

cubrimientos se posponga al que hizo uno, y más cuando la revolución determinada en la medicina por los descubrimientos de Pasteur no fué abstracta, sino esencialmente práctica.

El Sr. Dr. Altamirano dijo que la cuestión podía cosiderarse desde dos puntos de vista: que, contrayéndose al texto de la pregunta, nadie se comparaba por sus descubrimientos con Pasteur; pero, teniendo en cuenta la utilidad alcanzada para la humanidad, prefería la anestesia, y en corroboración de su idea preguntó que, en caso de faltar alguna por cual optaríamos, por la anestesia ó por la antisepsia.

El Sr. Dr. Villarreal, aunque convino en que la cuestión planteada era difícil, dijo que con las razones ya expuestas se votaría sin duda en favor de Pasteur, anciano venerable y eminente médico del siglo actual que cuenta entre sus grandes descubrimientos la anestesia; pero la que no se compara con los de Pasteur.

El Sr. Dr. Vértiz propuso que por ser la hora avanzada se aplazara la discusión.

El Sr. Presidente manifestó que la cuestión le parecía suficientemente discutida, lo que aprobó la Academia, poniéndose á votación el dictamen del Sr. Dr. Bandera, que fué desechado, y aprobándose en cambio que Pasteur era el médico que en el siglo XIX había hecho el descubrimiento que redundaba en mayor provecho para la humanidad. Lo que dispuso el Sr. Presidente se transcribiera á la Sociedad Mexicana para el Cultivo de las Ciencias.

JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA.

Extracto del Acta num. 6.

SESION DEL 31 DE OCTUBRE DE 1900.

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés.

Comunicación del Sr. Dr. Hurtado sobre las operadas que presentó el Sr. Doctor Villarreal en la sesión del 17 del actual.—Discusión.

El Sr. Dr. Hurtado usó de la palabra á nombre de la Comisión nombrada para reconocer á las operadas que últimamente presentó el Sr. Dr. Villarreal.

Dijo el Sr. Hurtado que no iba á insistir sobre la historia de dichas operadas, referida ya con detalles. Que la 1ª tenía una gran fístula vesico-vaginal, encontrándose la enferma reconstituída, con buen estado general, y que hasta había tenido un conato de menstruación, saliendo la orina por algunos días sanginolenta, pues se recordará que la matriz

quedó incluida en el nuevo reseptáculo urinario. La vagina la encontró estrecha en forma de embudo, como de cuatro centímetros de profundidad, con bastante resistencia y teniendo la ventaja de que pueda permitir el coito. La cicatrización es completa, persistiendo aún algo sensible el parametrio, como resto de antigua inflamación. Llama la atención que esta paciente no haya curado antes, operada como fué por cirujanos tan distinguidos como los Sres. Dres. Fenelón, Malanco y Alvarez, atribuyendo tales fracasos á que los procedimientos empleados entonces no alcanzaban el grado de perfección que tienen ahora, sobre todo en lo que le ve á la manera de hacer las suturas, siendo, además, muy necesarias para el éxito: la antisepsia de la vagina, el evitar el contacto de la orina y hacerla previamente ácida con el uso de la piperazina y curar la parametritis. Una vagina sin movilidad suficiente, es circunstancia desfavorable para llevar á buen término esta intervención, y antes los operadores no se atrevían á efectuar los grandes desprendimientos que se requieren para conseguir la reunión. Recordó á una enferma que operó en compañía del Sr. Dr. Licéaga, la que tenía una constitución muy vigorosa y padecía de una gran fístula vesicovaginal, consecutiva á un parto. Los Sres. Dres. Licéaga y Chacón, Don Francisco de P., afrontaron y obtuvieron la reunión de dos terceras partes de la fístula, quedando abierta la parte posterior y habiéndose presentado como accidente quirúrgico la salida del epliplón, que violentó la terminación de la operación. La enferma ya no quiso someterse á otra intervención, y regresó á su tierra incompletamente curada. Ocho años después, supo el Sr. Dr. Hurtado, por informes de su compañero el Sr. Dr. Vera Becerra, que dicha paciente casi había curado de su fístula de un modo espontáneo, con exquisitos cuidados de aseo y con la disminución de la orina, propia del país cálido en que vivía. Se ve, pues, que en algunos casos, el deslizamiento no siempre es posible, habiendo otros desesperados que salen del dominio científico. Citó á este respecto algunas ideas del célebre especialista Albarrán que hace la operación por la vía alta, pero no da detalles suficientes para poder juzgar de tal proceder. La simfiseotomía abriría un camino amplio; pero tiene un serio inconveniente anatómico, que habría que dividir la uretra para poderla realizar. Quedaría como último recurso la extirpación completa de la vejiga, fijando los ureteres como en los casos de cáncer.

Dos cosas le han llamado mucho la atención en la operada del señor Dr. Villarreal: 1° Que se hubiera incluido el cuello de la matriz en el nuevo receptáculo urinario, pues aunque el operador le dijo que había sido con el objeto de hacer más sólida la sutura, sin embargo, fisiológicamente no se estaría autorizado á imitar este proceder en enfermas de menor edad cuando no se tratara de fístula vésico-uterina. 2° Que con tantas intervenciones como se le hicieron, la fístula no se hubiese estre-

chado, sino antes al contrario aumentara de tamaño, pues es común notar que si después de una operación no se borra por completo una fistula de éstas, cuando menos se vuelve más pequeña. También hace notar que en d^a las unas tentativas de curación que sufrió esta enferma se le dejó una esponja, material séptico que pudo haber contribuido al fracaso de la intervención. Señaló, por último, el hecho de que la paciente en cuestión hubiera sido cloroformizada hasta cuarenta veces y dijo que en los niños era común repetir, sin inconveniente, las sesiones de anestesia para tratarles padecimientos huesosos como la coxalgia ú otros, recordando con este propósito á un niño de Hermosillo que se cloroformó durante ocho meses y que toleraba tan bien la anestesia que al terminar de aplicarla se le daban alimentos que ingería sin ninguna molestia. Pero en el caso en que hubiera contraindicación para cloroformar tan á menudo, podría recurrirse á la anestesia local que sólo tiene la desventaja de su corta duración, no siendo, por lo mismo, útil en operaciones largas. Tiene duda el Sr. Dr. Hurtado sobre la clase de sutura que se usó en este caso, ignorando si sería en bolsa como la practica Doyen ó de puntos parados, pareciéndole mejor la primera.

La segunda enferma tenía un quiste del paraovario izquierdo, notable por la torsión que sufrió el pedículo, aunque dijo que había muchos casos ya consignados de semejante accidente, y entre otro Pozzi lo señala en su periódico, insistiendo sobre la gravedad especial del cólico llamada falopiano, al que expone dicho accidente y que puede hasta simular la oclución intestinal. En esta paciente se fijó la matriz por el procedimiento de Richelot, el que hay tendencias á substituir á la histeropexis, la cual estimó peligrosa en algunas circunstancias, aplaudiendo al Sr. Dr. Villarreal por no haberla empleado en su operada.

Con respecto á la tercera paciente portadora de un piosalpix doble, manifestó el Sr. Dr. Hurtado que la postura conveniente de que usó el operador, limpiando con esponjas el contenido del tumor, es un punto de técnica muy importante; sólo posible en piosalpinx pequeñas, pues en los muy grandes es preferible hacer la punción con el aspirador, canalizando por la vagina y no exponerse á infectar el peritoneo derramando en él la supuración del tumor, salvo el caso en que se tuviera la previa seguridad de que no era demasiado virulenta, pues entonces sí estaría permitido abrir ampliamente. Estuvo en un todo conforme con la extirpación de los anexos y con la amputación supra-vaginal de la matriz.

En la cuarta enferma dijo que el Sr. Dr. Villarreal había realizado con éxito la serie de operaciones plásticas que ya tiene descritas para los casos de prolapsus genital completo; llamándole la atención que el operador no se hubiera contentado con curar sólo esa dolencia, sino que extirpó también los anexos, aunque parcialmente de un lado, en el que hi-

zo la resección de una cuña en el ovario. Una de las trompas daba la sensación de arteria esclerosada. No sabe la duración que tendrían las diez intervenciones practicadas, las que más bien pueden considerarse como partes de una misma operación; pero, en todo caso, cree que se hallarán subordinadas al estado de las enfermas. Concluyó felicitando al Sr. Dr. Villarreal por los buenos resultados que obtuvo en sus operadas.

Este señor se congratuló de que el Sr. Dr. Hurtado hubiera encontrado bien á las enfermas, deseando sólo el Sr. Dr. Villarreal rectificara algunos puntos. Recordó tratándose de la última que no abrió la vagina sino que intervino por el vientre, y en cuanto al prolapsus mismo, indicó, que ya manifestó sus ideas á la Academia en un trabajo que presentó, que con la experiencia adquirida ulteriormente se afirma en ellas, procurando ser conservador hasta donde lo permiten las circunstancias y aun prefiriendo intervenir varias veces con la mira de no sacrificar un órgano que todavía pudiera ser útil. Su lema ha sido conservar primero la existencia, después la salud, y por último, el órgano enfermo. En el prolapsus genital completo, con la salida de la vagina y del recto, hace la serie de operaciones que tiene descritas, entre las cuales figura la celiotomía vaginal anterior, indispensable para darse bien cuenta del estado de la matriz, por lo común adherente, y del resto del contenido pélvico, sacando de tal exploración preciosas indicaciones que muchas veces lo deciden á respetar órganos que no es urgente suprimir. Llama operaciones distintas á las que ejecuta en la curación del prolapsus, porque como tales se hallan descritas, no encontrando inconveniente el llevarlas á cabo en una sola sesión, pues el cirujano no se distrae con esto, supuesto que se practican en tiempos diferentes, y puede muy bien llevar su acción sobre todos los órganos enfermos. Dijo que la técnica seguida con la primera operada había sido la más adecuada, incluyendo el cuello de la matriz en el nuevo receptáculo de la orina para asegurar el éxito de la intervención, pues con tejidos indurados y sin deslizamiento posible no había otro medio de cerrar la fistula. Por lo demás, esta paciente ha continuado bien teniendo hasta síntomas de "molimen" menstrual. Cree que puede haber sido pura fantasía el caso de la esponja, que una vez dicen se le dejó, y quizá el cirujano, muy persuadido de la bondad de su procedimiento, sólo sacó las placas de plomo y no tal esponja. No quiso el Sr. Dr. Villarreal insistir en mayores detalles por respeto á las susceptibilidades, y terminó repitiendo sus agradecimientos al Sr. Dr. Hurtado.

JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA.

