el resultado fué bueno: casi quedó corregida la desviación. En un sacerdote á quien asisto y en quien el estrabismo impedía la visión binocular, ha bastado la corrección óptica. Este es el trata-

miento que el Sr. Chávez está siguiendo en el enfermo de su última observación. En resumen, tratándose del estrabismo no deberá rechazarse siempre la tenotomía, y creo que debemos ser eclécticos. En las heteroforias sí está más indicado el avance.

Terminó felicitando al Sr. Chávez por su estudio, por la lealtad con que están redactadas sus observaciones, y lo ingenioso de las pinzas que nos ha presentado é ideó para la operación del avanzamiento.

EL SR. DR. CHÁVEZ.—Estoy de acuerdo con el Sr. Ramos, y le agradezco sus benévolas frases. El tratamiento del estrabismo, en mi opinión, debe comenzar por los medios ópticos, insistiendo en ellos con paciencia; si no da resultado, se recurrirá al avance, que es, según Landolt, el método general, y sólo al fin se empleará la tenotomía que, según el autor citado, no es más que un auxiliar del avance. Mi último enfermo fué operado hace 12 días, y como está presente, deseo que sea examinado por los señores Académicos.

EL SR. DR. BANDERA fué comisionado para hacer este examen, y dijo: que aun se veían huellas de la operación en el ojo izquierdo, que haciendo ver lejos al enfermo no se nota estrabismo, que la excursión hacia el lado externo es completa, que aun persiste algo de diplopía; pero que la operación era muy reciente, y podía asegurarse que el éxito final sería completo.

El señor Secretario anual dió lectura al trabajo del socio corresponsal Sr. Ricardo Ortega, sobre apendicitis.

EL SUBSCRIPTO.—La historia referida por el Sr. Ortega tiene muy grande interés. Yo he observado algunos casos análogos, y en estos momentos recuerdo el de un enfermo del Sr. Terrés, en el que á consecuencia de una apendicitis se desarrolló una peritonitis y un absceso circunscritos. Después de haber dado salida al pus por medio de una incisión paralela al arco crural, busqué el apéndice y no lo encontré, porque sin duda estaba cubierto de falsas membranas, y no pareciéndome prudente empeñarme en buscarlo, porque podría romper las adherencias y comunicar el foco purulento con la cavidad peritoneal, me limité, como el Sr. Ortega, á lavarlo ampliamente y canalizarlo, llenándolo con gasa yodoformada. El enfermo curó muy pronto, sin fistula estercoral.

Cuando no hay absceso, y se considera bien indicada la intervención, si debe hacerse una verdadera laparotomía para extirpar el apéndice y cerrar su comunicación con el ciego.

J. R. ICAZA.