

Pues bien, hoy se demuestra que cuando aumenta la tensión en los vasos del cerebro de 100 á 160 ó 180 milímetros, viene la depresión, y que en los excitados, la tensión baja á 70 ú 80 milímetros.

Reflexionando sobre esto, se comprende que en el primer caso los estimulantes perjudican y que convienen en el segundo.

En un enfermo de lipemanía ansiosa, obtuvo una mejoría notable, aunque temporal, con el uso de la nitroglicerina.

Otro medicamento que obra de una manera análoga y que tiene en estudio, es el tetra-nitrato de eritrol.

No hay duda en que estos estudios ofrecen un nuevo horizonte para el tratamiento de las diversas especies de delirios.

EL SR. DR. SOSA dió las gracias al Sr. Lavista por sus indicaciones, y dijo: que actualmente no se consideran como diferentes los delirios febriles y los vesánicos, siendo éstos debido á la acción de una causa sostenida ó repetida.

EL SR. DR. TERRÉS dió lectura á un trabajo del Sr. Dr. D. J. Villareal, titulado: "Dos casos de histerectomía supra-vaginal abdominal.—Método de pedículo intraperitoneal.—Modificación del procedimiento de Schroeder."

El Sr. Presidente dispuso pasara dicho trabajo á la sección de Ginecología, para que dictamine si debe ó nó publicarse.

J. R. ICAZA.

ACTA NUM. 40.

SESIÓN DEL DÍA 25 DE JULIO DE 1898.

(Presidencia del Sr. Dr. D. Rafael Lavista.)

Presentación por el Sr. Dr. Zárraga, de un enfermo operado de hernia crural.—Lecturas por los Sres. Dres. Vázquez Gómez y Patrón.—Discusión.

EL SR. DR. ZÁRRAGA presentó un enfermo, á quien operó de una hernia crural irreductible. El paciente tenía cólicos intestinales frecuentes, nauseas y aun vómitos.

La operación fué practicada, según el procedimiento del Dr. Garay, con la modificación de que en lugar de levantar un gran col-

gajo cuadrangular con la piel de la pared anterior de la ingle, hizo una sola incisión, que prolongó hácia abajo, hasta encontrar el músculo costurero, del que tomó una porción para cerrar con ella el orificio herniario.

Hizo notar que en el curso de la operación, no se vió la vena femoral, hecho que ha observado también en otros enfermos, y que le parece demostrar la existencia del tabique de Scarpa, descrito por el citado Sr. Garay.

EL SR. PRESIDENTE nombró al suscrito para que examinara al operado del Sr. Zárraga. Mientras se hacía este examen, el Sr. Dr. Vázquez Gómez dió lectura á su trabajo reglamentario, titulado: «Un caso de otitis media aguda por hemorragia nasal.»

Puesto á discusión, el SR. DR. NÚÑEZ dijo: que el caso referido por el Sr. Dr. Vázquez Gómez era una prueba más de los inconvenientes que tiene el empleo del percloruro de fierro para contener las hemorragias. Recomendó el uso del taponamiento hecho con gaza para contener las epitaxis, y el de una candelilla olivar flexible en lugar de la sonda de Belloc.

EL SR. DR. VÁZQUEZ GÓMEZ hizo la aclaración de que en su enfermo la otitis media ocasionó la perforación de la membrana del tímpano, por la que salió alguna cantidad de sangre y pus, y que habiéndose impedido su salida con inyecciones de una solución de percloruro de fierro y un tapón, pasó el pus á las celdillas mastoideas por el antro.

Hizo observar que la mucosa nasal no permite, sin inconvenientes serios, el empleo del alumbre, ni de las sustancias fuertemente antisépticas.

Considera que el taponamiento clásico para combatir las epistaxis es un procedimiento ciego; que el tratamiento racional debe consistir en investigar la causa de la hemorragia; ver, por ejemplo, si hay, como es muy común, una ulceración superficial y cauterizarla con el galvano cáustico, ó con la substancia química que parezca más conveniente.

El taponamiento debe reservarse para los casos en que no se haya podido descubrir el origen de la epistaxis, y entonces debe hacerse por planos con tiras de gaza iodoformada, y de la parte superior á la inferior.

EL SUBSCRIPTO expuso, como resultado del examen que hizo del

enfermo del Dr. Zárraga, que encontró en la región de la ingle del lado izquierdo una cicatriz como de 20 centímetros de largo que se extiende desde un poco arriba del arco crural hasta la parte interna del muslo, encorvándose en su parte interior hacia afuera; es lineal en la parte superior, y ancha como de un centímetro, y algo saliente en la parte inferior; se ven, además, las huellas de los múltiples puntos de sutura; cerca del anillo crural se siente debajo de la piel un tejido duro, y explorando el anillo, se nota que está cerrado y que no hay señales de reproducción de la hernia.

Felicitó al Sr. Zárraga por el éxito que ha obtenido, y agregó: que la única duda que tiene es, si podría haberse conseguido el mismo resultado más fácilmente y sin dejar una cicatriz tan larga, siguiendo el procedimiento clásico de reseca el saco y cerrar el orificio herniario por medio de suturas que unen la aponeurosis del pectineo al ligamento de Poupart: así lo ha hecho en varias enfermas con el éxito más satisfactorio.

No considera que sea una prueba de la existencia del tabique de Scarpa el que no se vea la vena femoral al ejecutar la operación, porque sólo se reseca el saco seroso fuera del que queda la capa fibro-celulosa que lo separa de dicha vena.

EL SR. DR. ZÁRRAGA insistió en que anatómica y clínicamente ha visto al tabique de Scarpa.

Habiendo concurrido á la Academia el Sr. Dr. D. Adolfo Patrón, socio correspondiente en Yucatán, fué presentado á los señores socios por el Sr. Presidente, y después se le concedió la palabra para su lectura de reglamento, la que tiene por título: "De la frecuencia de las presentaciones de tronco, en Yucatán."

EL SR. DR. ZÁRRAGA hizo observar, que en su concepto las estadísticas del Sr. Patrón, que parecen demostrar que las presentaciones de tronco son más frecuentes en Yucatán que en otros puntos, son falsas en el sentido lógico, porque á las maternidades van generalmente los casos difíciles, y en la clientela civil sucede también que los especialistas, como el Sr. Patrón, son los llamados para los partos distócicos.

Debería fijarse el número de presentaciones de tronco en el número general de partos, y además, según las reglas de la lógica, no tomar el tanto por ciento ó por mil, hasta tener reunidos muchos cientos ó miles.

En cuanto á la explicación del Sr. Patrón, le ocurre que la misma causa existe en todo el país, pues en todas partes se acostumbra que las mujeres muelan el maíz en los metates.

EL SR. DR. PATRÓN dijo: que á las maternidades no van sólo los casos difíciles, sino que entran muchas embarazadas con presentaciones normales, y aun hay que pensar que la mayoría ingresan desde algunos días hasta un mes antes del parto, y si las presentaciones son viciosas, se les corrigen por medio de maniobras externas.

Respecto de la práctica civil, ha unido su estadística particular á la de otros médicos que no se dedican especialmente á la Obstetricia; y en cuanto á la causa á que atribuye principalmente la frecuencia de las presentaciones de tronco en Yucatán, hizo notar que allá las mujeres muelan el maíz de una manera especial, paradas y doblando mucho el cuerpo.

J. R. ICAZA.

FISIOLOGIA.

Reflexiones sobre viruela y vacuna.

Las pústulas de viruela, de varioloide y de vacuna, ofrecen caracteres histológicos idénticos. Llegando á las células epiteliales, el esporozoario vacunal se multiplica, bien por división directa, bien por medio de esporos. Las pústulas quedan constituidas por despojos de células que forman lagunas y celdillas, juntamente con los hilos del exhudado fibrinoso y los leucócitos polinucleados. El levantamiento de la capa córnea y la alteración cavitaria de las celdillas, se efectúa con regularidad y resulta que en el centro de la pústula, queda un manojo filamentososo de envolturas celulares, efecto del mayor desarrollo de las vacuolas en la periferia que motiva la multiplicación.

El primer acceso de fiebre coincide con la llegada de los parásitos á las células epiteliales de la piel y mucosa, con el proceso embólico de los capilares, con la esporulación del parásito y la necrobiosis; la segunda fiebre, con el paso al torrente circulatorio, de una nueva generación de microbios.