

la derecha y empujando la extremidad superior, se presentó en el ano, y se extrajo después con bastante facilidad.

Como el enfermo no recuerda nada que pudiese darnos alguna luz sobre la manera en que se efectuó el caso, creemos que en estado de *ivre mort*, alguna persona, quizá un *amigo*, por maldad ó travesura, hizo penetrar el cuerpo extraño.

Está formado por un fragmento de bastón ó barrote de madera uniforme y liso; su extremidad superior, por donde penetró, es semiesférica y pulida; el otro extremo irregular, con aristas y puntas agudas, se apoyaba en la mucosa del recto. Mide 26 *centímetros* de longitud y 6 centímetros de circunferencia; y, como ya dijimos, permaneció alojado en el intestino desde el 16 de Septiembre hasta el 2 de Octubre, originando una oclusión intestinal incompleta y una rectitis de poca intensidad.

Tampico, Mayo de 1897.

DR. ANTONIO MATIENZO.  
Socio correspondiente.

---

## TOCOLOGIA.

### BREVES CONSIDERACIONES RESPECTO DE LA HIDROCEFALIA.

---

#### MEMORIA

Presentada á la Academia Nacional de Medicina de México

por el

DR. MANUEL S. IGLESIAS,

Mayor Médico-Cirujano del Ejército, Delegado del Consejo Superior de Salubridad  
y Socio correspondiente de ella.

SEÑORES:

Traigo ahora al debate un asunto que creo es la primera vez que se va á tratar, si no en la ciencia nacional, al menos en esta docta Academia, pues registrado el índice de los tomos publicados del órgano oficial de ella, no he encontrado que se haya hecho mención nunca de semejante asunto; mas para dar orden á las ideas que voy á exponer y para iniciar la discusión de ellas, paréceme conveniente empezar por la relación del caso clínico que me fué dado observar.

La Sra. V. V., de mi clientela particular, se hizo embarazada por sexta vez, y, como tiene costumbre, me llamó para que la reconociese en los últimos me-

ses de su embarazo. Se trata, como ya digo, de una múltipara joven, pues aún no cuenta 30 años, que ha llevado á feliz término todos sus embarazos, sin más accidentes durante ellos que algo de sialorrea y los vómitos, no muy exagerados ni frecuentes, propios á este estado durante los tres primeros meses, pues en los subsecuentes desaparecen, y su estado general, de suyo siempre excelente, se mejora de una manera bastante notable bajo la influencia de la maternidad, pudiendo decirse que su naturaleza, regocijándose de antemano con el cumplimiento del deber para que ha sido llamada, se muestra ufana y orgullosa por ello, y se prepara engalanándose, por decirlo así, para el día en que, tras cruentos dolores, cumpla su sacrosanta misión dando á luz el hijo que lleva en sus entrañas. Con una pelvis y sus demás órganos genitales irreprensiblemente conformados, ha dado á luz sus cinco hijos, todos ellos en presentación cefálica y posiciones occípito-antérieures, siendo sus alumbramientos rápidos, enteramente fisiológicos, así como la expulsión de los anexos, su puerperio y la lactancia, pues ha podido amamantar á todos ellos. Ha gozado siempre de excelente salud, pues no hace memoria sino de las fiebres eruptivas en edad muy pequeña, de la fiebre amarilla en la pubertad y de una fiebre tifomalárica poco después de su segundo parto.

Sólo en este embarazo, en el último mes, ha observado por primera vez, pues no lo había visto en los anteriores, que el abultamiento del vientre le estorba mucho, pues siente, según explica, que hacia el hipocondrio derecho hay algo que le impide doblarse con cierta libertad, costándole sumo trabajo ponerse el calzado, lavarse los pies, etc., etc.

La palpación me demuestra el ovoide uterino llegado al desarrollo que alcanza en la segunda quincena del noveno mes, lo que concuerda con la fecha de su embarazo. Su conformación es la normal, la resistencia fetal se siente en una dirección oblicua, ocupando la fosa ilíaca izquierda una de sus extremidades, y la otra hacia arriba y á la derecha hacia la región hepática, pues no está francamente en el hipocondrio derecho. Esta extremidad se siente más ó menos resistente y bastante voluminosa, y la excavación pelviana se encuentra vacía. Indudablemente que lo que se siente á través de las paredes abdominal y uterina es el dorso del feto. Su forma cilíndrica, la resistencia que ofrece de cuerpo sólido y la ausencia de desigualdades fetales lo comprueban perfectamente; pero abrigo dudas del lugar ocupado por la cabeza, pues en la excavación no la encuentro, estando desocupada ésta, y lo que siento hacia arriba es demasiado grande para ser la cabeza, pero la resistencia que ofrece es demasiado dura para ser la extremidad pelviana. Me sospecho que sea la cabeza, sin explicarme satisfactoriamente su volumen, pues explorando con cui-

dado el tronco de abajo á arriba, pareceme que hacia este lugar la continuidad no es perfecta. Siento una depresión un poco profunda, es cierto, y en seguida, la porción sólida como más elevada que el resto, depresión que parece indicar ser el cuello del producto; pero esta sensación es vaga, algo confusa y me hace dudar de la percepción obtenida en este reconocimiento. El tacto no me revela nada extraordinario en la vulva y vagina ni en el cuello del útero, y sí, la vacuidad de la excavación, pues mi dedo no llega á tocar á través de las paredes uterinas ninguna porción fetal, no obstante que lo hago con el índice y el medio juntos, á fin de alcanzar mayor altura. Por la auscultación encuentro el máximum de los latidos del corazón fetal á la altura de la cicatriz umbilical y hacia el borde izquierdo de la línea blanca, propagándose de igual manera hacia arriba y abajo.

Perplejo me encuentro para poder formular con precisión el diagnóstico de la presentación y posición, inclinándome á creer en una presentación transversa, incompleta, con la pelvis en la fosa ilíaca izquierda; es decir, una posición intermedia á las presentaciones pelvianas y transversa, con la angustia que causa una indecisión semejante. Suplico á un compañero bastante entendido en la materia y que accidentalmente sé encuentra de paso en la población, que examine á mi cliente, proponiéndome, si estaba conforme con mi opinión, el que procediésemos á hacer la versión por maniobras externas. Cuando se hace el reconocimiento días después, la presentación se ha convertido en vertical, de oblicua que era, y dicho compañero diagnóstica segunda de vértice, O.I.D.A. pero con la cabeza bastante alta, diagnóstico que no pude confirmar atribuyéndolo á torpeza de mi parte. Creí más bien en una presentación pelviana, afirmándome más en ello en vista de lo que sospeché en mi primer reconocimiento, pues me resistía á creer que la versión se hubiese verificado espontáneamente. Tranquilizado, sin embargo, con la opinión de tan competente compañero, y creyéndome en uno de esos períodos de obsesión en las ideas que se presentan en los individuos, pero tranquilo en lo que cabe, pues tenía la certeza de que se trataba de una posición vertical, esperé á que el parto se verificara haciendo todos los preparativos de rigor, y cuando éste se inició, previo aviso de la familia por mi recomendación, estuve presente á él, lo que sirvió para salvar la vida de la madre, como se verá después.

Nada digno de especial mención hasta la ruptura de las membranas y escurrimiento del líquido amniótico; en este momento hago un reconocimiento y encuentro la posición tan alta que apenas alcanzo la extremidad del ovoide fetal con mi dedo, sin poderme dar cuenta de la parte presentada; no insisto sino que espero observando cuidadosamente todos los fenómenos que se pre-

senten; á cada nueva contracción uterina hay nuevo escurrimiento de líquido sin que avance el producto, hasta que viendo debilitarse las fuerzas de la paciente, y puesto que con mi dedo no alcanzo el producto, me decido á hacer el tacto introduciendo mi mano en la vagina sin despreciar ninguna de las precauciones antisépticas, y con lo primero que tropiezo es con los piembros inferiores del producto que es lo que se presenta, por lo que me decido incontinenti y procedo á hacer su extracción, la cual no ofrece dificultad de ningún género; pero no pudiendo ser expulsada la cabeza, introduzco mi mano á fin de completar la expulsión por medio de la maniobra de Praga, y no pudiendo conseguirlo, intento hacer la flexión de la cabeza colocando mi mano sobre la cara y cabeza del producto, dándome cuenta entonces de lo voluminoso de esta última, la que presenta puntos resistentes y otros más ó menos depresibles como fluctuantes; entonces comprendí que se trataba de una hidrocefalia y que el excesivo desarrollo de ésta era lo que impedía la terminación del parto; hago una aplicación del fórceps con objeto de comprimir ligeramente la cabeza y ver si logro reducir un poco su volumen á fin de desprenderla; pero pronto me convenzo de que es enteramente inútil, por lo que desisto y me decido á hacer una perforación del craneo, con tanta más razón, cuanto que durante estas tentativas el producto ha sucumbido, la que verifico con el perforador de Blot, logrando de este modo el escurrimiento del líquido, la disminución del volumen de la cabeza y la terminación del parto, sin que las partes blandas del aparato genital de mi enferma hayan sufrido lo más mínimo. Los anexos salen espontáneamente casi en seguida, y procedo á hacer un lavatorio intra-uterino con solución de bicloruro de mercurio al 1 por ciento, por medio de la sonda intra-uterina de Bozeman; administro á mi enferma un gramo de solución de Iyon por inyección subcutánea, y prescribo lo que es de rigor en semejantes casos; el puerperio es enteramente fisiológico, sin elevación de la temperatura ni accidente de ninguna especie.

Examino el producto y resulta ser una niña de término, con dimensiones y conformación normales, salvo la cabeza, que sin estar tensa, puesto que salió parte del líquido que contenía, medía los diámetros siguientes: bi-parietal 0<sup>m</sup>. 14, sub-occípito frontal 0<sup>m</sup>. 17, sub-occípito mentoniano 0<sup>m</sup>. 19, occípito mentoniano 0<sup>m</sup>. 12, occípito frontal 0<sup>m</sup>. 11, mentobregmático 0<sup>m</sup>. 15, haciéndome suponer que antes de la salida del líquido, cuando la cabeza estaba enteramente tensa é irreductible, cada uno de estos diámetros podrian tener 0<sup>m</sup>. 2 de más, y con ellos hubiera sido imposible la terminación del parto sin la interyención del arte; el lugar donde se alcanzó á hacer la perforación fué hacia la parte superior y derecha del cuello atrás del apófisis mastoide, no habiendo

sido posible verificarla por el interior de la boca á través de la bóveda palatina.

A diversas reflexiones, unas de orden concreto y otras de orden abstracto, se presta el anterior caso. Desde luego el diagnóstico de la hidrocefalia antes del parto, cuando se reconoció á la paciente, pude haberlo hecho, pues tenía varios factores para ello, la sensación peculiar que presentaba la extremidad superior del ovoide fetal, que, como ya dije, era muy grande para crecerla la cabeza y muy resistente para que fueran las nalgas del producto; si á esto se añade que se notaba el hundimiento, especie de surco, que indica la línea de demarcación entre el tronco y la cabeza, cosa que no se encuentra hacia la extremidad pélvica; si se tiene presente que la excavación pelviana de la madre estaba desocupada, y, por último, si ya con la idea de que pudiera ser una hidrocefalia, hubiera analizado la sensación de resistencia que ofrecía la extremidad superior del ovoide, tal vez hubiera encontrado que dicha resistencia no era absolutamente igual y uniforme en toda su extensión, sino que en algunos puntos era elástica, más ó menos depresible, y con la reunión de estos datos podría haber hecho mi diagnóstico con toda certeza. ¿Por qué no lo hice? sencillamente porque es mucho, muy raro, encontrar hidrocefalias. Según las estadísticas de la Sra. Lachapelle, se ha observado 15 veces en 43,545 partos, es decir, 2.93 por 1,000, y según Ribemont, Dessaignes y Lépage, las diversas estadísticas varían entre una proporción máxima de 1 por 900 partos, y una mínima de 1 por cada 2,000 ó 3,000, y cuando se trata de dilucidar un punto de diagnóstico, el espíritu se encuentra muy distante de pensar en los casos excesivamente raros, como sucedió en el presente, pues ninguno de los dos médicos que examinamos á la paciente nos sospechamos semejante afección.

La circunstancia de haber estado presente en el momento del parto, dió por resultado salvar la vida de la madre á causa de haber intervenido oportunamente. Si, como es uso y costumbre muy generalizada en esta población, sólo hubiera estado acompañada la paciente por la partera, la situación se hubiera comprometido de una manera muy seria, porque con excepción de una ó dos que poseen título y conocimientos bien exigüos, las demás son aficionadas, y por ende, más ó menos ignorantes. No es aventurado suponer, y con conocimiento de causa en otros casos puedo yo afirmar, que sin comprender por qué, en cada dolor en lugar de avanzar la parte que se presentaba, había escurrimiento de una nueva cantidad de líquido amniótico, y sin estudiar ni procurar darse cuenta de este hecho y creyendo que el parto no adelantaba, debido á que la paciente no lo ayudaba con sus esfuerzos, la hubiera mortificado excitándola á que pujase, culpándola de que como no ayudaba no se terminaba pronto el parto, y fatigándola física y moralmente hubiera acabado por agotarla, y que desapare-

eiesen los dolores, y hasta entonces, después de haber dejado transcurrir, por ignorancia, un tiempo más ó menos largo y muy precioso, habría llamado un médico para que resolviera la dificultad, y dichosa la paciente si, como era de esperarse, no se hubiera verificado la expulsión hasta quedar solamente la cabeza en el claustro materno, pues en este caso no hubiera dejado la partera de hacer tentativas perjudiciales para extraerla antes de llamar médico.

Durante todo este tiempo transcurrido inútilmente hasta la intervención del médico, podría haberse desprendido la placenta y sobrevenir una hemorragia interna que hubiera comprometido muy seriamente la vida de la madre; la cabeza del producto, comprimiendo tanto tiempo el segmento inferior del útero contra los huesos de la pelvis, podía haber contundido las partes blandas, y predisponiendo á la gangrena, posteriormente, á la caída de la escara, el resultado sería una fistula más ó menos grande; la misma compresión, pudiendo producir soluciones de continuidad más ó menos extensas, habría abierto otras tantas puertas á la infección puerperal, etc., etc., peligros todos que se evitaron estando el hombre de arte á la cabecera de la paciente siguiendo desde un principio con ojo atento y previsor todas las peripecias del parto, y habiendo intervenido oportunamente, evitó todos estos peligros, y ya que no se pudieron salvar las dos existencias de madre é hija, se logró la de la primera.

Ahora bien, los tratados clásicos aconsejan seguir tal ó cual método para resolver la dificultad que se presenta; pero cada caso particular, según las circunstancias, obliga las más de las veces á separarse de estas reglas generales. Así, pues, para casos como el que es objeto de la presente Memoria, cuando se han hecho tentativas inútiles de extracción con el fórceps, debe de hacerse una punción capilar valiéndose de un aspirador, á fin de extraer alguna cantidad del líquido y poder reducir el volumen de la cabeza sin poner en peligro la vida del producto, lo cual se facilita mucho si la presentación es de cabeza, por ser mas fácil de diagnosticarse, porque la vida del producto tarda más tiempo en comprometerse y por estar más al alcance de la mano y de los instrumentos, condiciones que si son favorables en esta presentación, son adversas en el caso de presentación pelviana, pues el diagnóstico viene á hacerse después de la salida de todo el cuerpo, si es que no se ha hecho antes, como en el caso presente, cuando la cabeza, comprimiendo el cordón, entorpece la circulación y acarrea la muerte del producto en breve plazo y cuando es más difícil alcanzar dicha cabeza. En este caso se ha aconsejado hacer la perforación por el interior de la boca del producto, á través de la bóveda palatina; pero no siempre es fácil llegar hasta ahí con el instrumento vulnerante, y si no se puede atacar la cabeza por ningún lado á causa de estar situada muy alta

ó por no presentar los órganos maternos suficiente amplitud para penetrar hasta ella sin lacerarlos, debe hacerse la perforación en el dorso y penetrar con una sonda provista de su mandrín por el interior del canal raquidiano hasta llegar á perforar las membranas cerebrales y favorecer por esa vía el escurrimiento líquido.

En el caso de haberse hecho el diagnóstico exacto con anticipación al parto, ¿cuál es la conducta que debe seguir el práctico si el producto está vivo? ¿Debe proceder á hacer la operación cesarea, ó la sinfisiotomía intentando salvar la vida del producto y la de la madre? ¿Debe, en beneficio de ésta, sacrificar la vida de aquel?

Indudablemente que en los otros diversos casos en que surge este problema ante el tocólogo, la elección para él no es dudosa cuando se trata de la vida de un producto normalmente conformado y desarrollado. Este, por todos motivos, según las diversas creencias religiosas y legislaciones, tiene derecho á que se pongan cuantos medios se tengan á la mano para conservarle la vida; y provisto con todos los recursos necesarios para emprender operaciones de esta magnitud con éxito seguro, contando con la asepsia y antisepsia más rigurosas, el tocólogo debe ocurrir á una ú otra operación, según los casos, antes de sacrificar el producto por la embriotomía ó basiotripsia y salvar así dos existencias á cual más preciosas; pero tratándose de una hidrocefalia, creo debe seguirse conducta enteramente opuesta por las razones que voy á exponer.

Demasiado sabido es que, por regla general, un niño con este vicio de conformación sobrevive muy pocos días al de su nacimiento, y si esto llega á tener lugar, es un idiota que si bien es cierto las leyes lo protegen, no por eso deja de ser desgraciado y un miembro inútil para sí mismo y para la sociedad en que está llamado á vivir. Si este niño nace sin comprometer la vida de la madre, santo y bueno, debe cuidársele, atendersele é intentar con él todos aquellos medios de que dispone la ciencia para mejorar su condición; pero si para que este niño nazca y al vivir lleve una vida enteramente vegetativa, debe exponerse la vida de la madre sin resultado benéfico para él y con detrimento de la de otros seres, esposo é hijos á quienes ésta última tiene que hacerles falta, no creo que estemos autorizados para comprometer una existencia tan preciosa por todos conceptos, tan útil é importante para la familia, así como para la sociedad. No porque antes he dicho que deba emprenderse, cuando sea necesario, la operación cesarea ó la sinfisiotomía, rodeándose de todos los elementos indispensables y de todas las precauciones de asepsia y antisepsia para que el éxito corone sus resultados, he querido decir que dichas operaciones están exentas de todo peligro. Muy lejos de mi ánimo semejante idea, pues

son bastante delicadas, y al hacerlas exponemos á nuestras operadas á grandes peligros. No; lo que he querido decir es que, cuando esté justificado exponernos y exponer á las personas que depositan su confianza y su vida en nuestra ciencia y en la honradez de nuestra conciencia, debemos hacerlas, pero que cuando no esté justificada nuestra intervención, como en el caso actual, no debemos intentarlas. Si con antelación podemos mostrar á nuestros clientes los factores del problema sin exagerarles los peligros ni ensalzarles las ventajas, y ellos optan por uno ú otro camino, habremos cumplido con nuestro deber; pero tal vez nuestra conciencia no quedaría del todo tranquila, pues es muy difícil, por amplias, minuciosas y reposadas que sean las explicaciones que demos á nuestras clientes, que éstos lleguen á penetrarse bien de la importancia del caso y determinar lo que deba hacerse.

Creo que en este caso, como en otros muchos análogos, debemos proceder con nuestros clientes como si se tratara de nosotros mismos, de nuestros seres más queridos, de nuestros padres, de nuestras esposas, de nuestros hijos, puesto que por nuestros conocimientos y práctica podemos apreciar mejor que ellos el pro y el contra del problema, máxime si, como sucede muy á menudo, se nos llama en los momentos precisos en que hay que intervenir y no se puede esperar ni perder el tiempo en consultar la opinión de los interesados.

---

En resumen, y suponiendo que se haya hecho previamente el diagnóstico de la hidrocefalia, el práctico debe, si la presentación es pelviana, procurar hacer la versión por maniobras externas y transformarla en de vértice, y esperar á que venga el parto; desde el momento en que se inicie éste, debe estar al lado de la enferma y no separarse de ella ni un instante; si las fuerzas de la madre empiezan á agotarse y la vida del producto á comprometerse sin que el parto adelante, debe intentarse una aplicación del fórceps, y si después de algunas tentativas prudentes no logra nada, hará una punción y aspiración capilar. Si por una ú otra razón ésta no da resultado ó no puede intentarse, debe hacer la perforación del cráneo; en el caso que el parto se verifique por la pelvis, debe procederse con la misma cautela que acabo de indicar y procediendo sucesivamente de lo sencillo á lo complicado, y si no se puede alcanzar la cabeza, entonces se hará la incisión raquidiana.

Tal es, Señores Académicos, trazada á grandes rasgos en estos desaliñados renglones, la descripción del caso que tuve la oportunidad de observar y las reflexiones que me ha sugerido; y, como dije al principio, lo traigo al debate en

el seno de esta ilustrada Asamblea, sin pretensiones de ninguna clase, con objeto de oír las autorizadas opiniones de todos y cada uno de sus miembros, y con ellas aumentar el exiguo caudal de conocimientos que poseo en una de las ramas de nuestra noble y humanitaria ciencia, así como para apreciar si mis opiniones están en lo justo ó equivocadas, y por consiguiente, poder normar la conducta que debo seguir cuando en mi práctica se me presente un caso análogo al que acabo de referir.

DR. MANUEL S. IGLESIAS.

Socio correspondiente:

H. Veracruz, Julio de 1897.

---

## PATOLOGIA Y CLINICA MEDICAS

---

### La ictericia en los abscesos hepáticos.

---

Es un hecho averiguado desde hace tiempo en México, que falta generalmente la ictericia cuando hay abscesos en el hígado, y todos recordamos que Jiménez llamó la atención acerca de este punto, agregando que, cuando se la observa á menudo, es á principio de la hepatitis, siendo entonces poco marcada y con poca duración. Sin embargo, hay casos en que no acontece así, y en las lecciones publicadas por el propio Jiménez puede leerse la historia de un paciente cuyo absceso estaba abierto en los bronquios hacía algún tiempo y en quien existía ictericia. Cuando se halla uno en presencia de un enfermo en quien diagnostica absceso hepático, tiene que procurar darse cuenta de por qué se presentan los pigmentos biliares en la sangre de un modo tan manifiesto. He oído decir que se debe pensar en tal caso que los abscesos son múltiples; pero es preciso no olvidar jamás que muchas veces existe más de un foco supurado en el hígado sin que haya ictericia, y ésta existe varias veces siendo uno solo el foco.

Yo creo que haciendo abstracción de los abscesos traumáticos, los otros de la glándula hepática pueden clasificarse en tres grupos, según que el agente patógeno llegue á ella por las vías arterial, biliar ó venosa.

Por la vía arterial llega el agente que ocasiona abscesos en los casos de pyohemia, y en tales circunstancias no es raro encontrar subictericia, y los absce-