

de la humedad doliente, prospere la Medicina Nacional.

PORFIRIO PARRA.

Extracto del Acta número 9

SESION DEL 21 DE NOVIEMBRE DE 1900.

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés

Presentación de una operada por el Sr. Dr. Suárez Gamboa.—Se nombra una comisión que la reconozca.—**Discusión.**—**Lectura por el Sr. Dr. Orvañanos.**—**Presentación de una nueva operada del Sr. Dr. Villarreal.** Se nombra una Comisión para que la examine.—**Discusión.**—**Lectura extraordinaria por el Sr. Dr. Don Agustín Chacón.**—**Discusión.**—**Lectura del trabajo reglamentario enviado por el Sr. Dr. D. Miguel Otero, Socio Correspondiente en San Luis Potosí.**

No encontrándose aún presente en el salón el Sr. Dr. Orvañanos, de turno para su lectura reglamentaria, el Sr. Presidente concedió la palabra al Sr. Dr. Suárez Gamboa, el que presentó á una enferma operada hace cuatro meses en unión del señor Dr. Díaz Lombardo, cuya ausencia lamenta y al que tributa un elogio por su habilidad quirúrgica. En el mes de abril del corriente año, fué llamado por la primera vez el Sr. Dr. Suárez Gamboa para atender á la enferma en cuestión, que tenía una hemorragia profusa, consecutiva á un aborto. Conjurado ese accidente con los recursos propios del caso, dejó bien á la paciente, á la que perdió de vista por algún tiempo; pero al ser de nuevo solicitado, supo que después del aborto habían sobrevenido dolores en el vientre que ocasionaban grandes molestias, para lo que había sido consultado otro médico, el cual diagnosticó un padecimiento del ovario y hasta se permitió hacer apreciaciones desfavorables por haberle parecido defectuosa la asepsia durante el aborto. En este segundo examen halló sumamente extenuada á la paciente, con crisis dolorosas muy intensas que ya ni la morfina lograba mitigar y que hasta producían la pérdida del conocimiento; había elevación de la temperatura que llegaba en las tardes á 38° ó 39° con sudores abundantes y piuria intermitente, notándose que en las épocas durante las cuales se hacía límpida la orina, empeoraban todos estos síntomas. Reconocido el vientre, percibió un grueso tumor en la fosa ilíaca derecha,

sensible á la presión y que correspondía por su forma y sitio al riñón de ese mismo lado. Hecho el cateterismo de los uréteres se extrajo del derecho una orina purulenta, siendo clara y transparente la del izquierdo. Diagnosticó pielonefrosis calculosa y practicó la nefrectomía lumbar sacando buena cantidad de pus y un cálculo renal. A pesar de esto, la enferma no mejoró, creyéndose en la formación de nuevos abscesos, por lo que un mes después se decidió una segunda intervención en la que se proponía destruir el trayecto fistuloso que había quedado, despegar el riñón y suturarlo. Se hizo para esto otra incisión delante de la primera, con objeto de abrirse un camino que no estuviera infectado, y al verificar la decorticación del riñón, que fué muy laboriosa por estar adherido en su periferia, encontró nuevos focos purulentos y un cálculo en la pelvisilla, estando el órgano tan comprometido que prefirió resecarlo en su totalidad. Llama la atención de este caso en el que se pudo diagnosticar el padecimiento de un solo riñón, pues la integridad del otro ha quedado demostrada por lo bien que suple al ausente, habiéndose podido notar la hipertrofia funcional poco tiempo después de suprimido el homólogo y á pesar de que la enferma tenía cuatro meses de embarazo, el que en nada se perturbó por el hecho de la operación, y hoy que toca á su término, esa gestación impide palpar el riñón subsistente. Presenta á la enferma ya muy repuesta, con sus heridas completamente cerradas; pero como las cicatrices son algo gruesas, una está un poco ulcerada por el frotamiento de los vestidos. Mostró á la vez la pieza anatómica correspondiente.

El Sr. Presidente nombró al Sr. Dr. Villarreal para que se sirviera reconocer á dicha operada suspendiéndose mientras la sesión.

Abierta de nuevo, este señor manifestó: que la enferma era digna de llamar la atención, que tuvo una nefritis calculosa supurada del lado derecho la cual motivó una primera intervención que data de seis meses, practicándose la nefrectomía con extracción de un pequeño cálculo y dejando canalizado el riñón; pero como quedara una fistula, se hizo una segunda incisión delante de la primera, encontrando el riñón supurado y con un gran cálculo, decidiéndose por la nefrectomía. Hace notar igualmente que la enferma estaba embarazada cuando se verificaron ambas operaciones, á pesar de las cuales la gestación siguió su marcha ordinaria, llegando ya hoy casi á su término. En una de las cicatrices se advierte la escoriación de que hizo mérito el operador, sin que esto amengüe en nada el resultado

de la intervención que puede reputarse como perfecto; y sólo se permite hacer una observación referente al hecho de no haberse dado cuenta de la existencia de un segundo cálculo durante la nefrectomía lo que atribuye el operador, según lo dijo en lo particular, á la falta de la acupuntura renal; pero cree el Sr. Dr. Villarreal que hubiera sido de mejores resultados, desde este punto de vista, el desprendimiento del riñón que permite la exploración directa con el dedo. La ligadura separada del ureter y de los vasos, la juzga muy conveniente. Concluye felicitando al Sr. Dr. Suárez Gamboa, por el resultado tan feliz de su intervención.

Este señor agradeció las frases bondadosas del Sr. Dr. Villarreal y dijo que el diagnóstico de pielonefrosis calculosa se había hecho por exclusión; recordando á este propósito que dicho padecimiento depende de una infección por el gonococcus ó de calculos, teniendo que prescindir de la primera hipótesis por los antecedentes honestos de la enferma. La gran cantidad de pus que salió en la primera intervención le hizo no llevar más adelante la exploración del riñón para cerciorarse de la presencia del segundo cálculo, pues temió al desprenderse el órgano y tocarlo con el dedo infectar el peritoneo, contentándose por lo mismo con reconocer sólo la parte posterior de la glándula, y más cuando todos los fenómenos quedaban suficientemente explicados con la existencia del primer cálculo, sin que por esto niegue las ventajas de llevar á cabo una exploración completa.

El Sr. Dr. Villarreal no desconoce las dificultades de la cirugía renal; pero cree que á pesar de ellas debió insistirse desde un principio en hacer una exploración completa, con la mira de no exponer á la enferma á una segunda operación.

El Sr. Dr. Suárez Gamboa no desea contrariar las ideas emitidas; pero recuerda que además de las razones que ha expuesto, la paciente se hallaba muy delicada, en extremo extenuada, y que hubo algunas dificultades en la cloroformización que hacían temer un verdadero accidente, lo que le obligó á terminarla cuanto antes. Unidos todos estos motivos explican que no haya sido bastante prolijo en su exploración.

El Sr. Dr. Orvañanos dió lectura á su trabajo de turno, titulado: "Complementos indispensables á las obras del drenaje de la Ciudad de México."

El Sr. Dr. Villarreal presentó á una nueva operada de miomectomía en la que se demuestra la benignidad y eficacia de esa intervención cuando se hace en tiempo oportuno. El fibromioma de mayo-

res dimensiones que el puño, estaba situado en la cara anterior de la matriz, siendo la causa de abundantes hemorragias y de dolores intensos que hacían la vida de esta enferma en extremo penosa. Como el tumor era muy grueso y la vagina estrecha, decidió intervenir por la vía alta, llamando la atención el gran espesor de las paredes del vientre, debido á la gordura de la paciente. Cateterizado el útero midió 8 centímetros, no percibiéndose por ninguno de sus lados la saliente del tumor que era mural. Abierto el abdómen hizo una incisión en la cara anterior de la matriz, como si se tratara de la operación cesárea, y á un centímetro de profundidad encontró el tumor, el cual ya cerca de la mucosa se unía con otra segunda parte. Fué enucleado sin dificultad, evitándose tocar la mucosa para no poner la cavidad uterina, tan rica en gérmenes, en contacto con la herida operatoria. Practicó después la sutura del órgano, poniendo puntos entrecortados, hechos con catgut grueso, y en el intermedio puntos de Lembert para unir el peritoneo y dejó sin canalizar. No hubo ningún accidente consecutivo, salvo ligeros cólicos intestinales debidos á la constipación, los que cedieron suprimiendo la causa. Mostró la pieza anatómica correspondiente, suplicando se nombre una comisión para que reconozca á la operada.

El Sr. Presidente designó al Sr. Dr. Suárez Gamboa para que se sirviera hacer dicho reconocimiento, suspendiéndose mientras la sesión.

Abierta de nuevo, este señor dijo que cumpliendo con su cometido, examinó á la operada, que es una mujer gorda, de aspecto floreciente, con el vientre voluminoso en relación con su gordura, la que hace difícil percibir por la palpación los órganos pélvicos. Encontró en el hipogastrio, al nivel de la línea media, una cicatriz delgada, regular, sólida y que parece reciente. Se abstuvo de hacer el tacto vaginal por no exponer á la operada al riesgo de una infección, no teniendo á su disposición los útiles necesarios para la antisepsia de las manos. Interpeló al Sr. Dr. Villarreal para que se dignara decir si el tumor había sido único ó si al contrario encontró varios núcleos y si la sutura fué en masa comprendiendo todo el espesor de la herida ó por planos de la matriz. Terminó felicitándolo por sus vastos conocimientos y por la benignidad á que había hecho llegar una operación antes tan terrible sobre todo por la infección de la cavidad que se dejaba al quitar el neoplasma.

El Sr. Dr. Villarreal recordó que no había dividido la mucosa, quedando la herida sólo formada

por el músculo uterino y su peritoneo: que con un punto de catgut grueso comprendió todo el espesor de este músculo, usando otro intermedio de Lembert para el peritoneo, y en la misma forma continuó hasta cerrar toda la solución de continuidad de la matriz, borrando por completo la cavidad que dejara el neoplasma. Hallé un solo núcleo superpuesto á otro que parecía su continuación; pero cuando existen varios no vacila en hacer la miomectomía, pues prefiere dejar, en las mujeres todavía jóvenes, los órganos genitales tan completos como fuere posible, citando en apoyo de su aserto á una enferma que operó en compañía del señor Dr. D. Francisco de P. Chacón y á la que le extirpó 20 fibromiomas, conservando la matriz por una técnica que se reservó para describir en otra ocasión.

El Sr. Dr. D. Agustín Chacón dió lectura á un trabajo extraordinario titulado: "El uso de los cicloplégicos en la determinación y corrección de la miopía y del astigmatismo."

El Sr. Dr. Chávez lamentó no haber oído el trabajo anterior del Sr. Dr. Chacón y está de acuerdo con él en el fondo de las ideas que ha expuesto. En la mensuración y corrección de la hipermetropía le parece indispensable el empleo de los cicloplégicos, sobre todo en los niños, por ser en ellos tan frecuente el espasmo de la acomodación: cuando padecen de tal vicio en la refracción, pudiendo hasta suceder cuando no se suprime esa causa de error, que á los pequeños hipermetrópicos se les prescriban vidrios de miope como acaeció con una niña parienta del Sr. Dr. Vértiz y con otra de la familia del Administrador del Hospital Béistigui; en ambos casos, oftalmólogos, muy bien reputados, formularon lentes para miope, cuando en realidad se trataba de la hipermetropía. Por el contrario, en los miopes el espasmo referido es bastante raro, sobre todo de 15 años en adelante, y cree que por esto no es necesario en ellos el uso de los cicloplégicos, juzgándolos en cambio indispensables en el astigmatismo hipermetrópico y mixto, mientras que en el miópico, pasados los diez y seis años, su aplicación se hace excepcional. En los detalles de técnica á los que ha hecho referencia el Sr. Dr. Chacón, está igualmente de acuerdo.

Este señor siente á su vez que el Sr. Dr. Chávez no hubiera escuchado su trabajo anterior y dice que acostumbrados como hemos estado á la lectura casi exclusiva de autores franceses, que usan poco los cicloplégicos, cuando vió en los libros americanos la recomendación, quizá exagerada, que hacen de tales agentes, se propuso estudiar el punto y

tratar de conocer los fundamentos de esas opiniones divergentes, llegando á fijar en general, y no de un modo absoluto, el empleo de los cicloplégicos para determinar la refracción en la hipermetropía y en el astigmatismo, 35 años y en la miopía 30 años. Horington usa del mismo recurso en personas de 45 años ó menos, y dice que la determinación de la refracción, sin ayuda de los cicloplégicos, es un procedimiento anticientífico, rutinario, que causa grados al paciente y al oculista y de resultados falsos. Según Martín las contracciones espasmódicas miópicas son todavía más intensas que las de los hipermetropes; algunas veces no ceden ni con la atropina, y se necesita para hacerlas cesar, de la sugestión. El mismo autor asegura que la edad tampoco las hace desaparecer, persistiendo, en ocasiones, más allá de los 50 años.

El Sr. Dr. Chávez manifestó que á propósito de este asunto sostuvo en la Sociedad "Pedro Escobedo" una discusión con los Sres. Dres. Montañó y Uribe, dando él á conocer las opiniones americanas. La práctica de esos autores consiste en aplicar durante varios días la atropina para proceder después á la corrección de la refracción. El usa los cicloplégicos en los individuos hipermetropes cuya edad no pasa de 35 á 40 años, observando que ya no hay espasmo en los miopes de 15 á 20 años. En el pequeño Hospital de Nuestra Señora de la Luz, que tiene á su cargo, ha recogido un número considerable de observaciones, haciendo la mensuración y corrección de la refracción durante la aplicación de la atropina, después de ella, así como también sin poner el alcaloide y ha podido comprobar las ideas que acaba de exponer. La determinación exacta de los vidrios que convienen, la considera ciertamente útil; pero al formular ya los anteojos que deban llevarse hay que respetar cierto grado de espasmo de la acomodación, siguiendo el proceder de Donders y prescribir desde luego unos vidrios poco más fuertes de lo que se necesitan para disminuirlos después de algunos meses, cuando ha cesado ese espasmo.

El Sr. Dr. Chacón celebró mucho oír la opinión del Sr. Dr. Chávez, que es tan autorizada, y la que se prometió tener en cuenta para completar su estudio. Preguntó á este señor á qué dosis y por cuánto tiempo usó de la atropina en cada enfermo, pues conociendo estos detalles podrá fijar las conclusiones á que llega, porque usada á dosis insuficiente no paraliza completamente la acomodación, aun cuando dilate la pupila. Insistió en que la aplicación de los cicloplégicos no tiene inconvenientes

en los míopes y que hacen desaparecer el "eye strain" de los ingleses y el exceso de tensión ocular.

El Sr. Dr. Chávez, contestando á la pregunta del Sr. Dr. Chacón, dijo: que siguiendo la práctica de los americanos, instilaba la atropina durante ocho ó diez días y entonces procedía al examen. Repitió estar de acuerdo con casi todas las ideas del referido señor.

El 2º Secretario leyó el trabajo reglamentario del Sr. Dr. D. Miguel Otero, socio correspondiente en San Luis Potosí. Dicho trabajo se titula: "Tesis, La operación de Chopart es digna de conservarse con tal que se neutralice la retracción del tendón de Aquiles por el medio que se indica; en caso de no ser factible, es en los niños un proceder utilísimo la amputación intermaleolar del sustentante."

JESUS GONZÁLEZ URUEÑA.

Extracto del Acta número 10

SESION DEL 28 DE NOVIEMBRE DE 1900

Presidencia de los Srs. Drs. D. Manuel Gutiérrez
y D. José Terrés.

Lectura de una Memoria enviada por el Sr. Dr. D. Federico Semeleder, Socio Honorario residente en Córdoba. El Sr. Dr. Soriano lee un trabajo remitido por el señor Dr. F. Gayol y Soto y presenta á la enferma respectiva. Se nombra una Comisión para que la examine.—Discusión.

El 2º Secretario dió lectura á una Memoria que remitió el Socio Honorario Sr. Dr. Semeleder, la cual se titula: «Hereditad y Casualidad.»

El Sr. Dr. Don Manuel S. Soriano leyó un trabajo que por su conducto remitió á la Academia el Sr. Dr. F. Gayol y Soto, y presentó un diagrama, una radiografía del cráneo y á la enferma respectiva, agregando al concluir la lectura, que como él había tenido que hacer la primera curación de dicha enferma, pudo cerciorarse, al explorar la herida, de la presencia de esquirlas, situadas en una región bastante delicada y con abundante hemorragia, que en vista de tales circunstancias clasificó la lesión en el artículo 529 del Código Penal, clasificación que afirmó después, con alguna reserva, el Sr. Dr. Gayol; dejándola comprendida de un modo definitivo

cuando curó la paciente, en el artículo 528 del propio Código. Y que como hay algunas personas que no están de acuerdo con la referida clasificación, el autor del trabajo desea que la Corporación diga si estuvo ó no bien hecha.

El Sr. Presidente dispuso que la Memoria del señor Dr. Gayol se remitiera para los efectos del Reglamento al Presidente de la Sección de Medicina Legal y nombró en comisión á los Sres. Doctores López Hermosa y Chacón Don Agustín, para que se sirvieran reconocer á la enferma, suspendiéndose mientras la sesión.

Al abrirse de nuevo, el Sr. Dr. López Hermosa manifestó: que la persona examinada presenta una pequeña cicatriz, adherente á los tejidos profundos, apenas visible y situada en el ángulo interno de la región orbitaria derecha. Es de forma oval, midiendo como cinco milímetros en su diámetro mayor. A este nivel falta el esqueleto de la nariz, la que se halla deformada de una manera sensible. En el ojo del mismo lado se nota ligero estrabismo y algo estrecha la abertura palpebral. Esto es lo que puede comunicar por su parte, dejando al Sr. Dr. Chacón la descripción de lo que se encontró en el aparato de la visión.

Este señor, completando el informe anterior, dijo que poco tenía que agregar á lo expuesto por el señor Dr. Ramos en el trabajo á que se dió lectura, y tanto más cuanto que se necesitaría de mucho tiempo y de bastantes elementos para llevar á feliz término un reconocimiento de esta clase, el que sería mejor hacerlo de día para poder apreciar detalles de suma importancia, como los que se refieren por ejemplo al examen del sentido cromático, que no debe hacerse de noche. Comprobó, sin embargo, que las pupilas estaban casi iguales, algo más dilatada la derecha y parética á la acción de la luz. Los movimientos oculares observados separadamente no han sufrido alteración; pero se advierte diplopía cruzada, que depende de un ligero estrabismo convergente del ojo enfermo. La agudeza visual reducida á cero pocos días después del traumatismo de ese ojo, ha mejorado bastante, aumentando primero, según refiere el Sr. Dr. Ramos, á cinco centésimos de la normal, para llegar hoy á veinte centésimos; lo que la permite leer los caracteres de un periódico. Al exame oftalmoscópico se ve la placa de atrofia en forma de Y transversal, cuyas ramas abrazan la papila, que es oval, con gran eje vertical y de aspecto blanquecino; haciendo notar que tal decoloración de la papila no se halla siempre en relación con la agudeza visual, pues suele ser ésta normal en individuos

en los míopes y que hacen desaparecer el "eye strain" de los ingleses y el exceso de tensión ocular.

El Sr. Dr. Chávez, contestando á la pregunta del Sr. Dr. Chacón, dijo: que siguiendo la práctica de los americanos, instilaba la atropina durante ocho ó diez días y entonces procedía al examen. Repitió estar de acuerdo con casi todas las ideas del referido señor.

El 2º Secretario leyó el trabajo reglamentario del Sr. Dr. D. Miguel Otero, socio correspondiente en San Luis Potosí. Dicho trabajo se titula: "Tesis, La operación de Chopart es digna de conservarse con tal que se neutralice la retracción del tendón de Aquiles por el medio que se indica; en caso de no ser factible, es en los niños un proceder utilísimo la amputación intermaleolar del sustentante."

JESUS GONZÁLEZ URUEÑA.

Extracto del Acta número 10

SESION DEL 28 DE NOVIEMBRE DE 1900

Presidencia de los Srs. Drs. D. Manuel Gutiérrez y D. José Terrés.

Lectura de una Memoria enviada por el Sr. Dr. D. Federico Semeleder, Socio Honorario residente en Córdoba. El Sr. Dr. Soriano lee un trabajo remitido por el señor Dr. F. Gayol y Soto y presenta á la enferma respectiva. Se nombra una Comisión para que la examine.—Discusión.

El 2º Secretario dió lectura á una Memoria que remitió el Socio Honorario Sr. Dr. Semeleder, la cual se titula: «Hereditad y Casualidad:»

El Sr. Dr. Don Manuel S. Soriano leyó un trabajo que por su conducto remitió á la Academia el Sr. Dr. F. Gayol y Soto, y presentó un diagrama, una radiografía del cráneo y á la enferma respectiva, agregando al concluir la lectura, que como él había tenido que hacer la primera curación de dicha enferma, pudo cerciorarse, al explorar la herida, de la presencia de esquirlas, situadas en una región bastante delicada y con abundante hemorragia, que en vista de tales circunstancias clasificó la lesión en el artículo 529 del Código Penal, clasificación que afirmó después, con alguna reserva, el Sr. Dr. Gayol; dejándola comprendida de un modo definitivo

cuando curó la paciente, en el artículo 528 del propio Código. Y que como hay algunas personas que no están de acuerdo con la referida clasificación, el autor del trabajo desea que la Corporación diga si estuvo ó no bien hecha.

El Sr. Presidente dispuso que la Memoria del señor Dr. Gayol se remitiera para los efectos del Reglamento al Presidente de la Sección de Medicina Legal y nombró en comisión á los Sres. Doctores López Hermosa y Chacón Don Agustín, para que se sirvieran reconocer á la enferma, suspendiéndose mientras la sesión.

Al abrirse de nuevo, el Sr. Dr. López Hermosa manifestó: que la persona examinada presenta una pequeña cicatriz, adherente á los tejidos profundos, apenas visible y situada en el ángulo interno de la región orbitaria derecha. Es de forma oval, midiendo como cinco milímetros en su diámetro mayor. A este nivel falta el esqueleto de la nariz, la que se halla deformada de una manera sensible. En el ojo del mismo lado se nota ligero estrabismo y algo estrecha la abertura palpebral. Esto es lo que puede comunicar por su parte, dejando al Sr. Dr. Chacón la descripción de lo que se encontró en el aparato de la visión.

Este señor, completando el informe anterior, dijo que poco tenía que agregar á lo expuesto por el señor Dr. Ramos en el trabajo á que se dió lectura, y tanto más cuanto que se necesitaría de mucho tiempo y de bastantes elementos para llevar á feliz término un reconocimiento de esta clase, el que sería mejor hacerlo de día para poder apreciar detalles de suma importancia, como los que se refieren por ejemplo al examen del sentido cromático, que no debe hacerse de noche. Comprobó, sin embargo, que las pupilas estaban casi iguales, algo más dilatada la derecha y parética á la acción de la luz. Los movimientos oculares observados separadamente no han sufrido alteración; pero se advierte diplopía cruzada, que depende de un ligero estrabismo convergente del ojo enfermo. La agudeza visual reducida á cero pocos días después del traumatismo de ese ojo, ha mejorado bastante, aumentando primero, según refiere el Sr. Dr. Ramos, á cinco centésimos de la normal, para llegar hoy á veinte centésimos; lo que la permite leer los caracteres de un periódico. Al examen oftalmoscópico se ve la placa de atrofia en forma de Y transversal, cuyas ramas abrazan la papila, que es oval, con gran eje vertical y de aspecto blanquecino; haciendo notar que tal decoloración de la papila no se halla siempre en relación con la agudeza visual, pues suele ser ésta normal en individuos

que tienen aquélla casi blanca. Cree probable que la placa de atrofia sea un resto de hemorragia retiniana. Para terminar, recuerda que el Sr. Dr. Ramos espera ver restablecida á la enferma y le suplica se sirva dar cuenta con el resultado final que tenga.

Este señor prometió hacerlo con gusto y dijo que había comunicado á la Academia varios casos de neuritis óptica, citando entre otros, el de una señora que tuvo una infección estreptococcica consecutiva á un parto, siendo en ella la neuritis de igual naturaleza microbiana. Juzgó muy interesante el estudio de las inflamaciones periféricas del nervio visual, á las que los autores alemanes han llamado retro-bulbares, y en las cuales no hay escotoma, sino estrechamiento del campo periférico, debiendo fijarse bien la manera que tiene de perderse; por no ser idéntica en los distintos padecimientos oculares; así, por ejemplo, en la retinitis pigmentaria, el campo visual periférico disminuye concéntricamente, mientras que en la esclerosis de los cordones laterales se pierde por sectores. La campimetría especial para cada color es también muy importante. Refiriéndose al caso actual, recordó que la enferma presentada ofrecía la estrechez menor del campo hacia abajo y la más grande arriba, é insistió en que tenía esperanzas de verla mejorada con el enérgico tratamiento que se había puesto en práctica y que ha consistido en inyecciones hipodérmicas de cianuro de mercurio de Roussel y en la ministración de la estriquina y del yoduro de potasio, citándose casos en los Anales de Oculística, en los que todavía, después de un año de usarse dicha medicación, mejora la agudeza visual. Por lo que toca al interés médico legal de la cuestión, no lo estimó de trascendencia práctica por haberse suicidado el herido; pero convino en que la trayectoria del proyectil fué muy caprichosa, hiriendo á su paso la órbita, el recto externo y el nervio óptico.

JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA.



TERAPEUTICA

CREOSOTA Y CACODILATO DE SOSA EN LA TUBERCULOSIS INCIPIENTE

La observación enseña que la frecuencia de la tuberculosis en las ciudades va aumentando siempre en proporción mucho mayor que la que corres-

ponde al crecimiento de la población, y es ésta una de las causas del aumento de la tuberculosis que se observa en México, siendo otra, y muy poderosa, la afluencia muy notable de personas tuberculosas que vienen de las costas y aun de otros lugares, con la esperanza de encontrar aquí un clima en que sea fácil la curación de su dolencia, y como cada uno de estos pacientes no sólo aumenta en una unidad la cifra total de enfermos en esta ciudad, sino que puede infectar á una ó varias personas sanas, se explica el incremento real que ha tomado la citada tuberculosis, que aumenta de día en día.

De aquí el que hoy, más que nunca, debemos preocuparnos en buscar cuáles son los mejores medios para combatir esa enfermedad, y ponerlos en práctica lo más pronto y de la mejor manera posible.

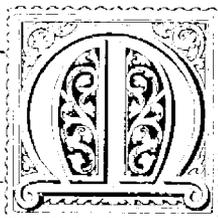
No hay que olvidar que verdaderamente el período en que es curable la tuberculosis, es el primero, pues son muy raros los casos en que se logra la curación en el segundo, y completamente excepcionales aquellos en que se consigue en el tercero. No debemos esperar, por lo mismo, la aparición de los bacilos en los esputos, para instituir un tratamiento; porque para que se presenten y, sobre todo con la abundancia suficiente para ser hallados sin que quede duda, haciendo dos ó tres preparaciones microscópicas, se requiere que varios tubérculos hayan pasado del período de granulación gris al de caseosa, y más todavía, que se hayan desagregado ya, vaciándose en los bronquios, supuesto que dichos bacilos son excepcionales fuera del centro de la granulación.

Por fortuna, en la mayoría de casos se puede establecer un diagnóstico probable de la tuberculosis pulmonar, mucho antes de que haya bacilos en los esputos, siempre que se estudie con cuidado al paciente.

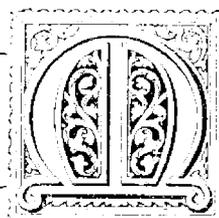
No intento enumerar, ni someramente siquiera, los principales recursos de que en mi concepto se debe echar mano en el tratamiento del tuberculoso, pues la tarea sería ardua, supuesto que cada uno de los detalles de ese tratamiento es aceptado por unos médicos y rechazado por otros, y tendría que extenderme largamente para exponer los fundamentos de mis opiniones en este asunto tan complicado. Aun las medidas higiénicas y el tratamiento tónico y reconstituyente, cuya utilidad es innegable y admitida por todos, siempre que se menciona sin entrar en detalles, originan discusiones desde el momento en que se disciende á ellos, y yo estoy habituado á oír opiniones distintas en asuntos que me



aceta



édica de



éxico

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO I

MEXICO 15 DE ENERO DE 1901

2ª SERIE.—NUM. 2

Extracto del Acta número 9

SESION DEL 5 DE DICIEMBRE DE 1900.

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés

Lectura por el Sr. Dr. Gaviño. — Discusión. — Trabajo reglamentario enviado por el Sr. Dr. Gutiérrez.

El Sr. Dr. Gaviño leyó su trabajo reglamentario titulado: «El Bacillus Coli y las infecciones intestinales. Rareza de la fiebre tifoidea en México.»

El Sr. Dr. Ramos usó de la palabra con objeto de manifestar que abunda en las ideas expuestas por el Sr. Dr. Gaviño, á las que desea referirse, no desde el punto de vista bacteriológico, sino desde el clínico. Cree que si la fiebre tifoidea existe en México, debe de ser rara, pues son contados los casos que le ha tocado observar, tanto en su clientela civil, como en la práctica nosocomial. Recordó que cuando estudió 2º año de medicina, hubo una epidemia de tifo en la ciudad y acudían como era natural numerosos enfermos al Hospital Juárez, en el que por entonces practicaba, y entre tanto paciente no hubo uno solo de fiebre tifoidea. Hace pocos años concurrió también al mismo establecimiento para estudiar clínicamente el tifo y tampoco encontró un solo tipo de forma abdominal de tal padecimiento. En las conversaciones que ha tenido con los Médicos Directores de las Salas de tifosos, entre otros con el señor Dr. Berrueco, cuya honorabilidad y competencia eran notorias, le han asegurado que nunca había ingresado en su servicio un atacado de fiebre tifoidea. En la clientela civil, tanto entre sus propios enfermos como entre los que ha sido llamado para ver en consulta, citó un caso único de tifo abdominal, acaecido en un hijo de un juez de Chiapas, el Sr. Don José Quirino Domínguez, el que vivía en el Mirador de la Alameda, en donde dice el Sr. Dr. Ramos que

son muy frecuentes y malignos los casos de tifo, lo mismo que en el Puente de San Francisco. Dicho enfermo presentó el cuadro típico de la fiebre tifoidea con cuyo diagnóstico estuvo de acuerdo el señor Dr. Liceaga que fué llamado en junta. Hubo en efecto marcha ascendente de la temperatura con su período estacionario y decrecimiento lento y gradual, tan distinta de la del tifo; aparecieron en el tiempo fijado las manchas lenticulares, rosadas, peculiares á la tifoidea, no hubo constipación, sino al contrario, diarrea, ofreciendo las deyecciones esa división particular en dos partes cuando se las deja en reposo: una superior líquida y otra inferior pastosa; no faltó el dolor en la fosa ilíaca derecha, con aumento de la sensibilidad en el resto del vientre, no dándole importancia al borborigmo en la región cecal porque hoy es bien sabido que no es ni con mucho patognomónico de la fiebre tifoidea, y que sólo denota el conflicto entre líquidos y gases intestinales; sobrevino igualmente la bronquitis de regla en esta enfermedad y rara en el tifo; la duración de la pirexia fué de treinta y tantos días, cuando la del tifo exantemático no pasa de tres septenarios. Hubo á mayor abundamiento una recaída, tan común en la tifoidea; pero nunca comparable al tifo recurrente, producido por la presencia en la sangre de los atacados, del espirito especial de Obermeier. No aparecieron, en cambio, las hemorragias intestinales, que si bien es cierto constituyen un síntoma frecuente del tifo abdominal, sin embargo, sólo por su ausencia no podría negarse la personalidad clínica de esta enfermedad. No se hizo el diagnóstico bacteriológico, el que por otra parte no es absolutamente indispensable, pues en toda la época premicrobiana nuestros antecesores conocían y diferenciaban muy bien esta y otras enfermedades infecciosas, sin el auxilio de la bacteriología y ateniéndose sólo á los datos clínicos.

Hace poco tiempo tuvo un caso de fiebre remitente, muy distinta de la dothienentería, en una hija del

Notario San Marín en la que se prolongó demasiado el padecimiento, siendo llevada á Puebla después de cincuenta y tantos días de enfermedad. Cree posible que tales infecciones dependan del bacillus Coli, de tan difícil diferenciación con el de la fiebre tifoidea, lo que ha llevado á decir á ciertos autores que ambos bacilos son morfológicamente iguales; pero no duda que el Sr. Dr. Gaviño, por los conocimientos especiales que tiene en la materia, sí habrá logrado distinguir entre sí á estos microorganismos. Hizo mérito el Sr. Dr. Ramos de la notable monografía escrita en el año de 1848 por el célebre clínico mexicano Sr. Dr. Jiménez, en la cual diferenciaba ya el tifo exautemático ó tabardillo de la fiebre tifoidea, cuando todavía en Europa médicos tan ilustres como Louis, Chomel y otros no establecían este diagnóstico y describían las dos enfermedades como una sola entidad morbosa. El señor Dr. Jiménez no conoció la Bacteriología, pero le bastaron sus profundos conocimientos clínicos y anatomopatológicos para fundar dicha dualidad. Por eso año por año hace resaltar el Sr. Dr. Ramos en sus lecciones, los méritos del Dr. Jiménez, que tuvo oportunidad de adquirir una práctica inmensa en lo que al tifo se refiere, por haber vivido en la época de nuestras revueltas, en las que atendió á muchísimos soldados tíficos, lo mismo que en el Hospital de San Andrés y en el de San Juan de Dios, destinado entonces á un objeto distinto del que tiene hoy; no encontrando entre tan numerosos casos, sino uno solo con lesiones intestinales que hubieran podido hacer pensar en la dothienentería; pero que en realidad eran tuberculosas. Si se ha de creer en todo esto, es necesario aceptar que la fiebre tifoidea es aquí excepcional. Con respecto á lo que pasa fuera de la capital, puede asegurarse que hay otros lugares del país en los que no es tan raro el citado padecimiento: así, por ejemplo, en San Luis Potosí solían darse algunos casos, de los que fué víctima un hermano del mismo Sr. Dr. Ramos; pero al modificarse las condiciones higiénicas de aquella población, parece que ha disminuído la dothienentería, aumentando en cambio, los casos de tifo por la construcción de unas arceas imperfectas. También se observa en Toluca, con relativa frecuencia, el tifo abdominal, sobre todo en una plaza donde estaba situado el Rastro de la ciudad; así tuvo oportunidad de comprobarlo el Sr. Dr. Ramos cuando ejerció en aquel lugar, siendo de igual parecer el Sr. Dr. Antonio Hernández, médico acreditado en la población. En síntesis, está de acuerdo con las ideas emitidas por el Sr. Dr. Gavi-

ño en lo relativo á la rareza de la fiebre tifoidea entre nosotros, al contrario de lo que pasa en Francia en donde el tifo es poco frecuente, mientras que en Irlanda es muy común.

El Sr. Dr. Hurtado cree interesante esta cuestión no sólo aquí, sino en Europa, en donde á menudo se suscitan controversias para dilucidar el diagnóstico de enfermedades que pueden confundirse con la fiebre tifoidea. Tal ha sido el caso de una epidemia que apareció no ha mucho en Madrid, y según refirió la "Revista de Medicina y Cirugía" que se publica en aquella capital, hubo médico que vió 600 atacados, dividiéndose las opiniones sobre la verdadera naturaleza del mal, pues mientras unos creían que se trataba de formas oscuras de la fiebre tifoidea, otros pensaban en el tifo, viniendo por fin á zanjar las dificultades el examen bacteriológico que reveló en algunos enfermos el bacillus tífico. Semejante diagnóstico también se impone entre nosotros y debería estar confiado á un cuerpo especial, como por ejemplo al Consejo Superior de Salubridad. Pero mientras esto no se realice, nos queda el diagnóstico clínico, infiel algunas veces. Ha visto con el Sr. Dr. Licéaga dos ó tres casos de dothienentería, uno en la hija del Administrador del Hospital de Maternidad, contiguo al Hospicio de Pobres, en el que hubo una epidemia de tifo que atacó á 300 asilados, de los cuales todos se salvaron, menos el médico que los asistió. La hija del Administrador duró 60 días con la fiebre.

No admite la intervención del paludismo para explicar los casos dudosos, porque en los reconocimientos de sangre que ha tenido ocasión de hacer, no ha encontrado nunca el hematozoario de Laveran, ni el pigmento característico, ni esas fiebres han obedecido tampoco á la acción de la quinina. Hay entre estas remitentes algunas que no encajan en el cuadro de las infecciones intestinales, por la falta completa de perturbaciones de parte de tal aparato.

Citó el caso de una jovencita de Tacubaya que tuvo una calentura intermitente, que al principio hizo pensar á uno de los Socios de la Corporación, que era el médico que la atendía, en una infección intestinal; pero, pasados ocho días, atribuyó la causa del padecimiento á la malaria, aunque no surtió la quinina. A los doce días de enfermedad se hizo cargo de la curación el Sr. Dr. Hurtado, vacilando á su vez en el diagnóstico. La casa de la jovencita está situada en un terreno bajo de la Colonia Escandón de aquella ciudad y en los alrededores se habían presentado casos semejantes de fiebre. La enferma

tenía unas cuantas petequias, estaba constipada, con la lengua saburral, la temperatura se aproximó al tipo ascendente aunque no al clásico de la tifoidea, cediendo por lisis después de 24 días. Autorizó entonces que tomara la paciente un poco de caldo y á los cuatro días de la defervescencia se reanudó la fiebre, reapareciendo las petequias y sobreviniendo diarrea. Diagnosticó una forma larvada de la dothieneria, en la que, repite, no produjo ningún resultado favorable la quinina, pero sí los baños. Hace notar que la temperatura, que llegó á ser hiperpirética, bajó fácilmente con el salicilato de sodio y algún otro succáneo, llegando un día hasta 36° lo que le obligó á continuar ministrando dosis mínimas de esos medicamentos. En el tercer septenario se presentaron síntomas de catarro pulmonar en los vértices, y no hubo ninguna manifestación reumatisal, durando en conjunto la enfermedad 48 días. Como este caso, hay muchos de diagnóstico verdaderamente difícil en los que la reacción Widal sería un auxiliar precioso, como lo fué en la epidemia de Madrid, y esta necesidad se hace sentir aún más entre nosotros para cumplir con las disposiciones del Consejo Superior de Salubridad, en lo tocante á la declaración obligatoria de ciertas enfermedades infecciosas. Por esto se lamenta de la falta de un gabinete especial en el que pudieran emprenderse este género de investigaciones.

Pudo cerciorarse en su reciente viaje al Estado de Sonora, que el tifo en la frontera es en realidad raro, sin embargo de que supo que en Magdalena y en Guaymas se habían observado algunos casos y aún él mismo vió uno muy benigno en Hermosillo, importado quizá de esta Capital, en donde el paciente había estado poco tiempo antes de enfermarse.

El Sr. Dr. Noriega profesa ideas semejantes á las emitidas por los Sres. Dres. Gaviño y Ramos. A su vez recordó el caso de un hijo del Sr. Dr. Septién de Querétaro: tuvo una afección febril que al principio se creyó fuera de origen palúdico; pero después se confirmó era fiebre tifoidea. Le parece que el Sr. Dr. Ferrés vió también á este enfermo y fué de la misma opinión, no estando seguro quién de los Sres. Dres. Gaviño ó Toussaint hizo el examen bacteriológico. Hace como un año tuvo otro caso en la esposa del Sr. Dr. Urrutia, á la cual se le diagnosticó tuberculosis intestinal; pero el Sr. Dr. Noriega no estuvo conforme con esa manera de ver y sostuvo que se trataba más bien de la dothieneria, parecer que hizo sayo el Sr. Dr. Rivero que fué llamado en consulta. Por último hace varios años

al principio de su práctica profesional atendió á otra enferma, parienta del Sr. Dr. Icaza, y en la que se presentó el cuadro completo de la fiebre tifoidea, corroborando esta opinión el Sr. Dr. Barragán, á pesar de que no se hizo la prueba bacteriológica. Para terminar, suplicó al Sr. Presidente dijera que si el caso del Sr. Dr. Septién fué el mismo para el que se le consultó.

El Sr. Presidente manifestó que realmente vió á un hijo del Sr. Dr. Septién, pero sin duda en otra enfermedad distinta de la que ha hecho mérito el Sr. Dr. Noriega, pues dicho paciente sufría entonces de calenturas intermitentes, sintomáticas de una pleuresía con derrame, sabiendo más tarde, por una carta del padre del enfermo, que ese diagnóstico se confirmó. A pesar de una pleuresía, este paciente no guardaba cama y salía á la calle y hasta se pensó en que tenía palúdismo, haciéndose el exámen de la sangre en el Instituto Médico por los Sres. Dres. Altamirano y Armendáriz.

El Sr. Dr. Gaviño, antes de hablar del punto que se discute, desea referirse á este último enfermo que dió lugar, en el seno de la Academia, á un debate interesante. Hizo entopces el exámen de su sangre y encontró formas muy características del hematozoario de Laveran, trayendo á la Corporación algunas de las preparaciones, que puede aún conservar. Cree por esto que á la vez haya podido tener palúdismo y pleuresía. En cuanto á la fiebre tifoidea, la padeció después cuando regresó á Querétaro. Volviendo al punto principal de que se trata, se alegra de que los señores que le han precedido en el uso de la palabra, estén de acuerdo con las ideas que expuso en su trabajo. Recientemente ha visto tres enfermos á los que se les diagnosticó fiebre tifoidea: dos son hijos del Sr. Dr. Ruiz, y en junta con los Sres. Dres. Sosa y Vázquez Gómez manifestó su inconformidad de que se tratara de la tifoidea, inclinándose en pró de una infección de bacillus coli; bastando el simple tratamiento higiénico y lavativas de agua salada para conjurar todos los accidentes, inclusive las manifestaciones cerebrales que hasta hicieron pensar en la meningitis. El otro enfermo fué atendido por el Sr. Dr. Zárraga, y tuvo, entre otros síntomas, hemorragia vesical, que no es frecuente en la dothieneria; pero que sí se observa en varias infecciones bacilares por las alteraciones renales que producen. Esto no significa que haga la crítica de tales diagnósticos, pues el mismo Sr. Dr. Gaviño ha creído tener la convicción de encontrar la fiebre tifoidea en algunos en-

fermos, y nada menos á un primo suyo que tuvo una fiebre prolongada, lo supuso afectado de tifoidea. Pero después ha modificado sus ideas en vista de que nunca ha encontrado el bacilo de Ebberth ó sus reacciones, confesando con ingenuidad que al principio de sus trabajos atribuyó esto á poca pericia, no obstante que se sujetaba en un todo á la técnica prescrita; mas convencido que no dependía de esto el resultado negativo de sus experiencias, hasta dejó perder los cultivos de microbio tífico que personalmente trajo del Instituto Pasteur de París.

Es digno de notar que los supuestos casos de fiebre tifoidea se observaron en habitaciones higiénicas, en las que se toma el agua filtrada y alimentos sanos y nunca se ven en los hospitales que guardan condiciones opuestas. Juzga muy importante la comprobación bacteriológica de todos estos diagnósticos, sobre todo en lo que se refiere á las llamadas formas larvadas de la fiebre tifoidea. Para realizar este desideratum ha pedido posteriormente á la Habana y á Baltimore nuevos cultivos de bacillus de Ebberth, y aunque le han prometido mandarlos no lo han hecho aún, por lo que sería bueno pedirlos á la frontera ó á otro lugar en que sea común dicho padecimiento.

El Sr. Dr. Maconzet dijo que había sido llamado en junta para ver á uno de los niños á que se refirió el Sr. Dr. Gavino y lo encontró con el cuadro clásico de la fiebre tifoidea: tenía manchas lentiginosas, y hemorragias, no sólo vesicales sino intestinales. En el Hospital de Infancia se han encontrado en algunas autopsias las lesiones anatomopatológicas de la dothienenteria.

Al Sr. Dr. Mendizábal le pareció interesante la cuestión, la que sólo podrá resolverse de una manera completa mediante investigaciones bacteriológicas. Tiene hábito de ver la fiebre tifoidea por ser común en los lugares del Estado de Veracruz en donde ha ejercido, y aquí ha encontrado enfermos con el cuadro clásico de ese padecimiento que no le han dejado duda en el ánimo, siendo en relación más numerosos los casos observados en Coyoacán que los que ha tenido en México. Se promete para lo sucesivo rectificar estos diagnósticos con la contraprueba de los estudios bacteriológicos.

El 2º Secretario leyó el trabajo reglamentario enviado por el Sr. Vicepresidente, Dr. D. Manuel Gutiérrez. Dicho trabajo se titula: "Ligerísimas consideraciones sobre la necesidad de instituir un tratamiento profiláctico de los abscesos del seno."

JESÚS GONZÁLEZ URCEÑA.

Extracto del Acta núm. 12

SESION DEL 19 DE DICIEMBRE DE 1900.

Presidencia de Sr. Dr. D. José Terrés.

Lectura por el Sr. Dr. Hurtado.

El Sr. Dr. D. Francisco Hurtado, leyó su trabajo de turno titulado: "Qué debe entenderse por laparotomía exploradora?"

JESÚS GONZÁLEZ URCEÑA.

Extracto del Acta núm. 13

SESION DEL 26 DE DICIEMBRE DE 1900.

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés.

Lectura extraordinaria por el Sr. Dr. Villarreal.

El Sr. Dr. D. Julián Villarreal leyó un trabajo extraordinario que lleva por titulo: "Contribucion al estudio de la anestesia por las inyecciones intraracenoideas ó intraracúquideas de cocaína."

JESÚS GONZÁLEZ URCEÑA.

MEDICINA LEGAL VETERINARIA

Breves consideraciones sobre Medicina Legal Veterinaria

Cuando la nación mexicana ha entrado en un período de paz que promete ser duradera y benéfica para el progreso de las ciencias, del comercio, de la industria, de la agricultura, etc., natural es que todos los grupos sociales se ocupen activamente de dotar al país con todos los progresos que cada ramo civil necesita para su propio engrandecimiento y el de la colectividad en general.

La medicina se ha ocupado ya de estudiar ó iniciar las leyes concernientes á éste ramo; pero la medicina veterinaria, muy recientemente implantada en nuestro país, carece por lo mismo de las leyes que le deben ser adecuadas, y en el Código Civil apenas existen las que en general se ocupan de los con-

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Extracto del Acta núm. 14

SESION DEL DIA 2 DE ENERO DE 1901

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés

Lectura por el Sr. Profesor Aragón.—Discusión.—Lectura del trabajo reglamentario enviado por el Sr. Doctor Santos Fernández, Socio Correspondiente en la Habana.—Continuó la discusión del tema siguiente, propuesto por el Sr. Presidente: "Momento más oportuno para intervenir en caso de apendicitis."

El Sr. Profesor D. Manuel G. Aragón dió lectura á su trabajo de turno titulado: "La Psorospermiosis de los ganados que se destinan al consumo público."

El Sr. Dr. Lugo Hidalgo, contestando á la pregunta que hace en su trabajo el Sr. Aragón, manifestó: que de una manera general desde el momento que una enfermedad es parasitaria, sus gérmenes productores pueden vivir en varios medios análogos, siendo por lo mismo posible su transmisión de los animales al hombre. La cuestión que propone el autor del trabajo es poco conocida, habiendo sobre ella opiniones diferentes, sin que se haya siquiera logrado clasificar debidamente á los oxidios, de los que, según los autores alemanes, hay tres variedades que del intestino pueden emigrar á los músculos, en los cuales no causan por lo común flogosis supurativas, siendo notable en el caso del Sr. Profesor Aragón que dichos parásitos hubieran producido en el esplenio, grueso músculo en donde fueron encontrados, la formación de una cavidad, pues la triquina, por ejemplo, que también emigra á los músculos, muy rara vez origina flegmasias, sino que se enquistá, se cretifica y muere. La circunstancia de que se ha hecho mérito en el referido trabajo, podía tal vez establecer la distinción entre la triquina, el cisticerco y el parásito que estudia el Sr. Profesor Aragón. La forma ovoidea que este Señor le señala, es también notable y difiere de la descrita por los alemanes. En cuanto al hecho de que si el citado parásito podría ser nocivo á la salud del hombre, cree el Sr. Dr. Lugo Hidalgo que no hay datos para resolverlo definitivamente; pero sí estima conveniente que se secuestraran del consumo las carnes así contaminadas, por ser ya, cuando menos, un alimento de menor poder nutritivo.

El 2º Secretario leyó el trabajo de Reglamento enviado por el Sr. Dr. D. Juan Santos Fernández, Socio Correspondiente en la Habana. Dicho trabajo lleva el siguiente título: "Ventajas de la disección de la cápsula con el cuchillo en la extracción de la catarata luxada."

El Sr. Presidente recordó á los Sres. Académicos la discusión que se quedó pendiente sobre el tema que propuso, referente al momento más oportuno para intervenir en los casos de apendicitis, é insistió sobre la tendencia que hay entre nosotros de recurrir demasiado tarde á la cirugía, tratándose de ese padecimiento, y citó en apoyo de su aserto el caso de un joven de 14 años de edad, asistido por un compañero que diagnosticó oportunamente apendicitis, la que trató sólo por medios médicos, pues cuando se pensaba en operar murió el paciente á consecuencia de la peritonitis. Teniendo en cuenta los peligros ulteriores á que expone la apendicitis, una vez conjurado un ataque agudo, tampoco habría motivo para ser tan parco en las intervenciones, porque los accidentes consecutivos que suele originar pueden ser de positiva gravedad. Tal fué el caso de otro joven de 20 años de edad, víctima de una inflamación aguda del apéndice, bien diagnosticada, de la que se le dió por curado, permitiéndosele hasta salir á la calle; pero como experimentara grandes molestias en el vientre, acusando en él la sensación de un fuerte peso, consultó al Sr. Presidente, el que halló una colección purulenta que prominaba á la simple vista y que exponía á este paciente á los riesgos de una infección, sobre todo por la vía venosa. Repite que por esto desea conocer la opinión de los socios presentes sobre asunto de tanta importancia.

El Sr. Dr. Hurtado juzgó la cuestión de interés palpante y convino en que los síntomas que algunas veces ofrece la apendicitis, como el dolor agudo, la extrema ansiedad, la calentura alta y hasta el cuadro de la peritonitis, forman una situación grave, que cada cirujano resuelve á su manera. Recordó que el año pasado se trató este punto en la Sociedad de Cirugía de Burdeos y unos con Villar se declararon intervencionistas entusiastas, casi tanto como los americanos, aduciendo en su favor una estadística brillante de más de 60 operaciones con 5 ó 6 defunciones, y éstas en casos muy avanzados, de apéndice perforado y ya con peritonitis. A pesar de esto, hay veces, sin embargo, en las que se vacila y en las que es fácil equivocarse el diagnóstico, confundiendo los accidentes de razón apendicu-

lar con los del cólico hepático, nefrítico, etc. Otros con Demons formaron el partido de los que creen curar con sólo medicamentos ó con intervenciones tardías el mayor número de apendicitis, no habiendo duda en que la operación se impone cuando la supuración se ha colectado ó ha formado á distancia del foco primitivo trayectos más ó menos numerosos: entonces conviene abrir y canalizar los abscesos, respetando las bridas que han hecho las veces de barrera protectora para impedir la infección de la serosa abdominal. Con este propósito recordó el caso de un joven violinista del que tuvo conocimiento el Sr. Dr. Terrés y que fué operado con éxito por el Sr. Dr. Icaza. Ateniéndose á su corta experiencia, cree el Sr. Dr. Hurtado que hay casos de apendicitis que tratados desde el principio pueden curar con sólo los medios médicos; así sucedió con un Señor de Hermosillo, de 45 años de edad, que después de haber cometido excesos alimenticios experimentó un fuerte dolor en la región cecal, el que desde luego trató de calmar el Sr. Dr. Hurtado por medio de las inyecciones de morfina, por ser esta una indicación capital que no debe descuidarse; al siguiente día ministró el aceite de ricino á dosis purgante, obteniéndose un efecto favorable, y no obstante una recaída que sufrió el enfermo, curó con sólo el tratamiento médico. En otra señora de la familia del Sr. Dr. Villada se presentó el cólico apendicular, simulando el hepático, que en otras veces había padecido la enferma, y sanó también sin necesidad de recurrir á la intervención quirúrgica. Pero hay, en cambio, otros hechos que no son del resorte de la medicina y en los cuales no sería prudente esperar por la suma gravedad que revisten desde el principio, y aun suele acontecer, como en los citados por Villar y Demons, que se hallen afectados, además del apéndice, otros órganos que no se suponían interesados. El Sr. Dr. D. Ignacio Prieto tuvo en su práctica un caso de apendicitis que se inició desde los primeros días con síntomas muy serios, que no lograron atenuar los medicamentos, pues hasta hubo manifestaciones peritoneales generalizadas que hubieron de ceder en parte con grandes inyecciones de suero artificial. Ahora la peritonitis se ha localizado y se podrá ya intervenir con más probabilidades de éxito. Recordó á la vez el caso del joven cartero que relató en detalle en su reciente trabajo reglamentario: hubo síntomas de mucha gravedad que hasta se atribuyeron á un derrame purulento del peritoneo, cuya causa no se explicaba. Fué á verlo el Sr. Dr. Hurtado y decidida la inter-

vención, salieron al abrir el vientre verdaderos torrentes de pus, encontrando los intestinos adheridos y el tejido celular disecado, absteniéndose de explorar el apéndice. El enfermo siguió bien después de la intervención y hoy está salvado. En las mujeres, hay, además de las dificultades inherentes al diagnóstico de toda apendicitis, las que origina la coincidencia de los padecimientos genitales, y más tratándose de las jóvenes, en las cuales las familias no permiten que se haga un examen completo. Así ha visto á una señorita, tres veces víctima de apendicitis graves, de las que por fortuna ha salvado. Cree que la repetición de accidentes apendiculares justificaría la intervención, la que practicada en las primeras horas del mal aumenta en benignidad.

El Sr. Presidente aclarando, algo de lo dicho, indicó que el caso al que se ha referido el Sr. Dr. Hurtado, relativo al joven violinista, es más bien contrario á la tesis que se pretende sostener para retardar la intervención en ciertos casos de apendicitis: en efecto, ese paciente no fué operado en frío, sino en pleno período agudo, al cuarto día de enfermedad y habiendo advertido el Sr. Dr. Terrés desde el tercero la necesidad de la operación, la que fué practicada por el Sr. Dr. Icaza, el que se limitó prudentemente á evacuar el pus y canalizar, sin explorar el apéndice.

El Sr. Dr. Zárraga ha tenido en su práctica algunos casos de apendicitis y confiesa en verdad que la única intervención precoz que se ha llevado á cabo fué un hecho desgraciado. En el Hospital de Jesús vió, en compañía del Sr. Dr. Carmona y Valle, un caso de este padecimiento tratado por medios médicos con resultado satisfactorio. Otro en la calle de Pachito, del que tuvo noticia el Sr. Dr. Olvera, con síntomas muy graves, que curó también sin intervención rápida, la que sólo se hizo después, para desbridar un absceso que se formó. En una calle por el rumbo de Santiago tuvo otro enfermo, al que se le diagnosticó primero fiebre tifoidea, y después, en una junta, tuberculosis abdominal, siendo que en realidad tenía apendicitis: fué igualmente un éxito con intervención tardía. En un niño hijo de un comerciante de Chiapas se intervino por el mismo capítulo; pero al caer en el tejido celular subperitoneal, vieron la vejiga gangrenada, casi perforada, la que se trató convenientemente cicatrizando después la fístula y salvándose el paciente no obstante que le sobrevino un hemón peri-renal. Otro hecho de operación precoz se refiere á un español del Cajón del Bazar, en el que se intervino á las 48

horas, encontrando un absceso que se canalizó, muriendo, sin embargo, el enfermo. En resumen, 6 casos con sólo una intervención rápida fatal y las otras 5 tardías de resultados favorables.

JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA.

Extracto del Acta número 15

SESION DEL 9 DE ENERO DE 1901.

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés

Comunicación del Sr. Dr. Hurtado.—Discusión.—Consulta hecha por el Sr. Dr. Maconzet.—Discusión.—Reflexiones del Sr. Dr. Gutiérrez.—Discusión.

El Sr. Dr. Hurtado refirió un caso interesante de una enferma que vió por la primera vez, en el Hospital de San Andrés, hará como unos dos años y que padecía metritis crónica, consecutiva al último parto que fué distósico; necesitando la intervención con el forceps y sobreviniendo un puerperio séptico. Los dos alumbramientos anteriores á éste habían sido felices. Desde la fecha del último, aparecieron trastornos de la menstruación, caracterizados por menorragias abundantes, y tanto para corregir éstas como las demás molestias originadas por la metritis, se le hizo el legrado de la matriz y se le aplicó la terapéutica intra-uterina con el cloruro de zinc, el nitrato de plata, etc.: pero la paciente, aunque muy mejorada, se fastidió de permanecer en el Hospital y fué preciso darla de alta. Hace como dos meses volvió á ingresar al mismo establecimiento quejándose de menstruaciones muy difíciles, y estando bastante extenuada y nerviosa. Examinando sus órganos genitales, se advertía el cuerpo de la matriz grueso, en anteversión y el istmo estrecho propio de la pelvicolitis. Se pensó, además de la metritis crónica, en la posibilidad de que existiera un fibromioma uterino, y como no diera resultado ni el reposo, ni la ergotina, ni los otros medios puestos en juego para remediar esta situación intervino el Sr. Dr. Hurtado, el sábado pasado, en compañía de los Sres. Dres. Don Ignacio Prieto y Bulman, á reserva de rectificar ó ratificar el diagnóstico a proximado que se había formado. Hecha la incisión en el hipogastrio, la que después se amplió un poco hacia el ombligo, se halló la matriz gruesa en antección, sin huella de fibromioma, los ova-

rios microquísticos, con las trompas abultadas, impermeables, con sus pabellones cerrados y perdidas las relaciones con los ovarios, lo que hacía imposible el paso de la sangre de estas glándulas, á la cavidad del útero, por intermedio de aquellos conductos. Empleó el método americano, siguiendo el peritoneo por el contorno del anexo izquierdo hasta el límite del cuello uterino, siendo más difícil la ablación del anexo derecho en el que se rompió un pequeño quiste cuyo líquido fué luego recogido para evitar su contacto con el peritoneo. Se revisó el apéndice, hallándolo sano y en relación con el anexo correspondiente. Se hizo, por último, la extirpación de la matriz. La hemorragia fué pequeña, se suturó el peritoneo y la vagina, sin canalizar, aplicando una curación apropiada. Pero como al día siguiente se elevó un poco la temperatura, se abrió el fondo vaginal, dando salida á un líquido sanguinolento, de mal olor, con lo que bastó para que la enferma siga bien, y espera poderla presentar en la próxima sesión, lo mismo que las piezas anatómicas correspondientes, que son muy interesantes. Para mayor inteligencia de los detalles de la técnica empleada, pintó en la pizarra el señor Dr. Hurtado un esquema, en el que hizo notar la situación de la matriz, gruesa y antevertida, con sus paredes muy desarrolladas, según puede apreciarse por el corte que se le hizo, el que también dejó ver grandes senos en medio del parenquima uterino; llamó igualmente la atención sobre el abultamiento y la impermeabilidad de ambas trompas, sobre la oclusión de sus pabellones, y sobre la situación eterotópica de los ovarios, colocados abajo de las trompas, y microquísticos. Insistió en las facilidades que ofrece el método de decorticación, tan recomendado por el Sr. Dr. Villarreal, sobre todo desde el punto de vista de la supresión de la hemorragia, pues sólo se ligaron las dos arterias uterinas. Juzgó el hecho muy importante para explicar la fisiología de la menstruación, en la que el escurrimiento sanguíneo no proviene de los ovarios como antes se creía, lo que hubiera sido imposible en el presente caso, sino que depende de todas las arterias pélvicas que hacen afluir mayor cantidad de sangre á la mucosa uterina, durante el período catamenial, lo que por otra parte explica la persistencia del flujo menstrual cuando se han suprimido los anexos respetando la matriz. Señaló la importancia de la laparotomía exploradora para rectificar el diagnóstico y la imposibilidad de curar á esta enferma por otros medios distintos á los que usó, y más después de haber fracasado el legrado y á pesar de haberse regenerado la mucosa

uterina, según se advierte en la pieza que próximamente traerá.

El Sr. Dr. Parra no dudó que el caso pueda ser interesante desde el punto de vista patológico, pero refiriéndose sólo á la cuestión fisiológica, estimó que no era notable en manera alguna, pues desde los tiempos en que fué estudiante de fisiología, Beclard, que por entonces era al autor de texto, hacía ya notar que la sangre menstrual venía de la superficie mucosa de la matriz, lo que ha llegado á ser un hecho universalmente admitido, y lo que sí se discute aún es el mecanismo de esa exhalación y los reflejos que á ella presiden. Dijo que en este sentido el caso del Sr. Dr. Hurtado no le había enseñado ni hecho olvidar nada, sin que por eso niegue su importancia patológica.

El Sr. Dr. Villarreal sintió no haber estado presente desde el principio de la comunicación hecha por el Sr. Dr. Hurtado, y por eso ignora la edad de la paciente, aunque en lo privado el Sr. Dr. López Hermosa le ha dicho que era de 32 años. Confesó que era muy poco partidario de este género de operaciones, tratándose de padecimientos fleemáticos de la matriz y de sus anexos. En los casos de metritis parenquimatosa, de anexitis, de pelvicolitis, etc., hay casi siempre como antecedente la infección puerperal, y en tales circunstancias prefiere la celiotomía vaginal anterior á cualquiera otra operación, pues ya ha demostrado ante esta Corporación las ventajas que tiene, y el papel conservador que desempeña en la Cirugía ginecológica, estando por otra parte convencido de la inutilidad de la raspa, como intervención aislada, en casos análogos al del Sr. Dr. Hurtado. Repitió que él no hubiera hecho la histerectomía sino el legrado previa dilatación del cuello, é incontinenti la celiotomía con luxación de la matriz y de sus anexos, lo que le hubiera permitido destruir adherencias y restituir los órganos á su posición fisiológica, conservando aunque hubiera sido una pequeña parte de ovario, después de haber reseca los micro-quistes. Difiere del operador en estas ideas, á propósito de las cuales ya han tenido discusiones. El Sr. Dr. Macías tampoco era partidario de la celiotomía, y convencido de la utilidad que ofrece, hoy la ejecuta muy á menudo en su práctica ginecológica. Recordó el Sr. Dr. Villarreal que él es conservador, aun á trueque de sacrificar más tarde los órganos que se empeña en respetar en una primera intervención. En lo tocante al mecanismo de la menstruación, ha visto resultados muy variables según que se deja sola la matriz, sin los anexos, ó que se suprimen éstos total ó parcialmen-

te respetando aquélla; pero sí cree que los ovarios desempeñan un papel capital en la aparición de la sangre catamenial. Tiene particular empeño en conservar á sus operados las trompas y una porción de los ovarios, con objeto de evitar los trastornos de la menopausa artificial.

El Sr. Dr. Hurtado agradeció las observaciones que se sirvieron hacerle los señores que le precedieron en el uso de la palabra; y refiriéndose á lo dicho por el Sr. Dr. Parra, manifestó: que su caso lo había señalado no como un hecho excepcional y notable, desde el punto de vista fisiológico, sino como una nueva prueba para corroborar aún más las ideas que hoy se tienen sobre el mecanismo de la menstruación. En cuanto á lo asentado por el Sr. Dr. Villarreal, indicó que sólo había podido convencerse del estado que guardaban los órganos enfermos, teniéndolos en la mano, y entonces ya no fué posible conservarlos, ni aun siquiera las trompas que se intentó desobstruirlas sin llegarlo á conseguir. La raspa ya también la había hecho, pero sin resultado favorable. Por lo demás, es partidario de la celiotomía y de la cirugía conservadora en general, y hasta recordó la crítica que hizo á la Memoria de admisión del Sr. Dr. Suárez Gamboa, el que se manifestaba en ella demasiado intervencionista. Repitió que la enferma estaba muy agotada, y los demás detalles clínicos que no escuchó el Sr. Dr. Villarreal.

Este señor, teniendo en cuenta las lesiones que describió el operador, cree que la trompa cerrada y el ovario esclero-quístico sí pudieron conservarse, empleando la estomatoplastía, y resignarse á sacrificar sólo los del lado opuesto; pero esto siempre que se hubiera intervenido por la vagina, pues haciéndolo por el vientre, ya no era posible.

El Sr. Dr. Macouzet consultó á la Academia un caso para el que fué llamado en junta y en el cual se trataba de un jóven de 18 años de edad, atacado desde hacía 23 días de una afección febril, con manchas rosadas lenticulares, epixtaxis y enterorragias, muriendo el paciente á los 27 días de enfermedad. Con estos datos diagnosticó fiebre tifoidea, y como recuerda que hace poco hubo una discusión á propósito de la existencia de la dothiententeria en México, quisiera oír la opinión de los Señores Académicos sobre punto tan importante.

El Sr. Presidente indicó que no era posible dar una contestación categórica á la consulta hecha por el Sr. Dr. Macouzet, pues había que ponerse antes de acuerdo en el diagnóstico de los síntomas, porque por ejemplo lo que para unos serían manchas rosa-

das podrían muy bien no serlo para otros, y ateniéndose sólo á la descripción hecha, todos tendrían el mismo parecer que el consultante.

El Sr. Dr. Macouzet insistió en que, á su juicio, la cuestión entraña dos puntos de interés: uno clínico, por lo que ve al diagnóstico y otro deontológico referente á que si el médico llamado en junta en un caso como éste debe dar parte al Consejo de Salubridad.

El Sr. Dr. Núñez, refiriéndose primero á la frecuencia de la fiebre tifoidea en la Capital, dijo: que con motivo de su cargo como Inspector Sanitario de uno de los cuarteles de la ciudad, lo mismo que en su práctica civil, había tenido oportunidad de visitar á varios enfermos con el diagnóstico de tifoidea, hecho por buenos compañeros y basándose únicamente en los datos clínicos, pues no se había verificado la reacción de Widal. En cuanto al segundo punto que consulta el Sr. Dr. Macouzet, cree que debió dar parte al Consejo, el que en lo general se muestra bastante tolerante, y nada menos hace poco dejó en una casa de huéspedes, que guarda muy buenas condiciones de higiene, á una enferma á la que varios médicos le diagnosticaron dothienterria y á la que como Agente del Consejo visitó el Sr. Dr. Núñez. Por otra parte, la fiebre tifoidea no se considera como contagiosa y recordó haber visto en un viaje que hizo á los Estados Unidos, reunidos en las mismas salas de los Hospitales á los atacados de dicha dolencia con los demás enfermos y entiendo que en Europa sucede también lo mismo. Por el cuadro que describió el Sr. Dr. Macouzet se inclinó en pro de la fiebre tifoidea, confirmada sobre todo por la enterorragia, que aunque no es patognomónica, sí tiene mucha importancia. Entre nosotros ha notado que los extranjeros son los más á menudo atacados, y la señora de la Casa de Huéspedes, de la que hizo mérito, vino de la Habana.

El Sr. Dr. Olvera fué de parecer, que si el Sr. Dr. Macouzet no estuvo de acuerdo en el diagnóstico con el médico de cabecera, no tenía derecho de dar parte al Consejo, ateniéndose á la reserva que impone el secreto profesional. No hay tampoco que revelar á las familias que no está uno conforme con la opinión del compañero tratante, pues en tal caso, sería mejor que un tercero decidiera la cuestión, ó para salvar la responsabilidad, valerse de medios indirectos para indicar las precauciones que deberían tomarse con un enfermo contagioso.

El Sr. Dr. Macouzet dió las gracias á los Sres. Núñez y Olvera, por las observaciones que se dignaron

hacerle. Recordó que los médicos están obligados á dar parte al Consejo de las enfermedades infecto-contagiosas, señaladas en el Código, aunque se vea á los pacientes una sola vez. Por lo demás, él trató de convencer al compañero de cabecera del error en que á su juicio estaba; pero sin dar aviso ni á la familia ni al Consejo. En el supuesto de que hubiera sido tifo, cuya contagiosidad es menos discutida que la de la fiebre tifoidea, la situación sería más comprometida y no sabría qué partido tomar.

El Sr. Dr. Olvera insistió en que la conducta más cuerda fué no dar parte ni á la familia ni al Consejo y se alegró que el Sr. Dr. Macouzet no hubiera revelado el secreto profesional, y con mayor razón, tratándose de una cuestión discutible y cuando nunca le falta al médico manera de indicar á las familias lo que conviene hacer en tales circunstancias. Dijo, que ni aun tratándose del tifo mismo, sabemos en realidad cómo se verifica el contagio y tal vez pase con él lo que con la tuberculosis ó con el cólera: á la primera, por mucho tiempo no se le creyó transmisible y hoy se ha confirmado que los esputos son el vehículo más seguro de su propagación, y en cuanto al segundo, se pensaba que sólo con estar en relación con un colérico, bastaba para contraer el mal, sin imaginarse que la verdadera causa del contagio existía en las deyecciones que infectan los objetos que tocan. Por esto supuso que la desinfección de las habitaciones sea quizá en el tifo una precaución extrema, que sería mejor empleada con las evacuaciones de los enfermos.

El Sr. Dr. Mendizabal expuso en pocas palabras su opinión sobre los puntos que se discuten. Con respecto al primero, ya manifestó su parecer de que sí existe en México la fiebre tifoidea y aunque ha faltado comprobarla con la seroreacción de Widal, el cuadro clínico ha sido en cambio completo: así lo presenta una enferma que tiene ahora en tratamiento. En cuanto al segundo, distinguió el caso en que llame á la consulta el compañero tratante ó la familia del paciente: en el primer supuesto, sólo al médico debería decirse la opinión, si fuese contraria á la suya; pero en el segundo, habría que confesar la verdad á la familia.

El Sr. Dr. Gutiérrez, aprovechando un incidente de la exposición hecha por el Sr. Dr. Hurtado, relativo á que no obstante las grandes dosis de ergotina, la hemorragia de su enferma no cedió, dijo que á él también le ha parecido que la ergotina, la hidrastina, etc., no obran en los momentos de la hemorragia, sino sólo dándolas en los períodos inter-

medios, con objeto más bien de prevenirla y no de cohibirla cuando ya se ha presentado. Manifestó sus deseos de conocer lo que los señores Académicos presentes hayan podido observar sobre el particular.

Al Sr. Dr. Hurtado le pareció importante el punto señalado por el Sr. Dr. Gutiérrez, sobre el que no reina un acuerdo completo; pero debiendo siempre subordinar el tratamiento de una hemorragia á su patogenia. Hay algunos padecimientos en los que sin duda no da resultados la ergotina, y con este propósito aludió á una enferma bien constituida, que tuvo haría 7 años un aborto, del que fué mal tratada, sobreviniendo una infección, la cual dejó como consecuencia una metritis hemorrágica, de mediana intensidad, y en la que fracasó por completo la ergotina, cediendo en cambio el mal después de la raspa. Al cabo de un año, la paciente sufrió de cálculos hepáticos, de los que curó con el método apropiado. Y al año y medio se presentó de nuevo la metrorragia, volviendo á fracasar la ergotina y surtiendo una vez más el legrado, el que también sirvió hasta en una tercera. En condiciones semejantes se inclina más bien en favor de la ergotina de Houdet, ministrada en dosis de 5 á 10 granos por varios días consecutivos; pero sin que pudiera decir aún los efectos definitivos de tal medicamento, porque ahora lo tiene en estudio. Citó otras hemorragias dependientes de afecciones cardio-vasculares, de las que ha visto algunos ejemplos en su consulta de la Maternidad. Dichas afecciones se traducen al principio por soplos fáciles de confundir con los anémicos; pero los que se hallan ligados más bien con la aortitis á que sin duda predispone nuestro clima y la que después se ha confirmado con todo el cuadro sintomático de las lesiones cardiacas que al último han ofrecido varias de esas enfermas. Tales hemorragias tampoco ceden á la ergotina, mostrándose en ella más eficaz la digital y en otras veces la antipirina. Sabe que el Sr. Dr. Gutiérrez emplea con frecuencia la digital, en su servicio de San Andrés, para cohibir las hemorragias de la matriz.

Este señor no se explica cómo el hidrastis canadensis pueda contener las metrorragias, admitiendo, como se admite, que no contrae las fibras musculares de las capas medias de la matriz, sino sólo las de los vasos de la mucosa uterina. Por esto, á él le cabría duda sobre la licitud del empleo de dicho medicamento durante el embarazo.

El Sr. Dr. Villarreal procura buscar siempre la causa de la hemorragia, para después aplicarle el tratamiento que requiere, sin que deje de convenir en que

suele, en algunas ocasiones, ser algo difícil esa pesquisa, como cuando se trata, por ejemplo, de pequeños fibromiomas. En caso de no haber embarazo, el tapón vaginal le pareció un excelente recurso para dominar las metrorragias, pues con él se da tiempo á que las enfermas se repongan y á que se pueda hacer lo que estuviere indicado, una vez conjurado el peligro del momento. A la ergotina, ergotina, etc., las juzgó igualmente de resultados infieles.

El Sr. Dr. López Hermosa dijo que las metrorragias que más alarman por su frecuencia y abundancia, son las de los fibromiomas, siendo en ellas muy ventajoso el tapón, no sólo porque detiene el escurrimiento sanguíneo, sino también porque, contrayendo las fibras de la matriz, asegura la hemostasis, y por último, dilata el cuello, lo que permite hacer un tacto más fructuoso y sentar un buen diagnóstico. Aun en las enfermas de cáncer, ese recurso terapéutico da tiempo para obrar, bien sea por medios paliativos ó curativos, si se ha conocido precozmente. Creyó, con los Sres. Dres. Hurtado y Villarreal, que la ergotina no tiene una acción segura; pero recomendó como buen hemostático el agua caliente salada, que en esa forma no ataca los epitelios, es un recurso sencillo que se tiene siempre á la mano y hasta puede preceder al taponeamiento.

JESÚS GONZÁLEZ URDEÑA.

MEDICINA LEGAL

La embriaguez y la dipsomanía

(Concluye)

En la cárcel de Belén estuvo preso hace diez años un hombre cuyo crimen se condensa en este relato:

Era un ranchero honrado, dependiente de un rico propietario. Tras muchos años de labor modelo en una hacienda lejana, fué llamado por su patrón para aprovechar sus servicios en esta capital. El primer domingo que aquí pasó, encontré con viejos amigos y paisanos que lo llevaron á pasear. Por primera vez en su vida libó el pulque en Santa Anita y se embriagó. De regreso á la ciudad y entrando á una pulquería, se sintió muy indispuesto y penetró á un corral para vomitar: pocos momentos después se oyeron gritos de socorro y se encontró á aquel hombre queriendo violar á una niña de once ó doce años: fué preso y el delito perfectamente com-

Boletín Médico de México

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO I.

MEXICO, 15 DE FEBRERO DE 1901

2ª SERIE.—NUM. 4.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Extracto del Acta núm. 16

SESION DEL 16 DE ENERO DE 1901.

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés.

Trabajo reglamentario del Sr. Dr. Río de la Loza.—Comunicaciones del Sr. Dr. Gutiérrez.—Discusión.

El Sr. Dr. D. Maximino Río de la Loza envió su trabajo de turno, titulado: "Terapéutica. Los nuevos remedios", al que le dió lectura el 2º Secretario.

El Sr. Dr. Gutiérrez llamó la atención sobre la Constitución Médica reinante, ignorando si por casualidad ó por efecto del clima ó por cualquiera otra circunstancia se están presentando, desde hace 15 días, afecciones gravísimas de las vías respiratorias. *El ha tenido oportunidad de observar los casos siguientes: Uno en el Asilo Español, referente á un individuo con bronco-neumonía doble, de aspecto bastante grave, de la que por fortuna ha curado. Otro español venido de Tampico, con una neumonía del vértice, también bastante seria. Otro, atacado de una forma de gripa que pudiera llamarse fastra por la falta de signos estotoscópicos; pero que afectó profundamente el estado general del paciente y que ofreció la particularidad notable de un rash que hizo pensar en la posibilidad de una fiebre eruptiva y el que se disipó rápidamente. Por último, ha visto otros dos enfermos colocados en los extremos de la escala de la vida; uno es un anciano que entró á su servicio del Hospital de San Andrés, con un derrame pleural derecho, muy abundante, habiendo además efsema pulmonar y congestión del lado izquierdo. Para prevenir la asfixia, que era inminente, reco-*

mendó con urgencia la toracentesis, la que hubo de repetirse en los días subsecuentes, viéndose obligado á pasar al enfermo á un servicio quirúrgico, dada la ineficacia del tratamiento médico y por creer ya indicada la pleurotomía. El niño tenía, cuando lo vió, once días de enfermedad y presentaba también un derrame derecho, tan abundante, que hasta hizo pensar por su macieez en una neumonía de gran extensión, la que no era posible admitir por la ausencia completa de vibraciones y por la forma especial de dicha macieez. Repitió que ignoraba si por coincidencia ó por alguna otra causa se habían dado estos casos, y deseó por lo mismo conocer la opinión de sus señores consocios sobre el particular.

El Sr. Dr. Mendizábal manifestó que tenía razón el Sr. Dr. Gutiérrez en las apreciaciones que acababa de hacer, porque en efecto, el otoño se había pasado bien; pero hará como unos doce días, se han presentado muchos casos de afecciones griposas, sin que por fortuna constituyan todavía una verdadera epidemia. A pesar de las grandes remociones, de terrenos que se hacen actualmente en la Capital, nada extraordinario ha ocurrido en lo tocante al tifo, pues no han pasado de 25 á 30 los atacados de esta enfermedad, que se han encontrado asilados en el Hospital Juárez, lugar en donde se conoce el alta y la baja de los tifosos de la ciudad. En el desarrollo de los padecimientos del aparato respiratorio, creyó que han influido los vientos del Sur, reinantes en los últimos días, los que han levantado densas nubes de polvo, y con ellas los gérmenes de la infección. También los cambios bruscos de temperatura observados en el curso del mes actual, deben haber influido en el mismo sentido. *Es digno de notar, que durante las lluvias del pasado Diciembre, mejoró bastante el estado sanitario, bajando mucho la cifra de la mortalidad. Estimó difícil encontrar por ahora un remedio radical para esta situación; pero juzgó muy recomendable regar las calles de un modo conveniente.*

Al Sr. Dr. Olvera le pareció justo lo dicho por el Sr. Dr. Mendizábal, porque realmente los vientos se han presentado este año anticipados y los polvos que levantan son causa frecuente de afecciones de la garganta. Indicó, que el riego de las calles se hace muy temprano, y que á las horas de mayor movimiento el agua se ha evaporado, sin que se evite la difusión del polvo, cuando más se necesita, por lo que creyó que sería más eficaz hacer dicho riego un poco más tarde. Respecto á lo aseverado por el señor Dr. Gutiérrez, manifestó que se habían notado en verdad varios casos de catarro de las vías respiratorias, propios de los cambios de temperatura por que atravesamos, pero sin que hayan revestido un carácter epidémico. Ha observado á varios enfermos con faringitis, acompañada de síntomas generales, lo que denota que aquélla es sólo una manifestación de la infección localizada en la garganta.

El Sr. Dr. D. Manuel Gutiérrez, aprovechó la oportunidad para comunicar algunas de sus ideas sobre la especialidad que cultiva, y dijo, que los que se dedican al ramo de la obstetricia, saben que, estudiando el parto en posiciones occipito-posteriores, la conducta que parece mejor, es imitar á la naturaleza buscando la conversión de dichas posiciones posteriores en anteriores, y sólo en casos extremos dejar que el alumbramiento se verifique en las primeras. Se sabe que en Europa se creyó por mucho tiempo que ese parto occipito-posterior era normal, estando ahora divididas las opiniones, pues ya algunos convienen en que no es natural; dificultándose aún más entre nosotros, por las particularidades que ofrece la pélvis mexicana y por la situación especial de la vulva en las mujeres de nuestro país. Hace poco vió en compañía del Sr. Dr. Farriols, á una señora española con pélvis, muy bien conformada, que permitió á la cabeza llegar casi al perineo en los últimos días de la preñez. Durante el trabajo percibió los ruidos del corazón fetal atrás y á la derecha, indicándole al famoso partero español que lo acompañaba sus temores de que la posición fuera una cuarta de vértice. Así se confirmó, en efecto, pues las contracciones languidicieron y hubo necesidad de aplicar el forceps para terminar felizmente el parto. Este caso no tiene importancia para nosotros, acostumbrados como estamos á presenciar las dificultades de las posiciones occipito-posteriores; pero sí la tiene para los europeos que las consideran como fisiológicas entre las mujeres de su raza. Siendo una regla general que el parto ha de verificarse estando el occipital en relación con el pubis, no hay que dejar la cabeza fetal vuel-

ta hacia atrás, tanto más, cuanto que la curvatura occipital está hecha para el pubis y la de la frente para el sacro, y el hombro gira mejor de atrás hacia adelante. Por otra parte, como lo han demostrado los parteros belgas, si el diámetro suboccipito-bregmático mide 9 centímetros, el occipito-frontal y el fronto dorsal, que son los que se presentan en las occipito-posteriores, alcanzan 11 centímetros, siendo entonces el cuerpo del feto un tallo rígido que á su paso por el canal pelvi-genital desgarrará el perineo, la vulva y hasta la vagina, resultándole á él mismo heridas de la cabeza y del cuello, y nada menos en un parto que asistió en compañía del señor Dr. Hurtado, se produjo una herida de esta última región, la que, á pesar de todos los cuidados, se complicó de difteria, originando la muerte del niño.

Al Sr. Dr. Hurtado le pareció ocioso, después de la clara y brillante exposición hecha por el señor Profesor Gutiérrez, hacer uso de la palabra. Manifestó que, á pesar de no dedicarse ya con especialidad á los partos, estaba en aptitud de poder apoyar lo dicho, por haber tenido que hacer, durante su internado en la Maternidad, varias aplicaciones de forceps en posiciones posteriores y aun recordó que alguna vez solicitó la ayuda del Sr. Dr. Gutiérrez, presenciando grandes desastres. Se permitió preguntar á este señor si ha podido siempre llegar á cambiar una posición posterior, sobre todo, cuando ha comenzado el trabajo y que está encajada la cabeza pues entonces sería difícil obrar sobre el cuerpo del feto y aun la versión misma hecha por maniobras combinadas, suele presentar serias dificultades. Al intentar la conversión en tales condiciones, sería necesaria la presencia del líquido amniótico, pues de lo contrario, habría riesgo de operar sólo sobre el extremo cervical del producto, exponiéndose á traumatizar el bulbo fetal por la torsión exagerada del cuello. Repite, que sin tener práctica especial en la materia, se le han ocurrido estas dudas, sobre las que deseaba oír la autorizada opinión del Sr. Dr. Gutiérrez.

Este señor contestó que en el mayor número de casos se logra la conversión, sin que por esto deje de ser justa la observación hecha por el Sr. Dr. Hurtado. Antes la regla era intervenir cuando había movilidad, excusándose de hacerlo si no existía. Según Madame Henry la barba del niño puede llevarse sin peligro hasta el hombro, pues tal movimiento no se verifica sobre la articulación altoideo-axoidea, mientras que sí sería peligroso exagerar la flexión de la cabeza sobre el pecho. Esto se halla comprobado por

experiencias de Tarnier hechas con un feto muerto en cuyo canal raquídeano se colocó un tubo lleno de líquido, el cual no escurría en los movimientos de lateralidad de la cabeza y sí en los de flexión. Pero en los casos difíciles un ayudante podría por el vientre contribuir á la rotación. Zentex aconseja para conseguirla doblar la cabeza, Tarnier apoya la mano sobre la oreja, Potocky sigue á Tarnier y el señor Dr. Zárraga aplica la palanca con la que puede obrarse sobre el extremo mentoniano y, ya girada la cabeza, se viene el parto. En el caso de la señora española, al que acaba de referirse, hizo la conversión con la mano, aplicando después el forceps. Creyó peligrosa la maniobra recomendada por Lobio que consiste en aplicar dicho instrumento en los diámetros llenos y no en los vacíos. En caso de que la rotación no se obtuviera quedarían dos caminos: ó hacer la extracción directamente en posición posterior, ó practicar la sinfisiotomía que tiene la desventaja de necesitar muchos ayudantes y de abrir una nueva puerta á la infección, por lo que se ha dicho que más bien es una operación de la maternidad y no de la clientela civil. Por fortuna los inconvenientes de esta clase de partos cesan en gran parte en las múltiparas.

Al Sr. Dr. D. Nicolás Ramírez de Arellano le parecieron exageradas las apreciaciones del señor Dr. Gutiérrez, sobre el parto en posiciones posteriores, el que no juzgó imposible, ni capaz tampoco de causar los grandes desastres que se le atribuyen, porque él lo ha visto verificarse, produciendo solo las rupturas comunes del perineo propias de los demás. La naturaleza puede convertir en anteriores las posiciones posteriores, y cuando esto no suceda, y no haya ninguna contraindicación especial, es prudente esperar por no ser raro ver terminado el parto directamente en tercera ó cuarta de vértice, bien sea de un modo espontáneo ó mediante una aplicación de forceps, como pasó en un caso que asistió en compañía del Sr. Dr. López Hermosa. La misma conversión natural suele observarse en las presentaciones posteriores de cara. Repitió que por lo mismo debería ser prudente en circunstancias semejantes.

El Sr. Dr. Hurtado se declaró convencido por las razones del Sr. Dr. Gutiérrez y no por las del señor Ramírez de Arellano. Dijo que el primero al hablar de las posiciones occipito posteriores, no había hecho la crítica del procedimiento que para convertir las recomiendan los Sres. Dres. Carbajal y Chávarri y manifestó sus deseos de conocer la opinión del señor Dr. Gutiérrez sobre dicho punto. En cuanto á la sin-

fisiotomía, creyó que sí podía hacerse en la clientela civil, cuando fuera necesario, tomando sólo todas las precauciones aconsejadas en semejantes casos.

El Sr. Dr. Gutiérrez, refiriéndose á lo dicho por el Sr. Dr. Ramírez de Arellano, indicó que sin duda en su exposición, al hablar de las posiciones occipito posteriores, se le deslizó la palabra imposible, cuando que en realidad no hay partos que lo sean propiamente, y los que se presentan en tercera ó cuarta de vértice sólo se dificultan porque están en ellos barrenados algunos factores indispensables para que se verifiquen, especialmente en las primíparas, pues en las múltiparas casi siempre son felices. La maniobra de los Sres. Dres. Carbajal y Chávarri sólo una vez la ha puesto en práctica y fracasó, lo que atribuyó uno de sus autores á que se había empleado durante el trabajo, debiendo hacerlo fuera de él. Por lo demás creyó que no se ha tomado en seria consideración.

El Sr. Dr. Olvera interpeló al Sr. Dr. Gutiérrez para que se sirviera decir si en los casos de parto en que ha corrido peligro el perineo ha seguido el consejo del Sr. Dr. D. Miguel Jiménez que recomendaba, para protegerlo, introducir el índice y el medio entre la vulva y la cabeza del feto.

El Sr. Dr. Gutiérrez contestó, que no conocía dicha maniobra, pero que la creía racional. Ovar la aconseja, y en el parto de la señora española la hizo con buen resultado el Sr. Dr. Farriols.

El Sr. Dr. D. Nicolás Ramírez de Arellano indicó que debía pensarse bien en dicha maniobra, antes de ponerla en práctica, porque quién sabe si por medio de los dedos puestos en esa forma se hiciera la extensión de la cabeza, antes de tiempo, lo que podría evitarse esperando á que descendiera bastante para entonces proteger el perineo.

JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA.

Extracto del Acta núm. 17

SESION DEL 23 DE ENERO DE 1901.

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés

Presentación de una operada del Sr. Dr. Villarreal. Se nombra una comisión para reconocerla. Discusión. Comunicaciones por el Sr. Dr. Altamirano. Discusión.

No estando presente el Sr. Dr. Villada, de turno para su lectura reglamentaria, se concedió la pala-

bra al Sr. Dr. Villarreal, el que presentó á una de sus operadas, en la que aplicó la anestesia lumbar, de la que ya se ocupó en un estudio que presentó á la Corporación en una de las sesiones pasadas. Consideró á esta enferma como el tipo de la operación del prolapsus genital sin dolor, y aunque no penetró al peritoneo, hizo en una sola sesión la perineorrafia, el despegamiento de la vejiga, la resección de una parte de la mucosa vaginal que estaba ulcerada, la vagino-fijación, la colporrafia anterior y la raspa de la matriz. Todo esto sin que la paciente acusara el menor sufrimiento y sin que tuviera ninguna consecuencia post operatoria, estando en la actualidad completamente corregido el prolapsus. Suplicó al señor Presidente se sirviera nombrar una persona que examinara á la operada.

Este señor designó al Sr. Dr. Noriega para que tuviera la bondad de hacerlo, suspendiéndose mientras la sesión.

Abierta de nuevo, dicho señor manifestó: que con gusto había reconocido á la enferma del Sr. Dr. Villarreal, á la que juzgó importante por ser un ejemplo de los buenos resultados de la anestesia lumbar, bajo la cual se practicaron en una sola sesión la serie de operaciones descritas, con las que se ha logrado corregir el prolapsus, demostrando una vez más la eficacia de este género de anestesia. Terminó felicitando al operador.

El Sr. Dr. Altamirano manifestó que á propósito de este medio de anestesia, ha emprendido algunas experiencias en los animales, tratando desde luego de determinar en el perro la región del raquis más favorable para hacer las inyecciones y encontrando un espacio romboidal, al fin de la columna vertebral, cerrado por una membrana, en el que se introduce con bastante facilidad la aguja de la jeringa, y más si se tiene el cuidado de doblar un poco al perro para separar las vértebras y de dirigir la aguja hacia abajo y adelante. En este sitio los nervios de la cola de caballo están diseminados, siendo difícil, por lo mismo, perforarlos al hacer la inyección y notándose que ni antes ni después de practicarla hay salida de líquido céfalo raquidiano; pero la sensación de vacío que se advierte permite comprobar que la aguja se halla en el interior del canal. Para fijar el punto á que se refiere, basta tocar las dos espinas ilíacas y las crestas del sacro, encontrándolo entre este hueso y la última lumbar. Vió, además, en estas experiencias hasta qué altura del canal podía llegar la inyección, valiéndose para esto de un líquido

de líquido penetró hasta la región dorsal, no pasando de allí; pero inyectando dos, subió hasta el cerebro. Esta demostración la cree útil, porque en el hombre puede pasar lo mismo, y se causarían accidentes poniendo en contacto la solución de cocaína con los centros nerviosos superiores. Inyectando en el perro dos centigramos de cocaína, en un centímetro cúbico de agua, se produjo luego la anestesia, que se generalizó rápidamente, sobreviniendo parálisis del tren posterior, con salida involuntaria de orina, midriasis y signos de excitación cerebral, pues el animal estaba agitado y volteaba sin cesar para todos lados; esto duró dos horas, al cabo de las cuales comenzó á restablecerse, quedando bien á las tres. Es digno de notar que no hubo accidentes cardíacos, ni respiratorios. Prometió presentar un trabajo completo sobre este asunto, el que juzgó de utilidad tanto para los médicos como para los veterinarios.

El Sr. Dr. Villarreal estimó de importancia las observaciones del Sr. Dr. Altamirano. Pensó que la observación que se refiere á la inyección colorida, no puede ser concluyente, comparada con la de cocaína, porque en el primer caso se forma un líquido más denso que no sube con facilidad. El inyecta un centímetro cúbico de solución, al dos por ciento de alcaloide, y nunca ha notado accidentes serios, salvo en un caso, en que aparecieron algunas perturbaciones que deben atribuirse al mal estado que guardaban los riñones de la enferma; por fortuna, todo se disipó pronto y se pudo operar sin inconveniente. Siguiendo la técnica de Tuffier, hace la inyección bajo la 4ª vértebra lumbar, cuyo punto fija trazando una línea horizontal entre las dos espinas ilíacas, siendo en los viejos más infiel este dato de referencia, por la incurvación que en ellos ha sufrido la columna vertebral. También ha comprobado que al introducir la aguja en el canal no sale líquido, pero sí se experimenta la sensación de vacío que el Sr. Altamirano ha señalado en el perro. Parece que la anestesia es debida á la acción de la cocaína sobre las raíces nerviosas, y no sobre la médula misma, habiendo casos, sin embargo, en que hay perturbaciones de algunos de sus centros, sobre todo del respiratorio. Espera que el señor Dr. Altamirano prosiga sus experiencias y que comunique los resultados que obtenga.

El Sr. Dr. Toussaint preguntó al Sr. Dr. Villarreal si en los casos en que ha practicado la anestesia lumbar ha notado algún cambio en la temperatura de las operadas, pues el creador del método dice haberla observado algunas horas después de la inyec-

ción, siendo esto tanto más importante, porque sin estar advertido de tal eventualidad podría atribuirse la hipertermia á la sepsis quirúrgica. Interpeló al Sr. Dr. Altamirano para que se sirviera decir si en sus experiencias sobre los animales observó rigidez en los miembros anteriores, porque así se la señalaba, mientras que los posteriores quedau fláxidos.

El Sr. Dr. Villarreal manifestó que en una serie de cuatro observaciones de anestesia lumbar sólo en una hubo elevación de la temperatura, coincidiendo con la aparición de una erisipela de la cara. Últimamente operó á otra enferma valiéndose de la misma forma de anestesia: tenía unos condilomas ulcerados del ano y una grieta; extirpó los primeros, cauterizó la úlcera con el termo cauterio y dilató el esfínter, presentando la paciente en la noche de la intervención una elevación de temperatura de 38°, la que se disipó al día siguiente, sin que volviera á presentarse. No sabe hasta qué punto, en este caso como en el anterior, haya influido la anestesia lumbar sobre la elevación térmica. No ha presenciado otra clase de perturbaciones imputables á este procedimiento.

El Sr. Dr. Altamirano contestó con gusto á las indicaciones hechas por el Sr. Dr. Toussaint. Convino en que la cocaína cuenta entre sus propiedades la de elevar la temperatura y en las experiencias que se propone hacer tratará de rectificar este punto. En cuanto á la parálisis rígida que presentan los animales en el tron anterior durante la anestesia lumbar, sí es probable que la haya, pues el perro al que se refirió parecía como que se sostenía con las manos, lo que atribuyó más bien á la postura incómoda en que se encontraba que á una verdadera rigidez, pero advertido ya de este hecho procurará estudiarlo en lo sucesivo.

El Sr. Dr. Sosa comprobó lo dicho por el señor Dr. Altamirano por haber tenido oportunidad de asistir á la sesión de anestesia, notando que en efecto el perro estaba rígido de las manos y fláxido de las patas, tal como lo ha dicho el Sr. Dr. Toussaint.

El Sr. Dr. Altamirano comunicó el resultado de los estudios que viene haciendo, respecto al análisis bacteriológico del agua en la Ciudad de Guadalupe Hidalgo. Desde Marzo del año próximo pasado está haciendo cultivos con un décimo de centímetro cúbico de líquido tomado de una fuente de aquella población y el que siembra en gelatina, notando que desde ese mes hasta el de Mayo eran pocas las bacterias que se desarrollaban, aumentando mucho en la época de las lluvias para disminuir en la actualidad casi por completo. Creyó muy importantes estas

observaciones desde el punto de vista higiénico y las comunicó á los Señores Académicos para que sirvieran de tema de discusión.

El Sr. Dr. Toussaint no pudo resolver de un modo categórico la cuestión propuesta por el Sr. Dr. Altamirano por no haber hecho estudios especiales sobre la materia, pues sólo una vez en años pasados emprendió una expedición á Río Hondo y á Dos Ríos con objeto de estudiar el agua de los Morales que trataba de comprar la Ciudad. Vino tomando muestras de dicho líquido desde su nacimiento en el manantial, en donde presentaba muy pocas bacterias, hasta cerca de México, en cuyo lugar había ya muchas, lo que atribuyó á que el acueducto descubierto pasaba inmediato á un camino muy transitado y polvoso, en el que se cargaba de microbios. Deseó que el Sr. Altamirano se sirviera indicar si había alguna relación entre esos cambios en la riqueza microbiana del agua y el estado sanitario de Guadalupe y las condiciones en que se verifica su acarreo por ser común que los acueductos estén descubiertos lo que facilita la contaminación, sobre todo en la época de las lluvias. Creyó también conveniente saber de dónde viene esa agua, por qué lugares pasa, cómo se distribuye, etc.

El Sr. Dr. Prieto dijo que para juzgar con acierto de las experiencias del Sr. Dr. Altamirano era necesario conocer con detalles el cultivo empleado, pues la simple gelatina con las temperaturas bajas que ahora tenemos no permite el desarrollo de muchos gérmenes por lo que sería indispensable emplear varios medios de cultivo con temperaturas uniformes.

El Sr. Dr. Altamirano manifestó que hace sus inoculaciones en tubos de gelatina envueltos en algodón los que pone en una pieza abrigada cuya temperatura es en el verano de 24 grados y en el invierno de 16, habiendo notado en las 24 horas sólo un grado de diferencia en dichas temperaturas. Ha visto en estos últimos días que hasta diez y quince después de hechas las siembras no se han desarrollado gérmenes á pesar de haber calentado artificialmente los tubos. Busca un procedimiento rápido que le permita hacer con facilidad esta clase de estudios, aun fuera del laboratorio, razón por la que ha empleado el suyo sin que por esto desconozca las deficiencias que tiene. Convino con el Sr. Dr. Toussaint en que las lluvias aumentan mucho la cantidad de bacterias contenidas en el agua, pero éste número por sí solo no tendría gran valor y habría que determinar cuáles de estos microorganismos son dañinos, tratando sobre todo de descubrir el de la fie-

bre tifoidea el del cólera ó el de la di-entería, pues si existieran habría que filtrar el agua.

Al Sr. Dr. Toussaint le parecieron dignas de tenerse en cuenta las observaciones del Sr. Dr. Altamirano. En efecto, durante la estación de las lluvias el aire se limpia de los polvos que tiene en suspensión, los que son arrastrados por las aguas, mientras que en este tiempo abundan en la atmósfera los referidos polvos y ahora al encenderse el alumbrado es fácil notar la gran cantidad que de ellos existe; insistió en que para determinar las condiciones sanitarias de un lugar no debe atenderse sólo al estado del agua, sino también al del aire y á las demás condiciones que ha señalado.

El Sr. Dr. Prieto insistió á su vez en la importancia de la técnica seguida al hacer un análisis de agua, pues sólo así es posible valorizar los resultados á que se llega. Para hacer tal estudio no es suficiente poner dicho líquido en gelatina y conservarlo en cajas de Petri porque si no se ha diluido previamente el agua aparecen pocas bacterias, aun cuando haya muchas, debido á que mutuamente se estorban para su desarrollo. El Dr. Miquel, que tiene mucha experiencia en esta materia, es el que mejor ha hecho conocer sus reglas, las que no son por cierto fáciles ni expeditas. En el mejor método que es el de diluciones y siembra en gelatina ó caldos no basta la temperatura de 16 grados por ser impropia para el desarrollo de algunas bacterias como el estafilococcus. También la sequedad de este tiempo es una circunstancia desfavorable para los experimentos tal como los ha emprendido el Sr. Dr. Altamirano. Ya el señor Dr. Toussaint indicó satisfactoriamente que para determinar el estado sanitario no sólo hay que tener en cuenta el agua, sino otros muchos elementos. En cuanto á la importancia que tiene la calidad de las bacterias es ya muy conocida y prepondera á la de la cantidad que ha servido de base para clasificar las aguas en tres categorías: unas que contienen cierto número de bacterias, cuyo número exacto no recordó, y que se reputan como mal sanas. Otras que acusan un número de microorganismos que no llega á esa cifra, pero que pasan de cierta cantidad y que se juzgan sospechosas, y, por último, las que tienen muy pocas bacterias y que se estiman como buenas; pero sin perder de vista en estas categorías la calidad de las bacterias, pues el agua que contuviere una sola de las patógenas, como la de Eberth, sería nociva para la salud mientras que no pasaría lo mismo con otra en que se demostraran 100 bacillus *sutilis* que son inofensivos. No debe tampoco olvidar-

se con respecto á la cantidad de bacterias que hay algunas que producen álcalis, ácidos y gases que pueden perturbar la digestión y dañar así de un modo indirecto la salud.

El Sr. Dr. Olvera quiso hacer constar que durante las aguas abundan las afecciones del aparato digestivo, desde el cólera esporádico hasta las colitis, según demuestran las estadísticas de esos meses.

JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA

FISIOLOGÍA

Ureína, nuevo principio orgánico constitutivo de la orina.

Es indudable que la química ha prestado y presta interesantísimos servicios á la medicina: la fisiología, la bacteriología y la clínica le son deudoras de progresos sin cuento. No hay fisiólogo que desconozca el gran papel desempeñado por los métodos químicos, ora para comprobar hechos adquiridos, ora para ensanchar el círculo de investigaciones propiamente originales. Muchos problemas fisiológicos imperfectamente elucidados en la actualidad, esperan de la química, completa resolución. Sin duda, debe figurar entre éstos la composición de la orina, pues nuestros presentes conocimientos no nos explican satisfactoriamente ciertos síndromas, debidos á insuficiencia de la función renal y sólo la química puede aclarar cuestiones que hasta hoy permanecen en densa obscuridad.

Llevado por estas ideas, voy á presentar á la Academia el estudio que he hecho de una comunicación que el Dr. W. O. Moor presentó al XIII° Congreso Internacional de Medicina que últimamente tuvo verificativo en París, acerca del descubrimiento de un principio constitutivo de la orina que el Doctor Moor considera como principal y al que dió el nombre de *ureína*.

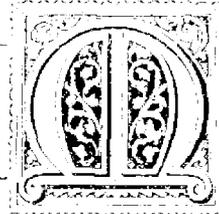
El Doctor mencionado había hecho la observación de que ciertas sustancias fácilmente oxidables, con una solución de ferrocianuro de potasio y de cloruro férrico, daban una reacción azul característica, como sucede con las sales de morfina cuando se ponen en contacto con tal solución. Tratando la orina humana, por el reactivo señalado, vió la reacción azul



aceta



édica de



éxico

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO I.

MEXICO, 1º DE MARZO DE 1901

2ª SERIE.—NUM. 5.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Extracto del Acta núm. 18

SESION DEL 30 DE ENERO DE 1901.

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés.

Se suspende la sesión en señal de duelo por el fallecimiento del Socio Honorario Sr. Profesor D. Alfonso Herrera.

El Sr. Presidente dijo que tenía la pena de anunciar oficialmente á la Corporación, la muerte del Socio Honorario Sr. Profesor D. Alfonso Herrera y dispuso que en señal de duelo se levantara la sesión.

JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA.

Extracto del Acta núm. 19

SESION DEL 6 DE FEBRERO DE 1901.

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés

Tema propuesto por el Sr. Dr. Sosa, relativo á si el pulque es ó no alimenticio.—Discusión.

El Sr. Dr. Sosa usó de la palabra para proponer á discusión un punto científico de importancia nacional. Dijo que el Sr. Dr. Macouzet, en el brillante discurso que pronunció ante los Concursos Científicos, sentó que el pulque no es un alimento, lo que desea que ahora se dilucide, pues aunque reco-

noce que el trabajo de dicho señor estuvo muy bien escrito y persiguió un fin nobilísimo, estando de acuerdo con él en la supresión del «vaseo» porque las reuniones de las pulquerías son pésimas y degeneran en libertinaje, sin embargo, para sostener todas estas buenas ideas y para impugnar el abuso del pulque, no hay que decir que no es alimento. Estudió la cuestión, primero, desde el punto de vista científico, y segundo, por lo que la observación y la experiencia enseñan con respecto al uso de esa bebida. Recordó la definición de alimento, conviniendo en lo difícil que era dar una satisfactoria, y habló de su división en plásticos y respiratorios, que aunque no está por todos aceptada, hay que conservarla por ser de las más completas. Dentro de ella, el alcohol se considera como un alimento de la segunda clase, productor de calor, ya sea por acción sobre los centros nerviosos, ya también por oxidación, por haberse demostrado que ese líquido se quema en la economía, apareciendo lo que pudiera llamarse sus cenizas en la orina y en la exhalación pulmonar. El azúcar, que produce igualmente combustiones y calor, es considerado por todos los fisiologistas como un alimento de la misma clase. Por otra parte, es un hecho averiguado que la ingestión del alcohol aumenta la cantidad de grasa, tal vez el tejido muscular, y eleva el peso del cuerpo, dato importantísimo para medir el estado de la nutrición. Todo esto que se refiere al alcohol es aplicable al pulque, pues se ve, *en efecto*, que la gente de la clase del pueblo que lo toma habitualmente, sin acompañarlo por lo común de otros buenos alimentos, se conserva en estado satisfactorio que le permite dedicarse á trabajos casi siempre rudos. El pulque no es sólo una solución de alcohol en el agua, sino que tiene, además, azúcar, sustancias albuminoides y otras reputadas peptógenas, de manera que, prescindiendo de si es mucho ó poco alimenticio, no cabe duda, por las sustancias que revela el análisis, que debe considerarse con algún poder nutritivo. Por lo que hace

á la parte de observación, se ve que la mayor parte de los médicos lo recomiendan y que los individuos de los lugares donde se produce guardan un estado floreciente, con sus funciones en perfecto equilibrio, mientras que si el pulque fuera un veneno, allí donde más se consume deberían palpase sus estragos. Hace poco tiempo, hablando con un ingeniero dueño de una hacienda, en la que se produce dicho líquido, le manifestó que se había visto obligado á prescindir de él por la robustez que le produce, pues en unos cuantos días aumenta, cuando lo toma, dos ó tres libras de peso. Creyó el Sr. Dr. Sosa que se ha hecho una confusión entre el uso y el abuso de esta bebida; el primero, no cabe duda que es benéfico, mientras que el segundo es malo porque enferma las vías digestivas, degenera al individuo y á la prole misma. El poder alimenticio del pulque está aún confirmado, fijándose en la deficiente alimentación de nuestro pueblo, el que, á pesar de no comer carne, trabaja, sin embargo, bien, y si no está muy vigoroso, tampoco puede llamarse raquíico y enelénque. Recordó otro hecho que le refirió el mismo ingeniero y que arguye en sentido favorable á los efectos del pulque. En tiempos nublados y lluviosos, los peones de la hacienda se rehusaban á trabajar, y cuando lo hacían, era demasiado tarde; les ofreció pulque para impulsarlos á sus ocupaciones, y esto ha dado muy buenos resultados, porque los hombres resisten la intemperie dedicados á las duras faenas del campo. Es, pues, el pulque un alimento cuando se ingiere en dosis conveniente y durante las comidas; pudiendo decirse de él lo que de un alcohol concentrado, que no es igual á uno diluido; el primero ataca la mucosa estomacal, coagula sus jugos, y estos perniciosos efectos aumentan con la cantidad ingerida y con el estado de vacuidad del estómago. En cambio, un alcohol diluido, como se halla en el pulque, estimula el apetito y mejora la nutrición; por lo que se ve que todas estas acciones locales y generales están subordinadas al modo de tomar el alimento alcohólico. Suplicó á los presentes dieran su opinión sobre el particular y dijieran si les parecía que este punto quedase á discusión.

El Sr. Presidente indicó que las razones expuestas por el Sr. Dr. Sosa para fundar la importancia del tema que propone, eran poderosas, y creyó que la Corporación no tendría inconveniente en aceptarlo como punto de discusión.

El Sr. Dr. Vértiz juzgó que este asunto no debía ser tratado á la ligera, sino que ameritaba un estudio profundo. Le pareció que el Sr. Dr. Sosa había estado tan

exagerado en la defensa del pulque, como otros en el ataque y estimó pobre para la primera el llamarle un alimento, pues las grandes cantidades que se gastan en pulque darían para comprar otras sustancias de mayor poder nutritivo. No se ha decidido aún si el alcohol puede considerarse en realidad como un alimento, y la división de éstos en plásticos y respiratorios no es buena; pero aun suponiendo que el pulque fuera alimenticio, repitió que las sustancias que contiene se hallan más fácilmente y mejor preparadas, bajo forma distinta de la de ese líquido. Según las investigaciones de Rabuteau, el alcohol no calienta en grandes dosis, sino sólo en pequeñas, y sus inconvenientes en el pulque serían mayores que sus ventajas, pues, entre otros, el Sr. Dr. Prieto le ha señalado el que contiene las bacterias de la putrefacción, sin contar las muchas porquerías que se hacen con él cuando se le conduce á la capital. Así, por ejemplo, el sangoloteo del ferrocarril apresura la fermentación y hace que salga por la boca de los cueros gran cantidad de espuma que arrastra consigo el líquido; para evitar este desperdicio, los pulqueros compran en las estaciones un pan de mala calidad con el que hacen lo que vulgarmente se llaman "fideos," los que arrojan dentro de los cueros, repitiendo esta operación cuantas veces es necesario. En las pulquerías le mezclan agua, y para darle el aspecto que normalmente tiene, le agregan polvos de composición muy variada. En los hospitales se ve claro el papel etiológico del pulque en las enfermedades del aparato digestivo y sobre todo en los abscesos hepáticos, de los que tiene una estadística de más de 200 casos, en los que casi en todos ha intervenido el pulque como causa; siendo de notar que en las personas que beben alcohol, bajo otra forma, no hay supuraciones del hígado, lo que explica su rareza en Europa, en donde hay, sin embargo, muchos borrachos. El Sr. Dr. Ramos ha descrito una degeneración grasosa del hígado con caracteres especiales y la que también sería consecuencia del pulque y no del alcohol. Es cierto que los que trabajan activamente y sudan en abundancia, no sufren tanto los efectos perniciosos del pulque; pero con esta defensa no hay siempre que contar y sería mejor, ateniéndose á los estudios del Sr. Dr. Prieto, quitar del consumo el pulque alterado.

El Sr. Dr. Gayón sostuvo que el pulque no debía considerarse, para sus efectos sobre el organismo, ni como el vino, ni como la cerveza, ni como otras bebidas alcohólicas que sólo llegan á cierto grado de fermentación, sin pasar de allí, mientras que el pul-

que, por la gran cantidad de fermentos que contiene, se altera con mucha rapidez. Si llegara á México como sale de los tinacales, sí podría considerarse como lo quiere el Sr. Dr. Sosa; pero como pasa tan pronto de una fermentación á otra, pierde sus cualidades primitivas, debiendo por lo mismo diferenciarse el pulque tipo del que se vende en las pulquerías. Para resolver esta cuestión, habría que emprender serios estudios experimentales, y creyó que la Academia estaría en su papel si nombrase una Comisión que los llevara á cabo. Estimó justas las razones del Sr. Dr. Sosa; pero sólo para el pulque de las haciendas, y las del Sr. Dr. Vértiz para el que se expende en la Capital.

El Sr. Dr. Ramos apoyó las ideas emitidas por el Sr. Dr. Gayón. Convino en que la cuestión era compleja, distinguiendo los efectos del alcohol, según que se ingiere en dosis moderada ó excesiva: tomado de un modo continuado y en grandes cantidades es un veneno que altera el sistema nervioso, tanto en sus centros como en sus ramificaciones, en las que origina polineuritis, también estudiadas por Charcot y sus discípulos; ejerce también efectos desastrosos en el aparato cardíaco vascular, siendo innegable el papel etiológico que tiene en el desarrollo de la arterio-esclerosis y en el de otras muchas enfermedades, sobre las cuales se podrían escribir volúmenes; pero sus desastres no se limitan al cuerpo, sino que enferma á la vez el espíritu, matando los sentimientos nobles y degradando al individuo y á la especie. Dijo que el Sr. Dr. Vértiz había insistido sobre sus efectos patológicos, fijándose de preferencia en los abscesos hepáticos, los que en verdad no son imputables sólo á la ingestión del pulque, pues recordó á un francés, de muy buena posición social, al que le repugnaba dicha bebida, de la que nunca hacía uso y que fué operado, sin embargo, por el Sr. Dr. Icaza de un absceso hepático; lo mismo aconteció con otra persona que tampoco bebía pulque. El señor Dr. Jiménez cita en su obra como causa importante de las supuraciones del hígado los comeltones tan comunes en las fiestas de nuestro pueblo, en los que abunda el mole de guajolote y el pulque en exceso, alimentos que desde luego producen gastro-enteritis agudas, complicadas más tarde de flegmasias supuradas del hígado. Es cierto que él escribió un trabajo sobre la degeneración grasosa de la celdilla hepática, en la que no padece el tejido intercelular, ni los vasos de la glándula, y en la que por lo mismo no hay ascitis, muriendo los enfermos por insuficiencia hepática. Todos estos puntos se refieren á los

efectos patológicos del pulque; pero tomado puro y en dosis moderada, puede ser útil. Esta cuestión es digna de ser muy bien estudiada por la gran cantidad de intereses que se hallan ligados con ella y por estar vinculada con la tendencia general de la humanidad á tomar alcohol, pues desde el Polo, en que se utilizan las algas para fabricarlo, hasta las estepas de la Rusia, en que se aprovecha con igual objeto la leche de las yeguas, y desde las hijas de Lot que embriagaron á su padre, hasta Jesucristo que convirtió el agua en vino, de uno á otro Polo y en todos los tiempos, se ha consumido alcohol; de manera que suprimirlo es más fácil decirlo que hacerlo. Ultimamente entre nosotros el problema del alcoholismo ha despertado un vivo interés y ha sido tratado en la prensa política y en los Concursos Científicos; pero aquí esta cuestión podría reducirse sólo al pulque, el que, repitió, puede considerarse como útil, tomado puro y en dosis moderada, porque sin estos requisitos todas las substancias, aun las más inofensivas como la leche, harían daño. El Sr. Doctor Gayón tenía razón al hablar de los cambios de composición que sufre esta bebida y los que tanto influyen en sus malos efectos, y el Sr. Dr. Vértiz describió gráficamente las adulteraciones que se le hacen; así habría que desecharlo de plano; pero si es tan alterable y si las fermentaciones se suceden una tras otra, hay que preguntarse cómo se lograría impedir las, pues si es cierto que los químicos que como los Sres. Río de la Loza y Rodríguez, han estudiado el punto, no han llegado, sin embargo, á resolver el problema. Estimó que de ninguna manera debía preferirse el alcohol á la carne, por no ser el primero indispensable para la vida y recordó el bello ejemplo de Chevreul que en la fiesta de su centenario, brindó con una copa de agua; pero esto que estaría muy bueno para ciertas personas, abstinentes por temperamento, no podría aplicarse á todas. En México el problema del alcoholismo debe concretarse al pulque, por ser la bebida nacional, puesta por su bajo precio al alcance de todos. Que se estudien las ideas expuestas por el Sr. Dr. Gayón, á las que se asoció, pidiendo con él que se nombrara una Comisión para el estudio de este asunto.

El Sr. Dr. Vértiz hizo una rectificación en el sentido de que no quiere que se suprima toda bebida alcohólica y de que el pulque no es la única causa de los abscesos hepáticos. Dijo que si esa bebida se tomaba en México en estado de putrefacción y muy distinta de como sale de los tinacales, natural era estudiar sus efectos patológicos. Estuvo también de

acuerdo en que se nombrara una Comisión para que estudiara el punto.

El Sr. Dr. Altamirano apoyó á su vez la idea del Sr. Dr. Gayón, la que pidió se llevara á la práctica, nombrándose la Comisión que desde luego fijaría el programa al que deberían sujetarse estos trabajos, y recordó que este asunto hasta había sido ya sacado á Concurso por la Academia. Propuso á los Sres. Doctores Sosa y Toussaint para que formaran dicho programa.

El Sr. Dr. Sosa se manifestó agradecido por la importancia que se dió al tema de discusión que propuso y dijo que los Sres. Académicos habían ido más allá de lo que él deseaba, pues sólo preguntó si el pulque era ó no alimenticio. Resumió las ideas expresadas por los Sres. Dres. Vértiz, Gayón y Ramos, y refiriéndose á las del primero, indicó que no ha hecho la defensa del pulque, y que antes al contrario, está de acuerdo con las proposiciones del señor Dr. Macouzet, en lo tocante á la supresión del «vasco» y á que se declare delicto la embriaguez; pero para hacer el proceso del pulque, no se necesita apoyarse en un error, y por eso ha sostenido que es alimento. El Sr. Dr. Gayón, propuso, á su juicio, una cuestión muy importante, relativa á la mala calidad de la bebida, la que debe tratarse de remediarse porque si no es posible tomarla purísima, sí hay que evitar las adulteraciones escandalosas. Para decidir en esta materia no es posible atenerse al criterio moral, pidiendo la supresión absoluta del pulque, sino que hay que colocarse en el terreno de la práctica, en el que es imposible llegar á realizar ese ideal. Al convenir en que esa bebida ingerida en pequeña cantidad y con los alimentos, puede serlo á su vez, se ha rectificado un error que no amengua en nada la cruzada contra el alcoholismo, porque una cosa es embriagarse y otra usar con parsimonia de los líquidos alcohólicos. Creyó que la cuestión de adulteraciones y alteraciones del pulque podría quedar dentro del programa de la Comisión que se nombrara.

El Sr. Dr. Toussaint estuvo de acuerdo con el señor Dr. Sosa, pero hizo una observación para demostrar que en las alteraciones del pulque no eran necesarias las manipulaciones señaladas por el Sr. Dr. Vértiz. Ha visto, en efecto, en una hacienda de los Llanos de Apam que para fabricar el pulque se toman pieles no curtidas, las que tienen ya los gérmenes de la putrefacción, que después se encuentran en la bebida que se expende en la Capital. Dijo que el pulque puro era un ideal, pero que tocaba no obs-

tante á los químicos procurar su conservación. Hizo notar que cuando se ingieren grandes cantidades, no produce fuerza y desarrollo, porque los individuos vigorosos que hay en los lugares en donde se cultiva el maguey, no toman el pulque con el mismo exceso que nuestros artesanos.

El Sr. Presidente indicó que se precisaran los puntos que deban estudiarse, antes de nombrar la Comisión.

El Sr. Dr. Altamirano descó que dos personas de las que ya conocen el asunto fueran las que formaran el programa.

El Sr. Presidente juzgó más conforme con las prácticas de la Academia que en la próxima sesión las personas interesadas presentaran por escrito una proposición en el sentido que desean.

JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA.

ANTROPOLOGIA (*)

Relaciones de la Antropología y la Medicina

(Concluye)

de 1761, única que pudo presenciar, los atacados tomaban un color pálido, y en su mayor parte arrojaban sangre por boca y narices. Suponía Alzate que M. Chappe, astrónomo que falleció en esa expedición, había muerto con vómitos de sangre; pero Cassini lo niega en estos términos: «M. Chappe no ha tenido el vómito». Accesos de fiebre violenta, fuertes dolores de cabeza, y una opresión en el pecho, que él llamaba obstrucción; he aquí la enfermedad que le causó la muerte y que no parece semejante á la que D. Antonio de Alzate describe aquí».

Humboldt, fundándose en la aseveración de Alzate, dice: «Sin duda tiene el *Mattlazahuatl* alguna analogía con la fiebre amarilla ó con el vómito prieto; pero no ataca á los blancos, sean europeos ó desecndientes de indígenas. Los individuos de la raza del Cáucaso no parecen estar expuestos á este tífus mortal, al paso que, por otra parte, la fiebre amarilla ó el vómito ataca rarísima vez á los indios mexicanos. El asiento principal del vómito prieto es la región marítima cuyo clima es en exceso caliente y húmedo. El *Mattlazahuatl* al contrario, lleva el espanto y la muerte hasta lo interior del país, en la planicie central, en las regiones más frías y más áridas del reino»

(*) Véase el núm. 4, pág. 54.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Extracto del Acta núm. 20

SESION DEL 13 DE FEBRERO DE 1901.

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés.

Lectura del trabajo reglamentario enviado por el Señor Dr. Martínez, Socio Correspondiente en Monterrey.—Comunicación del Señor Presidente, sobre la actual epidemia de gripa.—Discusión.

El 2.º Secretario dió lectura al trabajo reglamentario del Socio Correspondiente en Monterrey, señor Dr. D. Alfonso Martínez. Dicho trabajo lleva por título: "Diabetes insípida de origen traumático."

El Sr. Presidente dijo, que el Sr. Dr. Gutiérrez habló en una de las sesiones pasadas de la frecuencia con que había observado en esos días afecciones del aparato respiratorio y refirió algunas historias de los enfermos que vió, citando entre otras, la de un individuo portador de una neumonía, notable por la gran macicez que produjo y que hasta hizo pensar en un derrame pleural. Esas manifestaciones morbosas del aparato respiratorio han aumentado últimamente, debido á la epidemia de gripa que reina en la Ciudad; y creyó que con este motivo los Señores Académicos podrian indicar algo referente á esta enfermedad y á sus complicaciones neumónicas, sobre todo congestivas. Recordó el caso de un enfermo que vió con el Sr. Dr. Gutiérrez, en el que se presentaron esas congestiones pulmonares, que por haber persistido localizadas en los vértices, hicieron sospechar la posibilidad de la tuberculosis, diagnóstico que no se confirmó, encontrándose el paciente sano en

la actualidad. Excitó de nuevo á los Sres. Académicos para que se sirvieran manifestar el resultado de sus observaciones sobre la epidemia reinante.

El Sr. Dr. Olvera obsequiando la indicación del Sr. Presidente, refirió un caso de su práctica que acaba de observar: se trata de un cochero que antes de anoche se lavó los pies, dos horas después de la cena, siendo despertado á poco de haberse acostado por un dolor de la región lumbar izquierda, que le subía al pecho, el que persistió hasta la mañana siguiente, no obstante haber tomado éter. Fué entonces á consultar al Sr. Dr. Olvera, el que no encontró ni tos, ni disnea, ni elevación de la temperatura, limitándose á prescribirle unas cucharadas con antipirina y morfina. En la tarde fué de nuevo llamado porque el enfermo seguía mal del dolor, acompañado ya de reacción que llegaba á 39º8, pero sin que tampoco hubiera tos: insistió en la antipirina unida en esta vez con el salicilato de sosa, por si hubiere en juego algún elemento reumático. Hoy sobrevino tos con el esputo hemorrágico, percibiéndose al nivel de la punta del homóplato un soplo congestivo y observándose un descenso de la temperatura á 38º8. Llamó la atención, sobre este enfermo por no haber correspondido en él la congestión pulmonar, que sin duda comenzó por el centro, con el sitio del dolor, localizado en la región renal. A propósito de este caso, pensó en otros, en los que tampoco ha habido esa coincidencia y recordó un enfermo en el que comenzó la neumonía con un dolor agudísimo del oído, que no cesó sino hasta que aparecieron los signos de la flegmasía pulmonar. El mismo, en una afección gripal que tuvo, sintió el dolor en el lado contrario al de la congestión. No estando advertido de estas anomalías, fácil sería cometer un error, tratándose de una enfermedad como la gripa, en que son tan comunes las congestiones, no sólo del pulmón, sino de otras víceras como el cerebro y la médula, estando quizá el lumbago ligado con la hiperemia de esta última, lo que explicaría su pron-

ta desaparición cuando se aplica un derivativo como las ventosas.

El Sr. Dr. Mendizábal manifestó que, como se había previsto, la epidemia de gripa se ha introducido entre nosotros, á lo que ha contribuido, en su opinión, el polvo tan abundante ahora y los cambios de clima que se han presentado en los últimos días. Hizo notar el carácter intermitente que han tenido las manifestaciones pulmonares de la influenza, lo que se debe á la existencia de plasmoidias en la sangre de los enfermos: el dolor, la tos, el esputo hemoptico, todo desaparece, para volver á al día siguiente, como se observa en los lugares de verdadera endemia palustre, siendo de advertir que esta forma neumónica periódica es modificable y curable con la quinina. Creyó que las remociones de terrenos serían responsables de esta anomalía de la gripa é insistió en que el riego de la ciudad debería hacerse con más abundancia, hasta empapar bien el suelo, para impedir la diseminación de los polvos. Deseó conocer la opinión de sus compañeros sobre estas particularidades de la epidemia actual, la que por fortuna no ha sido tan grave como en otros años.

El Sr. Dr. Vázquez Gómez hizo notar que desde la sesión antepasada y en esta misma se había dicho que las remociones de terrenos podían ser causa de la gripa. Hace dos años el Sr. Dr. Gaviño y él sostuvieron igual parecer, opinando en contra de ellos algunos de los Sres. Académicos, por lo que preguntó ahora que si los polvos pueden ó no hacer daño. En la época á que se refiere se removieron también muchos terrenos por las obras de construcción de las vías eléctricas y de la pavimentación de las calles, levantándose inmensas cantidades de polvo, los que son muy ricos en gérmenes, según se ha demostrado por las experiencias llevadas á cabo en Munsurich y Berlín. Desearía por lo mismo saber la opinión de los socios presentes sobre este asunto que es de actualidad. Para terminar señaló el hecho de no haber descendido casi nada la mortalidad durante la estación de lluvias del año pasado.

El Sr. Presidente suplicó al Sr. Dr. Vázquez Gómez se sirviera precisar su pregunta, en el sentido de que si considera al polvo perjudicial para la salubridad en general, ó sólo como factor para producir determinada enfermedad. Hace dos años tomó parte en la polémica á que se refiere el Sr. Dr. Vázquez Gómez, y aun escribió un artículo negando que el polvo fuera la causa determinante de la gripa y admitiendo que sí podía influir en el desarrollo de las bronquitis y de las bronconeumonías.

El Sr. Dr. Vázquez Gómez dijo: que al señalar el polvo como causa de enfermedades, se habían referido á las infecciosas, contando entre ellas la gripa, la que si no depende directamente de dicho agente, sino de un bacilo especial, si creyó que el polvo obrando como un elemento irritante determine bronquitis, faringitis y hasta bronconeumonías, que abren la puerta á las infecciones y favorecen la pululación de muchos microorganismos. Juzgó que esta cuestión no estaba fuera de las leyes de la Patología General, supuesto que las experiencias de Shultz han demostrado para el bacilus de la tuberculosis, que su inyección en el organismo normal, nada produce; pero que sí se desarrolla, por ejemplo, cuando se ha traumatizado alguna articulación. El mismo papel etiológico puede atribuírsele también al frío. Preguntó que si conforme á estas ideas los polvos favorecen la infección gripal, y que por dónde se produce ésta, si por el aparato respiratorio ó por alguna otra vía.

El Sr. Dr. Mendizábal manifestó que, en tesis general, la remoción de terrenos no sólo es incómoda, sino dañosa para la salud, habiéndose observado en Veracruz que dichas remociones han contribuido á sostener las epidemias de vómito. En cuanto á la manera de obrar de los polvos, puede admitirse que llevan directamente el germen de las enfermedades, ó que por el traumatismo que causan en las vías respiratorias, abren fáciles brechas para que penetren, estando confirmado esto último para la tuberculosis, tan común en los obreros que traumatizan su pulmón con los polvos de tabaco. Refiriéndose á la gripa, sin pensar que nace directamente de la remoción de terrenos, si creyó que influyan en su propagación, por el traumatismo que determinan, ó por que pueden llevar sus gérmenes. Las formas que ha revestido esta enfermedad, asociada con manifestaciones periódicas, así parecen indicarlo también.

El Sr. Dr. Toussaint dijo: que no está aún decidida la vía por donde se hace la infección gripogena, no pudiendo afirmarse que sea por la respiratoria. Pero sí se ha observado que la enfermedad viene de los países vecinos, y ahora existe una epidemia en Nueva York, siendo difícil suponer que nos haya venido por el aire. Algunas de sus localizaciones especiales, como las que se hacen en el sistema nervioso, no explicarían satisfactoriamente la infección por las vías respiratorias. Tampoco se sabe si las condiciones del suelo favorecen el desarrollo del bacilos, ni si se le conocen esporos, por lo que se debe esperar

á que el tiempo decida el mecanismo de su penetración en el organismo.

El Sr. Dr. Vázquez Gómez dijo: que al indicar que la infección de la gripa podía hacerse por el aparato respiratorio, no lo había afirmado, sino simplemente se limitó á preguntar el parecer de sus consocios sobre este punto. En cuanto á la diseminación del mal, si está demostrado que se hace siguiendo las vías de comunicación, y opinó que esto ya no debía discutirse. Las localizaciones de la enfermedad en otros aparatos, no excluyen la entrada por las vías respiratorias; así pasa nada menos con la tuberculosis que más á menudo se localiza en ellas, pero sin que haya por esto inconveniente para que ataque otros aparatos, como el articular, sin estar afectado aquél. Así, pues, sin sostener que la gripa infecte al organismo por la vía respiratoria, no puede negarse que es muy posible tal modo de penetración; en los casos de influenza que ha observado en su práctica, han dominado las manifestaciones de las vías aéreas. Convino en que aunque reina mucha obscuridad en todas estas nociones patogénicas, no cabe duda que la remoción de terrenos sí es una causa predisponente para el desarrollo de la enfermedad, desde el momento que se sabe que todo cuerpo extraño introducido en el organismo, provoca un movimiento de diapedesis, verdadero trabajo de defensa, que cuando es inútil puede predisponer á la invasión de los microorganismos, aumentando así la receptividad de los individuos para contraer el mal.

El Sr. Presidente consideró que en resumen las preguntas hechas por el Sr. Dr. Vázquez Gómez se reducían á tres: la primera, de solución obvia, porque nadie niega que los polvos puedan ser dañosos; la tercera no puede contestarse categóricamente, por no estar averiguado el aparato por donde se hace la infección griposa; en cuanto á la segunda, que se refiere á la diseminación de la influenza por medio del polvo, hay para sostenerla puros razonamientos deductivos, los que no constituyen una prueba científica decisiva, mientras no estén sancionados por la experiencia. Los individuos más expuestos á la acción del polvo y de la intemperie, no hacen por cierto el mayor número de las víctimas de la gripa, la que sobre todo se ceba en los que habitan lugares cerrados, como se demostró en París, en una de las últimas epidemias, para los empleados del Louvre, que casi todos la padecieron: siendo de notar que los primeros casos se observaron entre las personas que por razón de su oficio estaban en contacto con los pasajeros y equipajes que provenían de lugares in-

fectados, por eso los empleados de los ferrocarriles y de las aduanas fueron de las primeras víctimas. Por lo que ve á los detalles de su propagación, están muy bien estudiados, habiéndose demostrado que se hace siempre de Norte á Sur y que se localiza indistintamente en lugares polvosos ó no. Suplicó al señor Dr. Vázquez Gómez que se sirviera estudiar todos estos puntos para que se convenciera de su exactitud.

Este señor no negó ni puso en duda nada de lo dicho por el Sr. Presidente, y sólo por vía instructiva le preguntó si conocía alguna población, como la nuestra, que tenga tal cantidad de polvo, en la que se hayan estudiado las condiciones especiales de esta epidemia y comprobado por la experimentación.

El Sr. Presidente, contestando la interpelación del Sr. Dr. Vázquez Gómez, manifestó que no había referido experiencias llevadas á cabo en la capital, en donde no se han hecho; pero que no sólo las personales tienen valor, y que él no se atrevería á poner las suyas, en caso de haberlas realizado, en frente de las verificadas por los grandes observadores. Aquí las epidemias de influenza siempre nos han venido del Norte, y ahora nada menos, reina una muy intensa en Nueva York. La marcha de la enfermedad, una vez importada á las ciudades, está bien estudiada, y ya recordó que en París ha comenzado á atacar á los empleados de aduanas y ferrocarriles. El hecho de que hubiera una ciudad más polvosa que la nuestra, no abogaría ni en uno ni en otro sentido: en Rusia, por ejemplo, abunda mucho el polvo y no se ha dicho que produzca la gripa.

JESÚS GONZÁLEZ URUÑA

Extracto del Acta número 21

SESION DEL 20 DE FEBRERO DE 1901.

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés

Lectura de un trabajo sobre Tétanos traumático, remitido por el Sr. Dr. Ortega, Socio Correspondiente en el Valle de Santiago. Discusión.— Comunicación del señor Dr. Hurtado.— Moción presentada para el estudio del pulque, suscrita por los Sres. Dres. Altamirano, Ramos, Gayón y Sosa. Se nombra una Comisión para que dictamine.

El Sr. Dr. D. José Ramón Icaza dió lectura á un trabajo titulado: «Tétanos traumático», que remite

el Sr. Dr. D. Andrés Ortega, Socio Correspondiente en el Valle de Santiago.

El Sr. Dr. Hurtado consideró correcto dicho trabajo, el cual contiene todo lo que se conoce sobre el particular; pero en cuanto al tratamiento que estudia el autor, nada puede concluirse en definitiva, por haberlo aplicado en un solo enfermo. Recordó haber presentado á la Corporación dos casos de tétanos que curó en el Hospital Juárez por medio de las inyecciones de estriénina, en dosis elevadas, y otro por el cloral y el opio; pero convino en que todos estos tratamientos tienen mucho de empírico, habiendo enfermos que se salvan con cualquier recurso y otros en que nada surte, más por fortuna entre nosotros es rara esa enfermedad, según pueden atestiguarlo los Sres. Académicos que practican en el Hospital Juárez. Repitió que pone en duda la eficacia de la substancia cerebral, recomendada por el Sr. Dr. Ortega, sin que por esto deje de tenerse en cuenta el caso que relata. En su práctica personal ha visto fracasar la cerebina, una vez que la usó, durante dos años, en una enferma diabética, juzgando de mejores resultados otros tónicos nerviosos como los glicerofosfatos.

El Sr. Dr. Prieto dijo: que hace algunos años todavía el tratamiento del tétanos era empírico ó incierto, pero ahora gracias á la bacteriología tenemos en la seroterapia un tratamiento científico y eficaz. La historia del bacilo de Nicolaier es muy interesante por sus conexiones con la seroterapia antidiftérica. Behring y Kitasato lograron inmunizar conejos contra el tétanos y observaron que el suero de estos animales inmunizados curaba el tétanos de los animales experimentalmente inoculados. Entonces se pusieron á estudiar la inmunización y la seroterapia contra la difteria, descubriendo el suero antidiftérico que, perfeccionado por los médicos Vieneses y después por Roux, se emplea ahora con éxito en todo el mundo para combatir la difteria. El suero antitetánico, al principio no curaba á todos los animales tetanizados, sino tan sólo á algunos de ellos, y aplicado al hombre se mostró todavía menos eficaz; pero después que se hubo mostrado, que como lo habían observado los antiguos médicos, las substancias que obran sobre los elementos nerviosos lo hacen con más intensidad si se las inyecta en determinadas regiones y que esa intensidad llega á su maximum cuando, previo el trépano, se las aplica en inyección submeníngea, se comenzó á aplicar por esta vía el suero antitetánico obteniéndose en los animales la curación de todos ó casi todos los tetanizados.

Aplicado de la misma manera al hombre, los resultados obtenidos han sido satisfactorios, y ahora podemos decir que poseemos contra el tétanos un tratamiento eficaz y basado en la experimentación y en la observación.

El Sr. Dr. Hurtado agradeció al Sr. Dr. Prieto las aclaraciones que se sirvió hacer y ellas corroboran que el medio propuesto por el autor del trabajo es anticientífico, supuesto que hay un tratamiento racional del tétanos confirmado ya por la experiencia.

El Sr. Dr. Mendizábal concedió también poca fuerza á la observación presentada por el Sr. Dr. Ortega. Dijo que en la Costa, en donde es muy común el tétanos, vió muchos casos de curación por distintos tratamientos, señalando una forma intermitente, citada por los autores que cede á la quinina. En el Hospital Juárez es raro ciertamente, pues en un año en que se dieron hasta 35 casos, deben atribuirse á las malas condiciones higiénicas de la sala en que se presentaron, porque una vez modificadas cesaron por completo. En el mismo establecimiento ha usado sin resultado el suero antitetánico, lo que atribuyó á que las inyecciones no fueron submeníngeas, sino subcutáneas y á que se empleó en casos muy avanzados. Abriga la convicción de que con los progresos de la medicina y sobre todo de la higiene, el tétanos desaparecerá, como ha sucedido con la podredumbre de hospital. En Veracruz hubo un tiempo, en la época del Sr. Dr. Pombo, en que daba miedo operar porque casi todos los enfermos morían de tétanos, el que mucho ha disminuído ahora con los progresos de la higiene.

El Sr. Dr. Altamirano manifestó que tenía en estudio un medicamento traído de Coatzacoalecos por el Sr. Dr. Rangel: es la grasa de un insecto. llamado Aje, que aplicada en las heridas, curaría el tétanos. Esto, por supuesto no ha sido aún comprobado y lo puso en conocimiento de la Academia para hacer ver que dicha substancia ó es realmente eficaz ó hay casos que curan espontáneamente. Convino en que el suero es el tratamiento más racional.

El Sr. Dr. Vértiz dijo: que en su servicio en el Hospital Juárez tuvo varios casos de tétanos, convenciéndose de que hay unos que curan con cualquier cosa y otros con nada. El tratamiento que entonces le pareció más eficaz fué el cloral, ministrado en dosis de un grano cada hora; pero la utilidad de este medicamento quedaba siempre subordinada á la gravedad del mal, que no es igual en todos los casos, habiendo unos benignos, que pudieran llamarse nerviosos, como la alferecía de los niños, que unas

veces es refleja y en otras depende de una meningitis. Esas variedades en las formas del tétanos están ligadas con la presencia en el organismo de los bacilos, cuando son graves, ó simplemente de las toxinas si lo son menos, lo que también explica porque curan unas y otras no. Los autores europeos han demostrado la utilidad del suero, el que debe aplicarse por la vía subcutánea en los casos sencillos y por la submeringea en los más serios.

El Sr. Dr. Núñez fué de la misma opinión del Sr. Dr. Vértiz en lo tocante á la rareza del tétanos en el Hospital Juárez en donde ha podido observar casos agudos, casi siempre fatales, y otros que pudieran llamarse crónicos, que curan con más facilidad. El último que tuvo se refiere á una obrera que entró á la sala 11 con una herida por machacamiento en una mano, muy anfractuosa, con pelos de sombrero de los que manejaba la enferma; el tétanos fué gravísimo, muriendo la paciente asfixiada, no obstante habérsela tenido bajo la acción del cloroformo. Ha notado que estas heridas por machacamiento son las que más se complican de tétanos; pero puede presentarse también, aun en las simples quemaduras, siendo favorecido por los vientos del Norte y por el tiempo frío y nublado. Ha visto poner en práctica todos los tratamientos recomendados, aun el suero mismo, el que sólo se ha inyectar *do bajo la piel, como lo dijo el Sr. Dr. Mendizábal*. En el servicio del Sr. Dr. Montes de Oca empleó algunas veces la sangría, la que desde luego parecía calmar los accidentes tetánicos, pero como después reaparecían con más fuerza, ya no lo siguió ensayando. Para prevenir esta complicación se abstiene de operar y hasta de curar enfermos delicados cuando hay Norte. Repitió que no ha visto sino raros casos en la sala 11 y en la de Clínica que tiene á su cargo en el Hospital Juárez, que por ahora estamos reducidos al tratamiento preventivo y que cuando llegue la vez tendrá el gusto de llamar al Sr. Dr. Prieto para que aplique las inyecciones antitetánicas submeningea.

El Sr. Dr. Hurtado aprovechó la oportunidad para llamar la atención sobre dos hechos que ha tenido en su práctica y que le parecen interesantes. En uno se trata de una enferma que le recomendó el señor Dr. Terrés y que padecía de una afección del codo, que á juicio del médico que la atendía, necesitaba ya la resección. La paciente por su escasez de recursos ingresó al Hospital de San Andrés. Representa treinta y tantos años de edad, pálida, anémica, con el codo doblado y presentando en la piel de la región

una ulceración de bordes como chancrosos y de fondo cubierto de yemas; pero que penetraba hasta la articulación, pues se veían los huesos á descubierto. Sospechó que pudiera tratarse de un padecimiento específico, y al dirigir el interrogatorio en este sentido, la enferma confesó que había tenido leucorrea con ulceración de uno de los grandes labios y que había padecido de la garganta, en la que se veía aún ulcerado uno de los pilares, y á pesar de que faltaba el infarto ganglionar, las huellas de sífilides y el reumatismo, diagnosticó, sin embargo, una afección sífilítica terciaria, en la que no había derecho á intervenir, sin ensayar previamente el tratamiento específico, instituyéndolo en el caso por medio de las fricciones mercuriales y del ioduro de potasio á dosis elevadas. Creyó interesante esta observación por no ser comunes entre nosotros las manifestaciones del terciarismo, mucho menos en la mujer, en la que dice Fournier que rara vez existen; es también notable por no haber sido único, sino múltiple, el chancro infectante. Opinó que la lesión primitiva del codo fué una goma que al ulcerarse invadió la articulación. El segundo caso se refiere á una muchachita de doce años de edad, que le remitió á su servicio el Sr. Dr. Bulman y que presentaba una ulceración en el vientre, de forma oval, con bordes duros de aspecto sarcomatoso. La niña no daba ningún antecedente personal ó hereditario y ofrecía sólo una cloro-anemia concomitante. Sometida á un tratamiento tónico y á curaciones húmedas en la ulceración, mejoró bastante, cuando con motivo de haber tenido la gripa en la actual epidemia, comenzó á quejarse de la garganta, en la que tenía una ligera inflamación para la que le prescribió gargarismos con ictiol; al cuarto día, la niña, muy inteligente, avisó que se le había perforado el velo del paladar, encontrando, en efecto, al examinarla una pérdida de substancia del tamaño de la cabeza de un alfiler, agrandándose en seis ó siete días hasta llegar á las dimensiones de una moneda de cinco centavos. Esto le hizo caer en cuenta de la naturaleza específica de tales manifestaciones, imputables á una heredo-sífilis tardía, de la que no había antecedentes ni estigmas dentarios de Hutchinson. La sometió igualmente al tratamiento por las fricciones. En otra niña del Estado de Puebla, de 17 años de edad, pero que parecía tener 13, hija de un sífilítico, comenzó el terciarismo por la lengua, la que se fundió hasta quedar reducida á un muñón por haberse desmenuado la medicación conveniente. Esta joven, por su aspecto, parecía de buena salud y le mandó como á las anteriores el

tratamiento específico, al que de tiempo en tiempo la somete la familia. Insistió en que el terciarismo era raro en México, al contrario de lo que se ve en otras razas, pues en tantas mujeres como ha atendido, son contados los casos que se le han presentado y por lo común en ellas la sífilis sólo se traduce por abortos repetidos. Dijo que el tratamiento recomendado por los europeos debía atenuarse entre nosotros porque las dosis que se recomiendan no son tolerables aquí, recordando á este propósito á una enferma de lupus en la cara, que había sido tratada sin éxito por diversos médicos, cuando comenzaba á mejorar con el jarabe de Gibert y el ioduro, hubo que suspenderlos por la intolerancia de las vías digestivas.

Se dió lectura á una moción suscrita por los señores Dres. Altamirano, Ramos, Gayón y Sosa, la que pide se nombre una comisión para que estudie y dictamine sobre las proposiciones siguientes:

1ª ¿El pulque no adulterado ni descompuesto puede considerarse como bebida alimenticia?

2ª ¿El pulque tal como se expende generalmente en la capital, conserva sus propiedades nutritivas, si las tiene, ó adquiere otras que lo hagan nocivo para la salud, aun á dosis moderadas?

3ª ¿Qué medidas deben proponerse para evitar que adquiriera esas propiedades nocivas si se le asignaren?

El Sr. Presidente designó con este objeto á los señores Dres. Altamirano, Parra, Prieto, Sosa y Toussaint, indicando que por tratarse de una cuestión complexa era tan numerosa la comisión.

JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA.

OFTALMOLOGÍA

Ventajas de la disección de la cápsula con el cuchillo en la extracción de la catarata luxada.

La disección de la cápsula del cristalino para la extracción de la catarata, ha sido estudiada con interés siempre y lo prueba el número de instrumentos ideados para realizarla. Esto mismo indica que se ha pensado de diverso modo respecto de la manera de efectuarla porque se habrán tropezado con difi-

cultades que cada cual ha tratado de vencer como haya podido. El instrumento más generalizado para disección es el llamado quistótomo, de todos conocido, y que con variaciones viene á ser una barrita metálica que en la punta tiene una especie de gancho que se le hace entrar en sentido lateral para luego colocarlo verticalmente y herir el cristalino. El sitio de la disección ha sido casi siempre el centro de la lente por más que algunos como el Dr. Knapp arrolla el iris hacia la periferia para rasgar en este lugar la cápsula tal vez para favorecer la salida de la lente opaca por la parte superior á la menor presión en la parte inferior de la córnea.

Otros han usado como quistótomo el cuchillo de De Grofe particularmente después de hacer la punción de la córnea, antes de practicar la contrapunción é interesar la cápsula con la punta del cuchillo y seguimos desde luego á realizar la contrapunción y terminación de la queratotomía.

Cuando no se está habituado á hacer la disección con el cuchillo, se suele coger el borde de la pupila antes de hacer la disección ó el opacito después de hacerla, pero si así sucede no perjudica en nada y no se conoce después de curado el enfermo.

Es más frecuente encontrar una cápsula dura y atraer con la punta del cuchillo el cristalino hacia adelante tanto que el iris atraído por aquél, dificulte la contrapunción, pero esto se evita ladeando algo el cuchillo para que funcione el filo del instrumento, é imponiéndole un movimiento lateral se obtiene lo mismo.

En las cataratas completamente luxadas es indudable que la disección con el cuchillo ofrece serias dificultades, pero siempre menores que con el quistótomo y además que ya en ese estado sería preferible extraerla con la cápsula porque ésta constituiría más tarde una nueva dificultad, pero no nos referimos á este grado de luxación de la catarata sino á aquél menos intenso y no apreciable más que en el momento después de hacer la queratotomía ó al practicar la disección.

Estas luxaciones del cristalino obedecen á estados patológicos de las zónulas de Zin en los que el menor cambio de posición en la lente opaca la hace relajar ó romper sus ataduras y luxares.

Cuando esto ocurre ya está generalmente hecha la disección y puede obtenerse más fácilmente su avanzamiento hacia la cámara interior y por tanto su expulsión.

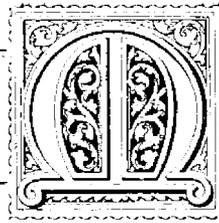
Como la punta del cuchillo al desgarrar la cápsula no ejerce cual el quistótomo presión de delante á



aceta



édica de



éxico

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO I.

MEXICO, 1º DE ABRIL DE 1901

2ª SERIE.—NUM. 7.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Extracto del Acta núm. 22

SESION DEL 27 DE FEBRERO DE 1901.

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés.

Lectura de trabajos sobre anestesia general por los Señores Drs. Núñez y Macouzet.—Discusión.—Lectura por el Sr. Dr. Lugo Hidalgo.—Discusión.

El Sr. Dr. Núñez leyó su Memoria de Reglamento titulada: «Breves consideraciones sobre los accidentes á que puede dar lugar el cloroformo cuando se emplea para obtener la anestesia quirúrgica.»

Por estar relacionado con el anterior, el Sr. Presidente concedió la palabra al Sr. Dr. Macouzet para que leyera á su vez un trabajo extraordinario sobre «Cien eterizaciones».

El Sr. Dr. Mejía creyó que ateniéndose á su experiencia personal no podía apoyar las ventajas del éter; pero refirió, sin embargo, un hecho acaecido el año pasado, y referente á una joven que se luxó un codo y en la que había temores de dar el cloroformo por padecer una lesión cordiaca avanzada. Al Sr. Dr. Beristain se le ocurrió eterizarla, empleando éter expreso para anestesia, la que hubo necesidad de prolongar, tanto para hacer un examen completo de la lesión, como para reparar los desórdenes que causó, sin que hubiera ningún accidente, terminándose la operación con toda felicidad. Dijo que de un solo caso nada podía deducirse; pero que lo relataba por las circunstancias especiales que en él concurrieron y para que aumente la estadística favorable del Sr. Dr. Macouzet. A propósito del cloroformo lo da con mucha frecuencia en sus intervenciones ginecológicas, y nunca ha tenido que lamen-

tar una desgracia formal. Llamó la atención sobre la peripecia que tiene el Sr. Dr. Beristain para administrar este anestésico, con el que produce la insensibilidad á lo más en diez ó quince minutos, siendo muy raros, como ya lo indicó, los verdaderos accidentes observados en su clientela, en la que ignora el número exacto de las cloroformizaciones, pero puede asegurar que pasan de mil. Estos hechos están en consonancia con lo referido por el Sr. Dr. Núñez. Recordó el caso de una histérica á la que le dió un ataque en el momento en que iba á cloroformarse, no interrumpiéndose á pesar de esto la aplicación del anestésico, el que apagó por decirlo así, la crisis nerviosa, sin que hubiera ninguna otra novedad durante la intervención. Creyó importante el modo de administrar el cloroformo, que no debe darse por sideración, pero tampoco dejarlo evaporar ni verter sólo algunas gotas, como suele hacerse.

El Sr. Dr. Lugo Hidalgo leyó su trabajo reglamentario, que tiene por título: «El salófeno contra las neuralgias de origen reumatismal y el reumatismo muscular.»

El Sr. Presidente manifestó, á proposito de la segunda conclusión con que termina dicho trabajo, que él había empleado el salófeno en dosis de 5 gramos y lo había visto prescribir hasta en la de 8, sin que hubiera sabido que se presentarán accidentes.

El Sr. Dr. Lugo Hidalgo recordó que la primera vez que usó este medicamento fué en su propia persona, dominando dos síntomas; zumbidos de oídos y laxitud del vientre. El salicilato de sosa llega á producir hasta vértigos, y el salol, que se aplica en dosis de dos á tres gramos, suele causar dolores de vientre. Hay, pues, que ser prudente en la administración del salófeno que tiene 579 por 100 de ácido salicílico y en la de todos sus congéneres por ser tóxicos.

JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA.

CLINICA QUIRURGICA.

ALGUNAS CONSIDERACIONES

SOBRE LAS TALLAS VESICALES EN EL NIÑO Y SOBRE EL MANUAL OPERATORIO DE LA TALLA SUPRA-PUBICA

Memoria, que para optar á la plaza de Cirujía, vacante en la respetable Academia N. de Medicina, tiene la honra de presentar el
DR. GERMAN DIAZ LOMBARDO.

No es ciertamente por cumplir una fórmula por lo que me dirijo á esa H. Academia solicitando su benevolencia antes de presentar mi tesis, sino porque la respetabilidad de dicha Corporación se impone á todo el mundo y mucho más á aquellos que, como yo, figuran en las filas más humildes de los que practican la Medicina.

Ciertamente hubiera reprimido mis ardientes deseos por entrar en esta oposición, si no pensara que todo hombre tiene la imperiosa obligación de trabajar, sin medir los obstáculos, teniendo por mira el adelanto y por guías la honradez y el trabajo.

Convencido de que en el seno de esa Academia se recogen enseñanzas de inestimable valor, me he sentido impulsado á procurar pertenecer á ella, para buscar un lugar más en donde ilustrarme, sin que sea la confianza en mí mismo lo que me lleva á este certamen.

Ruego, pues, á los Honorables Señores Académicos que al leer mi Memoria, la consideren como un modesto esfuerzo que hago en mi vida de estudio y de trabajo.

*
* *

Como los casos de cálculos vesicales que me ha sido dado operar en este año no son numerosos para presentarlos en forma de estadística, y como nada tienen que los haga particularmente interesantes, no consigno en esta Memoria sus historias, porque sería fatigar inútilmente la atención; pero, aprovechando el estudio que hice cuando operé á cada uno de estos enfermos, me propongo hablar algo sobre el tratamiento de los cálculos vesicales en el niño y el manual operatorio de la talla supra-pública.

De los diversos métodos operatorios que hay para tratar los cálculos vesicales en el niño, indudablemente que el que más satisfaría sería la litotricia, si no existieran los inconvenientes de tener que usar instrumentos muy débiles para hacer la trituración y muy gruesos para hacer la aspiración de la piedra triturada. No obstante esto, hay algunos lugares

(India Inglesa) en donde la calculosis vesical es muy frecuente en los niños, y en donde la litotricia se practica en ellos con frecuencia. No pudiendo dar detalles respecto al manual operatorio, á las condiciones de los enfermos, ni á la clase de instrumentos que se usen para practicar la litotricia, no me será posible disentir este procedimiento operatorio; pero sí debo consignar dos razones que hay para explicar los éxitos de los cirujanos de la India en sus litotricias en el niño. Morelli, por una parte, cree que en esas regiones los niños alcanzan más pronto su completo desarrollo sexual, y por esto explica que en ellos se puedan usar instrumentos gruesos, que en nuestras ciudades no pueden usarse. Por otra parte, Otis, cree que en el niño, como en el adulto, se puede aumentar el tamaño del diámetro menor de la uretra, y asegura que la relación entre la circunferencia del pene y el diámetro de la uretra que ha demostrado en el adulto, existe en el niño.

La primera razón, la de Morelli, no puede ser discutida, porque se funda en hechos de observación personal que no podemos nosotros someter á comprobación, y además nos trae poca ventaja, puesto que se trata de un carácter de los órganos sexuales meramente local; no así la observación de Otis, esa debe estar fija en nuestra mente, pues si fundados en ella conseguimos poder introducir instrumentos un poco más fuertes y aprovechamos debidamente la contracción vesical como fuerza expulsiva, podremos dedicarnos á practicar la litotricia en el niño y conseguir que en él, como en el hombre, sea el método de elección.

Careciendo de observación personal de hechos, propios ó extraños, no puedo extenderme en estudiar la litotricia en el niño pero al manifestar mi simpatía por este procedimiento, que en el adulto me ha dado éxitos, me parece conveniente señalar el papel importante que debe desempeñar la litotricia en el niño.

Antes de entrar de lleno en la discusión sobre la indicación de las diversas tallas, debo manifestar que, como deseo tratar el asunto de una manera general, no haré un estudio detenido de la anatomía patológica de la calculosis vesical por el temor que me asalta de ser demasiado cansado. Tomaré, pues, únicamente los datos que crea necesarios para formar mi juicio, apresurándome una vez más á solicitar vuestra benevolencia, si incurro en error siguiendo este plan.

El paralelo que hago entre las tallas, lo emprendo dividiendo éstas en dos grupos: por una parte la ta-

lla supra-pública, por la otra, las diversas fallas perineales.

Juzgando primeramente por la región anatómica que se tiene que atacar al practicar cada una de dichas operaciones, debo señalar cuáles son los detalles que presenta cada una de ellas, dignos de tomarse en cuenta, para apreciar la dificultad y gravedad que presentan.

Al practicar la talla supra-pública, el peritoneo y la cavidad de Retzius son los detalles anatómicos en los cuales tiene que fijarse el cirujano de una manera preferente. Menciono la cavidad de Retzius, no porque sea delicado el atacarla, sino porque es esencial el canalizarla bien al terminar la operación; de manera que no es este un detalle que se refiera á la importancia de la intervención en el momento de emprenderla, sino á la curación posterior. Creo que no debo insistir demasiado, hablando del peritoneo, en la tolerancia que presenta este órgano cuando se le trata delicadamente, tanto porque es ya corriente en cirugía que el peritoneo es un órgano que soporta maniobras cuidadosas, cuanto porque en la talla supra-pública, apenas si se le toca, y esto se hace para protegerlo y alejarlo del campo operatorio. Sólo en un caso, cuando es necesario practicar la talla transperitoneal, puede ser atacado de una manera más seria; pero entonces, lo repito, tratándolo con las precauciones de asepsia necesarias, no se agrega una gravedad importante á la talla supra-pública. Antes de abandonar la región de la talla supra-pública, recuerdo que la vejiga en el niño tiene mucha parte en el abdomen, lo que da mayor facilidad para llegar á ella en el niño que en el adulto.

En la anatomía de las tallas perineales en el niño, hay dos detalles que sí dan gravedad á la operación. Sobre uno de ellos, nada puedo decir apoyado en hechos: me refiero á la posible sección de los canales eyaculadores. Sobre el otro, el recto, sí puedo asegurar que ha habido casos de perforación de este órgano al practicar algunas de las tallas perineales.

No creo que la falta de hechos confirmados de importancia por sección de los canales quite su importancia á esta consideración, porque es una idea que teóricamente se impone por el estudio de la región anatómica y porque quizá la falta de esos hechos sea debida á la imposibilidad de seguir en su desarrollo á los niños operados.

Por lo que corresponde á la perforación del recto, se puede decir que es una complicación, unas veces leve, otras grave, según la altura, el tamaño de la perforación y otras circunstancias. Pero, de todos

modos es una complicación, debida unas veces á la torpeza del cirujano y siempre á los detalles anatómicos de la región.

La anatomía coloca, pues, en lugar ventajoso á la talla supra-pública sobre las perineales.

Para juzgar desde otro punto de vista el paralelo entre las tallas, creo necesario recordar algunos datos sobre los cálculos y la vejiga. Los datos de los cálculos que me parece más útil tener presentes al elegir entre las tallas, son: su tamaño, forma, número y situación en la vejiga.

El tamaño es quizá el carácter más importante del cálculo y es también de los caracteres más variables, siendo, por fortuna, de los más fáciles de apreciar antes de abrir la vejiga: sin embargo, no son raras las sorpresas que algunos cálculos han dado á los cirujanos que los han extraído. La condición que impone el tamaño del cálculo á la talla, es la de que facilite un paso bastante amplio, esto es, superior á uno de los ejes del cálculo, más el espesor del instrumento con que se le extrae de la vejiga.

Si bajo esta relación juzgamos á la talla perineal, tendremos que decir que sólo es practicable en los casos de cálculo pequeño, pues aun teniendo en cuenta la dilatabilidad de la región, no puede hacerse pasar por ella cálculos de tamaño mediano ó grande. Por lo contrario, por la herida que da la talla supra-pública pueden pasar todos los cálculos, menos los excepcionalmente grandes.

La forma del cálculo es importante porque en algunos casos las dificultades que hay para su extracción dependen de su forma; pero es un carácter que dá pocas indicaciones, entre otras razones, porque es difícil de ser conocido antes de abrir la vejiga.

Es también importante conocer el número de cálculos que existen en la vejiga, pero en realidad su importancia reside en poder apreciar los caracteres de cada uno de ellos aisladamente; es decir, saber si hay cálculos grandes y chicos.

La situación del cálculo en la vejiga es indudablemente muy útil conocer al decidir el camino por seguir, siendo este carácter con el tamaño del cálculo, los datos que más debe valorizar el cirujano.

Cómo es sabido, los cálculos ó están libres ó están enclavados, ya sea en alguno de los orificios naturales de la vejiga, ya sean en una cavidad nueva formada por alteraciones patológicas de anatomía y fisiología; también se pueden observar adheridos á las paredes de la vejiga; pero esto se observa más en los casos de arena vesical que en los de cálculos.

En el niño, por las condiciones de su edad, rara vez se observan esas cavidades llamadas celdillas vesicales y en donde frecuentemente se alojan los cálculos del adulto; pero, en cambio, no es raro observar cálculos enclavados en el cuello de la vejiga, como lo prueba, entre otras estadísticas, la práctica de los Sres Dres. Licéaga y Hurtado.

Como se ve, es importante elegir un camino apropiado para los casos de cálculos enclavados, y si desde este punto de mira juzgamos á la talla perineal, tendremos que decir que es una vía inapropiada, confirmando ésto con los hechos, en los que habiendo practicado talla perineal, se ha tenido que practicar la supra-púbica para poder extraer cálculos enclavados en el cuello de la vejiga.

En atención, pues, á los diversos caracteres y circunstancias que se encuentran en los cálculos, la talla supra-púbica es más generalmente aplicable, puesto que la indicación única de la talla perineal puede formularse con relación al cálculo, diciendo: que es practicable sólo en caso de cálculo pequeño y libre en la cavidad vesical. Es difícil indicar la dimensión exacta que debe tener el cálculo para que su paso sea fácil por la vía perineal, pero quizá no sea exagerado fijar centímetro y medio como máximo de su eje menor, para que la extracción no sea laboriosa: de manera que al practicar la talla perineal, como operación de elección no sólo debe tenerse la seguridad de que uno de los ejes es de corta dimensión, si no de que se podrá hacer su prehensión por ese eje menor.

El estudio del estado de la vejiga da también indicaciones en favor de una ú otra de las tallas.

Habiendo dicho que en el niño es rara la formación de celdillas vesicales, y considerando que el desarrollo más ó menos marcado de las fibras musculares no influye en la elección de procedimientos, no insisto sobre los múltiples detalles anatomo-patológicos de la vejiga, recordando únicamente la división clínica, que en el caso me parece oportuna, entre calculosis sin infección de la vejiga y calculosis con infección de este órgano. Creo útil esta división, porque dirige los esfuerzos del cirujano por dos caminos perfectamente definidos. Si no hay infección ó si ésta no es muy marcada, debe procurarse la primera intención en la herida de la vejiga, y en la de los demás planos; si la infección es avanzada, no debe procurarse esta primera intención. Muy interesante es la discusión de la manera como se hace la infección de la vejiga en los casos de calculosis vesical; seguramente que si me fuera posible, recorda-

ría aquí los importantes estudios y observaciones que han hecho varios sabios sobre esta cuestión, que en estos momentos es una de la más interesantes de la Cirugía urinaria; pero esto me desviaría del objeto de mi estudio. Sin averiguar, pues, si la infección ha partido de la uretra, si ha sido provocada por maniobras instrumentales, si ha seguido la vía descendente ó si se ha hecho por la circulación general; y sin detenerse tampoco en saber si esta infección ha sido producida por el gonococcus, el estreptococcus, el bacillus de Koch, el bacillus Colli etc. etc; señalo el hecho de que hay calculosis vesical con infección y sin infección.

Queda por resolver esta cuestión que naturalmente se pone: ¿Qué casos son más frecuentes, aquellos en los que hay infección ó los en que no la hay?

Con datos estadísticos respecto á la calculosis vesical en el niño y respecto á la infección general de la vejiga, se puede decir: que la mayor parte de los cálculos vesicales en el niño, existen en vejigas libres de infección; esto hace pensar en la primera intención, en la mayor parte de las cistotomías practicadas en el niño para extraer un cálculo.

Ahora bien, la talla perineal no facilita esta primera intención, porque los planos por suturar están muy profundos y porque están contundidas la superficies que deben afrontarse. Para comprobar esta imposibilidad, se pueden citar los fracasos que ha habido en las tentativas de sutura en la talla perineal.

Con objeto de decidirse con más fundamento en favor de la sutura inmediata, se debe investigar si por este recurso se acorta el tiempo de curación ó si ésta es tan larga como en el caso de que no se emprenda la primera intención. La impresión que he podido formarme por lo que he visto y por lo que he consultado, es la de que realmente se acorta por medio de la sutura el tiempo de curación.

Si se acepta que la generalidad de los casos en el niño son casos sin infección, ó con infección poco marcada y que por esto es aplicable la sutura inmediata, resulta que, considerando á las tallas en relación con el estado de la vejiga, debe reconocerse á la perineal como la menos indicada ó para mayor precisión, como contra indicada.

Toca estudiar ahora la indicación de las tallas en los casos en que existe infección. Para estos casos, además de las condiciones de acceso fácil á la vejiga y paso franco al cálculo, que deben llenar las tallas, hay otras dos que es muy importante que tenga la operación por elegir: canalización perfecta de la

vejiga y ausencia posterior de fístulas urinarias. Por lo que se refiere á la canalización, creo que se puede decir que es tan perfecta por la vía perineal como por la suprapúbica; pero también me parece muy importante señalar que en el niño la canalización por la uretra es muy fácil, lo que quita importancia á este asunto respecto á las tallas.

Se recordará que en el adulto esta canalización por la uretra es difícil, porque se desarrolla una inflamación en el canal que hace intolerable la permanencia de la sonda en él; cierto que usando de grandes precauciones de asepsia y antisepsia con la sonda y el canal se puede conseguir que éste soporte un poco más; pero, sin embargo, pronto se hace intolerante. En el niño, por lo contrario, se observa gran tolerancia de su canal para la sonda. ¿Será debido esto á la dificultad de encontrar un canal adulto libre de infección blenorragica ó post blenorragica? Sin discutir el punto, señalo aquí lo que consignan varios operadores: que dada la tolerancia de la uretra del niño, es ésta la vía por donde se debe canalizar la vejiga, cualquiera que sea la talla practicada.

En cuanto á las fístulas consecutivas, se puede decir que en ambas tallas pueden formarse; pero que quizá son debidas á causas que pueden evitarse. Para la talla perineal la permanencia prolongada de la canalización por el ojal ó la canalización insuficiente por la uretra, pueden dar lugar á fístulas, que sin estas causas no se hubieran formado. Para la suprapúbica puede señalarse como causa de fístula, la sutura que se hace de las paredes de la vejiga con las paredes abdominales. Sobre este punto quisiera detenerme un poco, pero siéndome imposible por el plan de mi estudio, me limito á decir que, dada una canalización correcta de la vejiga, no debe practicarse esta sutura por innecesaria, cuando no perjudicial. Creo, pues, que dada la infección de la vejiga, y teniendo esto como un elemento de juicio, se pueden considerar como igualmente indicadas las tallas suprapúbica y perineal.

Con el temor de haber fatigado la atención de ustedes, y con el deseo de no violar las enseñanzas de la clínica, me permito resumir las indicaciones de las tallas en dos proposiciones: 1ª la talla perineal está indicada en los casos de cálculo pequeño con infección de la vejiga. 2ª La talla suprapúbica está indicada en todos los casos de cálculo vesical de tamaño mediano ó grande con vejiga libre de infección.

Para completar los elementos de juicio, cito una estadística que por cierto es contraria á la talla suprapúbica; pero que por reunir casos de varios ciru-

janos es interesante: es la estadística de Cabot y Barling, que dan: seiscientos dos casos de talla perineal con diez y nueve muertos, ó sea el 3,1% y seiscientos treinta y siete casos de talla suprapúbica, ó sea 13%; esta estadística comprende casos operados de 1878 á 1892.

Seguramente que ni de esta estadística, ni de ninguna otra de las publicadas hasta hoy, podría yo sacar alguna razón en favor de la talla suprapúbica, y si consigno estos datos aquí, no es por cierto para fundar mis ideas anteriores, sino para procurar ser menos incompleto en mi trabajo. Deseo, sin embargo, hacer una observación á estas estadísticas que, aun cuando pudiera parecer hija de una idea preconcebida, ha venido á mi mente rodeada de la mayor despreocupación; esta observación es la siguiente: El manual operatorio de la talla perineal estaba perfectamente establecido, en los años que abarca la estadística, en tanto que el manual operatorio de la talla suprapúbica empezaba á estudiarse nuevamente. Cabe pensar que la superioridad de la talla perineal sea debido á la mayor perfección con que se practicaba esta operación en los tiempos á que se refieren las estadísticas publicadas.

Si me es permitido manifestar la impresión personal que guardo respecto á la mortalidad de la talla suprapúbica, diré: que tanto por las tallas que he practicado, como por las que he visto practicar, creo que actualmente no tiene esta operación un tanto por ciento elevado. Desgraciadamente, lo repito, estos casos son poco numerosos para ser presentados como estadística, aun cuando sí forman un criterio personal. Esto, por lo que toca á la mortalidad de las tallas; por lo que mira á la facilidad de la operación, á la disminución de los días de curación posterior, al restablecimiento perfecto del enfermo (sin fístulas), factores muy interesantes para decidir en favor de una ú otra talla, puedo decir que los datos que he encontrado son totalmente insuficientes.

* * *

MANUAL OPERATORIO DE LA TALLA SUPRA-PUBICA.

No me parece interesante detenerme en cada uno de los tiempos operatorios de la talla suprapúbica. Por ejemplo, creo ocioso discutir la dirección que debe darse á la incisión cutánea, si debe ser longitudinal ó transversal, pues en éste como en otros puntos están perfectamente definidos y marcados con exacti-

tud las circunstancias en que debe usarse tal ó cual maniobra. Al lado de éstos, hay otros detalles que han sido discutidos con interés y que han hecho adelantar el manual operatorio; á esos quiero referirme. El uso del globo de Petersen, la manera y el momento de llenar la vejiga, el modo de tratar á ésta última, una vez extraído el cálculo.

Contra el uso del globo de Petersen, que en los principios se le consideró como necesario, se han levantado opiniones respetables cuyo número aumenta diariamente. Son conocidas las razones que fundaron su uso en el principio, éstas fueron: la idea de que levantando y ensanchando la vejiga la acercaba á la pared abdominal y levantaba el repliegue peritoneal de la pared anterior del órgano y que levantaba y acercaba la pared posterior de la vejiga. Estudiado de nuevo el uso del globo, se le señalaron varios inconvenientes, entre los cuales presento el que figuró como principal. El globo de Petersen, se dijo y se demostró experimentalmente, no aumenta el espacio libre de peritoneo en la cara anterior de la vejiga, sino por lo contrario produce una especie de flexión de la vejiga, que disminuye la extensión de ese espacio extraperitoneal. El inconveniente era serio, puesto que quitaba la principal ventaja al globo; pero los partidarios del uso de este instrumento encontraron que este inconveniente se presentaba con los globos de tamaño grande, no con los pequeños y de forma apropiada: desde entonces se disminuyó el tamaño de este globo, como se puede ver comparando los modelos antiguo y moderno. A pesar de esto, algunos opinan aún que el globo de Petersen es más bien nocivo que provechoso.

Hay otras objeciones, como la de que altera mucho la cloroformización, que son de poca importancia; pero existe otra que probablemente es la más fuerte: se dice que el globo de Petersen es inútil. En efecto, no hay mejor razón para desterrar un procedimiento ó un instrumento, que la que lo demuestra inútil. Esto se han encargado de hacerlo á propósito del globo de Petersen, cirujanos ilustres. Yo no pretendo reforzar esa opinión, sino simplemente decir la impresión que me queda después de haber seguido esas ideas y puedo decir que no he tenido que extrañar la presencia del globo.

El levantamiento de la pared posterior de la vejiga y su aproximación á la herida abdominal es una ventaja real del globo que en los casos de tumores ó úlceras de la vejiga es muy interesante, pero para el caso de cálculo vesical en el niño no tiene ninguna aplicación.

Otro punto interesante de estudiar en el manual operatorio es el de la replesión de la vejiga. Como es sabido, se han usado diferentes agentes de replesión, se han seguido diversos modos de conseguirla y se han elegido diversos momentos de la operación para verificarla.

Los diversos agentes usados para llenar la vejiga han sido el aire ó líquidos, siendo estos últimos agua esterilizada ó diversas soluciones antisépticas; me bastará señalar que el uso del aire no se ha generalizado, sin tener que enumerar los inconvenientes que presenta.

Para llenar la vejiga se ha usado la jeringa y la sonda, dejando ésta tapada durante la operación y apretando el miembro sobre la sonda, por medio de un tubo elástico; también se ha puesto la sonda en la uretra y se ha comunicado con un irrigador lleno de líquido de manera que éste alluye á la vejiga y relluye al tubo, según que no haya contracción de la vejiga ó que dicha contracción se verifique. En general se llena la vejiga al empezar la operación. Es en este tiempo en donde debe hacerse una modificación consistente en no hacer la replesión de la vejiga sino hasta que se ha abierto la cavidad abdominal y que se va á tomar la vejiga. Practicando así la replesión, se evita la excitación prolongada de la vejiga, lo que entre otras ventajas da una cloroformización tranquila y además se ve desplegarse á la vejiga lo que ayuda á distinguir este órgano y al repliegue peritoneal de su cara anterior. A propósito del líquido introducido en la vejiga, debe también hacerse una modificación para su expulsión, modificación que trabaja en favor de la asepsia. Generalmente, el líquido inyectado en la vejiga se derrama al abrir ésta en la cavidad abdominal, lo que puede evitarse haciendo su expulsión por la sonda, una vez que la vejiga ha sido tomada con las asas de hilo y antes de que sea puncionada y abierta por el bisturí; esto indudablemente se acerca al manual de la asepsia.

La cantidad de agua que debe introducirse en la vejiga, es un dato que algunos han investigado para establecer una relación entre la cantidad de agua que se introduce en la vejiga y el aumento en la extensión del espacio extraperitoneal. La verdad es que estas medidas son poco exactas tratándose del hombre, y cuando se trata del niño son de poca utilidad, porque en él, hasta cierta edad (nueve años), el espacio extraperitoneal existe aún con la vejiga vacía, y pasada esta edad, se consigue fácilmente con una mediana cantidad de agua. La mejor regla para cal-

cular la cantidad de agua por inyectar, es la siguiente: que esa cantidad sea suficiente para que la vejiga haga relieve, sin despertar la excitabilidad más ó menos grande de este órgano.

La sutura de la vejiga es quizá la modificación más reciente que se ha hecho en el manual operatorio de la talla suprapúbica. Si esta modificación es muy importante en general, se puede decir que en el niño se duplica esa importancia, porque en él es más frecuentemente aplicable, por las razones indicadas ya, de que su vejiga no se infecta fácilmente en los casos de calculosis y porque su uretra soporta muy bien la sonda á permanencia. Estas dos condiciones (vejiga sin infección y posibilidad de canalización correcta), son las que principalmente deben tenerse en cuenta al decidirse por la sutura; pero hay otra, que aunque puede considerarse comprendida en la segunda, merece mencionarse especialmente: es la presencia ó ausencia de hemorragia en la vejiga. Si existe hemorragia de importancia, no debe emprenderse la sutura porque los coágulos que se forman en la vejiga obstruirían la sonda, se produciría la repleción del órgano y fracasaría la operación; como se ve, esta circunstancia queda comprendida en la segunda condición, canalización correcta de la vejiga.

Desde que se emprendió la sutura de la vejiga se siguieron procedimientos semejantes á los del intestino, por más que la vejiga no tiene la misma estructura anatómica que él, pues carece de la capa peritoneal (en el espacio que generalmente se hace la sutura) que, como se sabe, facilita tanto las suturas intestinales. Probablemente, en atención á esta diversa estructura, algunos cirujanos, como Antal y otros, han ideado hacer un avivamiento de la superficie por suturar y con ese objeto quitan un poco de la capa externa de la vejiga antes de abrir ésta. Sin decir que el procedimiento sea malo, puedo citar la experiencia de otros varios que practican la sutura sin avivar, con éxito. En la sutura de la vejiga que practiqué en el mes de Febrero en un niño de cinco años, no hice avivamiento y obtuve una primera intención completa.

La manera de colocar los hilos varía mucho con la costumbre y la habilidad de los diversos cirujanos; lo que fundamentalmente debe guiar en esta operación, es que la aguja no pase la capa mucosa para que el hilo no penetre á la cavidad. Maynard aconseja pasar una doble hilera de hilos antes de abrir la vejiga é indica como ventajas el afrontamiento de los labios de la herida en toda su extensión y el de

poder levantar la vejiga por medio de estos hilos antes de abrirla: la verdad que estas ventajas no son tan grandes para hacer preferir esta sutura de una manera especial. Pasando una asa de hilo á uno y otro lado del lugar en donde va á hacerse la incisión se puede manejar la vejiga y en seguida poniendo los puntos necesarios se puede hacer el afrontamiento; las asas de hilo que sirvieron para levantar la vejiga se quitan una vez terminada la sutura. El procedimiento que me parece más general es el que aconseja Greig Smith: un plano de sutura interno que tome la mayor parte del tejido muscular (sin comprender la mucosa) y uno externo, como á medio centímetro del interno que venga á reforzar la sutura y el cual no es necesario que comprenda tejido muscular. Algunos usan la sutura en surgete, lo cual no tiene en el caso ventajas especiales. Una vez hecha la sutura, que debe llenar la condición esencial de no perforar la mucosa y cuyo procedimiento más sencillo es el de puntos entrecortados que indica Greig Smith se debe proceder á la canalización de la vejiga.

Esta se consigue ó bien por medio de la sonda á permanencia en la uretra, procedimiento sencillo, ó bien haciendo el ojal perineal como lo aconseja Keyes. Keyes ha simplificado mucho la práctica del ojal perineal en el niño á quien se ha hecho la talla suprapúbica, pero á pesar de esto no puede considerarse superior este procedimiento al de canalización por la uretra.

Estudiando los casos en que no es posible practicar la sutura completa de la vejiga, llamaré la atención sobre la conveniencia de la sutura parcial de ella y de no suturarla á las paredes abdominales. La sutura parcial de la vejiga tiene la ventaja de facilitar mucho la reparación de la herida y no tiene, por la situación del órgano, el peligro de infiltración de orina que algunos le señalan en el adulto y que, por lo demás, tanto en el niño como en el adulto, se aleja, estableciendo una buena canalización.

* * *

Al terminar esta Memoria, repito de nuevo mis excusas. Mis descos han sido el considerar de una manera general el tratamiento quirúrgico de la calculosis vesical en el niño, huyendo de señalar detalles que probablemente hubieran fatigado á vdes. y hubieran sido superiores á mis fuerzas. Si al señalar la importancia de la litotricia en el niño, la pre-

ponderancia que debe tener la talla supra-púbica sobre la perineal y las simplificaciones é innovaciones que se han hecho en el manual operatorio de la talla supra-púbica, no he sido feliz señalando los puntos culminantes del asunto, lamento más el no haber sabido tratarlos y fundarlos debidamente.

Para terminar, cito los nombres de los médicos cuyas clínicas y libros he consultado como ayuda para formar mi criterio: Dres. González, Hurtado, Licéaga, Macías, Tejeda Guzmán, Dennis, Fenwick, Greig Smith, Guyon, Woolsey.

DICTAMEN

Redido por la Comisión nombrada por la Academia N. de Medicina, para calificar el trabajo del candidato Dr. Díaz Lombardo.

Con verdadera satisfacción recibimos el encargo que la Academia nos hizo de dictaminar en el presente caso cuando el joven Dr. Díaz Lombardo solicitaba una de las plazas vacantes en esta Corporación. Fácil y agradable es nuestra tarea y la hace aún menos ingrata el hecho de no presentarse más que un solo candidato, pues no dejaremos hoy lastimado el amor propio del que no quedó elegido, y el actual pretendiente tiene tales prendas y tantas cualidades que ojalá y con más frecuencia las encontráramos juntas en un solo candidato. Joven, inteligente, trabajador y estudioso; de educación distinguida, modesto y de gran moralidad el Sr. Díaz Lombardo, como se lo reconocemos todos los que hemos tenido el gusto y la honra de tratarlo, desde hace mucho tiempo; ¿qué más podíamos apetecer ni exigir de un nuevo miembro?

El Sr. Díaz Lombardo, en su bien escrito trabajo, discute la conveniencia é indicaciones de las tallas, ya perineal, ya hipogástrica, en los niños, sobre todo, hace resaltar las ventajas de la supra-púbica, y acepta la perineal como solamente aplicable á determinados casos; la infección de la vejiga cuando coincide con cálculos pequeños.

El candidato remite adjunta la estadística de los resultados de ambas tallas y finalmente describe el procedimiento á que da la preferencia al practicar la hipogástrica que él recomienda.

El joven cirujano, siguiendo la corriente hoy dominante y seducido por lo bello del Manual Opera-

torio en la talla supra-púbica, se ve inclinado á preferirla y para ello, involuntariamente tal vez, exagera los inconvenientes de una y abulta las ventajas de la otra. Es cierto, como dice Albert, que si á un cirujano esencialmente anatómico, dotado á la vez de ingenio y de recursos se le propusiera por primera vez este problema: dada una piedra en la vejiga, cuál es el método más fácil y sencillo para llegar á ella y á extraerla; tendría que responder que la sección de la vejiga por el abdomen en la parte que no está cubierta por peritoneo. Mas la talla perineal, practicada empíricamente al principio, más artísticamente después, llegó á ser en manos de un hábil especialista (Raw), de resultados tan satisfactorios que acostumbraba decir, que practicada con la corrección debida, no era más grave que la sangría y lo demostró con sus estadísticas. Mucho tiempo después, por los fracasos de torpes operadores, se pensó en la vía hipogástrica y los resultados fueron tales que los cirujanos debieron abandonarla. Vino Lister después, con su método inmortal á infundir á los cirujanos esa feliz audacia que les ha hecho penetrar á las grandes cavidades y emprender con éxito operaciones en regiones en que antes hubiera sido el intentarlo un delito: cuando la ovariectomía, la histerectomía, la resección intestinal y aun del bazo han entrado en la práctica corriente ¿qué mucho que se intentara el entrar en la vejiga por el vientre aprovechando el espacio que no cubre la serosa?

La benignidad del pronóstico en la talla perineal cuando es correctamente practicada, es tal, que uno de nosotros, el Sr. Licéaga, no ha perdido un solo niño, después de esta operación. Los Sres. Icaza Ramón y Chacón Francisco de P., tienen estadísticas iguales. El relator de este trabajo, que hasta hoy no ha practicado más que la talla perineal, no ha tenido que lamentar ni un solo fracaso operando á niños, adultos y á ancianos. La muerte de un anciano de ochenta y dos años, operado por él y debida á una embolia de la arteria silviana izquierda, que sobrevino después de un síncope, durante la cloroformización, no debe ser contada entre los fracasos quirúrgicos de la talla. En la talla supra-púbica los resultados no son ni con mucho tan halagadores, y así lo comprueba lo misma estadística que adjunta nos remite el escritor; esto lo atribuye á que estos apuntamientos datan de una época (1878) en que no era perfecto todavía el manual operatorio. No lo creemos así: se han visto fracasos después de la talla hipogástrica, el año de 1895

y en manos de operadores como Lange (cirujano alemán, que ejerce en Nueva York, y cuya reputación es universal). Los Sres. Icaza y Lavista, cuya feliz estadística es conocida cuando hicieron la talla perineal, han tenido también algún fracaso al practicar la hipogástrica, aun siguiendo rigurosamente las reglas del manual operatorio, tal como se practica hoy.

Para que una operación, que da tan felices resultados, como la talla perineal, sea reemplazada por otra con pronóstico menos favorable, debe de tener graves inconvenientes. Se han señalado varios en efecto: primero la posible herida del recto, segundo la esterilidad, por la sección posible, de uno de los canales eferentes y un tamaño del cálculo tal, que no pueda salir por la herida perineal; á éstos añade el joven pretendiente, la imposibilidad de practicar la sutura.

En cuanto al primero, sólo responderemos: que en todas las operaciones de los señores Chacón, Icaza y dos de los que firmamos, jamás ha sido lesionado el recto, ni lo creemos fácil, tomando las debidas precauciones.

La esterilidad no sobreviene necesariamente en la talla lateralizada, ni menos en la mediana ó rafeana que es la que practicamos de preferencia dos de los que aquí firmamos (Licéaga y Vértiz). Como sabemos, es muy común la epididimitis blenorragica unilateral, en este caso sólo un testículo sirve para la generación; si sobreviene epididimitis del lado contrario ó alguna enfermedad de la próstata, sin haber impotencia quedará esterilidad, es prudente antes de hacer la talla lateralizada en el adulto informarse de si algún testículo está inutilizado para cortar la próstata del mismo lado; aunque, á veces, después de la próstatotomía se puede restablecer el canal; pero en el niño, haciendo la talla media no hay que tener en cuenta el inconveniente, pues con cuidado no se secciona el canal.

En cuanto al tercer inconveniente (el volumen del cálculo) podemos responder, poniéndonos en el punto de vista práctico, que la mayor parte de los cálculos vesicales puede salir muy bien por la herida que deja la talla lateralizada. Se queda uno sorprendido de ver cómo tan voluminoso cálculo ha podido salir por herida tan pequeña (digo en su comparación). Existe en el museo del Hospital Béistegui un cálculo que extrajo el Doctor Ramón Icaza por la vía perineal; es el mayor que yo he visto en su género: salió íntegro y el resultado fué feliz.

Hay que tener en consideración también la con-

sistencia del cálculo; el Dr. Francisco de P. Chacón extrajo y conserva una piedra vesical, que se puede reconstituir, es verdaderamente monstruosa y llenaba toda la vejiga; pero reducida por el operador á varios fragmentos, pudo salir muy bien por el perineo.

Varias veces vimos á los señores Vértiz Ricardo y Lavista hacer simultáneamente las dos tallas con resultado feliz; ya veremos después cómo la talla perineal en estos casos contribuye eficazmente al buen resultado de la talla abdominal.

En cuanto á no suturar la herida del perineo, es el inconveniente de tan poca importancia que apenas nos defendremos en él. En primer lugar no todos practican la sutura ni en la talla abdominal. En segundo lugar, la herida que queda después de la talla perineal sin que tenga que suturarse apenas dura de veinte días á un mes, lo que es muy poco dada la importancia del mal y la operación y deja un rastro, sobre todo en el niño, y cuando se practica la talla media, apenas perceptible, que puede confundirse con el rafe.

Nos hemos referido hasta ahora á los hechos de la práctica ordinaria; pero si hay alguna complicación, como la infección de la uretra y la vejiga por ejemplo, las ventajas de la talla perineal son incontestables, pues al dejar canalizado, los líquidos van saliendo conforme se producen y á medida que se forman. Guyon y Albarrán insisten especialmente sobre las ventajas de la canalización; el segundo dice terminantemente que, en las operaciones de la vejiga y la uretra, la canalización es más importante todavía que la desinfección de las partes por operar. Albarrán y su ilustre maestro canalizan por medio de sondas colocadas en medio de la asepsia más rigurosa al ojal perineal. Nitze, el eminente autor del endoscopio eléctrico, practica en estos casos el ojal perineal con brillantes resultados, y para conseguir los mismos fines. Esta conducta es censurada por Albarrán; pero en México hemos podido ver sus inmensas ventajas.—Lavista primero, y después Macías, y R. González, así como dos de nosotros (Licéaga y Vértiz J.), las usamos siempre que hemos tenido que operar en la vejiga y la uretra infectadas, y hemos podido ver que aun habiendo infección local causada por gonococcus, si se canaliza bien, ni se generaliza la infección ni se deja de hacer bien la cicatriz; esto explica los éxitos que admiramos y antes hicimos notar, cuando se han tenido que hacer á la vez las dos tallas.

Al hacer estas observaciones, no ha sido nuestra

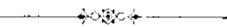
mira censurar el escrito del candidato á la plaza que vamos á proveer hoy, pues por una parte no está obligado á tener las mismas convicciones que nosotros, y por otra, no está él aquí para defender sus opiniones; sino porque es natural (al tener que hablar de un escrito importante y sugestivo como el de que hoy tratamos), que á la vez que se relatan las miras que el autor tiene, exprese uno también lo que piensa en la materia.

Cierra el autor su trabajo, describiendo el manual operatorio de la talla hipogástrica, y en términos claros, elegante y concisamente nos da una perfecta idea de la operación; nada tenemos que objetar á esta parte del trabajo.

Por todo lo que ya hemos dicho del candidato; por su clara inteligencia, su conducta intachable y gran amor al trabajo, así como por el empeño que en su estudio demuestra, la Comisión, con verdadero placer, propone á la Academia N. de Medicina, que sin vacilar acepte el Sr. Dr. Díaz Lombardo como socio de número para la plaza que estaba vacante.

México, Noviembre 7 de 1900.

E. LICEAGA. J. VERTIZ. E. VARGAS.



DICURSO

Pronunciado por el Dr. Díaz Lombardo la noche de su presentación en la Academia N. de Medicina.

SEÑORES:

Debido á la benevolencia de vuestros votos, tengo hoy la honra de dirigiros la palabra, dedicando mi discurso á la memoria del Dr. Lavista, maestro venerado de la actual generación médica y cirujano ensalzado en México y en el extranjero.

Ante todo deseo cumplir con una exigencia de mi espíritu agradecido; quiero manifestar la profunda gratitud con que recibo el honor que en estos momentos me concede la H. Academia N. de Medicina.

Basta recordar la importancia de las personalidades médicas que han hecho oír su ciencia en este recinto, basta revisar vuestros interesantes trabajos de los últimos años, para comprender desde luego la importancia de esta Academia que, con justicia, es considerada como la asociación médica más importante de nuestra República.

Ante Corporación tan docta, natural es que se sienta pequeño el individuo y que sus primeras palabras al entrar en ella sean para manifestar agradecimiento. Yo así lo hago, Sres. Académicos; á vosotros que me habéis favorecido con vuestros votos y á la comisión dictaminadora que se mostró singularmente benévola para mí, envío en estos momentos mis palabras de reconocimiento.

Como el artículo 4º del Reglamento de esta Sociedad prescribe que se haga la biografía y elogio del socio que ha fallecido, debo recordar en esta sesión la eminente personalidad del Dr. Lavista. La tarea es ardua, no porque sea difícil encontrar motivos de elogio en la vida de este sabio, sino porque para justipreciar el trabajo de los hombres ilustres, son necesarias inteligencias dignas de ellos. Sin embargo, como yo tuve admiración por el maestro Lavista, me atrevo á decir algo en su memoria, fiado en que la sinceridad puede suplir á la inteligencia en determinadas circunstancias.

Habiendo oído hace unos meses este mismo auditorio las notables piezas oratorias que se pronunciaron á orillas del sepulcro del sentido maestro y las que más tarde se pronunciaron en la Cámara, no seré muy extenso al manifestar mi admiración. Y si mis elogios resultan pálidos, yo os ruego que me ayudeis en el trabajo, recordando las alabanzas que entonces dijeron hombres de la talla del ilustre muerto.

No pudiendo recordar nosotros, con todo el cariño que se merece, la vida privada del Dr. Lavista, yo tomo sólo los datos que se refieren á la ciencia respetando su vida de hogar, pura y sencilla, como privilegio que pertenece á la esposa é hijos, que le lloran aún y que le llorarán siempre.

Inició su vida científica en Durango, lugar de su nacimiento, en donde recibió instrucción hasta los primeros años preparatorios; más tarde vino á esta capital para continuar sus estudios profesionales obteniendo el título de médico el año de 1862. En su época de estudiante, el Dr. Lavista manifestó las cualidades que fueron el sello de toda su vida: inteligencia y dedicación, obteniendo por ellas distinguido lugar en las aulas y preparándose espléndidamente para su futura vida de gloria.

Sería necesaria una relación larga y minuciosa para seguir al Dr. Lavista en cada uno de sus triunfos; por eso me limitaré á recordar las fechas que, en mi concepto, marcaron más su personalidad médica. La primera de ellas que citaré, después de la

de su recepción, es el 21 de noviembre de 1867, día en que la Academia lo aceptó como socio.

Hace, pues, 33 años que el Dr. Lavista ingresó en esta Academia, prometiéndole dedicar a ella sus estudios y su inteligencia; durante 32 años fué digno miembro de ella y en algunas ocasiones dirigió sus trabajos como Presidente. Todos los académicos, así sus contemporáneos como los que posteriormente ingresaron, conservarán en la memoria los elocuentes discursos que pronunció, la inteligencia con que tomó parte en las discusiones de esta sociedad y el empeño con que venía á dar cuenta de sus trabajos. Por estos recuerdos valorizarán la pérdida y pensarán conmigo que aún está vacante el puesto del Dr. Lavista.

Continuando en su actividad nuestro inteligente cirujano, pretendió ingresar en el profesorado de la Escuela para desempeñar las clases de Medicina Operatoria y Patología Externa presentándose sucesivamente á dos oposiciones que perdió. Este mal éxito, que no aminora su mérito, porque los vencedores fueron hombres de gran empuje, dió lugar á que se revelara su carácter, pues, sin mostrar abatimiento y redoblando sus esfuerzos, consiguió su objeto al obtener por oposición la clase de Fisiología el año de 1873. Sin embargo, sus aficiones le llamaban á la enseñanza de la Cirugía, y tan pronto como hubo la oportunidad se presentó á la oposición de Clínica quirúrgica, obteniendo este nuevo triunfo el año de 1874. Desde entonces hasta su muerte desempeñó esta clase en la que hizo numerosas y elocuentes exposiciones.

Este es señores, el fondo de la vida científica del Dr. Lavista, si agregamos alrededor de esto el cúmulo de honores que le prodigaron el gobierno y los particulares, si le recordamos representando dignamente á México en el extranjero, si oímos los consuelos que prodigaba con su palabra y con su ciencia, si le vemos como el fundador del Instituto Anatómico-patológico, tendremos delineada á grandes rasgos la personalidad del insigne cirujano cuya muerte conmovió á la sociedad mexicana el 4 de Abril de 1900.

Para juzgar del mérito científico del Dr. Lavista, creo útil recordar que el medio en el que empezó á desarrollar sus facultades de cirujano era malísimo. Desde luego deben señalarse los pocos elementos de enseñanza quirúrgica que había en sus tiempos de juventud, en seguida las tardías é insuficientes comunicaciones con Europa, centro universal de en-

señanza, y por último, la poca costumbre de los pacientes en la terapéutica quirúrgica.

Este era el medio con que contaba un hombre para hacerse cirujano y si lo comparamos con el medio que en la actualidad hay, palparemos notoria diferencia. Hoy existe en México un grupo de adelantadísimos cirujanos que prodigan su instrucción; hoy las comunicaciones con Europa son tan fáciles que se puede decir que vivimos en ese centro científico y, finalmente, en los hospitales y en la clientela civil podemos proponer una operación sin que el enfermo crea que escucha su sentencia de muerte. Nada de esto existía en aquel entonces y, sin embargo, fué esa la época en que el Dr. Lavista se hizo cirujano.

Yo no niego mis alabanzas al hombre que dotado de cualidades y colocado en un medio favorable, consigue distinguirse; pero para aquel que sobresale desarrollándose en un medio pobre, mis elogios son hijos de la más viva admiración y creo justo llamarle hombre superior. Es este el caso en el Dr. Lavista, mas para realzar su nombre, diremos que fué infatigable en su tarea de dominar al medio: y en su trabajo hubo tanta constancia, tanta energía y tanta inteligencia, que paulatinamente modificó ese medio impropio que había en su juventud, en propicio para la Cirugía, de sus compañeros y de sus discípulos.

Acabando de salir de la Escuela consiguió practicar con brillantez todo lo que entonces era la Cirugía de México. Pronto sintió los huecos grandes que ésta tenía y en su afán de ser útil á la humanidad y por la ambición de conocer la ciencia en todo su esplendor, se esforzó en estudiar los trabajos de sabios europeos y en practicar aquí las operaciones que ellos ideaban. Para conseguir esto, tuvo noches de vigilia sobre sus libros, pasó largas horas en los anfiteatros y, lo que es más grande: expuso, su ya entonces brillante reputación de médico. No ignoraba, en efecto, que cada fracaso en sus tentativas operatorias le acarrearía críticas duras que podrían proporcionarle el descrédito en su clientela. A pesar de esto, asumió el papel de reformador de la Cirugía Mexicana y, lanzado en este camino, más de una vez obtuvo por manos de sus compañeros los aplausos de la crítica inteligente y científica.

Si fuera preciso enumerar aquí los trabajos científicos del Dr. Lavista, pasaría yo en revista todas las grandes operaciones de la Cirugía, pues practicó todas, y algunas de ellas fué él quien por primera vez las introdujo en México. Para recordar sus in-

tervenciones en el cráneo, evocaré los aplausos con que fué recibido en este mismo lugar por médicos y alumnos, el año de 1890; para sus trabajos en Cirugía abdominal, mencionaré que, si no fué el primero, sí fué de los primeros en practicar y popularizar la laparatomía de las vías urinarias, especialidad que practicó con cierta predilección; puede decirse que la conocía á fondo y que algunas intervenciones de este ramo, por ejemplo, el ojal perineal, las propagó bastante haciendo importantes aplicaciones de ellas al diagnóstico y terapéutica quirúrgicos. En fin, citaré la esofagotomía externa, la resección de las grandes articulaciones etc., como otros tantos esfuerzos que hizo por conseguir que México tuviera la cirugía de las naciones europeas.

Hay un establecimiento hijo de su idea y de sus trabajos: El Museo de Anatomía y Bacteriología. Esta fundación, último acto del Doctor Lavista, atestiguará lo que fué en su vida: hombre infatigable y que constantemente miraba hacia el progreso. A impulsos de las nuevas doctrinas, la inteligencia del Dr. Lavista comprendió cuán indispensables son en la actualidad para el estudio de la medicina, la anatomía patológica y la bacteriología; y ni sus triunfos, ni sus trabajos, ni sus años, lo habían fatigado bastante para que no intentara morir como había vivido: siempre en el sendero de la evolución y del progreso.

Para terminar, señores, recordaré lo que tantas veces le oí lamentar, que nuestros sabios murieran sin dejar testigos de su ciencia. Mi querido maestro no fué así, pues en medio de las lágrimas de tantos pacientes como consoló, nos ha dejado sus monografías, su periódico sus trabajos quirúrgicos; su Instituto, como testimonio de excepcionales dotes y de noble ambición por el progreso médico de su patria.

GERMÁN DIAZ LOMBARDO.

REVISTA EXTRANJERA.

Eritema escarlatiniforme, debido á las inyecciones sub cutáneas de cacodilato de sosa.

Mr. Breton dice, que al partir de las publicaciones hechas por los profesores A. Gautier y Renault, ha empleado el cacodilato de sosa en un gran nú-

mero de enfermos tuberculosos, anémicos, debilitados y convalecientes de enfermedades graves. Hasta hoy no se había observado accidente alguno debido á la administración del medicamento; bien fuese ingerido por el tubo digestivo, bien fuese administrado por la vía hipodérmica, la tolerancia era siempre absoluta.

El hecho siguiente es el primero en que el cacodilato ha determinado accidentes.

Tenemos en tratamiento en el Hospital, sala Eudes III, un hombre de treinta y ocho años afectado de tuberculosis pulmonar derecha en su principio. Como á otros enfermos, le hemos prescrito cada cinco días una inyección sub-cutánea de un centímetro cúbico de una solución rigurosamente graduada y esterilizada de cacodilato de sosa dosada á 0 gr. 30 por centímetro cúbico; y mientras que los otros enfermos toleran perfectamente el medicamento, este hombre se ve afectado desde la primera inyección de un eritema escarlatiniforme generalizado. Para bien determinar la acción del cacodilato de sosa, hemos persistido en el tratamiento y después de cada inyección se ha producido una manifestación de eritema.

He aquí de qué modo ha ocurrido. Practicada la inyección por la tarde, el enfermo se siente afectado por la noche de malestar general, de sensación de calor y de ardor en la piel, lo cual provoca el insomnio. Un prurigo en extremo desagradable impele al enfermo á rascarse y determina la agitación.

Doce ó catorce horas después de la inyección y como continuación de estos pródromos, aparece el eritema.

De aspecto escarlatiniforme se generaliza y se acusa sobre todo en las zonas de presión, tales como la espalda, los hombros y las nalgas, borrándose la rubicundez bajo la presión digital y reapareciendo inmediatamente que cesa. La apiresia es absoluta. Nada de anormal por lo que á las mucosas se refiere: orina normal, nada de estreñimiento. El enfermo pierde algún tanto el apetito, pero no liene sabor de boca característico. El máximo de intensidad de la erupción se presenta en las veinticuatro horas siguientes á la inyección. Treinta y seis horas después el eritema palidece y desaparece al tercer día sin dejar huella alguna.

La piel recobra su coloración normal y no existe descamación.

Trátase ciertamente de una idiosincrasia, pero bueno es señalarla toda vez que el cacodilato de sosa se emplea en ciertas dermatosis. No se puede, en efecto, eliminar ni la pureza de la solución, ni las precauciones antisépticas, toda vez que entre gran número de enfermos solamente éste ha presentado dicho eritema.

Este caso viene, pues, á agregarse á los publicados por Mr. Balzer, en los que se produjo una dermatitis exfoliativa á continuación de administrar cacodilato de sosa.

(Gaz. des Hôpitaux.)

Boletín Médico de México

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO I.

MEXICO, 15 DE ABRIL DE 1901

2ª SERIE.—NUM. 8.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Extracto del Acta núm. 23

SESION DEL 6 DE MARZO DE 1901.

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés

Presentación de una operada del Sr. Dr. Hurtado. Se nombra una comisión para que la examine. Lectura por el Sr. Dr. Licéaga. Discusión.

El Sr. Dr. Hurtado presentó á una enferma á la que operó recientemente de una hernia crural doble. Con este motivo reedificó algunos conceptos apropiados de las ideas que el Sr. Dr. Garay sostuvo en un trabajo que presentó á la Academia, optando á una plaza vacante. La parte anatómica de dicho trabajo está hecha con mano maestra, pues se describe con toda claridad y exactitud la región crural, de cuyo difícil; pero lo que se refiere á la aplicación al tratamiento de las hernias crurales, haciendo una autoplastia con el costurero, no le pareció conveniente y desde entonces dijo que, aunque sin experiencia personal sobre la materia, creía que tales hernias se podían curar por el procedimiento clásico. No juzgó buena la autoplastia recomendada por el Sr. Dr. Garay por tratarse de hacerla con un músculo que una vez separado de sus relaciones normales se degenera y atrofia, dejando por lo mismo de reforzar satisfactoriamente la pared. Estimó que la idea tampoco era original porque otros cirujanos habían ensayado con anterioridad la autoplastia, sirviéndose del costurero ó de algún otro músculo. Desde que el Sr. Dr. Garay presentó su trabajo, han transcurrido varios años y el Sr. Dr. Hurtado ha tenido oportunidad de practicar algunas operaciones de hernia crural que le han permitido ratificarse en sus ideas. Haciendo el análisis de las causas que en estos casos determinan la estrangulación, convino en que eran muy discutidas no estando de acuerdo con los que admiten que es producida por el *fascia*

cribilliformis, cuyas perforaciones son demasiado pequeñas para causar ese resultado, inclinándose más bien en el sentido de que el anillo de Gimberland sea el responsable de tal accidente. La operada que presentó lo fué en el Hospital de San Andrés; había tenido ya indicios de falso estrangulamiento; que unido á las molestias naturales de sus hernias, la decidieron á dejarse operar, haciendo primero la intervención en el lado izquierdo, mediante una incisión situada fuera de la región de los vasos y oblicuo de abajo arriba, la que puso á descubierto el saco que no abrió, sino que desprendió atrás y hacia arriba, y previa reducción de la hernia, lo tomó con unas pinzas, lo ligó y terminó poniendo una sutura en dos planos. Después de una semana operó el lado opuesto, y hoy la enferma está curada y sin tendencia á que se le reproduzca su padecimiento. Repitió que deseaba el procedimiento autoplástico, al que prefiere el clásico, que fué, como se ve, el que siguió. Suplicó al señor Presidente se sirviera nombrar una persona que reconociera á la operada.

Este señor designó con tal objeto al Sr. Vázquez Gómez, suspendiéndose entretanto la sesión. Al reanudarse de nuevo, dicho señor manifestó que había examinado á la operada encontrándole en la región inguinal izquierda una cicatriz de cuatro centímetros de extensión, lineal, que revela una reunión por primera intención y que adhiere á los tejidos profundos sólo en la parte superior. En la región correspondiente del lado derecho halló también una cicatriz con la misma situación, pero estrechada, formada de cuatro ramas, que parece acabar de cerrar, revelando la existencia de algo como una fistula y unida á los tejidos subyacentes. Los intestinos están bien contenidos y la curación puede considerarse como completa, tanto más cuanto que las hernias crurales tienen poca tendencia á la reproducción.

El Sr. Dr. Licéaga leyó su trabajo reglamentario

titulado: «Contribución al estudio de la curación de la tisis pulmonar».

Puesto á discusión el Sr. Dr. Núñez creyó que todos los médicos de alguna práctica podrían decir algo referente al asunto presentado por el Sr. Dr. Licéaga, y recordó el caso de un individuo tuberculoso, en cuyo esputo no fué posible hallar en distintas ocasiones el bacilus de Koch. Se trataba de un abogado, como de 52 años de edad, que había padecido de bronquitis repetidas, en las cuales dominaban tres síntomas principales: tos con disnea, fiebre sobre todo vespertina y enflaquecimiento, muriendo á consecuencia del último ataque de su enfermedad. Los Sres. Dr. Toussaint y Profesor Morales no encontraron el bacilus característico en los diferentes reconocimientos que practicaron. Por algún tiempo dejó de atender á este paciente, haciéndolo en su lugar el Sr. Dr. Valenzuela, y una vez en que apareció sangre en la espectoración, creyendo que se trataba de una neumonía, llamó de nuevo en junta al señor Dr. Núñez el que opinó por la tuberculosis, repitiéndose por las mismas personas el examen del esputo, as que ya entonces dijeron que sí contenía muchos bacilus, muriendo á poco el enfermo. Citó además otro hecho que tuvo la oportunidad de observar cuando se ensayaba la primera tuberculina de Koch en la Maternidad de esta capital. Para que fuera sometida al nuevo tratamiento, llevó á una jovencita con una tuberculosis huesosa. Contaba entre sus antecedentes á su abuelo tuberculoso, á un tío que también lo había sido y á una hermana muerta por la misma dolencia en los pulmones. Repetidas veces se hizo el examen del pus que manaba de los trayectos fistulosos y en ninguna se logró descubrir al microorganismo patógeno, y aunque hizo notar que en las supuraciones de los huesos es más difícil encontrarlo, pensó que tales observaciones confirman las del Sr. Dr. Licéaga en las que tampoco ha existido.

JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA.

Extracto del Acta número 24

SESION DEL 13 DE MARZO DE 1901.

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés

Comunicación del Sr. Dr. Ramos sobre una enferma presentada por el Sr. Dr. D. Agustín Chacón.—Se nombra una comisión que la reconozca.

El Sr. Dr. Ramos refirió que había visto á una enferma de raza indígena, cuyos antecedentes ignora

por estar á cargo del Sr. Dr. D. Agustín Chacón, en el servicio oftalmológico de San Andrés. Se trata de una verdadera curiosidad patológica, tanto por la rareza del padecimiento en sí mismo, como por el lugar que ocupa en la referida enferma, la que lleva un cisticercos en la cámara anterior del ojo izquierdo, del que se han registrado sólo unos veinte casos antes del presente, localizados en otras regiones de ojo, como en el cuerpo vítreo y en el cristalino; pero nunca se había observado en México uno en la cámara anterior. A la simple vista es posible apreciar al parásito, que tiene la forma de un globo en suspensión, adherido al borde inferior del iris, siendo la parte que corresponde á la boca del globo el lugar donde se halla el cisticercos y estando formado el resto por la bolsa quística transparente, pudiéndose advertir los movimientos de que se halla dotado el animal y hasta distinguir con un fuerte aumento las ventosas y los ganchos. Recordó que en el año de 1888 había tenido el honor de presentar á la Academia el primer caso de cisticercos observado y operado en México. Antes, el Sr. Dr. Vértiz al hacer una autopsia encontró uno en el ojo de un cadáver y el Sr. Dr. Carmona y Valle habla de otro hecho de cisticercosis ocular cuyo resultado ignora por haber perdido de vista al paciente. Después, cuando el Señor Doctor Ramos tuvo á su cargo la Clínica Oftalmológica de la Facultad, presencié otros tres casos de la misma enfermedad. Al llegar á este punto de su comunicación se presentó en el salón el Señor Doctor Don Agustín Chacón, al que por conocer perfectamente á la enferma de que se trata, le cedió el uso de la palabra para que refiriera con todos sus detalles una observación tan interesante.

Este señor expuso que sólo por complacer los deseos del Sr. Dr. Ramos iba á dar algunos datos; pero que ya tal vez los señores Académicos habían oído de su boca una exposición clara y metódica, advirtiéndole que por ser el caso de suma importancia había traído á la enferma para que fuera examinada por sus consocios. Dijo que solamente se han consignado cerca de veinte casos de cisticercos en la cámara anterior, observándose principalmente en Alemania (Panás), y ninguno en Francia (Wecker). «El *Cysticercus cellulosæ*» es el scolex del tenia solium del hombre. Un fragmento de este parásito puede pasar del intestino al estómago, donde es digerido, quedando los huevos en libertad; aunque otras veces sucede que estos son ingeridos con los alimentos ó con el agua, penetran al torrente circulatorio y la sangre los transporta á las diferentes partes del

organismo, encontrándose el cisticercos ya sea en el tejido conjuntivo, subcutáneo ó intermuscular, en los músculos, en el espesor de la lengua, en la superficie del cerebro, en las meninges ó en las vísceras. Al ojo penetra por los vasos de la coroides, pero puede hacerlo también por los del cuerpo ciliar, del iris y de la retina. Una vez introducido en el aparato de la visión, puede alojarse debajo de la conjuntiva ó de la retina, en el cuerpo vítreo, en el cristalino, en la órbita; pero muy pocas veces en la cámara anterior. En México se ha observado algunas veces el cisticercos en el interior del ojo, y el caso actual es el único en que se le ha encontrado en la cámara anterior. Refiriéndose á la historia de la enferma, manifestó que era una mujer como de treinta y dos años de edad, originaria de Morelia, pero con residencia en México desde hace varios años. En el ojo izquierdo se ve en la cámara anterior, abajo y afuera del diámetro vertical, una vesícula blanquizca, translúcida, de forma esférica, como de dos milímetros de diámetro, con una prolongación hacia abajo que la fija al iris. La vesícula tiene movimientos para uno y otro lado, y el conjunto del parásito simula un globo aerostático, fijo por la boca en el suelo y que el viento mueve suavemente de uno á otro punto. El cuerpo extraño ha causado fenómenos reaccionales inflamatorios en el iris (iritis exudativa), la cual produjo sinequias posteriores que dejaron como huella una corona de pigmento viriano en la cristalinoide anterior que se ve después de dilatar la pupila por la atropina, como lo practicó el Sr. Dr. Montaña para llenar una indicación curativa. La enferma ha tenido y tiene aún á veces punzadas en sus ojos. El tratamiento á que piensa someterla consistirá en extraer por medio de una iridectomía el cisticercos con la porción de iris en que está implantado. Para terminar hizo notar que la mayor parte de los cisticercos de la cámara anterior se han encontrado, como en el caso actual, en el ojo izquierdo y suplicó á los señores Académicos se sirvieran examinar á la paciente.

El Sr. Presidente nombró al Sr. Dr. Ramos para que tuviera la bondad de reconocerla, suspendiéndose mientras la sesión. Abierta de nuevo, este señor manifestó que el caso era interesantísimo, no habiendo exageración en considerarlo por su belleza como un verdadero fenómeno. También es importante desde el punto de vista de su patogenia, pues en los hechos análogos que se le han presentado anteriormente encontró que los enfermos comían carne cruda ó de cerdo, y esta no acusa haber usado

de tales alimentos, aunque es indudable que el germen del padecimiento debe haber entrado por la carne. El programa terapéutico del Sr. Dr. Chacón le pareció muy bueno, porque tomar el cisticercos sólo con unas pinzas y extraerlo, equivaldría á hacer una iridodialisis, la cual determinaría un arrancamiento del iris, muy inferior en buena cirugía á la herida neta y regular que dejará la pequeña iridectomía, con la que la enferma curará, quedándole sólo la insignificante deformidad de una pupila artificial. Pero qué diferencia habría en los resultados del tratamiento si el cisticercos estuviera en el cuerpo vítreo, donde sería muy aventurado irlo á buscar, no quedando entonces más recurso que la enucleación. Recordó un caso de este género en que Galezoenwski intentó extraer el parásito del vítreo, pero sin conseguirlo, á pesar de su habilidad, y sobreviniendo como resultado de esas tentativas una panafalmia, por la que sacrificó luego el ojo. El único caso del cisticercos que ha visto en el cristalino produjo aumento de volumen de este órgano y la hipertensión consiguiente, con síntomas glaucomatosos, los que desaparecieron con la enucleación de la lente. Repitió que es el primer hecho que se ve en México de cisticercos en la cámara anterior, cree que la enferma curará y que se promete presenciar la operación, de la que tendrá el gusto de informar á la Academia.

JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA.

Extracto del Acta núm. 25

SESION DEL 20 DE MARZO DE 1901

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés.

Lectura por los Srs. Drs. Gayón y Chávez.—Trabajo extraordinario del Sr. Dr. Suárez Gamboa.—Pasa á la Sección de Higiene para que dictamine.

El Sr. Dr. D. José P. Gayón leyó su trabajo reslamentario titulado «Homogenización de los esputos.»

El Sr. Dr. D. Lorenzo Chávez dió á su vez lectura á su Memoria de Reglamento, la que lleva por título «Algunas consideraciones sobre el tratamiento del queratocono y la miopía.»

El Sr. Dr. D. Ricardo Suárez Gamboa presentó un trabajo extraordinario informando á la Corporación sobre las experiencias llevadas á cabo en la Habana á propósito de la transmisión de la fiebre amarilla y terminó pidiendo que la Academia suplique al Gobierno mande una comisión á la referida ciudad para que se asocie á los autores de dichas experiencias y venga luego á proseguirlas á Veracruz. El Señor Presidente dispuso que la Memoria del señor Dr. Suárez Gamboa pasara á la Sección de Higiene para que rinda el dictamen correspondiente.

JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA.

BACTERIOLOGIA

El *Bacillus Coli* y las infecciones intestinales —Raraza de la fiebre tifoidea en México.

Voy á presentaros en síntesis la larga historia de estudios sobre las infecciones intestinales, pues de entrar en detalles haría muy larga esta exposición que no tiene más objeto, que señalaros una cuestión que creo de sumo interés. La exposición de la larga experimentación que tengo en labor, será el objeto de una monografía que aún no puedo presentaros y la sigo con empeño, por tratarse de un asunto de suma importancia para nuestra patología nacional.

El punto principal de este estudio es: el poner en claro, si las infecciones intestinales que tan frecuentemente observamos en la Capital, son debidas en el mayor número de casos al *B. Coli* y si algunas veces puede atribuirse á la infección tífica, y pueden, por tanto, ser originadas por el *B. de Ebert*.

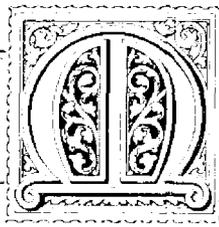
Es frecuente el oír formular por muchos médicos más caracterizados, y casi siempre en la clientela de buena posición social, el diagnóstico de fiebre tifoidea, frente á casos clínicos de infección intestinal, que presentan un cuadro clínico que se asemeja mucho con la *Dotienteria*. Este diagnóstico algunas veces, parece bien fundado y no me atrevería á criticar desde el punto de vista clínico, esas opiniones de personas muy ilustradas, que parecen autorizadas á suponer, en las manifestaciones de la infección, la presencia de la fiebre tifoidea; sólo hasta cierto límite puede aceptarse ese diagnóstico; hay

muchas razones para ponerlo en duda en frecuentes ocasiones, pues siendo una enfermedad que por su naturaleza y origen debiera atacar á un gran número de personas de nuestro pueblo bajo, es altamente significativo que en los hospitales sea una raravis el oír hablar de fiebre tifoidea. En, efecto en el tiempo que como estudiantes pasamos en las clínicas del Hospital de S. Andrés, no recordamos haber oído formular ese diagnóstico, ni visto ningún enfermo del que se sospechara llevar esa infección. Los años han corrido, y siguiendo de cerca el estudio de muchos enfermos de infecciones febriles del tubodigestivo, que han tenido larga duración, sólo dos ó tres veces en la práctica civil he creído ver esa enfermedad, sin que hubiera encontrado completo el cuadro sintomático, ni hecho la demostración bacteriológica de la presencia del *B. Tífico*. Pareciera extraña esta confesión de quien se ocupa de estudios bacteriológicos; mas hay que tener en cuenta, que en la época á que me refiero, no disponía de los elementos para un diagnóstico, pues apenas empezaba á arreglar el laboratorio de la Escuela de Medicina. El año de 96, traje de Europa un tubo de bacillus de Ebert tomado de cultivos genuinos del Instituto Pasteur, el cual fué regenerado por algún tiempo y utilizado cuatro veces para buscar la creación de Widal, que es considerada como concluyente y, aunque así no fuera, se presenta como un fenómeno constante cuando en un cultivo en caldo de *B. Ebert* se agrega una gotita de sangre de un enfermo que lleva la fiebre tifoidea. En ninguno de los cuatro casos á que me refiero, uno de los cuales fué observado en Popotla en una señorita hija de un distinguido Notario, vi que se verificara la conglomeración

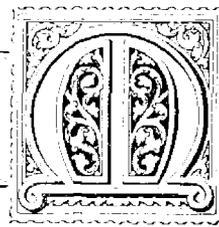
El estudio bacteriológico me hacía suponer la fiebre tifoidea y así dí el diagnóstico provisional; los cultivos hechos en caldo peptona posteriormente, dieron la reacción del Indol, lo cual no es propio del *B. Tífico*; sino del *B. Coli*. Al estudiar las heces bacterioscópica-mente, creí encontrar muchos bacillus, que morfológicamente y porque algunas coloraciones por el Gram no los habían teñido, parecían caracterizarlos como *B. de Ebert*; pero cultivos sub-secuentes en cajas de Petri y medios fenicados y coloraciones al Gram repetidas, en gérmenes ya separados, me convencieron de que no eran más que *B. Coli* en sus diversas especies que daban sus colonias variadas. Acababa de regenerar mi cultivo francés de *B. de Ebert* y busqué la reacción de Widal, que poco antes había sido anunciada en los "Anales del Instituto Pasteur" y que



aceta



édica de



éxico

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO I.

MEXICO, 1º DE MAYO DE 1901

2ª SERIE.—NUM. 9.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Extracto del Acta núm. 26

SESION DEL DIA 27 DE MARZO DE 1901.

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés.

Comunicación por el Sr. Dr. Villarreal sobre anomalías de los órganos genitales internos de la mujer.—Lectura por el Sr. Dr. Prieto.—Trabajo extraordinario del Sr. Dr. Suárez Gamboa sobre cáncer uterino inoperable. Discusión.

El Sr. Dr. Villarreal comunicó dos hechos importantes desde el punto de vista del estado genital de la mujer, así como por la rareza con que suelen verse. El primero concierne á una Sra. N., de 33 años de edad, casada, llena de vida, de talla elevada, de complexión robusta y que no manifestaba tener perturbación de ninguna clase en el funcionamiento de su organismo, á pesar de que jamás ha tenido escurrimiento sanguíneo por la vulva, salvo en los dos días que siguieron á su matrimonio. En las épocas que deberían corresponder á la aparición de sus reglas le sobreviene cansancio en la cintura. Practicado el examen en posición genupectoral, notó desde luego que el dedo índice explorador no penetraba á la vagina, la que halló terminada en un fondo de saco, á semejanza de un dedo de guante y sin que hubiera vestigio alguno de cuello uterino. Por la palpación bimanual encontró un núcleo pequeño en el lugar que debería ocupar la matriz, sintiéndose los ligamentos como uno solo extendido á la manera de una banda de un lado á otro de la pelvis, faltando por completo los ovarios. Para mayor claridad de esta exposi-

ción, pintó un esquema en el cual se veía el fondo de la vagina cerrado y con una profundidad no mayor de diez centímetros, el núcleo representante de la matriz, más perceptible por el tacto rectal, y los ligamentos en forma de cinta extendida de uno á otro lado, sin que hubiera nada de ovarios. Como se advierte, faltan los órganos genitales internos, inclusive el cuello, lo que explica satisfactoriamente la no aparición del flujo catamencial en esta persona. El segundo hecho se refiere á una sobrina de esta misma señora, joven de 17 años, en la que tampoco se han presentado las reglas, sin que en la apariencia hubiera motivo para ello. Tiene otras hermanas menores en las que sí se ha establecido con regularidad la función menstrual. Por tratarse de una virgen, procedió desde luego al examen por el recto, no encontrando el cuerpo uterino, ni siquiera representado por un núcleo como en el caso anterior, sintiéndose un solo ligamento afectando la misma disposición ya señalada y estando ausentes los ovarios. Habiendo consentido la paciente en que se le hiciera un reconocimiento vaginal, lo llevó á cabo con un espejo apropiado, comprobándose la falta de cuello uterino y la terminación de la vagina en un fondo de saco. Estos dos casos le parecieron curiosos é instructivos por coincidir en ellos la ausencia de los órganos genitales internos con un buen equilibrio del organismo, creyendo exagerados los peligros que se han atribuido á la castración, lo que hizo notar así en un trabajo que presentó en el último Congreso Internacional celebrado en París, estimando que las perturbaciones que aparecen después de la supresión del aparato genital interno son más bien imputables á trastornos nerviosos. En otros casos análogos que ha tenido la ocasión de observar, han faltado las trompas ó los ovarios, existiendo la matriz, recordando entre tales anomalías la de una muchacha de 20 años de edad, histérica, que tenía la matriz infantil, con ausencia del ovario derecho é interrupción de la comunica-

ción entre el izquierdo y la trompa correspondiente; y la de otra joven de 25, también con el útero infantil, pero bien formado, y en el cual hizo la raspa por una metritis blenorragica; el ovario derecho estaba crecido y el del lado contrario normal, pero faltaba la comunicación con la matriz, por la transformación fibrosa de la porción uterina de la trompa. Insistió en que las castraciones eran factibles sin grandes peligros y preferibles siempre á dejar órganos lesionados en el interior del vientre.

El Sr. Dr. Prieto leyó su trabajo reglamentario titulado: «Apuntes acerca del neumococo».

El Sr. Dr. Suárez Gamboa suplicó á la Academia se sirviera disculparlo por no haber presentado con oportunidad su trabajo de turno; pero esto fué debido á que estuvo algo quebrantado de salud y después ausente del país; mas deseando cumplir con ese compromiso, leyó, con el carácter de extraordinaria, una Memoria que se titula: «Algunas consideraciones acerca del cáncer uterino inoperable.»

Puesta á discusión, el Sr. Dr. Villarreal manifestó, refiriéndose á la última parte del trabajo, la relativa á las ligaduras atrofiantes, que el Sr. Dr. Suárez Gamboa ha operado á mujeres con cáncer avanzado, invadido el tejido celular y en plena carcinosis pélvica, valiéndose de un medio ya empleado, pero no con el éxito que ahora se le señala. Joanesco empleaba esas ligaduras y al mismo tiempo hacía el vaciamiento pélvico. El Sr. Dr. Suárez liga sólo la hipogástrica y la útero-ovárica, dejando en la pelvis el tejido canceroso, condenado á seguir su marcha invasora ó á perecer por gangrena; también en muchos casos los uréteres quedarán dilatados, el riñón enfermo, y las pacientes sujetas á una muerte próxima. Por otra parte, se les va á hacer una operación grave, en la que se da el cloroformo, no exento de peligros, empleando en esto un tiempo más ó menos largo y todo para prolongar una vida de suyo tan comprometida y llena de sufrimientos. Tal vez la intervención propuesta sería menos funesta en los casos de funcionamiento normal de los otros aparatos orgánicos, especialmente del urinario, en el cual repite que suele encontrarse el riñón alterado y sólo con una pequeña cantidad de tejidos útiles para llenar su cometido. No obstante la exposición brillante y los éxitos del Sr. Suárez Gamboa hay que ser cauto antes de resolverse á seguir la conducta que propone.

Este señor dijo que había oído con agrado las observaciones anteriores, pero que hay en ellas algunas generalizaciones que no siempre venían al caso:

así, por ejemplo, no todos los cánceres uterinos invaden y tapan forzosamente los uréteres y afectan el riñón, y en los hechos aislados que así fuere, se entiende que no cabe la intervención. Recordó que de todas maneras el porvenir de las cancerosas avanzadas era muy limitado é hizo alusión á los resultados obtenidos en su primera enferma, la que fué operada desde Noviembre, y en los cinco meses que van transcurridos no ha tenido ni hemorragias, ni dolor, ni síntomas de infección, lo que á su juicio vale la pena de tomarse en cuenta. Si Joanesco hace en casos análogos el vaciamiento pélvico, él prefiere las ligaduras atrofiantes, operación mas fácil, de mortalidad menos elevada y en la que sólo hay el peligro de la infección peritoneal, muy disminuído por cierto en manos hábiles. Por lo demás, el vaciamiento no quita todo el cáncer, equivale á una poda mayor que la raspa, su mortalidad inmediata es muy grande, lo mismo que la reproducción; por todo esto se ve que no valdría la pena agravar las ligaduras uniéndolas con una operación tan seria como el vaciamiento. El método que propone, á semejanza de muchas operaciones buenas, no debe hacer en todos los casos y lo recomienda sólo como paliativo, en los últimos períodos del cáncer, y no como curativo.

El Sr. Dr. Villarreal creyó que la divergencia de opiniones en el punto que se discute dependía de que no se ha fijado bien lo que debe entenderse por cáncer inoperable, habiendo muchos grados en el que ha de considerarse como tal, pues desde el que invade los uréteres, dilatándolos hasta llegar al diámetro del intestino, y produciendo rápidamente la carcinosis, hasta el que se ha extendido á los fondos vaginales, y que ya se reproduce cuando se opera, hay muchos tipos intermedios. Convino en que el vaciamiento es una intervención muy grave, porque de diez operadas mueren siete; pero las que sobreviven sí quedan curadas, mientras que las ligaduras atrofiantes equivalen á un vaciamiento incompleto, son de una técnica difícil, predisponen también á terminar con los días de la paciente y dejan siempre el cáncer más á menos modificado, pero rodeado de peligros.

El Sr. Suárez Gamboa no quiso discutir si todos los cánceres de la matriz atacaban ó no los uréteres; pero dijo que, de todas maneras, antes de emprender una operación se reconoce siempre la orina y cuando revela estados graves del riñón, contradice la intervención. Por el modo de propagarse, dividió las degeneraciones malignas en dos grupos:

unas que infiltran el cuello uterino y la vagina y otras que nacen en la mucosa de la matriz y se extienden á la pélvis; en ambos casos, al hacer la ligadura conviene alejarse del sitio del neoplasma. Es cierto que hace un vaciamiento incompleto dejando parte del cáncer; pero esto es mejor que exponer á las enfermas á un riesgo de muerte casi seguro, emprendiendo una operación más radical. Prometió presentar á sus operadas y en vista de los resultados ulteriores, rectificar ó ratificar las ideas que sostiene.

El Sr. Dr. Hurtado juzgó el punto interesante y creyó que á los Señores Doctores que le precedieron en el uso de la palabra les asistía la razón. En efecto el Sr. Dr. Suárez Gamboa no propone para todos los casos las ligaduras atrofiantes, sino únicamente en los avanzados y en determinada categoría de enfermas. Dijo que hoy pocos cirujanos son partidarios de la histerectomía vaginal y él mismo cuando no están invadidos por el neoplasma los fondos vaginales, sigue otra técnica distinta, contentándose con hacer una amputación alta, y si hay reproducción, plantea entonces el problema de la intervención por la vía abdominal. En caso de hacer la ligadura atrofiante, estimó preferible practicarla en la hipogástrica, por no ser siempre fácil ponerla en las uterinas; pero, de todos modos, consideró sólo como paliativo ese tratamiento, del que se necesitarían unos 300 casos para decidirse ó no á adoptarlo en definitiva. Pensó que la operación es más seria de lo que supone el Sr. Dr. Suárez Gamboa, por que además de los peligros que le son propios, tiene el del cloroformo, pues ya se ha demostrado que en las intervenciones peritoneales no basta la anestesia producida por la cocaïnización medular. Terminó confesando que con estas relicencias es partidario de las ligaduras atrofiantes y que no acepta la intervención radical. Propuso que se dejara abierta la discusión de este punto.

JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA.

Extracto del Acta número 27

SESION DEL 10 DE ABRIL DE 1901.

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés

Presentación de operadas por los Sres. Drs. Hurtado y Villarreal. Se nombra una comisión para reconocerlas.

El Sr. Dr. Mendizabal rectifica el Acta correspondiente á la Sección del 20 de Febrero último.

El Sr. Dr. Hurtado presentó una enferma que operó hará dos meses y cuya historia refirió entonces á

la Academia, recordando ahora que esa paciente llevaba muchos años de sufrimientos y estaba agotada por abundantes metrorragias, mejorándose durante año y medio con el legrado de la matriz que le practicó; pero como reincidiera el mal, se vió precisado á llevar á cabo la extirpación de útero y de los anexos, siendo entonces de opinión el Sr. Dr. Villarreal que podía haber curado sin apelar á un medio tan radical, valiéndose sólo de la raspa y del cateterismo de las trompas. En tal virtud se propuso presentar, como lo hace, la pieza anatómica en la que se ve la matriz grande, con el diámetro transversal aumentado, esclerosada la mucosa, no engrosada por lo que se advierte que el legrado no hubiera sido suficiente para curar el padecimiento; además los ovarios están grandes con el aspecto de los que causan fuertes hemorragias, la trompa derecha alargada, la izquierda un poco menos, ambas obstruidas y sin que hubiera bastado á volverles su permeabilidad el cateterismo paliativo y la colpotomía anterior aconsejados por el Sr. Dr. Villarreal, el que tal vez no persista en sus ideas al examinar la pieza. La enferma ha seguido bien, y salvo el retardo que se originó en la reunión de la pared abdominal por haberse infectado un hilo de la sutura, nada notable ha sobrevenido. Dijo que en casos semejantes los cirujanos más conservadores, como Peau y Martin, no dejan la matriz, y recordó que al no estar de acuerdo con las ideas expresadas por el Sr. Dr. Suárez Gamboa en su Memoria de ingreso á la Corporación, había sido sólo en la generalización que hacía, mostrándose demasiado intervencionista. Al presentar á la operada con el pequeño desperfecto que lleva en la pared abdominal y el que se propone corregir, suplicó al Sr. Presidente se serviera nombrar al Sr. Dr. Villarreal para que tuviera la bondad de reconocerla, á lo que accedió dicho funcionario.

El Sr. Dr. Villarreal, dijo que antes de examinar á la enferma del Sr. Dr. Hurtado iba á mostrar á una que operó hará año y medio extirpándole un fibromioma de la matriz, en el que inadvertidamente quedó incluido el uréter viéndose obligado al sexto día, cuando aparecieron accidentes serios, á practicar la nefrectomía. Dió cuenta de este caso y presentó en su oportunidad á la paciente, la que fué reconocida por el Sr. Dr. Hurtado, el que se manifestó muy reservado en sus apreciaciones, según consta en el acta del 6 de Diciembre de 1899, á cuyo extracto dió lectura en la parte conducente, en la que se ve que dicho señor miraba á esa enferma como una ateromásica y creía que había lu-

Boletín Médico de México

PERIÓDICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO I.

MEXICO, 15 DE MAYO DE 1901

2ª SERIE.—NUM. 10.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Extracto del Acta número 28

SESIÓN DEL 17 DE ABRIL DE 1901.

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés

Lectura por el Sr. Dr. Toussaint.—Discusión.—Lectura por el Sr. Dr. Vázquez Gómez.

El Sr. Dr. Toussaint leyó su trabajo reglamentario titulado "Contribución al estudio de la patología del hígado."

El Sr. Presidente manifestó que para poder apreciar en todos sus detalles la Memoria del señor Dr. Toussaint, era necesario más bien estudiarla que leerla, pero que sin embargo podía indicar que estaba de acuerdo con la primera de las conclusiones que sostiene el autor, referente á que las cirrosis son inflamaciones crónicas del hígado que tanto afectan el elemento parenquimatoso como el intersticial de la glándula, idea que el Sr. Dr. Terrés consigna en su tratado de Patología Interna publicado hace poco. Además, desahó hacer una pequeña rectificación en lo tocante á que la Escuela francesa ya no admite las ideas de Charcot, relativas á que las cirrosis desarrolladas alrededor de las venas sean siempre atroficas y extralobulares, pues desde Sabourin se ha reconocido por ejemplo la cirrosis alcohólica, bivenosa, atrofica ó hipotrofica.

El Sr. Dr. Toussaint, replicó advirtiendo que la literatura que tiene más á mano es la alemana y que en su trabajo se había inspirado también en el artículo que sobre cirrosis hepática publicó Choffard en la obra de Charcot, habiendo llegado las ideas de aquel autor á formar una nueva doctrina con ten-

dencia á sistematizar la cirrosis. Dijo que las bivenosas eran algo esquemáticas y había resistencia á aceptarlas. En el trabajo que Choffard presentó al último Congreso Internacional, se ocupa sobre todo de la etiología de este padecimiento dejando á un lado su anatomía patológica.

El Sr. Dr. Vázquez Gómez dió lectura á su Memoria de turno la que lleva por título: "Contribución al estudio clínico del Rincoescleroma."

José GONZÁLEZ URUEÑA.

Extracto del Acta núm. 29

SESIÓN DEL DÍA 24 DE ABRIL DE 1901.

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés.

El Sr. Dr. Sosa presenta un informe sobre "Datos acerca del tratamiento y curación de los epilépticos en México" y hace además una comunicación referente á las relaciones que hay entre las infecciones y las vejanias.—Discusión.

El Sr. Dr. Sosa manifestó que cumpliendo con la comisión que se le había conferido iba á leer su informe sobre los "Datos acerca del tratamiento y curación de los epilépticos en México". Los que debían ser remitidos á la Asociación de Alienistas que tendrá lugar en los Estados Unidos en los primeros días del próximo Mayo y en la que estarán representados 17 Estados de la Unión Americana. Dijo que por desgracia no podía referirse en su informe al tratamiento moral y disciplinario de los epilépticos en un medio especial, por no haber en México ningún establecimiento consagrado expresamente al cuidado de esas enfermas, pues sólo existen en la Capital y en las de algunos Estados, departamentos destinados

en los hospitales al tratamiento de tales pacientes, mientras que en Estados Unidos, en el Canadá y en Inglaterra, hay asilos, hospitales, casas de corrección y colonias en el campo en las que se imparte todo género de cuidados a los epilépticos, pero especialmente los morales. Dió lectura á su informe en el que repitió que sólo se ocuparía de los tratamientos médicos que se siguen en México con esos enfermos.

El Sr. Dr. Sosa aprovechó la oportunidad para referir un hecho reciente de su práctica que se relaciona con otros semejantes consignados en un trabajo que presentó á esta Academia sobre las relaciones que hay entre las infecciones, como el tifo, la tifóidea, la influenza, la erisipela, etc., y el desarrollo de las vesanias, las que estallan muchas veces en estas circunstancias, sin que existan antecedentes neuropáticos en los pacientes. Una de sus observaciones, se refirió á una persona que tuvo escarlatina y trastornos mentales, sufriendo después erisipela y reapareciendo las mismas perturbaciones de la inteligencia. Otra á un Sr. General, del Sur de la República, el que tuvo tres accesos de locura consecutivos á otros tantos ataques de influenza y otra á una monja con menstruación tardía, que estuvo enajenada una vez que se suspendieron sus reglas y que curó cuando reaparecieron. Concordando con estos casos, citó el de una señora de 41 años de edad, sin antecedentes hereditarios de neuropatía, cuyos padres tenían respectivamente las mismas edades para el matrimonio, pues él era de 23 años y ella de 19; todos sus hijos fueron de buena salud, quedando solo la duda de que la herencia hubiese saltado algunas generaciones, permaneciendo por esto ignorada. Hace como tres meses, dicha señora sufrió un ataque de influenza bien caracterizado, y 15 ó 20 días después, sin motivo aparente que lo explicara, comenzó á quejarse de alucinaciones del oído, conscientes al principio, pero más tarde no, cuando ya vino el delirio de persecución bajo la forma de manía aguda, con fuertes paroxismos, acompañados de trastornos circulatorios, 120 pulsaciones irregulares por minuto, la cara y las conjuntivas rojas é inyectadas hasta la cianosis; luego se enfriaba y venía (estapor), haciéndose furiosa en los últimos días de su vesania, de la que curó repentinamente. El tratamiento empleado fué poco enérgico, reduciéndose á la ministración de la antipirina y de algunos calmantes y habiendo días en que se interrumpiera por completo la medicación. Repitió que este caso lo juzgaba interesante por la liga que tiene con otros análogos que lea referido.

El Sr. Dr. Marcuzzi corroborando lo dicho por el Sr. Dr. Sosa, dijo que había leído en uno de los últimos números del "Semanario de Berlín", la observación de un acceso de manía general aguda consecutivo á un ataque de influenza.

El Sr. Dr. Sosa dió las gracias á este señor, y añadió que en una de las últimas epidemias de gripe, se estudiaron en Francia algunos casos de encefalitis que la complicaron, y recordó que en el año de 1893 el Sr. Dr. Gutiérrez le presentó una enferma de su sala con accidentes nerviosos y afección de influencia, atribuyendo esos fenómenos á una encefalitis sub-aguda, opina de la que participó también el Sr. Dr. Toussaint con el que vió á la enferma, ignorando si en la autopsia se confirmaría ese diagnóstico.

Jesús González Ortega.

CLINICA INTERNA

DIABETES INSIPIDA DE ORIGEN TRAUMÁTICO

Tengo actualmente en estudio á un enfermo que ha comenzado á ver hace dos meses. Es un joven de trece años, alumno de uno de los colegios de esta ciudad y á quien he atendido siempre que se ha enfermado durante los cinco años que lleva de residir en Monterrey.

Su padre es muy bien constituido y su madre, que era de temperamento nervioso, murió de fiebre puerperal. No hay neuropatía grave en ninguno de los de su familia. Tampoco pólicricos en sus ascendentes, y mucho menos antecedentes de sífilis hereditaria.

Hace dos años sufrió un ataque grave de Gripe de forma gástrica. Y más antes, y en épocas diversas, se curó de sarampión, escarlatina y fiebre tifoidea.

Ahora padece poliuria, y á pesar de esta enfermedad, es un joven laborioso, activo é inteligente, que cumple correctamente con todos sus deberes de estudiante.

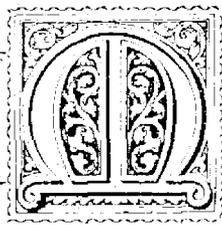
Tiene también buen desarrollo físico.

Durante el día, ocupa lo menos que puede pero en la noche no deja de hacerlo lo menos seis ó ocho veces.

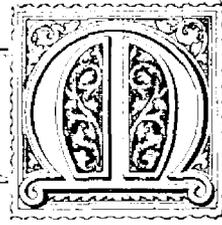
A fines de noviembre del año pasado, haciendo gimnasia sobre un trapero, se cayó al suelo y recibió un golpe muy fuerte en la cabeza, que además



aceta



édica de



éxico

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO I.

MEXICO, 15 DE JUNIO DE 1901

2ª SERIE.—NUM. 12.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Extracto del Acta núm. 32

SESION DEL DIA 15 DE MAYO DE 1901

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés.

Lectura por el Sr. Dr. Villarreal. Se aprueban, con ligeras modificaciones, las proposiciones finales del dictamen que la Sección de Higiene presentó sobre la Memoria del Sr. Dr. Suárez Gamboa.

El Sr. Dr. Villarreal leyó su trabajo reglamentario titulado: "Algunos casos más de analgesia producida por las inyecciones intra-aracnoideas de clorhidrato de cocaína".

Previos los trámites de reglamento, se aprobaron con algunas modificaciones las conclusiones del dictamen que la Sección de Higiene presentó sobre la Memoria del Sr. Dr. Suárez Gamboa, las cuales quedaron en la forma siguiente:

1.ª La Academia de Medicina de México llama muy respetuosamente la atención del Gobierno sobre los estudios que se están llevando á cabo en la Habana por los Sres. Reed, Carroll y Agramonte, acerca de la transmisión de la fiebre amarilla.

2.ª Propone que dicho Gobierno se sirva nombrar una Comisión de dos Médicos inmunes para que pase á la Habana á seguir de cerca dichas experiencias, y que permanecerá en esa Ciudad tres meses, cuando menos.

3.ª La Academia Nacional de Medicina de México tendrá el cargo de inspeccionar y dirigir dicha Comisión, si así lo estima conveniente el Gobierno.

4.ª La Comisión tendrá la obligación imprescindible de rendir á esta Academia cada quince días, una noticia detallada de sus investigaciones para que ella la transcriba informada al Ejecutivo.

5.ª Transcribábase estas proposiciones y el informe del Sr. Dr. Suárez Gamboa á la Secretaría de Justicia é Instrucción Pública para que se sirva disponer lo que estime conveniente.

JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA.

Extracto del Acta núm. 33

SESION DEL 22 DE MAYO DE 1901

Presidencia de los Sres. Dres. D. José María Lugo Hidalgo y D. Manuel Gutiérrez.

Lecturas por los Sres. Dres. Mendizábal y López Hermosa.

El Sr. Dr. D. Gregorio Mendizábal leyó su trabajo reglamentario que se titula: "Contribución al estudio de la piretología en México."

El Sr. Dr. López Hermosa cubrió su turno de Reglamento con la lectura de una Memoria á la cual paso por nombre: "Fibromas uterinos y su tratamiento."

JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA.

CLÍNICA INTERNA

Informe rendido á la Academia N. de Medicina sobre las experiencias llevadas á cabo en la Habana á propósito de la transmisión de la fiebre amarilla.

De algo terrible, sombrío y fatal, de algo fúnebre, oirá hablar con frecuencia el viajero que se arriesgue á recorrer las playas ardientes del Atlántico, en el Continente Americano, que se hallan comprendi-

das entre los 48°15' de latitud norte y los 40°6' de latitud sur.

Y desde las bocas del Misisipí hasta donde el Plata ofrece su tributo al Océano, sus interlocutores serán, con frecuencia, macilentos y enfermizos, si habla con los nativos; ó temerosos é inquietos, si habla con forasteros.

Y durante toda su travesía, si recorriese New York, Charleston, La Habana, Veracruz, Caracas, Río de Janeiro ó Montevideo; si visita las poblaciones y territorios anexos á estos puertos, podrá escuchar, dondequiera y sin cesar, cómo se pronuncia sombriamente el nombre del viejo azote americano, del pálido monstruo del oriente del Atlántico, de la Fiebre Amarilla ó Vómito Prieto.

Mas si pregunta, si indaga, desde cuándo tenemos en América el Huésped Amarillo, le dirán que desde siempre.

Porque desde que Colón inscribió á la América en el Gran Registro del Mundo, el 8 de Octubre de 1492, se supo que reinaba allí algo terrible, epidémico, mortal. Algo que el gran cubano Finlay, nos dijo tres siglos después, que era la Fiebre Amarilla, que era patrimonio especial y legítimo del Nuevo Continente.

Y desde la obscuridad de los orígenes de América, quizás desde miles de años antes de Colón, hasta hoy, la época de la Bacteriología y de la Seroterapia, la gran mayoría de los azotes de la humanidad han entregado su secreto; pero la Fiebre Amarilla continúa impenetrable, irresistible y misteriosa.

Es precisamente en el sagrado territorio americano, en la cuna y en el templo de todas las libertades, de todas las independencias; en la picota de todas las servidumbres; en el gajo privilegiado del globo Tierra, donde no hay siervos ni señores, donde la esclavitud es mito y la tiranía se asfixia, donde el pueblo más independiente, más orgulloso, rinde aún el humillante tributo de su carne y su progreso; el envilecedor vasallaje de las vidas de todos los extranjeros que vienen á sus costas, trayéndole su industria y su inteligencia.

No le han faltado ciertamente á este Continente, luchadores tenaces, no, por fortuna: Stenberg, en los Estados Unidos; Carmona y Valle, en México, y Domingos Freire y Sanarelli, en Sur América, nos lo han declarado.

Pero escrito está que todo se ha de perder; en los destinos de América está siempre abierta la partida de su vasallaje y eterna Andrómeda de los mares

del Pacífico y del Atlántico, espera aún su Perseo que la liberte del amarillo Monstruo.

Hoy se levanta de uno de sus rincones más sacudidos por convulsos episodios, una esperanza de libertad, una aurora de redención: escritos con radiantes caracteres de abnegación, sacrificio y muerte comienza un capítulo nuevo en la historia Epidemiológica Americana y sus autores los señores Reed, Carroll, Agramonte y Lazear, vienen traídos por mí ante vosotros, como cuatro amigos queridos, como cuatro distinguidísimos huéspedes, porque en nuestra Academia, todo aquel que estudia está con nosotros, todo aquel que se depura en el sacrificio, tiene su trono, todo aquel que sucumbe por la ciencia tiene su altar.

Tengo el honor de pedir os permiso para presentar á los señores Walter Reed, James Carroll, A. Agramonte y Jesse Lazear, para narraros sus proezas y sus sacrificios, y para invitaros á tributar al último de ellos, á Jesse Lazear, un recuerdo de respeto y homenaje, porque murió en el cumplimiento de su deber sacrificándose por la Humanidad.

Algunos kilómetros al Oeste de la Habana existe un extenso litoral, accidentado por pequeñas colinas, cuyo césped, siempre verde y ameno, le da un aspecto simpático y risueño.

Entre la pequeña población de los Quemados y el pueblecillo de Marianao, esta playa lleva el nombre de Playa de Marianao. Aquí está establecido el campamento de Salud el Ejército [interventor de la Isla de Cuba.

Como á dos kilómetros de la orilla del mar, en una bella planicie, se han levantado un gran número de casas de madera, verdaderos pabellones del estilo inglés más puro, que constituyen en su conjunto el Hospital Militar Americano. Aquí se han realizado las experiencias de que hoy deseo ocuparme.

Aunque digno de estudio y de que se os hable de él, este Hospital no podrá por ahora detenernos en su descripción. Bastará saber que sus pabellones, elegantes y esbeltos, se destacan en un amplio jardín constituyendo un hermoso cuadrilongo, bastante regular. Cada pabellón, aislado de sus congéneres, cuenta con verdadero lujo de confort americano y en el conjunto de ellos se alojan pocos enfermos, considerando que el número total de las fuerzas invasoras se eleva exclusivamente á cinco mil hombres de infantería y caballería.

En medio del Hospital, se distingue gallardamen-

te un hermoso recinto de mampostería y cristales: es la Sala de Operaciones Asépticas.

Quinientos ó seiscientos metros hacia el Oeste, se distinguen dos pabelloncitos aislados: son el asilo exclusivo de los enfermos atacados de fiebre amarilla. Cuando yo lo visité había tres.

Es allí donde estudian los señores Reed, Carroll y Agramonte.

Si nos alejamos del Hospital y recorremos la extensa zona de colinas, dirigiéndonos un poco al Sureste, es decir, aproximándonos al poblado de los Quemados y recorremos un poco más de un kilómetro, llegaremos á un campamento formado por diez ó doce tiendas de campaña, ocupando un perímetro pequeño y al cuidado de una Sección de la Ambulancia Americana; este campamento es verdaderamente un vivac experimental; podríamos llamarle el Campo de los Mosquitos.

De aquí que tengamos que ocuparnos de dos órdenes de trabajos:

I. Estudios experimentales en el Hospital.

II. Estudios experimentales en el Campo.

Los primeros se refieren principalmente á estas cuestiones:

I. Investigaciones acerca del Bacillus de Sanarelli.

II. Contagiosidad de la sangre de los enfermos de fiebre amarilla.

III. Bacteriología de esta misma sangre.

IV. Evolución de la fiebre amarilla.

Mi papel de fiel narrador me impele á desarrollar la descripción de estas experiencias, que contribuirán no poco para la mejor comprensión de las subsecuentes.

INVESTIGACIONES ACERCA DEL BACILLUS SANARELLI

La proclama de Sanarelli acerca de los caracteres específicos del Bacillus Icteroides como el agente etiológico de la fiebre amarilla, excitó desde luego la atención de los experimentadores que procedieron primeramente, á uniformar su criterio con el autor suramericano, y se decidieron á instituir una serie de investigaciones, sobre la sangre y órganos profundos de los cadáveres de enfermos muertos de fiebre amarilla.

Para sus estudios sobre la sangre de los enfermos procedieron de la siguiente manera: por medio de una jeringa hipodérmica bien esterilizada por la ebullición prolongada en una solución débil de bicloruro de mercurio, hacían una punción en las venas del

pliegue del codo, indistintamente en la mediana basílica ó en la mediana cefálica y extraían por aspiración un centímetro cúbico de sangre. Inmediatamente sembraban medio centímetro cúbico en diversos caldos de cultivo y reservaban el otro medio para el uso que más adelante veremos.

Las siembras obtenidas en agar, en gelatina y en caldo esterilizado, las incubaban durante una semana á una temperatura de 35 á 37 centígrados.

A medida que las colonias crecían las iban estudiando escrupulosamente, y las iban transportando al Gabinete de Bacteriología de la Escuela de Medicina, á cargo del profesor Agramonte.

De esta manera estudiaron 18 casos y he aquí los resultados obtenidos:

Número total de cultivos	48
„ de tubos de caldo inoeculados	115
„ de siembras en agar	18
Enfermos del primer día	3
No hay bacillus icteroides	
Enfermos del segundo día	3
No hay bacillus icteroides	
Enfermos del tercer día	2
No hay bacillus icteroides	
Enfermos del cuarto día	3
No hay bacillus icteroides	
Enfermos del quinto día	3
No hay bacillus icteroides	
Enfermos de los 6°, 7°, 8° y 9° días, cada uno,	3
Total de casos graves	9
„ „ „ bien marcados	7
„ „ „ leves	5

En resumen, los resultados de los cultivos hechos en 18 casos de fiebre amarilla de diagnóstico indudable, hechos en diversos períodos de la evolución de la enfermedad, parecen deducir que es preciso excluir la existencia del bacillus icteroides, de la sangre de los enfermos vivos de la fiebre amarilla.

Veamos ahora los resultados obtenidos en los enfermos de vómito, muertos. Desde luego se ha procurado por los experimentadores en cuestión, verificar las autopsias tan pronto como les ha sido posible, á partir del momento de la defunción. Tubos conteniendo los mismos medios de cultivo y en igualdad de temperatura, han sido utilizados esta vez.

Ahora bien, de once autopsias con sus correspondientes siembras solamente dos veces lograron obtener el bacillus de Sanarelli.

Sobre este punto deseo llamar la atención de los señores Académicos que me honran escuchándome:

El mismo Dr. Agramonte me decía á este respecto

que mientras estudiaba la bacteriología de la fiebre amarilla en Santiago de Cuba por los mismos procedimientos seguidos en la actualidad, había obtenido siembras del bacillus de Sanarelli, con muchísima frecuencia en un 33p $\frac{3}{4}$ de sus autopsias, mientras que en la Habana y sus cercanías, durante el presente año, solamente dos veces en 11 casos, había podido encontrar el mencionado germen.

Ciertamente que no solamente el señor Agramonte ha llegado á estos resultados, pues es preciso no olvidar que Postier, el distinguido bacteriologista de New Orleans, publicó el 16 de Abril de 1898 en el *Journal of American Association*, el resultado de 51 autopsias hechas por él, habiendo encontrado el bacillus de Sanarelli, solamente tres veces. Y que Lutz, en la *Revista de Higiene é Sanita Pública*, en Julio de 1900, dijo que solamente se podía demostrar la existencia del bacillus de Sanarelli en la mitad de los casos observados.

De estas investigaciones, de estos resultados variables han llegado los honorables experimentadores á esta solemne conclusión. El bacillus ieteroides de Sanarelli no subsiste como elemento causal directo de la fiebre amarilla y cuando existe debe ser considerado como un parásito secundario á la enfermedad.

Veamos ahora los resultados obtenidos en la siguiente cuestión: ¿La sangre de los enfermos de Fiebre Amarilla es específica?

Para resolver esta cuestión he aquí cómo han procedido los señores Reed, Carroll y Agramonte.

No se olvidará que para verificar las siembras de la sangre de los enfermos de fiebre amarilla, los mencionados señores se servían de una jeringuilla hipodérmica bien aséptica por medio de la cual extraían de las venas del codo, un centímetro cúbico de sangre. Inoculaban en los elementos de cultivo medio centímetro y reservaban el otro medio. Es precisamente de esta segunda mitad de la jeringa de que ahora se van á valer. Inmediatamente después de extraída la sangre y sin dar tiempo á la coagulación, este medio centímetro servía para hacer una inyección subcutánea en un individuo no inmune á la enfermedad en cuestión.

Cuatro ó cinco días después de verificada la inyección el individuo inyectado, comenzaba á sentir dolores de cabeza, lumbalgia, vértigos, zumbidos de oídos, su temperatura se elevaba y poco después ofrecía el cuadro completo de los enfermos de fiebre amarilla.

En seis individuos habían hecho la inyección de

sangre y en cinco se había producido la terrible enfermedad. Hay que hacer notar que este candidato en quien lograron reproducir la fiebre en debate fué un individuo absolutamente rebelde á todos los medios de inoculación de la fiebre: parece ser que se trató de un caso de inmunidad congénita.

Como contra-prueba se hicieron multitud de inyecciones de esta misma sangre tanto en convalescientes de fiebre amarilla adquirida fuera del Gabinete y siempre fueron estas inyecciones seguidas de resultados absolutamente negativos.

De aquí se deduce de una manera palpable, absoluta, inegable, que la sangre de los enfermos de fiebre amarilla es susceptible de producir la fiebre amarilla y que estos accesos de la enfermedad francamente experimentales revisten todos los signos clásicos del ambulante, callejón, por decirlo así, hasta de la inmunidad.

Reuendo que cuando el general Dr. Stemberg estuvo en Veracruz platicaba que todas las tentativas de inoculación de la sangre de estos enfermos habían sido infructuosas; igual aseveración sostenía el malogrado médico veracruzano Daniel Ruiz. Sin embargo, los resultados obtenidos en la Habana son concluyentes: Ya tuve la oportunidad de ver médicamente á dos enfermos inoculados de sangre específica y en ambos el cuadro de la temperatura, orinas y marcha general de la enfermedad era, imposible negarlo, el de una fiebre amarilla bien caracterizada. Debo hacer notar que los individuos en cuestión se someten voluntariamente á estas experiencias, previo pago de cien pesos adelantados y que para satisfacción de los experimentadores ninguno ha muerto de resultas de su fiebre adquirida; sin embargo, cuando yo abandoné la Habana, uno de los inoculados ofrecía signos urémicos de verdadera gravedad; ignoro el final de este caso.

De estas experiencias se deducen vanos resultados, que yo me atrevo á clasificar de la siguiente manera:

I. La sangre de los enfermos de fiebre amarilla es susceptible de producir la fiebre amarilla por inoculación.

II. Estas fiebres experimentales son la prueba evidente de que la fiebre amarilla es una enfermedad parasitaria é infecciosa. Debe declararse absolutamente fuera de la discusión la tan debatida teoría química de su Etiología y

III. Se ha reconocido que el momento más oportuno para tomar la sangre en los enfermos es al tercer día de la enfermedad, que es cuando se supone

que los germenos abundan en mayor número en la sangre.

¿Cual es la bacteriología de esta sangre infectante? Preciso es confesarlo, se desconoce. Ni las inoculaciones humanas ni las siembras *in vitro*, ni los exámenes microscópicos más escrupulosos hechos por Agramonte, habilísimo bacteriologista, ni ningún esfuerzo investigador extraordinario han logrado descubrir nada. Los exámenes han permanecido mudos. Que existe un germen es indudable, puesto que la sangre es específica y su inoculabilidad es variable, con los diversos períodos de la enfermedad; pero este germen permanece invisible, oculto, misterioso. Los aumentos más poderosos, las argucias químicas más astutas, todo, ha sido inútil. El germen de la fiebre amarilla permanece absolutamente desconocido. Sin embargo cuando los grandes aumentos han fracasado, cuando el mundo de lo pequeño, en la esfera de los infinitamente pequeños, ha permanecido callado, permitidme que me atreva á lanzar la idea que he tenido contemplando el fracaso de los objetivos de gran aumento, quizás el germen *amarillógeno* no está entre los muy pequeños, quizá sus dimensiones alternan con las de los glóbulos sanguíneos, quizá su descubrimiento esté reservado á los pequeños diámetros, á los objetivos débiles.

Respecto á la evolución de la fiebre amarilla poco nuevo aprendí y poco tengo que decir.

Todos los enfermos de fiebre experimental han evolucionado bajo la más estricta libertad. Ninguno ha recibido la más mínima dosis de medicamentos.

Las curvas de temperaturas no han sido modificadas, el funcionamiento de los riñones no ha sido provocado, el tubo intestinal bajo el influjo de la dieta hídrica más severa, ha funcionado como ha podido; en una palabra, los cuadros clínicos obtenidos son la manifestación de la enfermedad en toda su rudeza, en todo su brutal estrago.

Hasta hoy, ignoro la muerte de algún sujeto, creo en la salvación de todos; pero me reservo á informar respecto de este particular, cuando el porvenir, aumentando los casos y ampliando ésta Clínica *sui generis* me autorize para comunicar alguna novedad.

Pasemos ahora al nuevo terreno de la patogenia. Vamos al campamento de los mosquitos.

Permitidme una ligera aclaración antes de entrar en materia.

El año de 1881 el Dr. Carlos J. Finlay, de la Habana, publicaba en los anales de la Real Academia

de la Habana, vol. XVIII, pags. 147 á 169, una teoría nueva muy audaz y avanzada y con extraordinario talento é ingenio discutida, respecto á la propagación de la fiebre amarilla. Consideraba el principal factor la picadura de un mosquito particular designado entomológicamente por *Culex fuscivittus*.

Nadie dió importancia á dicho trabajo y los primeros que combatieron la nueva teoría con poca prudencia y quizás con exceso de ironía y de sarcasmo, fuerza es decirlo, fueron los mismos compatriotas de Finlay. ¡Nada nuevo digo á los Sres. Académicos! ¡Es la eterna historia de todos los innovadores en todos los países!

Finlay y su teoría fueron bien pronto olvidados. Alguna vez se los recordaba durante algún acceso de buen humor de sus comentadores, hasta el año de 1889 en que Henry R. Carter, cirujano de Marina de Norte America inició de nuevo la cuestión, durante sus estudio en las epidemias de Orwood y Taylor, estudios que se publicaron un año más tarde en New Orleans en el *Medical Journal* de esa localidad.

Otros médicos extranjeros á Cuba, los Sres. Durhan y Meyers, de Liverpool, favorablemente impresionados por la doctrina nueva, escribieron algo en el *British Medical Journal*, el año de 1900.

En la actualidad, los Sres. Reed y Carroll de los Estados Unidos, y el Dr. Agramonte, nativo de Cuba, han vuelto á tomar por su cuenta estos estudios y con brillante y gran honradez. Su primer paso fué un público homenaje al olvidado autor de la nueva teoría, el sabio, modesto é inteligente cubano, honra de su país, el Dr. Carlos J. Finlay y su última obra, la publicidad de sus experiencias y la bondad con que en el campo reciben á los extranjeros que buscan su secreto y procuran utilizar sus estudios. No será en la Academia N. de Medicina de México, donde falte una voz que se levante en honor del sabio cubano y en aplauso de los audaces experimentadores.

La teoría del mosquito es la siguiente:

El *Culex* insecto voraz y sanguinario, pica á un enfermo de fiebre amarilla y absorbe una cantidad de esa sangre infectada, penetra á las vías digestivas del mosquito el germen desconocido *amarillógeno* y es absorbido por sus linfáticos. Este germen es inofensivo para el mosquito: recorre su cuerpo, impregna su organismo durante varios días; y en un plazo que no baja de cinco días, ni excede de doce, llega á sus glándulas salivares, infecta su aguijón y penetra con él en los nuevos organismos donde introduce su trompa para chupar; cuando este orga-

nismo es un hombre, la infección se recibe y el picado adquiere el germen de la fiebre amarilla; primero lo absorbe, lo cultiva y termina sucumbiendo al acceso más franco, más clásico del terrible mal.

Esta es la teoría de Finlay. ¿Qué han hecho Reed, Carrot y Agramonte para demostrarla? Es lo que voy á tener el honor de comunicaros.

Desde luego es preciso demostrar un punto principal: La picadura de un mosquito infectado produce la fiebre amarilla. Después será preciso demostrar este otro: La fiebre amarilla no se transmite por los medios habitualmente aceptados.

Adquirir mosquitos, en las piezas donde hay enfermos de fiebre amarilla, no es cosa difícil en la Habana, donde tanto abundan tan molestos insectos, recoger mosquitos, introducirlos bajo un pabellón que cubre un enfermo de fiebre amarilla y capturarlos después, tampoco es cosa dificultosa; la provisión de mosquitos infectados no es laboriosa ni de extrañar.

En pleno campamento se levanta una caseta de madera cuya puerta cuidadosamente cerrada da acceso á un pequeño vestíbulo cerrado por todas partes con una finísima tela de alambre, que impide que los mosquitos penetren ó salgan. Una vez introducido al vestíbulo, el visitante cierra la puerta del exterior y se encuentra frente á un tabique transversal que divide dicha casa en dos mitades transversales, siendo una el vestíbulo de entrada y el otro el gran departamento de experimentación. Este gran departamento, todo cubierto de la finísima tela de alambre, desde el techo, hasta el piso, está á su vez dividido por otro tabique de alambrado, perpendicular al que separa el vestíbulo, en dos pequeños camarotes. Este segundo tabique es doble, á fin de impedir que los mosquitos de un camarote puedan alcanzar por medio de sus trompas el interior del segundo. El todo del aire interior se halla calentado por una estufa colocada en el vestíbulo de entrada. En el interior de cada camarote hay una cama, cuyas ropas todas han sido cuidadosamente desinfectadas por medio del vapor de agua, sobrecalentada.

Ahora bien, en cada cama se coloca un hombre que no ha tenido fiebre amarilla anterior. Los dos hombres se hallan en igualdad de condiciones cósmicas y telúricas á igual temperatura y se procura que ambos gocen de igual grado de salud en ese momento: uno va á servir de testigo, otro será la víctima.

Con precaución se sueltan en un camarote varios

mosquitos *Culex fasciatus* infectados y se cierra herméticamente la puerta que es de alambrado finísimo. Los insectos, vuelan, revolotean y terminan por fijarse en su víctima, se posan, pican, chupan, infectan y han terminado su obra. El individuo testigo aparece en su camarote sin mosquitos.

Tres ó cuatro horas después se retiran á los hombres y se les conduce á las tiendas de campaña donde permanecerán en observación. Los mosquitos son capturados y conducidos á un vivero especial, donde se cuidan los moscos infectados y donde se lleva un registro cuidadoso de los días de infectado que tiene cada mosquito, de las picaduras que ha producido, de los efectos de ellas, etc., etc.

El primer hombre que penetró al camarote de los mosquitos, fué el Dr. James Carroll.

Elegió un mosquito que había picado siete enfermos graves de fiebre amarilla y trece días después de la última picadura, este hombre excepcional, se hizo picar á su vez.

El Dr. Carroll es relativamente joven, aparenta tener 40 ó 42 años, es partidario ferviente de la teoría de Finlay, y nunca había tenido fiebre amarilla. El mismo capturó al mosquito, lo hizo picar á los siete enfermos citados, hizo testamento y se encerró con él, y grande como Ieroin, heroico como Degenete, esperó con una serenidad admirable á que ese pequeño insecto que llevaba la muerte en su aguijón, se acercara á él, lo eligiera y lo picara. James Carroll fué picado la tarde del 27 de Agosto de 1900. El día 30 de Agosto, caía en su lecho, víctima de un ataque intenso de fiebre amarilla, que le puso gravemente en peligro su vida, hasta el día 8 de Septiembre, en que por fortuna, el Dr. Carroll, comenzó su franca y laboriosa convalecencia.

Cuando yo hablaba con el Dr. Carroll, me relataba todos los episodios de su enfermedad con una calma y una indiferencia admirables. Solo una vez sacudió su serenidad sajona: cuando me dijo que había demostrado la veracidad de la teoría de Finlay.

Dos ó tres días después, se hacía picar por otro *Culex* infectado, el Dr. James V. Lazear, también del Cuerpo de Sanidad Militar de los Estados Unidos. A principios de Septiembre sufre los primeros signos de la fiebre amarilla y á pesar de los prodigiosos esfuerzos de sus amigos, á pesar de la lucha inaudita que se entabló entre los experimentadores y la fiebre amarilla, el Dr. Lazear picado 5 días antes por el mosquito sucumbió víctima de su arrojo á la fiebre amarilla y escribe en medio del dolor de todos sus compañeros y aflición de todos los que

supieron su heroico acto, el primer nombre de la primera víctima sacrificada en aras de la gloria de Finlay y de la cruzada *anti-amarilla*.

Después de Carroll y de Lazear, entraron siete u ocho más á la cámara de los mosquitos, todos adquirieron la fiebre amarilla y siempre los individuos testigos permanecieron en perfecto estado de salud.

La duda no fué ya posible, quedaba bien demostrado que la picadura del mosquito *Culex fasciatus*, cuando era producida por un insecto infectado, provoca constante é invariablemente la fiebre amarilla, Era el triunfo completo de la doctrina de Finlay.

Había, sin embargo, otro tema por averiguar: ¿La picadura del *Culex fasciatus* es el único medio de transmisión de la fiebre amarilla? ¿El contagio directo, por contacto con enfermos de vómito, ha sido pues un error sostenido por espacio de varios siglos?

Desde luego hay que preguntarse lo siguiente: ¿la fiebre amarilla es una enfermedad contagiosa?

Multitud de documentos existen para tomar informes respecto de este particular: podemos leer los escritos de Richardson y de Jonnes, los de Capitán y Charrin, los de Domingos Freire, los de Lacerda y los de Paul Gibier. Si esto no bastase tendríamos (que sería ocioso) aun los de Dantec, de Rangé de Lapeyriere y de otra multitud que sería ocioso y cansado que yo os citara.

Y si estos documentos no nos bastaran para admitir la contagiosidad de la fiebre amarilla, aún nos quedaría el análisis de la transmisión de las epidemias pudiendo meditar sobre la decisiva influencia de los varios infectados del desembarque en ciudades, hasta ese momento indemnes, de los enfermos atacados del mal en debate, sobre la naturaleza y profesión de las primeras personas atacadas de fiebre amarilla, después de estos desembarques y, por último, sobre la marcha de las epidemias al través de los Hospitales, de los hoteles, de los almacenes, de los cuarteles, de las casas particulares, de todos los locales, en una palabra, donde hay personas acumuladas y donde los sanos están en contacto íntimo con los enfermos.

Nada tengo que decir respecto del gran número de médicos, farmacéuticos, enfermeros y demás empleados de los Hospitales que en cada epidemia pagan tributo terrible á la enfermedad amarilla.

Es, pues, cosa bien averiguada y desde tiempo inmemorial reconocida, y la causa principal de la transmisión de la fiebre amarilla, es el contacto ó la relación directa entre el individuo enfermo y el in-

dividuo sano. La contagiosidad de la fiebre amarilla, es cosa que ninguno de los clásicos duda.

Veamos qué nos dicen á este particular las experiencias de Reed, Carroll y Agramonte.

Se ha construído una gran barraca de madera; es preciso hacer esta barraca lo más *amarillígena* posible.

Hay que darle calor y humedad, desde luego. Se coloca en el centro de ella una gran bandeja con agua y una buena estufa de petróleo: ya se realizaron esas dos condiciones, ahora se va á hacerla específica al máximo. El pavimento de la caseta, las paredes, el techo, todo el interior se va á revestir, á cubrir, á llenar con sábanas, calzones, camisas, almohadas, pañuelos de enfermos muertos de fiebre amarilla en los hospitales, la pieza adquiere un aspecto repugnante. Se ve por acá un lienzo horriblemente manchado con vómitos negruzcos; con borra, costras negras, nauseabundas cubren otra sábana, es una deposición de algún infeliz que sucumbió con diarrea sanguinolenta; más allá puede verse una funda de almohada cuyas placas costrosas, negras y rojizas, nos indican que allí murió otro enfermo á bocanadas de sangre prieta y dejando escurrir su sangre adulterada por boca, ojos, encías, oídos y nariz. Todos estos trapos inmundos cubren las paredes como hediondos cortinajes; tapizan el suelo como inmunda alfombra y se amontonan hasta el techo, llenan toda la pieza, formando la más asquerosa trapería. Y en medio de tanto despojo, entre aquellos montones nauseabundos, se encuentra una cama en cuyo colchón húmedo aún con el sudor del agonizante de vómito, se ve un camión sucio y un par de sábanas no menos asquerosas. La puerta de esta pieza, las rendijas todas, están provistas de la finísima red de alambre que vimos ya en los camarotes de los mosquitos; pero aquí llenan una indicación enteramente opuesta. Allá servían para que no se escaparan los mosquitos contenidos en el interior, aquí sirven para que los del exterior no penetren al interior; es condición capital para estas nuevas experiencias que en el interior de esta pieza de los despojos cadavéricos, no hay un solo mosquito.

Ahora bien, he aquí un hombre, un médico militar americano, cuyo nombre lamento no recordar en este momento, y al que nunca le ha dado la fiebre amarilla. A las seis de la tarde, con grandes precauciones para que no penetre con él algún mosquito, se introduce en aquella pieza cuya atmósfera caliente, húmeda, pestilencial, requiere poderosa resolución para soportarla.

Se despoja de sus ropas, se cubre con el camión manchado á que antes hice alusión, se acuesta en aquella cama, se cubre con aquellas sábanas y procura dormir en medio de tanta corrupción. De ahí no sale sino hasta el día siguiente á las ocho de la mañana.

Y pasa una noche y dos, y muchas hasta completar 27; entonces pasa á otra tienda de campaña, donde permanece aislado y sin salir un mes con el carácter de observación.

Después de este mes, se entrega á sus labores ordinarias sin novedad. Sólo ha obtenido un poco de fastidio y de náuseas en aquella incubación verificada en medio de tales inmundicias.

Después de este médico, entra otro individuo no inmune y las experiencias se suceden y cuando yo visité ese local, habían pasado ya su turno 15 ó 16 candidatos todos susceptibles de adquirir la fiebre amarilla, y todos saliendo de la experiencia, sanos, indemnes y sin ningún signo de fiebre amarilla; todos son observados y aislados, un mes después y ninguno ha presentado ningún signo sospechoso. ¡Y si hubiesen visto aquello! ¡Si pudiésemos imaginarnos la pieza aquella con sus despojos y sus inmundicias! ¡Si hubiésemos respirado como yo aquel aire infecto, aquella atmósfera cargada de emanaciones de moribundos y autopsias de amarillosos, sólo así podrías dar cuenta cabal del valor de esos resultados! De todo esto se ha inferido que el contacto directo, íntimo de los productos de la fiebre amarilla por sí mismo no es susceptible de contagiar la fiebre amarilla.

En último resumen de todas las operaciones llevados á cabo por los Sres. Reed, Carroll y Agramonte, parecen deducirse las siguientes conclusiones:

Primera. El *bacillus* descrito por Sanarelli no es el agente patógeno de la fiebre amarilla.

Segunda. El mosquito, en su variedad *Culex fasciatus*, es susceptible de infectarse con el germen desconocido de la fiebre amarilla, y después de hacerlo sufrir en su organismo algunas modificaciones, poco estudiadas hasta hoy, es susceptible de infectar al hombre con su picadura, y de causarle un exceso de fiebre amarilla, y

Tercera. El contagio de la fiebre amarilla por medio de las deyecciones de los enfermos y de los productos de las autopsias, no es de temer.

El viejo régimen cuarentenario y profiláctico de fiebre amarilla está seriamente amenazado.

Los trabajos de la Comisión de la Habana, sin permitir una generalización absoluta, tienen toda la

importancia de hechos bien comprobados, merecen la atención y la observación de todos los Médicos y de todas las Asociaciones médicas y de todos los Gobiernos americanos, especialmente en aquellos países en que, como en el nuestro, la fiebre amarilla asola ricas comarcas y paraliza los principales puertos; la cuestión es de trascendental importancia.

En México, es decir, en la República, deben tomarse estos trabajos en todo su valor y no debemos ni precipitarnos en la adquisición de grandes esperanzas ni abandonar estas nuevas enseñanzas que constituyen quizás un porvenir para nuestras costas del Golfo.

No tengo que encomiar ante tan docta Asociación, como esta Academia, los resultados de estos estudios.

La meteorología de nuestra endemia oriental, la topografía, las causas inherentes á los individuos y á los lugares, la influencia de la edad, de las profesiones, del género de vida, todo, todo amenaza modificarse, transformarse.

Y si vemos las medidas profilácticas, si estudiamos la transmisibilidad por medio de los vapores, ¡cuánto qué meditar! ¡cuánto qué esperar!

¡Cómo se transformarán las medidas sanitarias, cómo las precauciones con el vapor, el pasaje y el cargamento variarán y se aliviarán!

La Academia de México no podrá asistir impasible á las nuevas creaciones.

Es preciso que en su seno se traten estos estudios; es menester que una comisión de ella se ocupe muy formalmente de ver cuál será la mejor manera de que coopere ella también en esta nueva y fructífera empresa.

Cuando desde Tampico hasta Progreso, cuando desde Monterrey hasta Mérida, nuestras costas y comarcas próximas sufren las grandes epidemias de fiebre amarilla y pagan con vidas y con grandes sumas de dinero y de adelanto, estas visitas del pálido monstruo, como designó el Sr. Dr. Carlos García á la fiebre amarilla. Es preciso que aquí, en México, se demuestre que en la Academia nos preocupamos de asunto tan importante, que entre nosotros palpita y vive la constante idea de redimir á nuestros habitantes costeros de su terrible huésped y á nuestros puertos de sus durísimas y estorbosas medidas cuarentenarias.

Yo tengo el alto honor de proponer hoy ante mis honorables consocios, el estudio de la siguiente proposición:

Primera. La Academia de Medicina de México lal-

ma muy respetuosamente la atención del Gobierno Mexicano acerca de los estudios que se están llevando á cabo en la Habana por los Sres. Reed, Carroll y Agramonte acerca de la transmisión de la fiebre amarilla.

Segunda. Propone que dicho Gobierno nombre una comisión competente para que pase á la Habana á seguir de cerca dichas experiencias y las continúe en la ciudad de Veracruz.

Tercera. La Academia de Medicina de México tendrá el cargo de inspeccionar dicha Comisión y rendirá cuenta al Gobierno de la Nación de los trabajos por ella verificados.

Para concluir, señores, temeroso de que en mi próposición pudiera, á mi pesar, haberse deslizado algo de personalidad mía, y á fin de evitar cualquiera falsa interpretación de mi deseo puro y sin miras particulares, tengo el honor, de antemano, de renunciar á todo lo que pudiera relacionarse con mi persona en mis anteriores proposiciones, y declaro que estoy en disposición de ampliar todos mis informes á esta Academia, quedando á disposición de la Comisión que debe examinar mi proyecto, si es que esta Asamblea me honra tomándolo en consideración.

Marzo 20 de 1901.

R. SUÁREZ GAMBOA.

DICTAMEN

de la Sección de Higiene, sobre las proposiciones con que termina el informe del Sr. Dr. Suárez Gamboa, relativo á las experiencias llevadas á cabo en la Habana, á propósito de la transmisión de la fiebre amarilla.

El Sr. Dr. Suárez Gamboa presentó á esta Academia, con fecha 20 del pasado, un interesante informe acerca de las investigaciones que se están llevando á cabo en la Habana actualmente, sobre la transmisión de la fiebre amarilla.

Después de referir dicho señor las experiencias que demuestran que el bacilus de Sanarelli no es el agente etiológico específico de la fiebre amarilla, las que se refieren á la transmisión de la enfermedad por medio de la sangre de los atacados, y las decisivas é interesantísimas á la propagación de dicha enfermedad por el piquete del mosquito; da cuenta también de las que se verificaron con objeto de averiguar si el contacto directo é íntimo de las ropas sucias y bien manchadas con sangre y productos excrementicios, puede ser,

como se había creído siempre, un medio eficaz para la propagación de la enfermedad, y que demuestran, como lo hace notar el Sr. Dr. Suárez Gamboa, que ese contacto directo é íntimo de los productos de la fiebre amarilla, por sí mismo no es susceptible de contagiar la enfermedad.

Como señala, con justa razón, el Sr. Dr. Gamboa, los estudios que se están haciendo actualmente en la Isla de Cuba, son de una importancia extraordinaria, por lo que se refieren al regimen euarentenario y profiláctico de la fiebre amarilla y también porque, como dice el autor, «los trabajos de la Comisión de la Habana, sin permitir una generalización absoluta, tienen toda la importancia de hechos bien comprobados, merecen la atención y la observación de todos los médicos, de todas las asociaciones médicas y de todos los Gobiernos americanos. Especialmente en aquellos países en que, como en el nuestro, la fiebre amarilla asola ricas comarcas y paraliza los principales puertos.»

Termina el escrito del Dr. Gamboa proponiendo á la aprobación de la Academia las siguientes proposiciones:

1.^a La Academia de Medicina de México llama muy respetuosamente la atención del Gobierno mexicano acerca de los estudios que se están llevando á cabo en la Habana, por los Sres. Reed, Carroll y Agramonte, acerca de la transmisión de la fiebre amarilla.

2.^a Propone que dicho Gobierno nombre una Comisión competente para que pase á la Habana á seguir de cerca dichas experiencias y las continúe en la ciudad de Veracruz.

3.^a La Academia de Medicina de México tendrá el cargo de inspeccionar dicha Comisión y rendirá cuenta al Gobierno de la Nación de los trabajos por ella verificados.

La Sección de Higiene opina que, de una manera general, son de aprobarse las proposiciones del señor Dr. Suárez Gamboa, y propone algunas ligeras modificaciones que, á su juicio, sirven para reforzar las ideas del mismo Dr. Gamboa y para que el fin que se propone tenga fácil y completa realización.

La primera proposición podría quedar de la manera que indica el Sr. Dr. Gamboa; respecto de la segunda, propondríamos que la Comisión se compusiese de dos personas y que permaneciese en la Habana tres meses, cuando menos, estando en la imprescindible obligación de rendir á esta Academia cada quince días, un informe detallado de sus investigaciones. Cada miembro de la Comisión deberá te-

ner un sueldo mensual de seiscientos pesos y gastos pagados de pasaje de ida á la Habana y vuelta. Por lo que toca á que esta misma Comisión continúe las experiencias en la ciudad de Veracruz, como lo indica el Dr. Gamboa, esta Sección cree que se podrá dictaminar más adelante en vista de los resultados que se hayan obtenido en la Habana y, después de pensar la Academia detenidamente, en varias consideraciones relativas á este asunto, así como en la manera como se debería de plantear el problema de las investigaciones.

La tercera proposición del Dr. Suárez Gamboa cree esta Sección que es de aprobarse tal como su autor la consultó.

Por lo expuesto, la Sección de Higiene somete á la deliberación y aprobación de la Academia, las siguientes proposiciones:

1.^a La Academia de Medicina de México llama muy respetuosamente la atención del Gobierno acerca de los estudios que se están llevando á cabo en la Habana por los Sres. Reed, Carroll y Agramonte, sobre la transmisión de la fiebre amarilla.

2.^a Propone que dicho Gobierno se sirva nombrar una Comisión de dos personas inmunes para que pase á la Habana á seguir de cerca dichas experiencias, y que permanecerá en esa ciudad tres meses, cuando menos.

3.^a Esa Comisión tendrá la obligación imprescindible de rendir á esta Academia cada quince días una noticia detallada de sus investigaciones para que ella la transcriba informando al Ejecutivo.

4.^a La Academia Nacional de Medicina de México tendrá el cargo de inspeccionar dicha Comisión, si así lo estima conveniente el Gobierno, y le rendirá cuenta de los trabajos por ella verificados.

5.^a Transcribáse, con el presente dictamen, el informe del Sr. Dr. Suárez Gamboa á la Secretaría de Justicia é Instrucción Pública para que se sirva disponer lo que estime conveniente.

México, Abril 24 de 1901.

M. S. SORIANO.

D. ORVAÑANOS.

ISMAEL PRIETO.

LUIS E. RUIZ.

PATOLOGIA INTERNA. ETIOLOGIA

Reflexiones acerca de la transmisión de la Fiebre Amarilla por los Mosquitos.

Señores:

Algunos concurrentes, de los enviados por nuestro Gobierno al Congreso Médico Pan-americano, que tuvo lugar en la ciudad de la Habana á principios de Febrero del presente año, seducidos por el trabajo que presentaron los Sres. Dres. Walter Reed, James Carrol y Aristides Agramonte, y por la manera como tienen establecido su campamento de experiencias, á inmediaciones de la Habana, llegaron á nuestras playas, haciéndose lenguas de dicho trabajo, y tan plenamente convencidos de que la fiebre amarilla se propaga única y exclusivamente por una variedad de mosquitos, el *Culex fasciatus*, que los Sres. Dres. Suárez Gamboa y Matienzo no han vacilado en hacer pública fe de sus opiniones, constituyéndose, por decirlo así, entre nosotros, los paladines de la nueva doctrina, y aceptándola como un hecho plenamente comprobado. Decimos esto, porque cuando el primero lo comunicó á esta docta Academia, á juzgar por la crónica que de la correspondiente sesión publicó un diario político de información de la Capital, ni siquiera mencionó las objeciones que á los mismos autores hizo el Dr. del Río, uno de los Delegados por México, no obstante que los referidos autores de la nueva tesis la juzgaron de mucho peso; y porque el Dr. Matienzo, en un artículo publicado en el número del *Boletín* demográfico y meteorológico de Tampico, correspondiente al mes de Enero del presente año, refiriéndose al mismo asunto, termina diciendo: « la teoría de Finlay ha recibido la sanción de la ciencia, y se impone desde hoy como una verdad indiscutible. Las objeciones puramente teóricas hechas en defensa de la transmisión por el aire, ropas de enfermos y mercancías contaminadas, carecerán siempre de valor para los que, como nosotros, han tenido la buena fortuna de presenciar los hechos y no vacilan, llegado el caso, en despejarse del vetusto y carcomido ropaje de la tradición.

Nosotros que no tuvimos la buena fortuna, á que alude el Dr. Matienzo, de presenciar los hechos, que no hemos podido ser deslumbrados ó fascinados por la espléndida instalación del campo de experiencias, que no podemos haber sido sugestionados, aun con-

tra nuestra voluntad, por las irreprochables condiciones de experimentación en que han creído colocarse los sostenedores y propagadores de la antigua teoría de Finlay, pero que en la calma de nuestro gabinete de estudio, hemos tenido la oportunidad de leer, estudiar y meditar, tanto la nota preliminar que presentaron ante la Asociación Americana de Salubridad Pública, en la reunión que se verificó en Indianópolis el mes de Octubre del año próximo pasado, publicada en el tomo XXVI de sus anales, así como el trabajo que leyeron en el Congreso Médico Pan-americano, reunido en la Habana en Febrero último; no sólo no estamos conformes con el exclusivismo, de que los mosquitos sean los únicos propagadores de la fiebre amarilla, sino que aún dudamos, ó al menos ponemos en tela de juicio, las conclusiones sacadas del mencionado trabajo, y como creemos que es un asunto de importancia, pasamos á exponer las razones en que fundamos nuestra opinión, sometiéndolas al recto criterio de esta Ilustrada Academia.

*
* *

Dos son los métodos de investigación, con que en la actualidad cuenta la ciencia, para despejar la multitud de incógnitas que á cada paso se presentan. La observación y la experimentación, cuando se puede disponer de ambas, préstase mutuo apoyo, sirviendo lo obtenido con una, de contraprueba á lo que nos ha dado á conocer la otra; cuando sólo podemos disponer de una de ellas, la verdad puede ser alcanzada, pero para ello se requiere una suma perfección en los métodos empleados, evitando todas las causas de error, á fin de que no sean falseados los resultados obtenidos.

Desdeñando los autores de la nueva teoría el empleo de la observación, sólo se apoyan en la experimentación, y han procedido á hacer sus experiencias de una manera tan perfecta, que no han escatimado medio, por costoso que sea ó por nimio que parezca, para evitarse cualquier causa de error, á pesar de que lo hecho por los experimentadores, no está ajustado al rigorismo científico que se debe tener en investigaciones de esta naturaleza.

Desde luego el lugar donde establecieron su campamento, en los Quemados de Marianao, á inmediaciones de la Habana, no obstante el cuidado especial que se tuvo para escoger el terreno y las precauciones que se tomaron para levantar las tiendas de campaña y para admitir á los individuos inmu-

nes, que se iban á someter á las experiencias, tiene dos inconvenientes: uno, el de estar situado precisamente en la zona donde impera la fiebre amarilla, y donde es de suponer que el agente patógeno exista en el suelo y, por consiguiente, en el aire; el otro, que los individuos admitidos en el campamento habían estado más ó menos tiempo en la Habana, donde ha existido una fuerte epidemia de fiebre amarilla, durante el año de 1900, por cuya circunstancia pudieran haber llevado en su aparato respiratorio el microbio especial de la enfermedad, el que, al igual de los demás microbios, pudo haber permanecido en estado saprófito, pues es cosa perfectamente admitida en la ciencia que el cuerpo humano lleva consigo innúmeros microbios que permanecen de esta manera un tiempo ilimitado, y que, cuando menos se espera, por causas que se sospechan, pero que aún no están bien dilucidadas, pasando del estado de saprofitismo al de virulencia, producen las diversas enfermedades de que son causa; por lo que las experiencias se encuentran falseadas, puesto que pueden atribuirse los casos observados en dicho campamento, á una ú otra de estas dos influencias y no al piquete de los mosquitos, pudiendo, por lo tanto, alegarse que la relación entre dicho piquete y la aparición de la enfermedad, en lugar de ser de causalidad sea de casualidad. Si su campamento de experiencias lo hubieran establecido en algún lugar ó zona donde no exista la fiebre amarilla, pero que reúna condiciones para su desarrollo, lo que puede saberse porque se hayan observado epidemias, cuando haya sido importada, sin que haya nacido con el carácter de espontaneidad; si todavía, usando de un rigorismo exagerado, y cuanto más exagerado menos sujeto á causas de error, lo hubieran instalado á bordo de un buque totalmente indemne, en medio del Océano, en la zona intertropical, donde se han visto nacer epidemias de la enfermedad en cuestión, tan sólo porque al llegar á ella los buques que habían conservado el germen á bordo, durante más ó menos tiempo, revivía éste y producía la enfermedad entre las personas que se encontraban en ellos, pudiendo citarse muchos ejemplos de esto. Si en estos campamentos ó lugares de experiencia sólo se admiten individuos que nunca hayan estado en localidades donde reine la enfermedad, para evitar toda causa posible de error; si allí son llevados los pretendidos mosquitos infestados, y la fiebre amarilla se desarrolla en aquellos á quienes pican, entonces, y sólo entonces, quedarán plenamente satisfechas las condiciones de experimentación, puesto que sólo así se

satisface á los métodos modernos de investigación experimental.

Si de estas consideraciones de carácter general pasamos á examinar algunos de los experimentos en particular, veremos que ofrecen también puntos vulnerables. De los tres casos que, como resultado positivo, relataron en la reunión de Indianápolis, hay dos en los que la infección debe atribuirse más bien á la influencia de otra causa que á la picadura del mosquito, y son los siguientes:

El Dr. James Carroll es picado el 27 de Agosto por un mosquito, *Culex fasciatus*, infectado con 12, 6, 4 y 2 días de anticipación, por haber picado en estas épocas á cuatro enfermos de fiebre amarilla, no sintiendo perturbación de ninguna clase en su salud sino hasta el día 29 del mismo mes, en que sintiéndose cansado al pasar visita en el Hospital de las Animas, donde se atendían enfermos de fiebre amarilla, después de ver algunos pacientes, abandonó las salas; á pesar de no sentirse bien, al día siguiente camina milla y media para tomar un baño de mar; el subsecuente, considerándose enfermo y con calentura, hace examinar su sangre en busca del parásito de la malaria, siendo negativo el resultado, y se ve obligado á enamarse. Teniendo el Dr. Carroll costumbre de atender á enfermos de fiebre amarilla, en un hospital destinado á ellos, es presumible, según la observación secular, que haya sido víctima de la infección por respirar en una atmósfera contaminada, pero concediendo por un momento certeza á la intervención del mosquito, puede argüirse que pudiera haber sido infectado de una ú otra manera y no atribuirse única y exclusivamente al insecto, porque para esto era necesario que el Dr. Carroll no hubiera tenido otro medio posible de contaminación, es decir, que hubiera sido picado en un lugar indemne bajo todos puntos de vista.

El Dr. Jesse W. Lazear, miembro de la Comisión para estudiar las enfermedades infecciosas en la Isla de Cuba, es picado el 16 de Agosto de 1900 por un mosquito (*Culex fasciatus*), que se ha infectado 10 días antes, sin tener accidente ninguno, cerca de un mes, (los autores dicen que la enfermedad aparece de 3 á 6 días, después de la inoculación); el 13 de Septiembre siguiente, mientras pasaba visita en el hospital de las Animas, y coleccionaba sangre de enfermos de fiebre amarilla, para estudiarla, fué picado accidentalmente por un mosquito (especie indeterminada), mas como ya lo había sido por otro infectado, sin consecuencias de ninguna clase, dejó que éste le picara hasta quedar satisfecho, cinco días

después se siente enfermo, y se le diagnostica fiebre amarilla, á la que sucumbe 7 días después. Los sostenedores de la teoría no vacilan en admitir la posibilidad de la infección accidental, por medio del piquete del mosquito, con tanta más razón cuanto que la comparan con los dos casos positivos de infección de su primera serie de experiencias, el número 10 (Dr. Carroll) y el número 11. Sólo la auto-sugestión por una idea preconcebida, puede falsear el razonamiento, al grado que les ha acontecido á los autores: no determinaron la especie del mosquito en este caso, cuando en todos sus trabajos aseveran que solo el *Culex fasciatus*, es capaz de transmitir la infección; ignoran si estaba infectado ó no, y en caso de estarlo, desconocen el número de días que tendría, cosa importante, porque, según ellos, necesitan tener de 12 á 18 días de infectados; y no pueden saber nada de esto, porque el mosquito se encontraba libre en la sala donde estaba el Dr. Lazear, y fué picado accidentalmente; y de estas circunstancias tan inciertas, de estos datos tan desprovistos de valor, infieren la posibilidad de la infección por este medio, desechando de plano, pues ni siquiera lo mencionan ó discuten, la probabilidad, pudiera decirse la certeza, de que el Dr. Lazear contrajo la enfermedad por encontrarse en una atmósfera netamente contaminada.

El estudio de los casos considerados positivos en al segunda serie de experiencias, nos muestran una cifra referente á temperatura y pulso que no pueden admitirse sino como oscilaciones de la normal, en individuos que ya consideraban como enfermos, los que no se podían declarar como tales, puesto que aún no ofrecían los principales síntomas de la fiebre; transcurrido un plazo más ó menos efímero en estas condiciones, y cuando se iniciaba la reacción febril sin someterlos al examen de la junta de peritos, los trasladaban á las salas de fiebre amarilla, y uno, dos ó más días después de estar en ellas, son examinados y diagnosticados por la referida Junta. Proceyendo de esta manera nace la duda si dichos individuos llegaron enfermos de fiebre amarilla á las salas, ó teniendo una ligera indisposición la contrajeron en ellas; si en lugar de apresurarse á trasladarlos á dichas salas, se hubiera esperado á que el diagnóstico hubiese sido bien establecido por la comisión de peritos y se hubiera evitado esta causa de error.

Las condiciones mismas de la experimentación han sido deficientes ó mal conducidas en todos los casos, como podrá juzgarse por el examen de los cua-

dros al final de este trabajo, copiado el primero del estudio de los autores, que se publicó en el tomo XXVI de los Anales de la Asociación Americana de Salubridad Pública, y formado el segundo, de acuerdo con el mismo sistema, con los datos recogidos del estudio que presentaron al Tercer Congreso Médico Pan Americano; se han inoculado á los individuos sometidos á la experiencia, con mosquitos que tenían desde 2 hasta 24 días de infectados, y que lo habían sido picando enfermos de fiebre amarilla en diferentes días de enfermedad, desde el primero hasta el noveno, pero se ha hecho esto sin método, sin orden: unos individuos han sido picados por un solo mosquito infectado con un solo enfermo, otros, en que el mismo mosquito había picado á diversos enfermos, en diferentes días de la enfermedad: otros más lo han sido por varios, con diferente edad de infectados, etc., etc., siendo tal la diversidad de condiciones de experiencia en cada caso particular, que del conjunto no se puede sacar una conclusión rigurosa. En lugar de hacerlo así, creemos que hubiera sido más conducente proceder de la siguiente manera: tomando cierto número de mosquitos y designándolos individualmente por las letras del alfabeto, para poderlos distinguir, el mosquito A se infecta haciéndolo picar á un enfermo en primer día de enfermedad: el mosquito B se infecta de igual manera, pero en el segundo día: el C en el tercer día, y así sucesivamente, cada mosquito en diverso día, hasta completar el número de insectos que se juzguen necesarios: con el mosquito A se inocula á una persona cuando tenga un día de infectado, á otra cuando tenga dos, y se repite diariamente la inoculación tantos días cuanto se quiera que lleve de estar infectado, y se anotan los resultados que produzca; cosa idéntica se hace con los mosquitos B, C, D, etc. Si del conjunto de estas experiencias se obtienen algunos resultados positivos, siempre que se hagan fuera de la zona donde reina la fiebre amarilla y con las precauciones indicadas más arriba, se toma nota de las circunstancias en que se obtuvieron, y entonces, procurando colocarse en estas mismas circunstancias ó condiciones, se repite la experimentación el mayor número de veces posible, y si en todas ellas se alcanza el mismo resultado, las conclusiones que se deduzcan adquirirán el derecho de que se les considere como verdades conquistadas. En la resolución de un problema tan complicado como es este, en el que pueden entrar tantos factores y concurrir tan variadas circunstancias en su producción, cuando no se tiene un dato de donde partir, que sir-

va de guía, como ha sucedido con las experiencias emprendidas por los autores, deben tomarse toda clase de precauciones para que los resultados no sean tachados de error ni las conclusiones aparezcan falseadas, pues proceder como ellos lo han hecho, es, permitiéndonos usar de una frase vulgar, dar palos de ciego.

Estas reflexiones, aun cuando se consideren como sutilezas, reunidas á las otras que hemos expuesto, son en las que nos fundamos para creer que las condiciones de experimentación en que se colocaron los autores de la nueva teoría no tienen el rigor científico que es de desear en investigaciones de esta naturaleza y, por consiguiente, las conclusiones que de ella se obtienen, ni pueden ser formuladas de una manera tan categórica como lo han sido, ni podemos aceptarlas.

*
* *

Hemos procurado demostrar las deficiencias de la experimentación, pero haciendo por un momento abstracción de ellas, y suponiendo que se haya conducido irreprochablemente, veamos si las conclusiones que dichas experiencias deducen los autores, merecen que puedan y deban aceptarse como verdades conquistadas. De once casos que constituyen la primera serie, y que refirieron en Indianápolis, sólo obtuvieron resultado positivo en dos, siendo uno de ellos el del Dr. Carroll; el del Dr. Lazear no está considerado en la serie, aunque relatado en la memoria, como apoyo y corroboración de éstos, por lo que sólo obtenemos una proporción de un 18% y no creemos que tan exigua proporción autorice la segunda conclusión de dicha memoria: «El mosquito sirve como huésped intermediario del parásito de la fiebre amarilla.»

En la segunda serie, presentada en la Habana, de siete casos obtuvieron resultado positivo en seis, ó sea un 85, 71 %, y aun cuando esta cifra parece más favorable, es tan corto el número de experimentos, que sólo autoriza á deducir una conclusión subcondición de rectificarla ó de ratificarla, pero no á asentarla de una manera categórica.

Reuniendo las dos series, como ellos lo hacen en su segunda memoria, encontramos que de diez y ocho casos obtuvieron resultado positivo en ocho, ó sea un 44, 40 %, proporción que está muy lejos de serles favorable, por lo que queriendo robustecer sus opiniones, excluyen de esta estadística á las personas que fueron picadas por mosquitos antes de que éstos tuvieran doce días de infectados, con lo que obtiene una proporción de 80 % que es más halaga-

dora. Esta exclusión la hacen solamente porque no obtuvieron resultado positivo, en las personas que fueron picadas por mosquitos que aún no cumplían doce días de infectados, pero no se limitan á este plazo, sino que le dan una amplitud mayor haciendo intervenir la temperatura ambiente, puesto que aseveran que una vez ingerido el parásito en el estómago del mosquito, para pasar de ahí á las glándulas salivares, necesita que transeurran doce días en verano, y probablemente diez y ocho ó más durante los meses más frescos del invierno, y esto lo afirman sin dar ninguna razón, ni lo apoyan en algún fundamento científico, sólo porque así parece convenir á sus intereses, y poderse explicar el fracaso de algunos casos.

Para afirmar todas estas cosas era necesario que hubiesen comprobado primero la existencia del parásito en la sangre de los enfermos de fiebre amarilla, después que este micro-organismo, viene al estado adulto, bien en alguna de sus formas de desarrollo, es ingerido al estómago del insecto, juntos con los líquidos que toma del cuerpo humano, en seguida la evolución que sufre el interior de su cuerpo, y por último, la manera como lo deposita al picar nuevamente, es decir, fundar sus afirmaciones en la observación de los hechos, lo que no han realizado, pero emitirlos, suponiendo que ha de pasar lo mismo, ó cosa parecida que con el parásito del paludismo, es cometer un soñisma de falsa analogía.

Por otra parte, si comparamos estas afirmaciones con la conclusión V de su 2º trabajo, que á la letra dice: "La fiebre amarilla también se puede producir experimentalmente por medio de la inyección subcutánea de sangre tomada de la circulación general, durante el primero ó segundo día del ataque," encontramos contradicciones que no nos podemos explicar. Al pasar del estómago á las glándulas salivares del mosquito, el parásito sufre transformaciones, ó pasa tal cual es absorbido por el insecto? Si lo primero, ¿cómo explicar que la inyección subcutánea de la sangre, pueda producir la enfermedad?; si lo segundo, ocurre preguntar: ¿la vitalidad del microbio, es tan grande que no lo atacan ni lo destruyen los jugos del mosquito, durante el largo espacio de tiempo, para que al cabo de muchos días venga á producir el mismo efecto que la inyección de sangre hecha inmediatamente? Cual es la causa que retarda tanto la emigración del parásito á través del cuerpo del mosquito cuando es hecho perfectamente adquirido de biología general, que lo ingerido en el tubo digestivo, dilata muy poco tiempo en pasar á la circulación general?

*
* *

No conformes los autores con determinar que el mosquito es el transmisor del parásito de la fiebre amarilla, trataron de comprobar, si conforme á la opinión generalmente admitida, esta enfermedad se propaga por medio de las ropas y objetos de uso personal pertenecientes á los enfermos, y al efecto, ro-

deándose de cuantas precauciones juzgaron conducentes, construyeron dos pequeños edificios ó pabellones, que designaron con los nombres: uno, de ropa y artículos infectados; otro, de mosquitos infectados, haciendo permanecer en el 1º durante varias horas á 7 personas, en 3 grupos diferentes y en diversos días, y en el segundo sólo á dos con diferencia de 7 días; los del primer edificio manejaron y estuvieron en contacto todo el tiempo que permanecieron en él, con la ropa de cama y de uso personal ensuciadas con toda clase de deyecciones de enfermos de fiebre amarilla; los del segundo edificio entraron varias veces á él y se dejaron picar por los mosquitos infectados que en número de 15 se habían dejado previamente en libertad. No puede negarse que los experimentadores han procedido en las disposiciones y arreglo de estos edificios de una manera irreprochable, y somos de los primeros en tributarles por ello el debido homenaje, pero lamentamos no estar de acuerdo con sus conclusiones.

Las 7 personas que estuvieron en el primer edificio, no contraieron la fiebre amarilla, por más lucha que para ello hicieron, y de ahí deducen los experimentadores que las ropas y objetos de uso no son vehículos del germen de la enfermedad, lo que apoyan con hechos comprobados por todo el mundo, de que muchos individuos, en diferentes casos y épocas, han manoseado y usado artículos contaminados, con la más completa impunidad; pero estos hechos y sus experiencias no autorizan su conclusión, porque el que muchos hayan gozado completa inmunidad, no se infiere ni se puede inferir *que todos* los que manejen dichos objetos la disfruten, pues nunca de hechos particulares se pueden obtener conclusiones generales; podríamos referir muchos ejemplos en apoyo de esto, pero citaremos sólo el siguiente, porque da á nuestro juicio, una explicación clara de la falsa conclusión de los experimentadores. A la salida de un teatro, de una sala de espectáculos, numerosas personas, se encuentran sometidas á un cambio brusco de temperatura, máxime en una de las noches lluviosas de invierno del Valle de México, y no todas ellas sufren sus consecuencias, y las que son víctimas, lo son de diferentes maneras, pues unas contraen una pulmonía, otras una bronquitis, otras un reumatismo, otras un tifo, etc., etc., es decir hay grupos ó series, y no porque nos toque en suerte examinar determinado grupo ó serie, vamos á concluir que todos los concurrentes al espectáculo, ó permanecieron indemnes, ó contraieron tal ó cual enfermedad; de igual manera si á los experimentadores les tocó una serie favorable, y por añadidura muy exigua, no podemos admitirles su conclusión tan absoluta, máxime que si permanecieron inmunes puede haber contribuido en mucho para ello, las condiciones generales de higiene en que se encontraban, y la selección que se hizo de los individuos para admitirlos en el campamento de experiencias.

De las personas que entraron al edificio de mosquitos infectados, una enfermó de fiebre amarilla y

la otra no, pero este resultado negativo lo atribuyen los experimentadores á que sólo haya sido picado por insectos que tuvieran menos de 13 días de infectados, pues la mortalidad entre ellos había sido muy grande. Este argumento ni debía refutar, pues la misma razón que ellos tienen para creer que los mosquitos que lo picaron, eran los que tenían menos de 13 días de infectados, la hay para creer que lo fueron desde 15 hasta 31 días de infectados, toda vez que los que introdujeron al cuarto, tenían diferente antigüedad de ello, y no comprobaron cuales de ellos habían sucumbido. Al caso positivo se le pueden aplicar todas las consideraciones que preceden, para dudar de la causa de la infección, pero aun suponiendo que estas reflexiones sean infundadas, dos casos sometidos á experimentación, de los cuales uno es positivo y otro negativo, no autorizan deducción de ninguna clase.

* * *

Hasta aquí el raciocinio; ocupémonos ahora de estudiar si los hechos de observación diaria pueden ser explicados satisfactoriamente por la nueva teoría.

La fiebre amarilla, cómo todas las enfermedades infecciosas, ofrece á través de los años, períodos de calma en los que no se observa ninguna cosa durante un tiempo más ó menos largo, y épocas de recrudescencia y actividad en que las víctimas son numerosas, por lo que en los lugares donde existe la epidemia, como en Veracruz, se ha observado que durante 1, 2, ó 3 años no se registre ni un solo caso, y no es posible admitir que durante tan largo lapso de tiempo, puedan vivir los mosquitos infectados, porque la vida de estos insectos es muy efímera, ni que durante todo él, se conserven sin picar á nadie, ni que el parásito permanezca en el cuerpo del insecto, viviendo sin sufrir alteración.

En las epidemias que se han desarrollado en muchas poblaciones, á la apertura de los bultos de equipajes ó de mercancías, sin que haya habido novedad durante la travesía por mar, entre los pasajeros y tripulantes de los buques, no es admisible tampoco, por las razones expuestas en las líneas que preceden, atribuirlo al mosquito.

En los buques infectados que han llegado á puertos europeos, donde se les ha sujetado á todas las prácticas sanitarias más rigurosas de cuarentena y desinfección, en los que han permanecido períodos de tiempo muy largos, y que cuando han vuelto á hacerse á la mar, se han desarrollado la fiebre amarilla, entre las personas que iban á su bordo, al llegar á la zona inter-tropical, cómo explicar que la causa de ello sea los mosquitos, cuando además de las razones enunciadas, es de notoriedad que en alta mar nunca hay mosquitos á bordo de los buques; pero aun suponiendo que hubiera acontecido lo que asevera Finlay, referido por el Dr. Matienzo en el Boletín demográfico y meteorológico de Tampico, correspondiente al mes de Febrero último, para

explicar la epidemia del «Anne Marie» en S. Nazario, de que en el agua y entre las mercancías tomadas en el puerto infestado, hubieran ido larvas y huevecillos de mosquitos, que durante la travesía hayan adquirido á bordo su completo desarrollo y picando á los enfermos que hubiera en el buque, se infectaron para inocular después á otras personas; esta explicación no sería plausible en estos casos, porque el tiempo transcurrido entre la desinfección del buque y la aparición de la epidemia á bordo, á su ingreso en la zona inter-tropical, fué con mucho exceso mayor que la vida de los mosquitos.

En la epidemia que asoló nuestro litoral del Pacífico, y como ella podían citarse muchas, en que la enfermedad se comunicó primeramente á los estivadores que estuvieron á bordo del buque que conducía dos tripulantes enfermos, los que á su vez la comunicaron al puerto propagándose en seguida, no es posible admitir la intervención del mosquito, dadas las consideraciones que preceden, y lo aseverado por los autores de la doctrina, de que el mosquito necesita tener cuando menos 12 días de infectado para inocular la enfermedad.

* * *

Todos estos razonamientos y consideraciones nos parecen suficientes para justificar nuestra opinión, de que no son exactas las conclusiones del trabajo presentado por los Doctores Reed, Carroll y Agramonte, ante el III Congreso Médico Pan-americano, reunido en la Habana, pero muy especialmente la primera parte de la 10ª que como resumen de todas ellas dice: «Aunque la manera de vehiculación de la fiebre amarilla se ha determinado ya *definitivamente*...» porque esta conclusión tan afirmativa, esta aún muy lejos de haber sido demostrada.

* * *

Resumiendo: no negamos terminantemente que el mosquito pueda tener alguna influencia en la propagación de la fiebre amarilla, porque los estudios pudieran demostrarlo, pero tampoco podemos admitir, como los que poseídos de un entusiasmo, que el examen superficial de la cuestión se los ha hecho preconizar, que sea una verdad indiscutiblemente conquistada por la ciencia; suspendemos nuestro juicio y esperamos que los actuales experimentadores, ú otros, colocándose en mejores condiciones, y multiplicando las experiencias, puedan fundar una conclusión cierta, lamentando que la premura con que se quisieron presentar las conclusiones, haya motivado el juicio crítico que encierra este trabajo.

Veracruz, Mayo de 1901

MANUEL S. IGLESIAS.

CUARPO 1°

CASOS	Fechas de la inoculación	Carácter del ataque y número de enfermos dispicados	Día de la enfermedad	Tiempo transcurrido entre la irreflexión del mosquito y la inoculación	Número de mosquitos	Resultado	Observaciones
I	Agosto 11	Leve	7°	5 días	Uno	Negativo	
II	id. 11	Muy leve	5°	5 id.	Uno	id.	
III	id. 12	id.	5° id.	6 id.	Uno	id.	
IV	id. 12	id.	5°	6 id.	Uno	id.	
V	id. 14	id.	5°	8 id.	Uno	id.	
VI	id. 16	id.	5°	10 id.	Uno	id.	
VII	id. 18	id.	2°	3 id.	Uno	id.	
VIII	id. 19	Grave	5° y 1°	13 id. y 3 días	Pos	id.	
IX	id. 25	1 muy leve, 4 id.	2° y 1°	6, 4 y 2 días	Uno	id.	
X	id. 27	1 fatal, 1 leve y 1 grave	1° y 2°	12, 6, 4 y 2 días	Uno	Positivo	
XI	id. 31	2 leve, 2 fatal y 9 grave	1°, 2° y 9°	2, 4, 6, 8, 10 y 12 días	Cuatro	Positivo	Grave ataque de fiebre amarilla Ataque de fiebre amarilla bien caracterizado

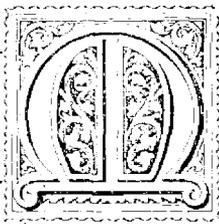
CUARPO 2°

CASOS	Fechas de la inoculación	Carácter del ataque y número de enfermos picados	Día de la enfermedad	Tiempo transcurrido entre la irreflexión del mosquito y la inoculación	Número de mosquitos	Resultado	Observaciones
I	Noviembre 20	3 grave	5°, 3° y 8°	11, 6 y 3 días	Uno	Negativo	
	id. 23	Los mismos	id. id. id.	14, 10 y 6 días	El mismo	id.	
	Diciembre 5	Fatal y leve	2° y 3°	15, 19 y 21 días	Cinco	Positivo	
II	Noviembre 26	Moderado—Tífico	3° y 2°	12 y 10 días	Uno	Negativo	
	id. 28	id.	id. id.	15 y 13 días	El mismo	id.	
III	Diciembre 8	Fatal, grave y moderado	3° y 2°	17, 18, 22 y 24 id.	Cuatro	Positivo	
IV	Noviembre 26	Grave	2°	10 días	Uno	Negativo	
	id. 29	id.	id.	13 id.	El mismo	id.	
	Diciembre 3	id.	3°	16 y 12 id.	Dos	id.	
	id. 9	Fatal	2°	19 id.	Uno	Positivo	
V	Noviembre 26	Tranco	3°	12 días	Uno	Negativo	
	id. 29	id.	id.	13 id.	El mismo	id.	
	Diciembre 2	id.		18 id.	Dos	id.	
	id. 11			20, 21, 25 y 27 id.	Los del caso 3°	Positivo	
VI	Diciembre 30	Leve	1°	17 días	Cuatro	Positivo	

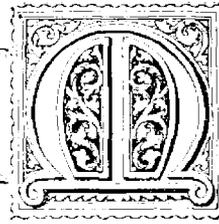
Dicho, 13. 6 p. m. 37.5 P 68—9 p. m. 38.6
 P 62—Dicho, 14. 6 a. m. 36.5. P 72—9 a. m.
 37.5. P 80—11.15 p. m. 37.8. P 80—3 p. m.
 37.8. P 80—4.15 p. m. 38.1. P 68.
 68
 Dicho, 12. 9 a. m. 37.1. P 96—6 p. m. 37.2
 P 94—9 p. m. 37.1. P 84—9.30 p. m. 38.5.
 P 82.
 Dicho, 13. 9 a. m. 37.2. P 78—9 p. m. 37.4
 P 62—Dicho, 14. de 6 a. m. á 6 p. m. 37.2
 P de 64 á 90—9 p. m. 36.6. P 78—Dicho, 15.
 6 a. m. 36.6. P 78—9 a. m. 37.2. P 80—
 12 m. 37.2. P 74—2 p. m. 37.8. P 80—6 p. m.
 38.9. P 90.
 Enero 2. 6 p. m. 37.2. P 64—Enero 3.
 9 a. m. 37.2. P 96—10.30 a. m. 37.9. P 80
 3 p. m. 38.1. P 89.



aceta



édica de



éxico

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO I.

MEXICO. 1.º DE JULIO DE 1901

2.ª SERIE.—NUM. 13

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Extracto del Acta núm. 34

SESION DEL 29 DE MAYO DE 1901

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés

Lectura del trabajo enviado por el Sr. Dr. Ortega, socio correspondiente en Ciudad "Porfirio Díaz." Discusión del tema propuesto por el Sr. Presidente sobre la epidemia actual de tifo.

El 2.º Secretario dió lectura al trabajo reglamentario titulado: "Analgesia cocainica por la vía raquidiana," el que fué remitido por el Sr. Dr. D. Ricardo Ortega, Socio Correspondiente en Ciudad Porfirio Díaz.

El Sr. Presidente dijo que había un asunto que preocupaba al Cuerpo médico y á la Sociedad, quizá con exageración, y es el que se refiere á la endemia de tifo de esta Capital, convertida actualmente en epidemia. Creyó que era de interés discutir este punto y rogó á las personas presentes que conocen las causas de morbilidad y que las han estudiado, se sirvieran emitir su opinión sobre el particular.

El Sr. Dr. D. Nicolás Ramírez de Arellano convino en que realmente el tifo ha aumentado bastante, pues de 5 ó 7 defunciones que comunmente origina por semana, está produciendo ahora de 40 á 44 en el mismo tiempo. Hizo notar que el mayor contingente para esta enfermedad lo han proporcionado, sobre todo, los barrios apartados de la ciudad, quedando los más ricos y aseados, como la Reforma y San Cosme, casi indemnes de la plaga, salvo en los últimos días en que parece haberse comenzado á ex-

tender á las clases acomodadas. Dijo que entre los grandes factores que determinan el desarrollo del tifo, deben señalarse la miseria, la mala alimentación, la suciedad, etc., propias de nuestro pueblo; pero como estas son causas permanentes, que existen desde hace mucho tiempo, debe haber algunas otras que originen las epidemias, y aunque no puede asegurarse cuáles sean, es muy probable que la falta de agua influya poderosamente, porque en otras épocas ha recogido datos de las epidemias que se han presentado en el Hospicio, en la Cárcel y en la Escuela Correccional y siempre han coincidido con la carencia de ese líquido. El Consejo Superior de Salubridad teme que las grandes remociones de terrenos llevadas á cabo en la ciudad, también hayan contribuido á exacerbar el tifo, pues en algunos Estados, en los que también es endémico, no ha habido ahora epidemia como en otros años, explicándose que en México no apareciera desde el principio de las citadas remociones porque al comenzarse el drenaje el subsuelo estaba mojado y los lodos que se extraían permanecían húmedos, cosa que ahora no pasa, convirtiéndose en polvo por no haber tenido cuidado de sacarlos oportunamente. Repitió que á su juicio eran estos los dos grandes factores, que sobre añadidos á los que mantienen la endemia del tifo, la habían convertido en epidemia, y en este sentido ha dictado sus medidas el Consejo Superior de Salubridad consiguiéndose algunos resultados prácticos.

El Sr. Dr. Lugo Hidalgo corroboró lo expresado por el Sr. Ramírez de Arellano, estando de acuerdo en que la epidemia se cebó al principio en las clases bajas del pueblo que habitan los suburbios y ahora comienza á hacerlo en las personas acomodadas. Dió cuenta de un hecho que podría explicar tal propagación: hace dos meses visitaba á una enferma de tifo en la casa número 5 de la calle Real de Santa Ana, en donde había un taller de lavado, encontrando en los primeros días de la enfermedad

gran cantidad de ropa que iba á ser ya repartida; pero creyendo que pudiera ser causa de contagio, la mandó separar y desinfectar; mas á pesar de esto, dejaron siempre alguna en la casa de la paciente por lo que le asaltó la idea de que la ropa que se da á lavar sea un vehículo para que el tifo se propague de las clases bajas á las acomodadas.

El Sr. Dr. Orvañanos, aludiendo á lo dicho por el Sr. Dr. Lugo Hidalgo, recordó un caso de su práctica, referente á un francés que al venir de Europa no salió en 15 ó 20 días de su alojamiento, enfermándose, sin embargo, de tifo sin que por lo pronto pudiera explicarse la causa del contagio; cuando á la sazón fué llamado á ver otra enferma, también de tifo, averiguando que era la lavandera del citado francés, el que muy probablemente fué infectado por medio de su ropa. Algunos Inspectores Sanitarios de la Capital han señalado hechos semejantes, y el Consejo de Salubridad se preocupa ya de dictar algunas disposiciones para evitar este mal. Insistiendo en las ideas del Sr. Dr. Ramírez Arellano convino en que las remociones de terrenos repartidas por distintos rumbos de la ciudad sí podían influir en el actual desarrollo epidémico del tifo. Refirió que al comenzar las obras del Saneamiento había comisionado á uno de sus practicantes para que se fijara desde Choneque, Parque del Conde, Jesús, etc., hasta el Ayuntamiento, y viera, casa por casa, si aumentaba la morbilidad, especialmente la del tifo, con motivo de la construcción de uno de los grandes colectores que siguió aquel rumbo, comparando los datos que se recogieran con los de otro barrio en el que no hubiera aún las referidas obras, resultando que nada se notó; pero entonces los trabajos se hacían con más cuidado y no eran tan extensos; y quién sabe si tampoco había condiciones meteorológicas propicias para el desarrollo del germen tifoso, prescindiendo de la receptividad individual que se necesita igualmente para su producción. El hecho de que el tifo sea endémico en la Mesa Central y no en las costas de nuestros litorales, por mucho que haya en ellas Ciudades tan malas como Veracruz, se explica por la desigualdad de condiciones atmosféricas en que se hallan esos lugares. La epidemia que reinó en la Capital del 92 al 93 fué precedida por sequía y pérdida de las cosechas, pues desde Moisés se ha señalado que las epidemias siguen al hombre. Ahora entre nosotros hay mucha carestía de artículos de primera necesidad, que unida á la suciedad de nuestro pueblo y al gran desaseo en que se dejó á la Ciudad, hacen que el tifo se ha-

ya desarrollado, favorecido por las remociones de terrenos, las que si se hubieran llevado á cabo sirviera aquellas condiciones de miseria y de falta de Higiene, tal vez no lo hubiera originado, porque observando el cuadro de la distribución del tifo levantado por el Consejo se advierte que al Oriente, en los Cuarteles 1.º, 3.º, 2.º y 4.º es mucho más frecuente, mientras que en el centro, á pesar del saneamiento que pasa por allí en estos momentos, y en el Occidente es donde se da al menor número de casos. Al hacer la reinspección de las casas en los cuarteles 1.º, 3.º y 5.º pudo comprobar que muchas calles y callejones de los suburbios estaban llenos de materias fecales, las que son, como se sabe, medio de cultivo excelente para todos los gérmenes.

El tifo es una enfermedad de suciedad, de abandono y de miseria; lo ha habido en los países que se han ido formando; pero ha desaparecido con el progreso de la civilización, como en Francia y en Inglaterra. Entre otras medidas, el Consejo de Salubridad ha propuesto la limpia de la Ciudad, y ojalá que cuando se consiga no se vuelva á dejar ensuciar; cuidado que incumbe á los Inspectores de Policía, porque se comprende que una que otra gente burlando su vigilancia, evacúe en las calles; pero no centenares de miles como ahora se ha visto.

Dijo que la falta de mingitorios públicos, ayudaba indiscretamente; á mantener el tifo, lo mismo que la extracción y destrucción imperfecta de las basuras, cuyos gérmenes morbosos se amortiguan con las lluvias, pero desde Noviembre hasta después de Semana Santa aumentan mucho en virulencia; afirmó que el saneamiento, no obstante las obras actuales, no se realizará en la Capital mientras no haya agua en abundancia, lo que impide por otra parte que la gente se bañe y lave su ropa, y cuando ven enfermos de tifo llevan consigo el contagio á los trenes, á los templos, etc. Manifestó que el problema era difícil y complejo, pero que ha de resolverse.

El Sr. Presidente dió las gracias á las personas que usaron de la palabra, obsequiando su interpelación.

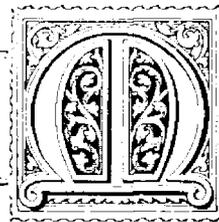
JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA.



aceta



édica de



éxico

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO I.

MEXICO, 15 DE JULIO DE 1901

2ª SERIE.—NUM. 14

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Extracto del Acta núm. 36

SESION DEL 12 DE JUNIO DE 1901

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés

Lectura por el Sr. Dr. Ramos. El Sr. Dr. Villarreal presenta á una de sus operadas. Se nombra una comisión para que la examine. Discusión. Elección de un nuevo Académico.

El Sr. Dr. D. José Ramos leyó su memoria de Reglamento, la cual se titula: «Breve nota acerca de la oftalmía simpática.»

El Sr. Dr. Villarreal presentó á una enferma que operó hace un mes de un piosalpinx voluminoso del lado derecho, adherente á los intestinos y al epiplón, el que fué notable por haber dejado después de la disección, muy laboriosa, una parte del fondo pélvico sin peritoneo, haciendo, para recubrirla, la trasplatación de esta serosa de la pared anterior. Para ilustrar la técnica seguida pintó en el pizarrón un esquema en el que hizo notar lo difícil de la intervención por el volumen del piosalpinx y por sus adherencias con el intestino, el peritoneo y el epiplón. Dicho tumor ocupaba el fondo de Douglas y se extendía hasta el anillo crural, donde había unos ganglios supurados. Los anexos del lado izquierdo estaban microquisticos y degenerados. Al comenzar la laparotomía comprendió, desde luego, las dificultades con que iba á tropezar, por lo intenso de las adherencias del epiplón, el cual cubría los intestinos, decidiéndose á abrir el ligamento ancho derecho sobre su borde superior é intentando desprender el

tumor; pero viendo que su pared se adelgazaba mucho, hizo, con todas las precauciones del caso, la insición del piosalpinx y extrajo el pus; cortó el ligamento infundibulo pélvico, teniendo que sacar el tumor en pedazos, y no obstante haber cuidado el peritoneo, quedaron á desnudo las aponeurosis pélicas. Hecha la extirpación de la matriz y del otro anexo, procedió á llenar la pérdida de substancia peritoneal, desprendiendo el de la pared anterior del mismo lado que abatió y llevó hasta el punto donde faltaba el de la pelvis, reuniéndolos entre sí al nivel del estrecho superior, de la vejiga y del recto y formando una cavidad independiente del resto de la serosa, cubriendo la superficie que dejó desnuda esta trasplatación con el peritoneo de la mitad izquierda de la pared abdominal anterior que fué desprendido, deslizado y suturado en el ángulo de reflexión del colgajo peritoneal abatido, terminando la operación como es de costumbre.

Excepto la supuración del ángulo superior de la herida, donde estuvieron las compresas, nada hubo de particular después de la intervención, y la enferma, como podrá verse, guarda un estado satisfactorio. Suplicó al señor Presidente se sirviera nombrar una persona que la reconociera.

Este señor designó, con tal objeto, al Sr. Dr. Suárez Gamboa, suspendiéndose mientras la sesión.

Abierta de nuevo, dicho señor manifestó: que cumpliendo con la comisión con que lo había honrado el señor Presidente, vió á la operada, encontrándola repuesta y bastante bien de salud, apesar de haber tenido un padecimiento supurativo de la pelvis, que tanto estragó. Presenta en la parte baja del vientre, sobre la línea media, una cicatriz recta, lineal, bastante fuerte, en cuya parte superior está algo gruesa por efecto de la supuración que hubo en ese lugar. Por medio del tacto, pudo apreciar, en el fondo de la vagina, un muñon umbilicado, á través del cual se advierte dureza en el lado derecho de la pelvis, siendo menor en el izquierdo. Fe-

licitó al Sr. D. Villarreal; pero aprovechando su esquema, insistió sobre algunos detalles de la intervención, recordando que tuvo un caso semejante que operó hará unos dos años en la 2ª calle de Chiquihuilteras, en compañía del Sr. Dr. Díaz Lombardo. Creyó que las adherencias encontradas en el caso del Sr. Dr. Villarreal, las que hicieron imposible la enucleación, pudieron haber causado la desgarradura del tumor, al intentar diseccionarlo, lo que sólo se evitó por las hábiles tentativas que hizo el operador, el que no dice si despegó primero el peritoneo y luego quitó la matriz. El Señor Doctor Suárez Gamboa siguió en su enferma otra vía, atacando primero el neoplasma por la parte inferior, donde el tejido celular de la pélvis se conserva por más tiempo bláxido y libre de adherencias, y como hizo primero la histerectomía tuvo un camino más amplio para desprender mejor el tumor. Recordó que un autor americano comienza este género de intervenciones haciendo por el vientre la hemisección del útero, el que abre en dos valvas, cauterizando, con el termo-cauterio, la mucosa de la matriz para evitar todo peligro de infección, desprende después la mitad del lado más fácil y luego la otra por la parte inferior hasta llegar á la superior, abriendo así una vía más cómoda y segura, para diseccionar el neoplasma. Refiriéndose á la 2ª parte de la intervención hecha por el Sr. Dr. Villarreal, á la autoplastia peritoneal, dijo que los últimos periódicos de Ginecología hablan de un procedimiento semejante, que se llama peritonización, la que ha sido sobre todo defendida por Quenu, y que se usa lo mismo para cubrir con la serosa las pequeñas como las grandes superficies, con lo que se evitan las adherencias y las hemorragias capilares que de otra manera sobrevendrían, recordándole tal procedimiento el método que siguió el Sr. Dr. Villarreal. Fijó en el esquema de este señor la parte que se dejó *sin peritoneo* al sacar la masa neoplásica y señaló que hacia el recto queda una pequeña capa de serosa, el mesorecto, que se puede traer á adelante, levantándolo en forma de capa flotante, que se sutura con el peritoneo del recto y tapa la parte inferior de la pélvis. En su citada enferma no fué posible hacer esta maniobra, la que entonces desconocía, y tuvo que utilizar el gran epiplón, sin que hubiera accidentes sépticos. Concluyó insistiendo en que no es la primera vez que se practica ese procedimiento autoplástico y que ya se conocía la idea de separar, de esa manera, el lugar de la pélvis donde se ha intervenido de la gran cavidad peritoneal.

El Sr. Dr. Villarreal sintió que el Sr. Dr. Suárez Gamboa no se hubiera fijado en los detalles de su exposición. Recordó que ha presentado á la Corporación varias enfermas en las que ha separado, por autoplastias peritoneales, la pélvis de la gran cavidad serosa y se felicitó si Quenu lo había hecho antes que él. Dijo que cuando hay celulitis pélvica no queda tejido celular flojo, y que se pueda diseccionar con facilidad en la parte inferior de la pélvis, no siendo, por lo mismo, ventajoso comenzar en estos casos el desprendimiento de los tumores por la parte indicada, ni mucho menos operarlos por la vía vaginal; y cuando ha visto á cirujanos tan hábiles como Delbel, Dantu, y al mismo Quenu intervenir en tal forma, los resultados han sido fatales, porque los neoplasmas se han extraído en fragmentos, con gran atrición de los tejidos y con mucho peligro de cortar el uréter; por eso en estos casos él sigue siempre la vía abdominal, habiendo alcanzado una estadística muy favorable, pues en 43 intervenciones por pio salpix sólo ha tenido 2 fallecimientos. Convino en que antes que Quenu algunos autores habían descrito la peritonización; pero hasta hoy no sabe que se haya practicado valiéndose de la serosa que cubre la pared anterior del vientre, que es en lo que consiste la originalidad del procedimiento que siguió en su enferma.

El Sr. Dr. Suárez Gamboa dijo que no opera todos los piosalpix por la vagina, y que la técnica que ha descrito, no se ejecuta por esta vía, sino por la abdominal, haciendo una franca laparotomía en que se ataca primero el útero, cortando el pliegue vesico-uterino, se dividen los fondos vaginales anterior y posterior, y, previa ligadura de las uterinas, se cortan los ligamentos anchos, se saca la matriz y entonces se ataca el piosalpix valiéndose de esta gran brecha que se ha practicado, porque, de lo contrario el útero hace las veces de una cuña que *dificulta mucho ó impide* del todo las maniobras. Fundándose en esto el autor americano, que ya citó, ha ideado su procedimiento con hemisección de la matriz y cauterización de su cavidad, para diseccionar después separadamente cada fragmento y llegar al mismo resultado de tener una vía más fácil por donde extirpar el tumor. Dijo que sólo el verdadero flemón pélvico no permite mover el útero y entonces hay que sacarlo en pedazos, lo mismo que los ovarios.

El Sr. Dr. Hurtado juzgó el punto importante y de palpitante interés por referirse á uno de los casos más comunes que hay que tratar en la práctica.

Aludiendo primero á la originalidad del método que se discute, dijo que el deslizamiento del peritoneo, si se ha hecho desde hace tiempo, y él nada menos operó hace unos 10 años en la Casa de Maternidad á un viejo, portador de un fibro-sarcoma abdominal, el que dejó, al ser extirpado, una vasta superficie desprovista de peritoneo, la que intentó recubrir por deslizamiento de la serosa subsistente, muriendo á pesar de esto el paciente, el que hoy, sin duda, no se habría atrevido á operar porque la experiencia adquirida le ha enseñado que estos casos salen fuera de los recursos de la Cirujía. Estimó poco práctico el procedimiento que consiste en utilizar el mesorecto por ser este demasiado pequeño, y dibujó en el esquema la zona que deja disponible, demostrando que en la enferma del Sr. Dr. Villarreal podía haberse aprovechado el peritoneo, haciendo una verdadera decorticación del tumor, facilitada por lo grueso de la serosa, reforzada por las adherencias, lo que hubiera permitido, á la vez, subir algunos centímetros la incisión y alejarse de la región de los vasos, que es tan peligrosa. No acepta en estas condiciones la intervención por la vía vaginal, porque se opera á ciegas y se deja una gran cavidad, expuesta á supurar. La técnica que propone el señor Suárez Gamboa le pareció aceptable y creyó que en efecto el Sr. Dr. Villarreal, había seguido el lado más difícil al quitar el piosalpinx. La división de la matriz en dos valvas, ventajosa en algunos casos, no debe, sin embargo, generalizarse por no ser aplicable cuando el órgano es muy pequeño. Dijo que él prefería una técnica mitigada sin empeñarse en extirpar siempre estos tumores, pues tiene hechos en su práctica de curaciones con simple abertura y canalización. No aprobó, por último, que se use el epiplón en las autoplastias peritoneales.

El Sr. Dr. Villarreal manifestó que el Dr. Suárez Gamboa no decía si la división de la matriz en dos valvas fuera un procedimiento fácil de ejecutar, porque el Sr. Dr. Villarreal, una vez que lo empleó en un caso de epitelio-na de la matriz con infiltración de la base de los ligamentos anchos, comparable con la celulitis pélvica esclerosa, tuvo fuertes dificultades, siendo preferible cuando el útero es pequeño, atacar los piosalpinx como deja indicado, pues en el punto donde se unen con el ovario son tan delgados, que siempre se rompen, no cabiendo tampoco la decorticación, como quiere el Sr. Dr. Hurtado, por ser más difícil y porque expondría á dejar la membrana plogénica. Respecto á la prioridad de la peritonización, dijo que no había visto en nuestras publica-

ciones médicas que se hubiera hecho en México y mucho menos utilizando como lo hizo él, la serosa de la pared abdominal anterior.

Previos la trámites de Reglamento, el señor Presidente hizo la declaración de que el Sr. Dr. Don Aureliano Urrutia quedaba nombrado miembro titular de la Academia en la Sección de Anatomía Normal y Patológica.

JESUS GONZÁLEZ URUEÑA.

—{386}—

Extracto del Acta núm. 37

SESION DEL 19 DE JUNIO DE 1901

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés

Lectura extraordinaria por el Sr. Dr. D. Agustín Chacón.—Comunicación hecha por el Sr. Dr. Hurtado.—El Sr. Dr. Suárez Gamboa presenta un trabajo del Sr. Dr. R. Velasco, de Guadalajara.—El Sr. Dr. Gaviño hace una comunicación sobre sero-diagnóstico de la fiebre tifoidea.—Discusión.

El Sr. Dr. D. Agustín Chacón dió lectura á un trabajo extraordinario: "Sobre el desnivel de las imágenes de las miras del oftalmómetro en la cornea astigmata," haciendo en el pizarrón las explicaciones correspondientes de las figuras geométricas que presentó.

El Sr. Dr. Hurtado, refiriéndose á una cuestión que estudia desde hace tiempo, habló de una enferma que operó esa misma mañana, y aunque la comunicación pudiera aparecer prematura, prometió completarla en su oportunidad, dando cuenta del resultado definitivo de su intervención. La paciente es una joven de 25 años, que tuvo su primera menstruación á los 14, comenzando á poco á padecer de una endometritis virginal, la que se exacerbó hace unos 5 años, ocasionándole neuralgias del ovario y trastornos gastro-intestinales. Se casó hace año y medio, empeorando su situación, pues las menorragias se hicieron más abundantes, lo mismo que los dolores, habiendo, además, una leucorrea sanguinolenta. Al examinarla, notó la vagina estrecha, el útero métrico, con el cuello chato, la mucosa evertida y el cuerpo ensanchado y globuloso; el anexo derecho abultado y en prolapsus en el fondo de Douglas; el izquierdo sensible, pero en su sitio. La sensibilidad del vientro estaba también aumen-

tada. Como la enferma no pudiera someterse por sus escasos recursos á un tratamiento continuado, y sabiendo, por otra parte, que los efectos del legrado son casi nulos para las lesiones anexiales, pensó en algo más extensivo, haciendo primero la raspa defenómetrio y de la mucosa del cuello, cauterizando después con cloruro de zinc. Actó continuo, y en otra pieza distinta, practicó la laparatomía, haciendo en el lugar de elección una incisión como de cinco centímetros: encontró el anexo derecho en prolapsus, la trompa del mismo lado torcida é impermeable, pero pudo dilatarla por medio del cateterismo. En vista de las lesiones ováricas, que podrán verse en la pieza que presentó, se decidió á sacrificarlo por ser imposible conservarlo. Pintó en el pizarrón una esquema de dicha glándula, en el que se advertía un quiste hemático, cuyo origen es discutido, ocupando la tercera ó cuarta parte del órgano, rodeado por una zona de esclerosis. El ovario izquierdo, aunque también alterado, medía como la mitad del otro y estaba afectado de pequeños quistes que puncionó y cauterizó con el termo-cauterio; la trompa correspondiente impermeable, la sondeó y suturó á la superficie del ovario para asegurar el paso del óvulo á la matriz. Espera que la enferma curará y ofreció presentarla á la Academia. No cree que la técnica seguida sea suya; pero procura con ella conservar lo más que se puede y aun prefiere hacer una segunda intervención para no sacrificar desde luego órganos que pudieran ser todavía útiles. No siguió la vía vaginal, tan recomendada por el Sr. Dr. Villarreal, porque en este caso era estrecha y había vaginismo. Ampleará esta observación con la de otras enfermas para decidir de la bondad del tratamiento, en el que no bastan ni la electricidad ni la raspa.

El Sr. Dr. Suárez Gamboa presentó un trabajo sobre Craniectomía, acompañado de un modelo de trépano, los que envió de Guadalajara el Sr. Dr. R. Velasco. Dispuso el Sr. Presidente pasaran á la Sección de Cirujía para los efectos del Reglamento.

El Sr. Dr. Gaviño recordó que hace 4 ó 5 meses presentó á la Corporación una Memoria en la que consta que por los datos clínicos y microscópicos, no podía afirmarse la existencia de la fiebre tifoidea en la Capital y aseguraba que sólo la sero-reacción vendría á decidir este punto.

Desde entonces se dedicó á estudiar con entusiasmo este medio de diagnóstico, ensayándolo en un caso del que dió cuenta á la Academia el Sr. Dr. Mendizábal, y aunque parece que hubo aglutinación, no quedó sin embargo muy convencido. En

dos casos referentes á un hijo del Sr. Dr. González Vázquez y á un sobrino del Sr. Dr. Martínez del Campo, tampoco dió resultados positivos la sero-reacción, no obstante que por los datos clínicos se les había diagnosticado fiebre tifoidea á dichos enfermos. Hace tres días examinó la sangre de un niño que atienden los Sres. Dres. Collantes y Mendizábal, y en solución al ciento cincuentavo, la reacción de Widal fué evidente, siendo de advertir que el bacilus de Eberth es completamente puro, hecho que ha confirmado valiéndose de la misma reacción. Presentó un dibujo en el que puede verse de un lado el bacilus libre que estaba en movimiento y en el otro bajo la influencia de la reacción con suero al uno por treinta, la aglutinación muy completa y terminada en 19 minutos. Hizo notar que cuando se emplean soluciones al ciento cincuentavo, la reacción es más brillante y que con cultivos muy ricos queda cierto número de bacilus sin aglutinar, lo que puede compararse con una fuerza que mientras más se divide, tiene menos acción; así cierta cantidad de aglutinina neutraliza un equivalente dado de sustancias microbianas, como lo hace, por ejemplo, el nitrato de plata con el cloruro de sodio. También hizo notar que en las experiencias que ha hecho con sangre de enfermos de tifo exantemático, hay una aglutinación incompleta en forma de sarmientos.

El Sr. Dr. Mendizábal prometió presentar la historia completa del enfermito en cuestión, el que se halla en el 4º septenario de la fiebre, con todos los caracteres clínicos de la tifoidea, marcha especial de la temperatura, deyecciones características, sensibilidad exagerada de la fosa iliaca derecha, etc., menos las manchas lenticulares del vientre. Recordó que en el último Congreso Pan-Americano celebrado en la Habana, se trató de una fiebre especial, llamada de Malta, la que es muy semejante á la tifoidea y que antes de los descubrimientos de Widal y Laveran, se confundía con ésta y con la remitente palúdica, denominándola también fiebre de Chipre. Benigna en la generalidad de los casos, no cede ni á la quinina ni al uso de los antitermicos y viendo que no era de naturaleza palúdica ni tampoco tifoidea, se hizo de ella una entidad morbosa separada. Existe en muchas partes del mundo conocida con distintos nombres. En Italia se le llama fiebre de Nápoles, en la Oceanía, fiebre de Australia, así como fiebre de las Costas de Africa. No es propia sólo del litoral del Mediterráneo, como antes se creía, sino que existe también, además de en los

puntos arriba dichos, en Nicaragua y en la Habana. Parece que es producido por un micrococcus especial cultivado por el Dr. Bruce, quien le llama "Micrococcus Melitence," y ha preparado un suero-reactivo, á semejanza del de Widal, que sirve para hacer el diagnóstico de dicha fiebre, porque se conglojera el citado micrococcus de la misma manera que el bacilo de Eberth cuando se pone en contacto con la sangre de los enfermos de esa fipirexia. Según el sentir de algunos médicos mexicanos, la hay en Veracruz y en otros puntos del Golfo, por lo que suplicó al Sr. Dr. Gaviño se sirviera emprender estudios sobre el particular, pidiendo el sero-reactivo correspondiente.

JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA.



TERAPEUTICA

CONTRIBUCION AL ESTUDIO

DE LA

CURACION DE LA TISIS PULMONAR

Desde el año pasado, tuve el propósito de dedicar á la Academia un análisis numérico de las observaciones que he recogido, sobre tuberculosis pulmonar. Lo emprendí así, pero cuando llegó la época de mi lectura reglamentaria, no había analizado más que 20 observaciones y no creí deber traer á esta docta Corporación el estudio de tan corto número de observaciones; y no habiendo podido terminar ese trabajo, me resuelvo ahora á ofrecerle un estudio preliminar, inspirado en la lectura de mis observaciones, pero que se refiere especialmente al tratamiento curativo de la tuberculosis de marcha crónica, en su período inicial.

I

La mayor parte de las observaciones se refieren á personas que vienen enfermas de Yucatán; algunas de otros lugares de la costa del Golfo; otras, en menor número, del litoral del Pacífico, y muchas á enfermos de esta Capital ó de otros puntos de la Meseta Central.

En casi todas las observaciones está consignado que ha habido tuberculosos entre los ascendientes de los enfermos: padres, abuelos, tíos, hermanos, etc.; casi siempre la predisposición ha venido del lado materno ó paterno y raras veces de estos dos

lados á la vez. No siempre los enfermos tuberculosos, que hacen el objeto de este estudio, han vivido bajo el mismo techo de sus consanguíneos, afectados del mismo padecimiento. La edad ha variado entre 15 y 50 años. Es mayor el número de mujeres que de hombres que he observado. La mayor parte de los enfermos han sido de constitución débil, pero algunos tienen las apariencias de la salud y aun de la robustez, este último hecho se observa entre los que tienen la enfermedad en su principio. En los antecedentes personales encuentro frecuentemente una serie de ataques anteriores de fiebres intermitentes, que no he sabido si referir al paludismo, que reina endémicamente en nuestras costas, ó á manifestaciones lejanas de la misma tuberculosis.

Otros enfermos han tenido ataques repetidos, á distancias variables, de dispepsia gástrica ó de diarrea. En muchas observaciones está consignada la existencia de signos evidentes de anemia; en muchas jóvenes están anotadas perturbaciones menstruales ó la amenorrea.

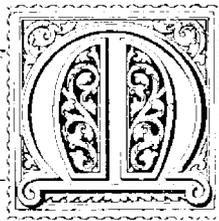
En un gran número de casos, el principio de la enfermedad se remonta á un ataque de Influenza; en otros á un enfriamiento brusco; en algunos, los primeros síntomas pulmonares han aparecido después de la dispepsia gástrica ó de la diarrea. Es muy frecuente en los enfermos de la costa, que consideren como el punto de partida de la enfermedad una hemoptisis. Es muy difícil fijar la edad de la enfermedad, sin embargo, considero como principio aparente de ella, la época en que se revela al enfermo por la existencia simultánea: de la tos, de la fiebre y el enflaquecimiento; ó por la aparición de la primera hemoptisis. En los enfermos que me ha sido dado observar en su principio, he podido comprobar además, variaciones en el timbre, el ritmo ó el tono de la respiración; y variaciones ligeras, pero perceptibles, en la resonancia del tórax al nivel de los puntos enfermos.

II

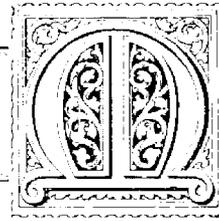
La tos es un síntoma constante, pero variable en su intensidad, su frecuencia ó sus caracteres. Unas veces es seca, pequeña y gutural; más frecuentemente arrastra esputos variables por su aspecto, consistencia, abundancia, su sabor y olor. Las tosiditas son separadas, aun cuando sean frecuentes; otras veces vienen con la forma de accesos de frecuencia variable, pero cuya intensidad va aumentando hasta causar vómitos, sobre todo cuando el acceso aparece después de las comidas. Algunas ve-



aceta



édica de



éxico

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO I.

MEXICO, 15 DE AGOSTO DE 1901

2ª SERIE. — NUM. 15

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Extracto del Acta núm. 40

SESION DEL 10 de JULIO DE 1901

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés

Lectura hecha por el subscripto.—Presentación de una pieza anatómica por el Sr. Dr. Toussaint.—Comunicación del Sr. Dr. Hurtado. —Discusión.—Presentación de piezas anatómicas y de una operada por el Sr. Dr. Villarreal.—Se nombra una comisión para que la examine.—Discusión.

El subscripto cubrió su turno de Reglamento leyendo una Memoria que se titula: «Importancia Clínica de la Arterio-esclerosis.»

El Sr. Dr. Toussaint presentó una pieza anatómica de bastante interés en la que se veía la matriz atacada de un carcinoma que produjo mucho estrago, invadiendo los ganglios pélvicos y tejidos vecinos. Llamó la atención sobre la magnitud de estas lesiones y sobre la edad de la enferma. Con relación á las primeras dijo que el neoplasma había alcanzado la vagina, la vejiga, el recto, subiendo hasta cerca de los riñones y llegando hasta los ganglios que están á los lados de la aorta y á los del diafragma; le pareció por demás hablar de la inutilidad de una intervención en casos como éste, pues no se hubieran podido quitar todos los tejidos degenerados y aun en el mismo cádaver costó un trabajo enorme aislar la pieza, en la cual se ven también los riñones crecidos y degenerados. En lo tocante á la edad de la paciente, hizo notar que había sido una mujer joven, de veinte y tantos años de edad, que en el curso de algunos meses—seis poco más ó menos—vió evolucionar su dolencia y terminarse por la muerte; el cáncer comenzó por el cuello uterino, y dos ó tres meses después se encontraron ya invadidos los fon-

dos de la matriz. Este punto clínico lo juzgó de suma importancia, porque confirma la malignidad especial que se ha señalado á los tumores cancerosos cuando se desarrollan en las jóvenes, siendo un ejemplo de esto lo que pasa en el seno. Dijo que á la sazón había en el Hospital San Andrés otra joven cancerosa con su mal muy avanzado.

El Sr. Dr. Hurtado, fiel á su empresa de conservar en las operaciones ginecológicas lo más que es posible de los órganos afectados, pero sin caer tampoco en el extremo contrario, refirió la historia de una enferma, natural de México, de 34 años, casada en 1884 y empuntadora de oficio, el cual lo ejerce desde su matrimonio. Entró al servicio de cirugía de mujeres del Hospital de San Andrés, que es á su cargo, el 1.º de Julio del presente año, instigada por él para operarla, previo reconocimiento y diagnóstico formado en la consulta de la Maternidad.

La inauguración menstrual verificóse á los trece años de edad, y fué desde entonces profusa y dolorosa la regla, durando por varios años, hasta la época de su matrimonio, ocho y nueve días, siendo el dolor continuo y solamente atenuándose después de la desaparición de aquélla. Dicho dolor, que persistía aún después de las reglas, se acentuó por varios años en el lado derecho de la región hipogástrica y se irradiaba en todo el miembro inferior izquierdo con el carácter de accesos neurálgicos, así como también á la región sacra, siendo algunas veces tan intenso, que la obligaba á guardar cama por tres ó cuatro días; alguna vez revistió el carácter de la sintomatología de la peritonitis pélvica, acompañándose de vómitos, reacción febril moderada y profunda depresión nerviosa. No sufrió enfermedad ninguna, excepto la que se describe, ni antes ni después del matrimonio. Después de éste, sólo observó que la menstruación, aunque siempre dolorosa, se acortó á 5 ó 6 días y que la sangre disminuyó algo. Seis meses después de su enlace, sacando agua de un pozo y haciendo gran esfuerzo, sintió dolor in-

tenso en el hombro derecho y en el muslo del mismo lado, percibiendo frotamiento ó tronido, como ella dice, en el mismo hombro y también dolor fuerte en la cintura, que la obligó á guardar cama por 8 días, sin que hubiese metrorragia.

Desde hace 9 años disminuyó la regla y se hizo escasa y desteñida la sangre, empezando á enfermar dos veces cada mes y continuando la dismenorrea, teniendo, á la vez, micción frecuente y difícil, constipación y leucorrea mucosa moderada: á poco notó que aparecieron dos ulceraciones: una en la horquilla y la otra en el gran labio izquierdo, las cuales tardaron en cicatrizar 4 meses, después de haberlas tocado con el lápiz de nitrato de plata y usado el iodoformo; no hubo infarto inguinal, ni bubón. No se notó después de estos accidentes infección sífilítica, nunca ha faltado la regla y es estéril.

El marido padeció blenorragia y chancros del pene. Desde hace 2 meses se siente más enferma y lleva tiempo de no trabajar como antes. Debido á la alteración avanzada de sus órganos genitales internos y á las tareas de su penoso oficio, presentó hace 2 años, placas extensas de anestesia en los antebrazos y mano izquierda y contractura de la mano derecha que tardó en desaparecer 6 meses y curó con el tratamiento bromurado sostenido, que le impuso el Dr. Miguel Zúñiga, quien le dijo que estaba expuesta á un ataque de parálisis, si bien este pronóstico no se realizó. También sufrió en esa época de hiperestesia marcada y persistente en la piel de la cara anterior de las piernas, y dice sentía gran debilidad y á veces dificultad para la deambulación.

A fines del pasado mes de Junio le exploró sus órganos genitales, formando el diagnóstico cuya fórmula fué: anexitis microquistica doble; prolapso y fijación del anexo izquierdo en el fondo de Douglas; torsión probable de este anexo que lleva al cuerpo de la matriz en retroposición casi fija; metritis ligera del cuerpo uterino que presenta su forma normal, así como su consistencia; cuello pequeño, cónico, normal, con la conformación natural de consistencia algo dura. Porción supravaginal blanda y doblez del cuerpo uterino á este nivel. La consistencia del anexo, así como su conformación, le hicieron suponer que se trataba más bien del anexo prolapso que de exudados paramétricos y fundó su aserto en el fácil deslizamiento de la mucosa del fondo de saco vaginal posterior y falta de dureza, propia de los exudados paramétricos organizados. Vagina estrecha y corta en sentido longitudinal. En suma,

creyó que las lesiones anexiales eran predominantes y primitivas, y que la posición de la matriz era debida á la torsión y descenso del anexo izquierdo.

Propuso á la enferma la operación, y siendo ésta aceptada, detalló el programa operatorio, que felizmente pudo cumplir en todas sus partes.

Basándose en lo antes expuesto, creyó conveniente seguir la vía abdominal, preferentemente á la vaginal, por ser la vagina estrecha, ignorar si el anexo derecho estaba á tal grado comprometido, que fuera necesario extirparlo; pero con el fin de conservarlo hasta donde fuese conveniente. No juzgó prudente deber practicar el legrado previo, por no acentuarse la metritis, al grado que se hiciese indispensable ejecutarlo. Pensó que debía extirparse el anexo izquierdo por estar fijo por adherencias formadas desde mucho tiempo antes y resultado de los ataques de peritonitis pélvica que padeció la enferma desde antes de su matrimonio, y consumado éste, por las alteraciones que deja la blenorragia en los anexos y que sufrió la enferma 6 meses después de casada.

La operó el día 3 del corriente; la anestesia clorofórmica fué difícil y frecuentemente interrumpida por vómitos biliosos, debidos á costumbres alcohólicas de la paciente. Practicó la laparatomía por medio de una incisión de doce centímetros, partiendo del púbis. Se puncionaron tres quistecitos del ovario derecho, que estaba esclerosado, se hundió dos veces el cuchillo del termo-cauterio hasta el centro del órgano, se encontró obstruido el pabellón de la trompa y soldadas sus franjas, hinchado el extremo y con la apariencia de un intestino cerrado en su extremo (esto es, como el apéndice cecal), la cicatriz era muy fuerte y debió ser muy antigua, porque la sonda no logró pasar; se cortó con la tijera, para crear un orificio y suturar su extremo á la superficie del ovario cauterizado; pero salió abundante pus amarillo, espeso y de mal aspecto, que se recogió sobre gasa, y esta circunstancia lo obligó á extirpar la trompa que estaba dilatada y con las lesiones propias de la salpingitis intersticial y crónica, cauterizó el muñón tubulario con el termo-cauterio; suturó el meso-tubo-ovárico y abandonó el ovario con el fin de que conservado, se eviten los accidentes nerviosos por falta de su secreción. El anexo izquierdo muy bajo y fijo en la pelvis y al intestino por adherencias antiguas y múltiples, encerrado en parte entre las hojuelas ligamentarias y hubo que dividir el ligamento ancho á todo lo largo del borde interno de la trompa y hasta el ligamento infundíbulo-pélvico; entonces

se desprendió y se observó que el ovario presentaba un quiste hemático, que ocupaba casi la totalidad de la superficie del órgano; que la trompa se acortó é incurvó sobre el ovario, desapareciendo el meso-tubo-ovárico, que su pabellón estaba soldado é impermeable (desde mucho tiempo atrás, probablemente) y que no encerraba pus, sino moco tubario y lesiones de la salpingitis crónica. Suturó las hojuelas del ligamento ancho, por surgete de hilo delgado de seda, después de ascar la cavidad pelviana descubierta en su tejido celular en este lado, y fijó la matriz al peritoneo parietal bajo los muñones de las trompas, colocándola en anteversión moderada; cerró la herida abdominal por sutura de planos, y al terminar la operación, hizo el tacto vaginal, reconociendo que quedaba libre el fondo del saco de Douglas y la matriz desprendida en anteversión. No intentó la anestesia intrarraquidea, porque aunque en Europa ha habido éxitos, aquí se ha mostrado insuficiente en intervenciones peritoneales. Insistió sobre el papel que en el problema complejo de la esterilidad podía tener la oclusión de las trompas y los buenos resultados que en algunos casos daría desobstruirlas por el cateterismo.

El Sr. Dr. Villarreal dijo que debía considerarse como feliz el cirujano que pudiera conservar los ovarios y la matriz á sus operados para no condenarlos á la esterilidad. El Sr. Dr. Hurtado le hubiera hecho un servicio mayor á su enferma, dejándole la trompa ó incluyendo el ovario en la matriz. Creyó exagerados los accidentes consecutivos á la pérdida de los órganos genitales internos, pues él así lo ha comprobado en varias de sus operadas, notando que los accidentes nerviosos de que suelen quejarse, han cedido con facilidad con el bromuro de potasio. Ha tenido casos en el Hospital Ginecológico de lesiones más considerables que las descritas ahora por el Sr. Dr. Hurtado, las que le han obligado á intervenir por el vientre, como aconteció con un doble hidrosalpinx referido por la enferma á un aborto que había tenido siete años antes y de los cuales tomó uno por quiste del ovario. Previa cocainización intrarraquidea, hizo la raspa uterina, dando después cloroformo para extirpar los tumores, amputando en parte una de las trompas y uniendo su capa serosa con la mucosa para reconstruir el oviducto, el que fijó por un punto de sutura al ovario, resecaando sus microquistes y haciéndole una autoplastia. De esta manera logró conservar su sexo á la mujer. Cuando las lesiones no son tan grandes, ya ha dicho que prefiere intervenir por lavagina, y en vez de la hysteropexis

emplea la vagino-lijación, por dejar aquélla entre el útero y la pared anterior del vientre, algunos espacios donde puede introducirse el intestino y extranquearse. Aprovechó la oportunidad para presentar las piezas anatómicas siguientes:

1ª Una matriz fibromatosa, con núcleos murales y subperitoneales hacia la base del ligamento ancho derecho. Esta masa fibromatosa, así constituida y del tamaño de ambos puños, fué fácil de extirpar, no obstante su núcleo intraligamentario, porque aun no había contraído adherencias íntimas con el tejido celular intraligamentario y peritretal. Dicha masa neoplástica, es la representación en pequeño del 2º tumor presentado que llevaba la Srta. X., de la clientela del Dr. González L'abela, quien la mandó á su enfermería particular. Tal tumor simulaba un embarazo en el 8.º mes, y la paciente conocía su existencia de muchos años atrás, pues los ginecólogos más renombrados de la capital le habían revelado la naturaleza de su padecimiento y propuesto operarla; ella, no habiendo consentido, decidióse á la intervención por los dolores que últimamente le ocasionaba el neoplasma. Este estaba constituido por dos partes, una intraperitoneal del tamaño de la cabeza de un adulto y otra intraligamentaria, más pequeña; pero, que, sin embargo llenaba la excavación, desarrollándose hacia la derecha, desdoblado el ligamento ancho correspondiente, rechazando el uréter sobre la pared pélvica y llegando hasta la escotadura sacro-ciática; esta porción profundamente implantada, le obligó, para poder extraerla, á practicar la sección de la porción intraperitoneal ligando las arterias que sangraban al nivel de la superficie de sección de la matriz, cuyo fondo hipertrofiado podía verse en la parte correspondiente de la pieza anatómica que fué la primeramente extirpada. Para enuclear la porción intraligamentaria y el resto de la matriz fibromatosa dividir el borde superior del ligamento ancho y, desdoblándolo, pegado al tumor, hizo la disección de éste, efectuando fuertes tracciones sobre los tirabuzones implantados en su masa para separarlo de la pared y piso pélvicos y evitar herir el uréter que contraía adherencias con la superficie inferior del núcleo intraligamentario. Después de la ligadura de las uterinas y sección de la vagina, quedó una inmensa solución de continuidad en el piso pélvico, que iba hasta la escotadura sacrociática, viéndose hacia la derecha el uréter desnudo en una extensión de 6 ó 7 centímetros y su desembocadura de la vejiga. Para cubrir tal solución de continuidad, suturó por planos,

primero la vagina y después el tejido celular del piso pélvico y base de los ligamentos anchos, terminando por la sutura del peritoneo y haciendo como acostumbra una verdadera peritoneización de los muñones y superficies desnudas. Estos dos casos ponen de manifiesto la diferencia que hay en operar los tumores de la misma clase y variedad, cuando son de tamaños diferentes; y cuánto sería de desear que las pacientes se hicieran operar en una época más temprana de su afección. Como estos núcleos intraligamentarios, fué el de la anciana que ha dos años presentó á esta Academia, á cuya enferma extirpó un fibroma gigante, seccionando el uréter derecho, comprendido entre dos núcleos intraligamentarios, lo que le obligó á hacer la extirpación del riñón. Las otras dos piezas representan fibromas submucosos, sexiles, que producían hemorragias graves y los que en tamaño guardan la misma relación que los anteriormente presentados: el más pequeño había sido tomado por algún ginecólogo por cáncer; empleó para operarlo la histerectomía supra vaginal, y en el mayor, que había agotado profundamente á la paciente, con anemia tan avanzada, que sus mucosas estaban completamente pálidas, lo extirpó haciendo la histerectomía total. El tumor que ocupaba la enorme cavidad de la matriz hipertrofiada, se le adhería en todo su fondo y estaba ya reblandecido en su centro, principiando la necrobiosis que indudablemente no era extraña á la hipoglobulia profunda de la paciente. La última pieza era una matriz con fibromiomas pequeños, múltiples, murales y submucosos que fué extirpada por la vía vaginal. Presentó á la paciente que sufrió del fibromioma submucoso reblandecido, suplicando al señor Presidente se sirviera nombrar una persona que la reconociera.

Este señor designó, con tal objeto, al Dr. Troconis Alcalá, suspendiéndose mientras la sesión.

Al abrirse de nuevo, manifestó el nombrado que correspondiendo á la confianza en él depositada, examinó á la enferma á la que basta ver para comprender el éxito satisfactorio de la intervención: presenta en la parte baja del vientre una cicatriz muy bien hecha, que ha dejado una huella lineal de 12 á 13 centímetros de extensión. Omitió entrar en pormenores, los cuales constan ya en la descripción hecha por el operador, al que le dió sus plácemes por este nuevo éxito.

El Sr. Dr. Hurtado consideró interesante la serie de hechos presentados, porque comprueban la alta frecuencia de los fibromiomas uterinos. El ha procurado, durante 8 años que lleva de dar la consulta

ginecológica en la Maternidad, hacer la historia de sus enfermas, reuniendo cerca de 2,000 de las que un 80 por 100 han tenido infecciones puerperales y en 20 por 100 ha encontrado lesiones microquísticas. Llamó la atención sobre el temor de los cirujanos para intervenir en estos casos, cuando por lo menos las dos terceras partes de los fibromiomas tienen motivo para operarse. Citó como ejemplo á una señora que le recomendó el Sr. Dr. Guevara, la que desde hace 8 años está padeciendo, habiéndole pronosticado un ginecólogo que se le desarrollaría un fibromioma, lo que se confirmó; pero se le ha entretenido, y apesar de lo mucho que sufre, muestra renuencias para ser operada. Los fibromas más pequeños dan lugar también á trastornos, sobre todo, cuando se reblandecen é intoxican á las enfermas, como á la presentada por el Sr. Villarreal, en la que puede decirse que hubo una verdadera resurrección. Recordó á otra enferma que atiende en Tacubaya, de 30 y tantos años de edad, estéril, dismenorreica, neurálgica, con fibromioma no diagnosticado y el que había evolucionado durante 3 ó 4 años sin accidente, hasta hace poco que al ir la señora á Puebla sufrió un ataque de pelvi-peritonitis del que fué atendido por el Sr. Dr. Contreras. Hace un año que sufrió la difteria, empeoró de su enfermedad uterina, acentuándose la dismenorrea y apareciendo un escurreimiento de muy mal olor, como si fuera canceroso. En estas condiciones le hizo un examen bajo el cloroformo, encontrando la matriz muy dilatada, dando cabida á 18 centímetros del histerómetro. Prácticó el legrado para examinar la mucosa del endometrio, en la que no se encontró por el Sr. Dr. Toussaint ningún elemento maligno y sí fragmentos de tejido fibroso, que había desprendido la raspa. Dijo que estos casos eran de los que debían operarse. Insistió sobre la conveniencia de conservar en las intervenciones la mayor cantidad posible del peritoneo para rehacer la cavidad y sobre la de respetar el cuello porque su presencia es útil. Rectificó el punto relativo á la benignidad de la castración, refiriendo que el Sr. Dr. Gutiérrez le ha dicho que á su consultorio van muchas enfermas quejándose de trastornos, debidos á ella. Creyó que sí se ha exagerado en este punto, pero se inclinó á que no se hagan grandes sacrificios durante las intervenciones, pues la estadística numerosa de eminentes cirujanos demuestra que son peligrosos.

Extracto del Acta núm. 41

SESION DEL 17 DE JULIO DE 1901

Presidencia del Sr. Dr. D. Manuel Gutiérrez

Lectura del trabajo reglamentario del Sr. Dr. Terrés.**— Comunicación hecha por el Sr. Dr. Villarreal sobre un caso de cirrosis hepática tratado por la transplatación del epiplón. — Discusión.**

El Segundo Secretario leyó la Memoria de Reglamento remitida por el Sr. Dr. D. José Terrés, la cual se intitula: «Sintomatología del tabardillo.»

El Sr. Dr. Villarreal refirió un caso de ascitis cirrótica curado por la laparatomía y expuso que en la cirrosis atrófica la circulación porta es difícil, lo que produce el derrame ascítico, de suyo peligroso por la compresión que ejerce sobre los órganos abdominales, sobre los vasos y nervios y sobre el diafragma. Los Sres. Dres. Olvera y González Fabela han puesto á su disposición algunas enfermas de cirrosis para que intervenga y una de estas enfermas es la que operó hace once días. Dibujó en el pizarrón un esquema para explicar el objeto y la técnica de la operación y dijo que el hígado recibe por la vena porta, la sangre que circula en las vísceras abdominales. Estando en las cirrosis, más ó menos obstruido el sistema porta, sobreviene el éxtasis sanguíneo y el derrame ascítico, el que á su vez, por las compresiones que ejerce, dificulta aun más la circulación abdominal y aumenta los trastornos funcionales y las alteraciones orgánicas. Para remediar esta situación, ya que no es posible remover los obstáculos de la circulación porta, se ha intentado desviar del hígado la sangre que proviene de las otras vísceras, llevándola á las venas de las paredes abdominales. La operación, tal como la han hecho Morisson y Schelkeg, consiste en una incisión vertical sobre el borde externo del músculo recto, otra horizontal que sigue el borde de las costillas, la exploración del hígado, la disección del peritoneo parietal en una extensión suficiente para colocar entre él y la aponeurosis el grande epiplón y por último, la instalación de éste en ese intersticio, su fijación por medio de suturas y demás cuidados que requiere toda laparatomía. Pareciendo al Sr. Villarreal que la incisión horizontal tenía, entre otros inconvenientes, el de dividir el músculo, modificó el procedimiento, haciendo más grande la inci-

sión vertical, de modo que separados sus bordes por medio de ganchos, pudiera disecar el peritoneo parietal. Después hizo en éste una incisión horizontal un ojal, por el que extrajo el grande epiplón que extendió en el tejido celular subperitoneal, en el hueco dispuesto por medio de la disección, entre el peritoneo parietal y las aponeurosis abdominales. La paciente tenía edema de la cara, anasarca y un derrame enorme, pues que en dos punciones se le extrajeron 26 litros de líquido, habiendo quedado en el vientre una buena cantidad que estuvo saliendo durante la operación. El epiplón estaba atrofiado, no medía arriba de 10 centímetros, fué extendido en abanico en el tejido celular subperitoneal, fijado allí por la sutura que se hizo del ojal abierto en la serosa parietal y cubierto por los otros planos de la región, los que fueron suturados por su orden. La cicatrización se hizo por primera intención. Hoy se quitaron los puntos de sutura, y el líquido no se ha reproducido. Los edemas han disminuído mucho, los pigmentos biliares han aumentado en la orina y el estado general es satisfactorio.

El Señor Presidente manifestó que siendo de mucho interés la operación referida por el Sr. Dr. Villarreal, desearía oír la opinión de los Señores Socios presentes.

El Sr. Dr. Ramos, después de elogiar la habilidad del Sr. Dr. Villarreal y la feliz modificación que hiciera en el procedimiento, reconoció las ventajas de la operación como paliativa; pero dijo que tenía varias preguntas que hacer. Enumeró algunas de las formas de cirrosis, entre ellas la del Sr. Carmona y Valle; recordó que el proceso morbozo consiste en la atrofia de la celdilla hepática, producida por la proliferación del tejido conjuntivo; clasificó los fenómenos que entonces se observan en mecánicos y funcionales, los primeros, ya descritos por el Señor Dr. Villarreal, aunque no mencionó la vena esplénica que es una de las que forman la porta, circunstancia digna de atención á causa de las funciones del bazo, y conviniendo en que la ascitis es de origen mecánico, expuso su opinión de que el edema de la cara que tenía la paciente, no era del mismo origen, sino más bien discrástico. Preguntó después qué influencia podía ejercer sobre este edema, sobre los fenómenos funcionales y sobre la insuficiencia hepática la desviación de la circulación. Si el proceso morbozo consiste en la atrofia de las celdillas hepáticas ¿cómo puede influir la operación sobre este proceso? Si ahora se examina á la operada se verá que la urobilinuria y los trastornos de la glándula

hepática se encuentran lo mismo que antes de la intervención. Terminó diciendo que creía ésta muy útil; pero no que cure la cirrosis, ni menos que la haya curado en 11 días.

El Sr. Dr. Villarreal manifestó que cuando operó á la enferma sus condiciones eran, como se ve muy frecuentemente en tales casos, con edema de la cara y de los miembros. Hizo advertir que él no ha dicho que la anasarca se deba á la dificultad de la circulación porta, ni que la operación cure la cirrosis; ha dicho que cura la ascitis; el hecho existe y pueden comprobarlo los Señores Académicos que gusten, tanto que agradecería al Sr. Dr. Ramos pasara al Hospital Ginecológico, en donde le enseñará á la operada y á otra enferma que va á serlo próximamente, para que pueda cerciorarse de lo que han mejorado las condiciones de la primera, que ya no tiene edemas y cuyo derrame ascítico no se ha reproducido. Refirió que en Europa ya hay 27 casos en los cuales se ha practicado la intervención con éxito, habiendo entre ellos algunos que llevan dos años de operados y que parecen curados de la cirrosis. Las celdillas hepáticas muertas, dijo, se quedan muertas; pero las que están vivas y amenazadas de atrofia por compresión, puede evitarse que sucumban. No tuvo por qué ocuparse de la clasificación de la cirrosis; pero declaró, sin embargo, que en su concepto las que provocan la ascitis lo hacen todas del mismo modo y que por eso debe procurarse disminuir la compresión que sufren el hígado y los vasos abdominales, lo cual, mejorando las condiciones de las celdillas hepáticas, les permitirá funcionar mejor. Algunas veces, en Europa, la ascitis se ha reproducido después de la operación; pero ha sido en aquellos casos en que la técnica ha sido defectuosa. No sabe si la intervención curará la cirrosis; pero sí sabe que alivia á los pacientes y suprime la ascitis.

El Sr. Dr. Ramos insistió en que reconociendo el mérito y los beneficios de la operación, no comprendía cómo pudiera obrar sobre los síntomas funcionales. Con quitar el derrame ascítico y los padecimientos que trae consigo, se habrá ganado mucho; pero la celdilla muerta, muerta se queda, como ha dicho el Sr. Dr. Villarreal. Combatir las consecuencias de un proceso morboso, es útil, aunque no se remedie el proceso mismo. Así se hace con las iritis glaucomatosas que se tratan en beneficio del paciente, aunque no por eso se cure el glaucoma. Concluyó ofreciendo ver á las enfermas del Sr. Dr. Villarreal y encareciendo la importancia del examen de

la orina, con dosificación de la urea y de la urobilina, antes y después de la intervención.

El Sr. Dr. Urrutia habló de los peligros de la operación, los que dividió en inmediatos y mediatos; señaló, entre los últimos, las adherencias del epiplón con el hígado que provocan dolores y molestias, los estrangulamientos intestinales que pudieran resultar de la disposición anómala que se da al grande epiplón y la transformación fibrosa de las adherencias contraídas por éste con las paredes del vientre, lo que determinaría la oclusión de los vasos y la reaggravación de los trastornos circulatorios, con reproducción de la ascitis. Se ocupó también de la cirrosis sintomática, de las afecciones tuberculosas y sífilíticas del hígado y de la peritonitis tuberculosa; insistiendo en la necesidad de hacer un diagnóstico exacto antes de la operación y en la obligación que tiene el cirujano de comparar los peligros de la enfermedad con los de la intervención y de no ejecutarla, sino cuando resulten ventajas.

El Sr. Dr. Villarreal contestó que en lo general el Sr. Dr. Ramos y él estaban de acuerdo, si bien cree que la celdilla hepática es modificada de un modo indirecto por las mejores condiciones en que la circulación queda después de la operación. En cuanto al examen de la orina, siempre lo hace antes de operar, y por lo mismo, ya está practicado en su enferma, otro posterior se hará tan luego como ésta se levante de la cama. Ocupándose de las objeciones del Sr. Dr. Urrutia, manifestó que el procedimiento puesto en práctica deja el epiplón ampliamente extendido, y por lo mismo, no quedan bridas ni cavidades estrechas en las que pueda estrangularse el intestino; que nunca se observa que el epiplón contraiga adherencias con el hígado, como lo hacen otras porciones del peritoneo, y que el peligro de la oclusión de los vasos por transformación fibrosa de las adherencias epiploicas, no existe. La operación no pone en peligro la vida, y si la ponen, tanto la cirrosis, como la ascitis. En Europa hace ya dos años que está practicándose esta intervención por personas competentes, sin que se hayan sobrevenido los accidentes que teme á priori el Sr. Dr. Urrutia. La buena lógica recomienda este tratamiento y el porvenir se encargará de juzgarlo. En cuanto á lo dicho por él mismo acerca de las cirrosis sintomáticas y de las lesiones sífilíticas y tuberculosas, no se ocupó de ellas, porque la operación se refiere exclusivamente á la cirrosis atrófica.

El Sr. Dr. Urrutia insistió en sus objeciones relativas á tres puntos, que dijo habían quedado en pie:

la cirrosis atrófica, las adherencias y el estrangulamiento intestinal. La cirrosis atrófica es rara en México, y así lo enseñan los datos del Instituto Patológico. La facilidad con que contrae adherencias el peritoneo con el hígado y la vesícula biliar, adherencias que ocasionan dolores y que son peligrosas, lo atestiguan observadores competentes. Por último, el epiplón no queda formando un tabique, en el procedimiento del Sr. Dr. Villarreal, sino un pedículo, supuesto que lo extiende en abanico, pedículo que puede dar lugar á la torsión del intestino.

El Sr. Dr. Villarreal replicó que las operaciones no deben juzgarse á priori; que el ojal abierto en el peritoneo parietal tenía casi la misma extensión que el grande epiplón, y, por lo mismo, al pasar éste por esa abertura, quedaba extendido, formando un tabique bastante ancho. Que en muchas operaciones ginecológicas, en las que se confeccionan adherencias, á primera vista más peligrosas, tales como las de las hysteropexis, las del acortamiento de los ligamentos redondos y otras, no se han visto sobrevenir estrangulamientos intestinales.

JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA.

Extracto del Acta núm. 42

SESION DEL 24 DE JULIO DE 1901

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés

Lectura del trabajo enviado por el Sr. Dr. Patrón M., Socio Correspondiente en Mérida.—Presentación de una operada por el Sr. Dr. Noriega.—Se nombra una Comisión para que la examine.—Discusión.—El Señor Dr. Villarreal presenta otra operada, la que también es reconocida por una Comisión.—Discusión.

El segundo Secretario leyó el trabajo reglamentario titulado: «La erisipela en la lepra,» el que fué remitido por el Sr. Dr. D. Adolfo Patrón M., Socio Correspondiente en Mérida.

El Sr. Dr. Noriega presentó á una enferma que operó hace poco más de un mes, la que padecía de una fístula biliar, teniendo como antecedentes haber sufrido desde hace 4 años cólicos hepáticos, que aparecían con cierta regularidad, cuando en el mes de enero último sobrevino fiebre, abultamiento en el hipocondrio derecho, con síntomas de flemon circunscrito que terminó por supuración, abriéndose espontáneamente y dando salida á bilis mezclada

con grumos blanquecinos que se tomaron por partículas alimenticias. El 12 del pasado procedió á la intervención, habiendo comprobado previamente por el examen del líquido fistuloso que se trataba de un trayecto biliar: despegó las paredes del conducto anormal, separando la vesícula de la cara posterior del abdomen y suturó aparte ésta y aquélla, obteniendo la reunión por primera intención. La paciente, agotada antes de la operación, está hoy repuesta y en completo estado de salud. Suplicó al señor Presidente se sirviera nombrar una persona que la reconociera.

Este señor designó, con tal objeto, al Sr. Dr. Díaz Lombardo, suspendiéndose entretanto la sesión.

Al reanudarse, manifestó el nombrado que no repetiría la historia de la enferma, hecha ya por el Sr. Dr. Noriega, y que sólo iba á referirse al estado actual que guardaba: al examinarla le halló en la región de la vesícula biliar una cicatriz plegada, irregular, lo que depende de las alteraciones que dejó la fístula á ese nivel; dicha cicatriz no es dolorosa, ni ofrece nada notable por otro capítulo. Dijo que en resumen había sido un caso feliz é interesante por tratarse de una operación rara entre nosotros y que viene á iniciar, por decirlo así, la cirugía biliar en México, haciendo entrar al dominio quirúrgico los padecimientos de la vesícula. Consideró el estado de la enferma antes y después de la intervención, notando que hubo una fístula biliar, sin pus, la cual deterioró mucho el estado general, y que una vez impedido el escurrimiento exterior de la bilis, al cerrarse el orificio anormal que la vertía, la operada se repuso, sea porque se suprimió aquella pérdida, ó porque se curaron las perturbaciones gastro-intestinales, ligadas con la falta de dicha secreción en el tubo digestivo. Este caso le pareció que ilustraba la cuestión referente al establecimiento de las fístulas biliares, pues la operada del Sr. Dr. Noriega habla en contra de la opinión sostenida por Terrier y otros cirujanos que las consideran inocentes. Terminó felicitando al operador.

El Sr. Dr. Urrutia indicó que la discusión promovida por las fístulas biliares le parecía resuelta en el sentido de que se deben dejar ó suprimir, según que la bacteriología demuestre que la bilis se halla ó no infectada y que respecto al agotamiento producido por la pérdida de bilis no es tan grave como se supone, y en comprobación de ello, está el enfermo citado por Israel con una fístula biliar, por la cual perdió durante mucho tiempo un litro diario de bilis, suministrando, á la vez, un ejemplo de la fácil

conservación de estos trayectos, cuando el líquido no tiene fácil salida natural. Por otra parte, debe tenerse en cuenta, que muchas fistulas se cierran espontáneamente, otras con pequeñas intervenciones y que en algunas, cuando se operan, suele no caerse en la vesícula, sino en una cavidad artificial que se forma entre ella y la pared abdominal y en donde se acumula la bilis, simulando así su receptáculo natural. (Petit). Por último cuando la fistula persiste con escurrimiento abundante, debe conservarse, porque su presencia salva al enfermo de la colemia y revela que hay algún obstáculo á su paso hacia el duodeno.

El Sr. Dr. Díaz Lombardo replicó que las indicaciones para la creación ó la oclusión de las fistulas biliares están bien establecidas, y que las consideraciones que hizo del caso actual, no fueron desde tal punto de vista, sino sólo en lo tocante á la mayor ó menor tolerancia del escurrimiento constante de bilis.

El Sr. Hurtado juzgó el caso importante y recordó haber visto otros análogos en la Maternidad y en el Hospital Juárez. En uno de ellos se trataba de una fistula del hígado, consecutiva á la operación de Stromayer, siendo hasta posible la atropia de la vesícula y no habiendo logrado suplantar la bilis natural ni con la de buey que dió á su enfermo, pues, á pesar de esto, subsistieron los desórdenes digestivos. Dijo que en su observación el problema era complicado por la alteración de la glándula misma; pero que el cirujano siempre se preocupa de cerrar estas fistulas. Para conseguirlo se practican hoy amplias intervenciones, sacando la vesícula, explorándola, cateterizando los canales biliares y abocándola, si fuese necesario, con el intestino. Convino en que son raras entre nosotros esta clase de intervenciones; pero es porque no hay necesidad de ejecutarlas muy á menudo, en atención á que los accesos de cólico hepático ceden con facilidad á los recursos médicos. Como un ejemplo podría citarse al Sr. Dr. D. Francisco de P. Chacón, el que ha padecido dolores litíasicos, tan agudos, que ha sido preciso cloroformarlo, y sin embargo, se ha restablecido sin llegar á la operación. Refiriéndose á la obscuridad que suele ofrecer el diagnóstico de la calciosis hepática, recordó á una señora neurasténica, con catarro intestinal crónico, que fué vista por Potain y Dielafoy. A su regreso de Europa la examinó y ni él ni los señores Dres. Lavista, Licéaga y Ortigosa, que también la vieron, diagnosticaron litiasis biliar. Fué á Carsibad y mejoró bastante, vol-

viendo á Sonora, donde enfermó de nuevo. Con motivo de otro viaje que hizo á Europa en busca de salud para su esposo, tuvo allá cólicos hepáticos característicos. Más tarde se la operó con éxito en San Francisco California, sacándosele varios cálculos y abocándosele la vesícula con el intestino. Repitió que en México eran raros estos casos en que había necesidad de intervenir.

Al Sr. Dr. Urrutia le pareció que el Sr. Dr. Hurtado había hecho una falsa generalización al suponer que todas las fistulas deberían cerrarse, porque en ciertas circunstancias son verdaderamente indispensables, tal acontece, por ejemplo, cuando se trata de la impermeabilidad del canal coledoco, ya sea por el enclavamiento de un cálculo ó por compresión, como en la degeneración cancerosa de la cabeza del pancreas. En cuanto á la poca frecuencia de las intervenciones biliares, se explica desde el momento en que la litiasis biliar no se ataca como la vesico-urinaria, pues actualmente las intervenciones quirúrgicas del aparato biliar tienen sólo dos grandes indicaciones, la infección ó la obstrucción, empleándose, para remediarlas, ó el abocamiento de la vesícula con el intestino ó con el exterior, suturándola á la pared abdominal, (*colesis tostomia*), pues de otra manera subsistiría el peligro por la reproducción de los cálculos, dado que cuando existen en la vesícula los hay en los canales hepáticos en los que no basta el simple cateterismo, el cual no debe intentarse cuando se advierta paracistitis, la que de plano exige la colecistotomía.

El Sr. Dr. Hurtado repuso que no había generalizado, sino que se concretó á decir que las fistulas se cierran cuando está indicado. El Sr. Dr. Urrutia se colocó en un caso muy especial, siendo dable no encontrarse en él cuando, por un tratamiento médico adecuado, se evita la peritonitis localizada. El cateterismos del coledoco se ha hecho por cirujanos distinguidos, y en caso de comunicar la vesícula, sería mejor hacerlo con el intestino y no con el exterior.

El Sr. Dr. Vértiz, á propósito de lo dicho por el Sr. Dr. Urrutia, referente á que no se practica ya la colesistostomía, dijo haber visto á un cirujano de Berlín, Ferner, abrir la vesícula y poner tubos que por una extremidad comunicaban con ella y por la otra con un frasco para realizar la canalización. Si no existieren adherencias se provocan primero, antes de intervenir. Después se deja la fistula, y si no se cierra espontáneamente, se la opera.

El Sr. Dr. Villarreal estimó importante el caso

presentado por el Sr. Dr. Noriega, no sólo porque la fistula biliar ha curado la calculosis, sino porque la misma naturaleza ha indicado el camino. Presentó ó una enferma estableciendo un paralelo con motivo de la operada del Sr. Dr. Noriega, entre las intervenciones que actualmente se practican para tratar de curar á las pacientes afectadas de hepatitis crónicas de origen venenoso, como la que él presentó, ó biliar como la del caso del Dr. Noriega en que la naturaleza misma combatió la infección, abriendo un paso á la bilis á través de la pared abdominal y de la vesícula, haciéndose la canalización biliar espontánea, análoga á la que ahora se practica para la curación de las hepatitis hipertróficas biliares. En el caso que le es personal hizo la derivación de la circulación porta, por intermedio de las venas del epiplón y de la pared del vientre. Suplicó á los médicos se fijaran en ella, pues como dijo en la sesión pasada, esa pobre mujer guardaba, antes de sufrir la transplatación del epiplón, una situación angustiosa, con edemas generalizados y enormes ascitis, para la que habian sido en vano 4 punciones que se le practicaron y 2 más que él mismo le hiciera, viéndose el líquido reproducido con suma rapidez. Ahora los derrames subcutáneos de serosidad han desaparecido, lo mismo que la ascitis y la paciente se halla en un estado relativamente satisfactorio después de 17 días de operada. Rogó al señor Presidente se sirviera nombrar una comisión que la reconociera.

El Sr. Dr. Urrutia, que con anterioridad había pedido la palabra, dijo que el Sr. Dr. Vértiz confundió la colecistotomía con la colesistostomía y que al referirse el que habla á las operaciones sobre las vías biliares, sostuvo que la colecistotomía no se hacía substituyéndola actualmente con la colesistostomía que es la operación que vió practicar el Dr. Vértiz. El señor Presidente nombró al Sr. Dr. Orvañanos para que se sirviera examinar á la operada del señor Dr. Villarreal, suspendiéndose mientras la sesión.

Abierta de nuevo, manifestó el nombrado haber reconocido detenidamente á dicha paciente, la que confiesa sentirse mejor. Se nota un ligero derrame ascítico que al cabo de 17 días de operada ha costado trabajo identificar. El hecho de haber sufrido anasarca generalizada, que no depende de la cirrosis, daría lugar á suponer que el riñón ó el corazón estuvieran afectados. Al examinarle este último, le pareció encontrar un soplo sistólico y reforzamiento del segundo ruido aórtico. Pero de todas maneras el resultado obtenido es halagador y no cabe duda que la circulación colateral que establece el epi-

plón transplataado mejora y prolonga la vida de los cirróticos antes condenados á sucumbir de un modo cierto. De parte del hígado, muy hipertrofiado aún, no se ha visto beneficio real; pero quizá más tarde se observe. Creyó que se estaba autorizado, tratándose de una enfermedad incurable, á imitar esta primera intervención practicada en México por el Sr. Dr. Villarreal.

El Sr. Dr. Prieto rectificó lo dicho por el señor Dr. Orvañanos, en el sentido de que tal operación ya se había hecho antes, entre nosotros, por el señor Dr. D. Angel Contreras, de Puebla.

El Sr. Dr. Hurtado pensó que había necesidad de aplazar el juicio sobre la intervención de que se trata, pues desde luego la mejoría obtenida podría imputarse á la influencia bienhechora de toda laparatomía sobre la circulación peritoneal: los casos de cáncer del pancreas y de tuberculosis mesentérica en los que se ha puesto en práctica este recurso así lo demuestran. Por otra parte, la nueva circulación colateral que establece el epiplón no equivale á la porta y el proceso hepático en nada se modifica. Juzgó que había contradicción en que el Sr. Dr. Villarreal no aceptara como paliativo del cáncer uterino las ligaduras atrofiantes propuestas por el Sr. Dr. Suárez Gamboa y si fuera partidario de la operación que se discute. Además, la posible infección del epiplón es un grave peligro que tampoco debe olvidarse, aunque se halle muy atenuado entre las manos de hábiles cirujanos. Repitió que debía reservarse el juicio sobre este punto y que para decidirse en pro ó en contra, se necesitaban hechos más numerosos.

El Sr. Dr. Villarreal hizo notar que un clínico tan experto como el Sr. Dr. Orvañanos apenas si pudo apreciar un pequeño derrame por lo cual queda en pie el hecho de una enferma cirrótica que en 17 días no se le ha reproducido su ascitis, antes desesperante. En cuanto á la anasarca, podía explicarse por hidremia, y si existe soplo no coincide con síntomas actuales de descompensación. Las objeciones hechas por el Sr. Dr. Hurtado no las entendió, pues no supo si considera contraindicada la intervención ó es partidario de ella. No comprendió tampoco el simil entre cerrar un canal, como es el caso para las ligaduras atrofiantes, y abrir nuevas vías á la circulación obstruída como pasa en la transplatación epiploica.

El Sr. Dr. Urrutia interpeló al Sr. Dr. Villarreal para que se sirviera explicar cómo se hace la nueva circulación en la transplatación del epiplón.

Dicho señor expuso en un esquema el mecanismo de la desviación de la sangre después de la operación. Estorbada la circulación en la porta, meseraica y esplénica, vuelve la sangre por las venas epiloicas y los capilares de nueva formación á las venas de la pared torácica y epigástricas que la llevan respectivamente por las azigos y las ilíacas á la circulación general.

El Sr. Dr. Urrutia no aceptó sus ideas y recordó á su vez en el pizarrón los detalles de formación del tronco de la vena porta en el que intervienen la esplénica y las dos meseraicas, la grande y la pequeña. Insistió en que la sangre del epiplón va siempre á la porta y no se deriva, concediendo importante papel en esta circulación colateral á las venas periumbilicales de Sappey, á las portas accesorias y á las que unen el peritoneo parietal al diafragmático.

JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA.

—13083—

CLINICA EXTERNA

Contribución al estudio clínico del Rinoescleroma

El rinoescleroma es una enfermedad muy rara en el Continente europeo, de donde resulta que no se le ha estudiado sino pocas veces en ciertos países, como Inglaterra, Francia y Alemania. Así, por ejemplo, Hebra estudió el primer caso en París, el año de 1859, y Besnier, el segundo, el año de 1883; pero después de esta época se han podido observar algunos otros, la mayor parte de las veces referentes á individuos extranjeros á Francia. Lenox Brown afirma que en Inglaterra no se ha observado esta enfermedad sino tres veces, y en individuos que no eran nativos de aquel país. La enfermedad de que me ocupo, se observa endémicamente en las riberas del Danubio, sobre todo en las personas pobres y poco aseadas de las provincias orientales de Austria Hungría. En Rusia se observa también en la clase pobre, como acontece en Italia, Suiza, Bélgica y España. En la América del Sur no es raro encontrar el rinoescleroma en los negros del Brasil; pero en los Estados Unidos, dice Freeman, no se han referido más que siete casos, y ninguno relativo á individuos nacidos en este país. Por lo que toca á México, el rinoescleroma no es tan raro como en algunos de los países á que he hecho referencia, puesto que mis observaciones personales son en número de siete y la primera fué recogida el año de 1894. Creo conveniente hacer notar que, á diferencia de lo que asienta Freeman, todos los sujetos que he observado con rinoescleroma han nacido en la República y pertenecen á las diferentes clases de la sociedad.

La edad parece tener alguna influencia sobre el desarrollo de la enfermedad á que me vengo refiriendo, pues no se le ha observado antes de la pubertad, y mis observaciones son confirmativas en este particular, puesto que el menor de los enfermos que he visto, contaba más de veinte años. No sucede lo mismo con el sexo, porque se le observa tanto en el hombre como en la mujer, y por mi parte he visto tres hombres y cuatro mujeres.

Todos los autores afirman que esta enfermedad se desarrolla principalmente en la clase pobre, miserable y sucia, aunque con apariencias de muy buena salud. Desde este punto de vista, mis observaciones difieren de lo asentado por autores europeos, porque ellas se refieren tanto á la clase acomodada, como á la clase media é inferior de la sociedad.

La desigual repartición del rinoescleroma en las diversas naciones de los Continentes, dice Castex, constituye uno de sus principales caracteres; y aunque poco numerosas, no creo por demás decir que mis observaciones se refieren á individuos de distintas partes de la República. Así, un enfermo es del Estado de Sonora, otro del de Puebla y un tercero del Estado de México. Los otros cuatro son de la Capital.

Las circunstancias que acabo de señalar en la etiología del rinoescleroma, son de un orden secundario, enfrente del *bacillus de Frisch*, que es la causa específica de la enfermedad; y aunque Cornil fué quien por primera vez la señaló en los elementos constitutivos del rinoescleroma, Frisch fué el primero que lo descubrió en el interior de las celdillas, y sobre todo el que lo consideró como la causa de la enfermedad.

El bacilo del rinoescleroma, corto, grueso y generalmente encapsulado, se encuentra no solamente en los espacios intercelulares, sino también en el interior de las celdillas, en los linfáticos y en las secreciones de las regiones enfermas, tales como el moco nasal y la saliva. Se ha hecho la curiosa observación de que la fermentación de la indigófera, se produce por un bacilo muy parecido al del rinoescleroma, fermentación que se ha podido obtener con el bacilo de Frisch.

Un médico ruso, Stephanow, ha llevado á cabo algunos estudios experimentales respecto al rinoescleroma, y ha conseguido reproducirlo por inoculación. Al efecto, depositó en la cámara anterior del ojo de un cullo, unas veces pequeños fragmentos de rinoescleroma, y otras, culturas puras del bacilo de Frisch. Sacrificados los animales después de dos meses, dicho experimentador encontró detrás de la córnea una pequeña masa amarillenta semejante á una catarata; y habiendo sembrado algunos fragmentos de esta producción, obtuvo una cultura del bacilo esclerógeno, de donde dedujo que el rinoescleroma es inoculable.

Ahora bien, ¿es contagioso el rinoescleroma? Indudablemente que sí, y por mi parte creo haber observado un caso en que el contagio tal vez desempeñó algún papel de importancia. La observación á que me refiero, es la siguiente:

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Extracto del Acta núm. 43

SESION DEL 31 DE JULIO DE 1901

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés

Lectura por el Sr. Dr. Roque Macouzet acerca de la punción lumbar en el tratamiento de la meningitis. Discusión.—Lectura por el Sr. Dr. Joaquín Vértiz acerca del tratamiento quirúrgico de los abscesos de hígado abiertos en los bronquios.—Discusión.—Comunicación por el Sr. Dr. Mendizábal á propósito del trabajo del Sr. Dr. D. Adolfo Patrón Martínez sobre el tratamiento de la lepra.

El Sr. Macouzet leyó su Memoria de turno intitulada: «Breves consideraciones sobre la meningitis aguda en los niños.» Se declaró comprendida en la fracción 2.ª del art. 74 del Reglamento.

El Sr. Dr. Gaviño la juzgó de tal interés, que no quiso dejarla pasar inadvertida por los hechos importantes que encierra. Consideró los efectos de la compresión intracraneana, la que origina isquemia en los centros nerviosos, y mayor aflujo de sangre á la periferia, estimando que en los casos de meningitis no hay que tener en cuenta sólo este factor, sino también la infección microbiana que vierte muchos productos tóxicos en el líquido cefalo-raquídeo, y únicamente aceptando la inflamación meningea como una lesión «sine materia,» podría concederse un papel predominante al aumento de tensión intracéfálica. Recordó los síntomas meningíticos de origen infeccioso que sobrevienen en los niños atacados de colibacilosis intestinal. Extraer, pues, el líquido cefalo-raquídeo sin obrar al mismo tiempo sobre la intoxicación microbiana, no está muy de acuerdo con la patogenia de la meningitis. En cortes hechos en las meninges inflamadas se han encontrado muchos microorganismos que causan re-

flejos intensos á semejanza de las toxinas que se absorben en el intestino infectado. Sería, por lo mismo, aventurado suponer que la descompresión sola curaría la enfermedad, aunque si bien es cierto que el Sr. Dr. Macouzet hace notar en su trabajo que juntamente con la punción lumbar empleó el tratamiento clásico de la meningitis por el calomel, los revulsivos, etc. Por otra parte, tampoco se explicó que 20 centímetros cúbicos del líquido cefalo-raquídeo que fueron extraídos, puedan influir sobre la descompresión de los centros nerviosos, desde el momento en que sabemos la rapidez con que se reproduce dicho líquido.

El Sr. Dr. Macouzet dijo que á priori no hay base sólida para juzgar un tratamiento que él no quiere instituir como único de la meningitis el que ha practicado; pero sí cree que la compresión del cerebro es una causa precoz de muerte en los niños que sufren aquella dolencia; y Rokitanski ha enseñado, además, que en esos casos el líquido raquídeo se vuelve muy tóxico; de suerte que al sustraerlo y al hacer que cese, aunque sea por unos minutos, la compresión que causa, se gana mucho. Citó á una niñita que conoce el Sr. Dr. Chávez, la que estaba en cama muy grave, por una meningitis aguda y que volvió á la vida inmediatamente después de la punción, la que no cree sea el medio único que deba emplearse en esa enfermedad; pero sí un útil adyuvante, inocente, que descomprime los centros nerviosos y extrae una parte de las toxinas que los envenena.

El Sr. Dr. Chávez recordó que hace tiempo habló en esta Corporación de los brillantes resultados obtenidos con la trepanación en Alemania y en Inglaterra, en los casos de meningitis, de los que hay muchas curaciones auténticas conseguidas por este medio, del que no se sabe en realidad la manera de obrar, pues será quizá como lo hace la laparotomía en la tuberculosis peritoneal.

Cuando se descubrieron las inyecciones intrarra-

quideas, vino la idea de usar la punción para la curación de las meningitis y de otros padecimientos nerviosos, y Baucinski la hizo uno de los primeros, refiriendo en la Sociedad de Neurología de París un caso de meningitis que se mejoró mucho por la punción, y al repetirse los accidentes, se usó de nuevo con el mismo éxito. Dicho autor habló también de una joven que sufría de ataques, los que fueron diagnosticados como históricos en la Salpêtrière, y al obvenirle un escurrimiento de líquido cefalo-raquídeo por la nariz, mejoró notablemente de ellos, reapareciéndole cuando se interrumpía la salida del líquido. Dijo que era tal el entusiasmo por este método, que últimamente se ha recomendado hasta en los casos de uremia.

El Sr. Dr. Vargas creyó de interés las experiencias que se discuten, y opinó que uno de los medios para combatir las meningitis, era la punción lumbar repetida, por haberse demostrado, mediante el examen bacteriológico, la disminución del bacillus patógeno, después de emplearlas en los casos de meningitis epidémica. Otro tanto podría suponerse tratándose de las leptomeningitis en las cuales la punción disminuye la presión y la infección. En cambio, en las inflamaciones meníngeas crónicas, tal recurso daría resultados menos favorables, obteniéndose sólo una mejoría.

El Sr. Dr. Zárraga temió que el medio propuesto no sirviera, como dice Fillatous, ni para establecer el diagnóstico, por haber casos en que apesar de la punción no se extrae líquido. Citó un caso de parto que asistió con el Sr. Dr. D. Guillermo Parra, en que hubo necesidad de hacer la versión para convertir una presentación de hombro, reteniéndose la cabeza. El que daba el cloroformo fué consultado sobre el particular y juzgó que el accidente dependía de que el feto era hidrocefalo, y no habiendo en esos momentos con que puncionar el cráneo, practicaron con el bisturí, al nivel del raquis, una incisión hasta llegar al canal y vieron con sorpresa que el líquido no se vació. Vino entonces desde San Cosme hasta su casa de Donceles por el baciotribo; pero mientras las contracciones uterinas sacaron el líquido y no hubo necesidad de aplicar el instrumento, porque el parto se terminó espontáneamente.

Temió por esto que no siempre sea eficaz el tratamiento preconizado por el Sr. Dr. Macouzet.

Este señor no estimó exacto el paralelo hecho entre la hidrocefalia y la meningitis, pues en ésta hay exceso de tensión en el líquido cefalo-raquídeo, mientras que en aquélla no existe comunicación entre el

canal medular y las meninges craneanas, que es precisamente lo que caracteriza la hidrocefalia y lo que explica que en la observación referida por el Sr. Dr. Zárraga no hubiera escurrido el líquido.

El Sr. Dr. Vértiz leyó un trabajo titulado: "Abscesos de hígado y su tratamiento quirúrgico." Puesto á discusión, el Sr. Dr. Olvera, refiriéndose á la última parte de dicho trabajo, dijo que á él se le había ocurrido también operar ampliamente los abscesos hepáticos abiertos en los bronquios, lo que antes se temía mucho por no dar entrada al aire, pues cuando sólo existe la comunicación con los bronquios, el aire pulmonar no penetra á la cavidad purulenta, ya sea por la dirección tortuosa del canal, que forma válvulas, ó por encontrarse la abertura en un punto alto. Si antes la punción la juzgó más bien mala para el tratamiento de estos abscesos, ahora, animada por las amplias intervenciones, hizo una en su servicio, apresurándose con ella la marcha fatal del padecimiento. No quiso contrariar con esto las ideas sostenidas por el Sr. Dr. Vértiz, tanto más, cuanto que un solo caso no es bastante para decidir esta cuestión; pero lo relató porque cree que deben conocerse todos.

El Sr. Dr. Toussaint dijo que había oído con extrañeza en el trabajo que se discute que su autor hablaba de abscesos tuberculosos, de los que él confesó no haber visto ninguno de ese origen en las autopsias que ha practicado y los que los autores citan como excepciones ó no mencionan del todo. Recordó que la tuberculosis hepática se presenta bajo la forma de granulaciones conglomeradas ó diseminadas en el tejido de la glándula, observándose algunas veces la transformación caseosa, distinta de un verdadero absceso. Le llamó también la atención, que las colecciones purulentas de este origen, citadas por el Sr. Dr. Vértiz, hubieran curado como simples abscesos.

El Sr. Dr. Vázquez Gómez, haciendo alusión á la terminología empleada por el Sr. Dr. Olvera, dijo que el peligro en las operaciones no estaba en poner las heridas en relación con el aire exterior, sino en infectarlas por medio de las manos, de los instrumentos ó de la misma piel de los enfermos. Refiriéndose á que si los abscesos hepáticos abiertos en los bronquios debían ó no operarse, manifestó que el aire que entraba por las vías respiratorias se purificaba antes de llegar al contacto del foco, y que por el exterior era dable suprimir los peligros de la infección, haciendo una operación perfecta, por lo que creyó que no había motivo para dejar de intervenir en es-

tos casos. Insistió en que debía tenerse en cuenta la amplitud de la fistula bronceohepática, la cual podía calcularse por la cantidad de pus expectorado y dijo que las punciones practicadas por el Sr. Dr. Vértiz, lo han sido en la época de la antisepsia. Ahora él preferiría abrir ampliamente, poniendo tubos cerrados con pinzas para hacer la canalización intermitente, como la recomienda para la pleura el Sr. Dr. Macías, porque así sería más fácil evitar la corriente de aire ó tiro que se establece en el exterior y los bronquios á través de la fistula, lo que impide la cicatrización de ésta. Con el mismo fin aconsejó cerrar completamente las cavidades abdominal y pleural, insistiendo en vaciar el foco cada 24 horas.

El Sr. Dr. Vértiz recordó la evolución que han sufrido sus ideas desde que dijo que no se interviniera en los abscesos hepáticos abiertos en los bronquios, hasta hoy que aconseja la hepatotomía, la que se ha de hacer esperando la cicatrización de la fistula. Creyó también con el Sr. Dr. Vázquez Gómez, que se ha calumniado al aire como agente de infección, y por mucho que no se la explique en los casos de comunicación del foco con los bronquios y con el exterior, es un hecho que sobreviene fácilmente en tales condiciones, por lo que debe haber algo más que nos escape. Sin embargo, ha visto que siguiendo las cautelas antisépticas, son raras las complicaciones, y el caso fatal referido por el Sr. Dr. Olvera, dependió sin duda de la mala influencia del medio en que intervino, porque en el Hospital Béistegui, en donde es más favorable, se han obtenido éxitos. Contestó el Sr. Dr. Toussaint diciendo que no habló de abscesos tuberculosos, sino de los abscesos del hígado en los tuberculosos y recordó que en las autopsias que ha hecho en estos enfermos, con supuración hepática, no ha encontrado granulaciones en dicha glándula; pero sí convino en la gravedad especial que tienen en los tuberculosos los referidos abscesos, citando en comprobación una estadística de 10 casos, en los que se intervino con 9 éxitos y un sólo fracaso en que el paciente era tuberculoso. El Sr. Dr. Icaza, en una estadística semejante, ha notado los mismos resultados.

El Sr. Dr. Olvera repitió que no había relatado su observación para contrariar las ideas emitidas, sino porque insistía en que deben conocerse todas; respecto al medio en que se intervino, advirtió que en el mismo, con igual operador, etc., se habían tenido 8 enfermos salvados de abscesos hepáticos que no

comunicaban con los bronquios. En cuanto al aire, no quiso decir que se le temiera hoy, pero antes sí, no sólo en el padecimiento que se discute, sino en otras operaciones que se hacían subcutáneas, método que como se recordará estuvo en boga entre los antiguos cirujanos.

El Sr. Dr. Hurtado consideró que la opinión era uniforme para intervenir en ciertas condiciones, tratándose de abscesos hepáticos abiertos en los bronquios; pero con respecto á la manera de hacerlo, pensó que era mejor abrir ampliamente y afrontar los bordes de la fistula brónquica, prohibiendo los lavados.

El Sr. Dr. Urrutia, en las conversaciones que ha tenido con médicos de vasta experiencia, le han dicho que la mayor parte de los operados de estos abscesos morían, y entre otros facultativos, el Sr. Dr. D. Regino González así lo ha confesado. Convino en que el aire sí podía influir sobre este padecimiento, obrando como un cuerpo extraño, así como por su temperatura y por el tiro que establece, lo que impide la cicatrización de la fistula. Creyó que sería preferible que los cirujanos se resolvieran á practicar la toracoplastia para intentar cerrar, por medios quirúrgicos, el orificio fistuloso y hasta después abrir el absceso hepático. Recomendó con tal objeto el método de Quenu, en el que se abre el tórax, seccionando pequeños fragmentos de costillas.

El Sr. Dr. Mendizábal estimó peligrosas las generalizaciones y no siempre útil la intervención en el padecimiento que se discute, porque él ha visto en tierra caliente, donde son tan frecuentes las supuraciones del hígado, muchas curarse espontáneamente, apesar de su comunicación con los bronquios. Juzgó especialmente peligrosos los abscesos que se desarrollan en la convexidad de la glándula, y convino que en ciertos casos sí debían operarse.

El Sr. Dr. D. Nicolás Ramírez de Arellano quiso recordar dos casos de absceso hepático abierto en los bronquios, los que operó en compañía del Dr. Icaza, rellenándose con gasa iodoformada la cavidad paracenta y notándose que dos días después ya no salía supuración por la boca, lo que indicó la oclusión de la fistula. A uno de estos enfermos se le reprodujo su absceso 6 ú 8 meses después, comunicando también con los bronquios y causándole la muerte. Creyó que cuando se laponan, el resultado es feliz, por lo que debe seguirse esta técnica. En cuanto al aire, pensó que sí podía intervenir algo, llevando en suspensión gérmenes, pues sólo cuando recorre tubos muy sinuosos, como en el experimen-

to de Pasteur, es cuando se esteriliza por completo.

El Sr. Dr. Vázquez Gómez dijo que había siempre que tener en cuenta el estado general del enfermo y que no era necesario lavar el foco, ni el día la intervención, ni en los subsecuentes. Refirió un hecho parecido á los que ha solicitado el Sr. Dr. Ramírez de Arellano: se trataba de un individuo originario del Estado de Chiapas, alcohólico, que tuvo una apendicitis con absceso hepático, el que en vacilaciones para intervenir ó no, se operó hasta que ya estaba abierto en los bronquios; á pesar de esto el enfermo curó de su absceso; pero en la convalecencia sufrió una pleuresía, muriendo con síntomas de irrupción de pus en el pericardio. Repitió que al aire le concedía muy poca influencia en la aparición de complicaciones, de las que muchas se deben á la canalización insuficiente de los focos purulentos, pues se ve todos los días que los más ampliamente abiertos son los que menos se infectan.

El Sr. Dr. Mendizábal, aludiendo al trabajo del Sr. Dr. Patrón Martínez, leído en la sesión anterior, dijo que revelaba un espíritu observador; pero que los estudios ulteriores que se propone emprender no lo conducirán á un resultado práctico, pues la experiencia ha demostrado que la mejoría local que produce la erisipela en las regiones afectadas de lepra, es sólo pasajera. En el Hospital Juárez, donde están contiguas la sala de leprosos y erisipelatosos, pasan de treinta los casos de contagio de éstos á aquéllos, habiendo leproso que en el curso de un año haya tenido dos ó tres erisipelas, observándose sólo una modificación efímera en la marcha de la lepra, lo que se explica fácilmente porque la experiencia enseña que cuando una enfermedad aguda complica á una crónica, las manifestaciones de ésta se borran transitoriamente para recobrar, luego que aquélla desaparezca, todo su vigor y poder. Así se explican los éxitos de la seroterapia y de los virus atenuados en las enfermedades agudas, porque es sabido que una enfermedad intercurrente modifica de una manera brusca el terreno de cultivo, y prolongándose su acción más allá de la enfermedad que preexistía, se obtendría la curación de ella; pero en el caso contrario, como en el de la erisipela y la lepra, la enfermedad primitiva reaparece cuando la segunda termina. No hay que olvidar las esperanzas que hicieron concebir los descubrimientos casuales de Busch y otros médicos sobre la influencia favorable y hasta curativa que ciertas enfermedades, como la fiebre tifoidea, el cólera nostras, la escarlatina y especialmente la erisipela, tenían so-

bre los tumores malignos. También se sabe las decepciones que han dejado las inoculaciones de cultivos virulentos del estreptococcus de la erisipela, ya puras, ya esterilizadas como se hicieron después cuando se descubrió el papel de las toxinas. Así serían tal vez las que seguirían á los trabajos del señor Dr. Patrón Martínez, pues en tres ocasiones en que el Sr. Dr. Mendizábal ha intentado su tratamiento, no ha obtenido ningún resultado en casos de lepra.

Recordó la discusión que con motivo de la curabilidad y contagiosidad de la lepra hubo en el último Congreso Internacional de Medicina reunido en París; citando la opinión de autorizados leprólogos como Ehlers y Danielssen, que admiten la posibilidad de curar esta enfermedad ó de cambiar sus formas más terribles, como la tuberculosa, en otras más benignas, como la anestésica, para lo que bastaría sustraer á los pacientes de los miserables hogares en que ordinariamente viven y colocarlos en buenas condiciones higiénicas, aplicando curaciones asépticas en sus lesiones de la piel y dándoles los medicamentos apropiados. Con estos medios el referido Dr. Danielssen pudo dar de alta en el Hospital de leprosos de Bergen, Noruega, á 93 enfermos completamente curados. Estableció un paralelo entre la tuberculosis y la lepra, á las que el Dr. Ehlers llama hermanas, indicando la curación espontánea que suele observarse tratándose de sus formas benignas y frustas, pudiéndose colocar entre las últimas, en lo tocante á la lepra, las que consisten en una contractura del cuarto y quinto dedo, ó en una atrofia muscular localizada, ó en una analgesia circunscrita. Dijo que á juicio del repetido Dr. Ehlers debía preferirse el aceite de Chaulmoogra entre la ininidad de medicamentos recomendados para la lepra; pero ninguno reúne las ventajas de las aguas arsenico-ferruginosas de Guter, en Bosnia, pues las estadísticas publicadas en aquel establecimiento así lo demuestran. Confío en que la seroterapia sería en época no remota el verdadero tratamiento de la lepra; pero entretanto debemos impedir el desarrollo del bacillus patógeno y de sus toxinas modificando la receptividad del organismo por medio de la higiene y de la asepsia. Recordó las conclusiones que el Dr. Santos sometía á la Sección de Terapéutica del referido Congreso de París, las que en resumen aconsejan una vida higiénica, en países indemes de lepra, de preferencia en el campo, fuera de la influencia del mar, usando alimentos sanos de los que han de excluirse las carnes saladas, los

pescados, los animales de caza, y los alcohólicos; todo este ayudado con la curación conveniente de las lesiones leprosas, con la ministración de medicamentos apropiados y con un tratamiento moral, metódico y bien dirigido para levantar el estado general de los enfermos.

«El extracto del acta núm. 43 le suscribo por exigirlo así el Sr. Dr. D. Jesús González Uruña; pero debo advertir que es la misma acta tal como la redactó este Señor, faltando únicamente las comunicaciones y trámites de orden económico.»

ISMAEL PRIETO.

CLINICA INTERNA

Contribución al estudio de la pyretología
en México.

Señores Académicos:

Desde los memorables trabajos emprendidos en la Capital de la República por clínicos mexicanos y extranjeros, allá en los años 64 y 65 de la centuria pasada, para colocar la fiebre llamada "tabardillo" en el lugar que le corresponde en los cuadros nosológicos, asimilándola al tifo de Hildenbrand y diferenciándola de la fiebre europea tan bien estudiada por Louis y denominada por él "fiebre tifoidea," se ha venido sosteniendo, á la par que la existencia de la dothienenteria en la Mesa Central, la relativa rareza con que se observa en relación con el tifo exantemático.

Cábele la honra á nuestra patria el haber señalado desde entonces las diferencias esenciales que existen entre nuestro tifo y la fiebre tifoidea, como se puede comprobar leyendo las importantes discusiones que tuvieron lugar en el seno de esta misma Academia, donde tomaban asiento entonces nuestros venerables maestros, D. Miguel Jiménez, D. Luis Hidalgo Carpio, D. Manuel Carmona y Valle y D. José Barceló y Villagrán, así como los no menos ilustres Doctores franceses Jourdanet, Claudel y Ehrmann; mientras que en Europa todavía el año de 1876, como se puede ver leyendo la obra de Woodward, existían defensores, y muchos, de la identidad de ambas fiebres, atribuyendo ó explicando sus

diferencias, como lo creyó y sostuvo al principio nuestro inolvidable clínico el Dr. Jiménez, á circunstancias geográficas, al clima, á los hábitos y á las condiciones locales ó accidentales del medio en que aparecen.

Los trabajos bacterioscópicos y bacteriológicos emprendidos por Bouchard y por Seitz y coronados felizmente por Eberth el año de 1886, descubriendo el microbio que lleva su nombre, como agente patógeno del tifo abdominal, vinieron á uniformar las opiniones y á dar una personalidad que nadie desconoce ya á la fiebre tifoidea. Vino después el gran descubrimiento de Fernando Vidal: la serodiagnosís ó sea la propiedad que tiene el suero de los enfermos atacados de fiebre tifoidea de conglomerar el bacilo de Eberth, y esto, en el terreno práctico, ha sido un medio precioso y fácil á la vez de confirmar el diagnóstico que se basara simplemente en la evolución clínica de la enfermedad.

No hay comparación posible en la frecuencia con que se observan en la Mesa Central la fiebre tifoidea y el tifo petequial, y basta para convencerse de ello, el número relativamente corto de casos referidos á esta Academia por los Dres. Hidalgo Carpio y Claudel, y que constan en el tomo I de "La Gaceta;" por el Dr. Labastida en el tomo VII; y por el Dr. Ruiz y Sandoval en el tomo XV; todos estos casos fueron fatales y se comprobaron en la autopsia; pero no siempre puede ésta hacerse en la práctica civil y los médicos todos que ejercen en la Capital han tenido, y tienen bajo sus cuidados, enfermos de fiebres que distan mucho del cuadro clínico del tifo; que con más ó menos gravedad curan y que no conociéndose aún la sero-diagnosís de Vidal ó careciendo del reactivo, no emplearon ese medio de ratificar su diagnóstico, inclinándose siempre á considerar esos casos como de fiebre tifoidea.

Al iniciarse días pasados la discusión en el seno de esta Academia acerca de la frecuencia con que se observa en la Capital la fiebre tifoidea, á propósito de un interesante trabajo del Dr. Gaviño, yo insistí en que era más frecuente de lo que generalmente se pensaba, y lamentándome de la falta de reactivo para dar en lo sucesivo toda la fuerza científica al diagnóstico, el Dr. Gaviño tuvo la amabilidad de poner dicho reactivo á disposición de los Sres. Académicos, y yo lo he aprovechado en el primer caso que á pocos días se me presentó y que hago objeto de este imperfecto trabajo para cumplir lo ofrecido y llenar mi turno reglamentario de lectura.

Se trataba de una joven de las mejores familias



DR. FEDERICO SEMELEDER

† el 17 de Octubre de 1901



aceta



édica de



éxico

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO I.

MEXICO, 1.º DE NOVIEMBRE DE 1901

2ª SERIE.—NUM. 21

EN LA MAÑANA DEL 17 DE OCTUBRE DE 1901

FALLECIÓ EN CORDOBA (VERACRUZ)

EL SEÑOR

Dr. Federico Semeleder

EX-PRESIDENTE Y SOCIO HONORARIO

DE LA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

DE MEXICO

D. E. P.



La Academia N. de Medicina de México acaba de experimentar una irreparable pérdida, con la muerte de su fundador, el *Dr. Federico Semeleder*, quien el 12 de Julio de 1864 formó parte del grupo que sirvió de núcleo á la nueva Sociedad Médica, contando hasta la fecha de su muerte 37 años de continuados trabajos por su progreso y adelanto; por su estima y buen nombre.

El *Dr. Semeleder* nació en Wienerneustadt (Austria) el 29 de Febrero de 1832; hizo su carrera médica en la Universidad de Viena, y poco después de recibido, su saber y aptitud lo colocaron en uno de los puestos más honrosos y difíciles de obtener, el de *Primarius* ó Jefe de Sección en el gran Hospital de Viena.

En 1864, cuando el Archiduque Maximiliano resolvió venir á México, conociendo el mérito científico del *Dr. Semeleder*, solicitó el que lo acompañara como su médico y de su esposa, dándole el grado militar que le correspondía; en ese puesto, el Archiduque y los médicos mexicanos que estuvieron en frecuente trato con él, pudieron apreciar su vasta instrucción, su talento clarísimo y su notoria aptitud en la profesión que con tanto tino ejercía.

No caminando de acuerdo con las últimas disposiciones de Maximiliano en la política, pidió su separación á fines de 1866, que á instancias le fué concedida, y en vez de regresar á su país, determinó radicarse

en México, pues en el poco tiempo que había estado se adunó perfectamente con nuestras costumbres, disfrutando de la estima y cariño de los principales médicos de la Capital, y de una numerosa y escogida clientela, ya de las colonias extranjeras, como de la mejor sociedad de México.

El *Dr. Semeleder* hablaba con perfección el alemán, español, francés, inglés é italiano, y conocía á fondo los idiomas antiguos, como el latín, griego y algún otro. Poseía conocimientos vastos en varios ramos del saber humano, y en Medicina, siempre estaba al día en sus asombrosos descubrimientos.

No obstante un exterior que parecía duro y seco, poseía un corazón lleno de ternura y sin doblez ni falsía; franco siempre, cautivaba con su amabilidad cuando ya se le conocía. Fué miembro de varias sociedades científicas, no sólo del país, sino también del extranjero; desempeñó por algunos años el puesto de Cirujano en Jefe del Ferrocarril Central, y actualmente lo era del que se construye de Córdoba al Pacífico.

La Academia N. de Medicina, por la que mostró siempre tanto cariño y laboriosidad, cuando vió que tenía que permanecer lejos de ella por motivos de salud, premió su constancia nombrándolo el 14 de Octubre de 1896 su *Socio Honorario*.

Fué su Vice-presidente en los años de 1887 á 1888 y 1891 á 1892 y Presiden-

te en los de 1888 á 1889 y 1892 á 1893.

Al finalizar damos una relacion de los escritos del Dr. Semeleder, que presentó en la Academia y se publicaron en la GACETA MEDICA; ellos muestran su saber, su ilustración, su talento observador y su nunca desmentida laboriosidad en el adelanto de la ciencia.

Hacia varios años que el Dr. Semeleder venía sufriendo de una enfermedad dolorosa, tenaz y que resistió á todo tratamiento empleado: en busca de mejoría resolvió radicarse en Córdoba, donde al principio tu-

vo algún alivio: después, la enfermedad aumentó de intensidad, minando lentamente su economía, y al finalizar la tercera semana de un sufrimiento constante y cruel, se apagó aquella inteligencia elevada y dejó de latir aquel corazón bueno y grande.

Descanse en paz nuestro leal compañero y buen amigo, y que las generaciones que vengan sepan encontrar el mérito en los escritos del Dr. Semeleder, aprendiendo en ellos, en primer lugar, el amor al trabajo, y en segundo la asiduidad por la ciencia.

M. S. SORIANO.

ESCRITOS DEL DR. F. SEMELEDER

	Págs.
Historia de dos casos de extirpación de pólipos de la laringe, ejecutada por el autor, tomo 4	81
Informe sobre los enfermos que, durante los últimos 2 años 3 meses, se han presentado á la consulta gratuita del Dr. Schindtlein, tomo 9	26
Curación de una fractura de la duodécima vértebra dorsal con algunas consideraciones generales sobre las fracturas de las vértebras y un caso de fractura y extracción del cóxis, tomo 9	85
Método desinfectante para curar llagas, sencillo y barato, tomo 9	287
El galvanismo en los tumores fibrosos del útero, tomo 12	221
De las laceraciones ó eversionses del cuello uterino, tomo 13	143
Resumen de los trabajos enviados por el Sr. Heinemann, tomo 13	191
Revista extranjera, tomo 13	415
Del uso de la electricidad en la medicina, tomo 13	485
Quiste del ovario derecho. Electrolisis. Curación, tomo 13	593
Revista extranjera, tomo 13	609
Los tumores adenoides de la faringe nasal, por el Dr. B. Loewenberg, tomo 14	139
Superfetación, tomo 14	144
Dictamen sobre el trabajo del Sr. Manuel A. Ortiz, acerca de un enorme tumor erectil, tomo 15	492
Efectos fisiológicos del nariato de cocaína, tomo 20	25
Quiste abdominal parovárico curado por la electrolisis, tomo 20	57
Morismos sacados de la monografía del Dr. Schreiber, tomo 20	374
Relación de cuarenta y cinco casos de quistes	

	Págs.
abdominales (ováricos y parováricos) tratados por medio de la electrolización, tomo 21	349
Del reumatismo gonorreico, tomo 21	493
Traducción de algunas publicaciones en alemán remitidas á la Academia, por el Dr. Unna, de Hamburgo, tomo 22	16
Dictamen sobre las aguas minerales.—Asociado á los Dres. Bandera y Soriano, tomo 22	32
¿Como entiendo lo que leo? tomo 22	375
Revista de periódicos alemanes, tomo 23	95
Dedo de resorte, tomo 23	359
Clínica Interna. Un caso de equinococo multilocular, año de 1889.	
Clínica Externa.—El tratamiento mecánico de las fracturas transversales subcutáneas de la rótula.—Junio 20, 1889.	
Reflexiones sobre la Terapéutica Interna, año de 1890.	
Décimo Congreso Médico Internacional, verificado en Berlín del 4 al 9 de Agosto de 1890. Cablegrama del "Medical Record" de New-York. Traducido por el Dr. Semeleder.	
La lingüística en la Medicina.—Oct. 1º, de 1890	
Fisiología, Incongruencia entre nuestros sentidos. Noviembre, de 1890.	
Patología General.—El Doler.—Octubre, 1892.	
Obstetricia. Un caso de útero doble y tabique vaginal incompleto, año de 1894.	
Crugía. Dos casos raros de Necrosis del maxilar inferior, Junio de 1895.	
Clínica externa ó interna. Dos casos raros.—Herida de bala en la rodilla. Equinococo del hígado. Córdoba, Mayo de 1896.	
Clínica Médica.—Dos casos curiosos.—Córdoba Febrero, de 1899.	
Clínica Interna.—Acerea de Paludismo.—Plasmodias; Mosquitos, etc. Córdoba, Julio de 1900.	

En los periódicos médicos de los Estados Unidos y de Alemania, de los que era colaborador, se han publicado varios artículos médicos y revistas sobre la medicina nacional.



DR. SEGUNDINO SOSA

+ el 4 de Noviembre de 1901

Gaceta **M**édica de **M**éxico

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO I.

MEXICO, 15 DE NOVIEMBRE DE 1901

2ª SERIE.—NUM. 22

A LAS DOS DE LA MAÑANA DEL DIA 4 DE NOVIEMBRE

DE 1901

FALLECIÓ EN GUADALUPE HIDALGO

EL DOCTOR

Secundino Sosa

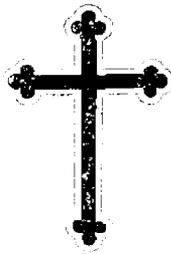
SOCIO TITULAR

DE LA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

DE MEXICO

D. E. P.



Casi al terminar el primer año de esta centuria, cuando bajo los mejores auspicios se iniciaban apenas los trabajos de un nuevo período, la Academia Nacional de Medicina sintióse conmovida con la pérdida realmente irreparable de dos colaboradores distinguidos.

SEMELEDER primeramente, después SOSA: el antiguo socio, casi fundador de esta Academia, cuyas labores dirigió como Presidente electo en dos distintas épocas, el ilustrado y honorable médico austriaco que con tan buena voluntad, solícito empeño y verdadero afán cooperó siempre gustoso al engrandecimiento de la corporación; y el joven y ya sabio profesor, lustre y decoro de la Escuela, cuya preciosa existencia cortó torpemente la cruel é implacable segadora en la mañana del 4 de noviembre de 1901.

Rápida y fatal dolencia arrebató á la vida al SR. DR. D. SECUNDINO SOSA, miembro titular de la Academia, á la cual pertenecía desde el año de 1892, formando parte activa é importante de la Sección de Medicina legal. Su muerte, que nunca será bastante lamentada, fué para los que tuvieron la dicha de conocerle y amarle tan sensible, tan cruel, tan dolorosa y amarga no solamente por lo inesperada y violenta, al grado que pudiera mirarse repentina, sino también, y muy principalmente, porque ella vino á privarlos para siempre de la eficaz y poderosa cooperación de un factor de primer orden, elemento soberbio de cultura, prodigio de talento, luz de gloria en la ciencia y literatura nacionales.

Nacido en humilde cuna en la ciudad de Pue-

bla, hacia el año de 1857, había pisado apenas los umbrales de la edad madura, dejando ya de tiempo atrás estela luminosa inextinguible en las escuelas, donde hiciera sus estudios primarios, preparatorios y profesionales. En esa ciudad realizó los primeros, y los últimos en esta capital, en nuestra Escuela N. de Medicina, en la cual hizo toda su carrera por los años de 1876 á 1889, llegando á obtener el honroso y anhelado título en agosto de 1881.

Acababa, pues, de cumplir veinte años de ejercicio facultativo, durante los cuales había conquistado ya envidiable reputación científica. Fuera de las pruebas escolares correspondientes al curso de sus estudios, que siempre resultaron palmarias muestras de excepcionales aptitudes, sostuvo más tarde con el mejor éxito brillantes concursos, aspirando á la plaza de profesor. Así fué como obtuvo el honorífico puesto de Adjunto de una de las cátedras de Clínica interna de la Escuela.

Distinguido alienista, mereció ser reputado como insigne maestro en la difícil ciencia de la Psiquiatría y fué Director por varios años del hospital de mujeres dementes. Sobre este género de enfermedades, dió en la Escuela de Medicina un curso público extraordinario por lecciones orales á notables abogados, que ocupaban puestos eminentes en la judicatura y en el foro. Los dictámenes que con relación á asuntos médico-legales de su especialidad emitió y sostuvo en diversas ocasiones, ora en estrados, ora en juntas facultativas de carácter privado, fueron constantemente objeto de admiración y aplauso por parte de quienes los motivaron. Y á este respecto cabe asegurar que las exposiciones que hacía eran magistrales, resultando sus discursos acabadas piezas oratorias, nutridas de ciencia y experiencia, formuladas con nitidez, campeando en todas ellas riguroso método, un raciocinio severo é inflexible, vestido con las galas de una dicción fluída, elegante y castiza.

Escritor correcto y concienzudo, dejó señaladas sus producciones todas con el sello de la más pura pulcritud y así forman con entera justicia ornato y verdadero lucimiento de las publicaciones que se honraron con darlas á conocer.

Fué miembro fundador del Instituto Médico Nacional, conservando el carácter de Secretario del establecimiento, plaza que sirvió hasta su muerte con el celo y tino que, dadas sus aptitudes, eran de esperarse y que jamás llegó á desmentir. Por razón de tal empleo, ocupó el puesto de director del periódico órgano del Instituto.

Pertenecía á diversas Sociedades científicas de la República, y como miembro eminente de varias muy respetables, sea de la capital, sea del lugar de su nacimiento, se le designó muchas veces para representarlas en grandes solemnidades públicas. Así se distinguió sobremanera en los Concursos de las Asociaciones científicas, llevando la voz ya por la Academia de Medicina, ya por la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística, ya por alguna otra corporación de idéntica importancia. En las discusiones habidas acerca del *alcoholismo* en los concursos celebrados en la capital para clausurar la última centuria, dejó realmente pasmado al selecto auditorio que le escuchaba y no pudo menos que prodigarle ruidosa y entusiasta ovación como justo tributo á esa solidez de juicio y brillantez de estilo con que supo exponer y sostener la tesis de que era notoriamente falso el asegurar que nuestra raza indígena había degenerado.

Hijo y hermano amantísimo, fué dechado de virtudes domésticas, y la dolorosa pérdida de su buena é idolatrada madre, acaecida breves

días antes del término fatal de la honrada y laboriosa vida de nuestro querido compañero, tuvo parte muy activa en el infausto suceso que ahora deploramos.

No es esta la ocasión de reseñar uno á uno todos los grandes merecimientos del Dr. Sosa. Día vendrá—de seguro que no tardará mucho—en que se vea realizada con la más recta justicia la noble tarea de enumerar por menor las perdurables cualidades de esta eminente personalidad. Entonces aparecerá radiosa y conspicua la interesante figura del distinguido alienista, honor y lustre de la Escuela y de la Academia de Medicina.

La "Gaceta Médica," que guarda avara como precioso tesoro los valiosos escritos del Dr. Sosa, enluta ahora sus columnas en justa remembranza del inolvidable socio, cuya eterna ausencia lamenta la Academia de todo corazón y con amarga pena. Y al cumplir con el penoso deber de consignar en esta página de duelo las frescas flores del recuerdo, lleven éstas el testimonio indeleble de la profunda consideración, alto respeto y cariñosa simpatía que supo inspirarle y merecerle aquel ilustre colaborador.

¡Duerma en paz el insigne consocio, el leal amigo, el sabio profesor!

Bien puede decirse de él que cruzó por la senda de la vida como fugaz y espléndido meteoro . . . Y al trasponer las puertas de la tumba para dormir el sueño de la eternidad, se reclinó en su lecho *como en su ocaso de oro duerme el sol. . . . !*

noviembre de 1901.

L. TROCENIS ALCALÁ.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Extracto del Acta núm. 3

SESION DEL DIA 9 DE OCTUBRE DE 1901

Presidencia del Sr. Dr. D. Manuel Gutiérrez

Presentación por el Sr. Dr. Hurtado de 7 operadas á las que se refiere en el trabajo extraordinario cuya lectura comenzó en la sesión pasada.—Informe acerca de dos de estas operadas, por el Sr. Dr. Mejía.—Informe acerca de las otras 5, por el Sr. Dr. López Hermosa.

El Sr. Dr. Hurtado presentó dos enfermas á las que había hecho referencia en su lectura de la sesión pasada. Se nombró al Sr. Dr. Mejía para que las reconociera.

El Sr. Mejía informó de que la primera de estas enfermas era una mujer virgen, á la que se había extirpado un gran fibroma, haciéndole la histerectomía supra-vaginal. Después de la operación ha engordado lo suficiente para dificultar el reconocimiento. No se le hizo el tacto, pero pudo apreciarse por la palpación que no existe ya ningún cuerpo extraño. La cicatriz bien formada presenta una adherencia exacta de todos sus planos y no deja posibilidad para una hernia; es relativamente corta y se extiende de un punto situado abajo del ombligo al pubis. En la segunda, llama la atención lo pequeño de la cicatriz, el fibroma era más pequeño que en el caso precedente y además el operador limitó la incisión á lo absolutamente necesario para extraer el tumor. La cicatriz bien formada y adherente sólo falta en un pequeño espacio de la superficie. La enferma está muy repuesta, lo que dado el poco tiempo transcurrido desde la operación, las pérdidas de sangre y la pelviperitonitis que habían agotado á la paciente, constituye un resultado brillante. Para concluir, felicito al Sr. Hurtado por la oportunidad y el buen éxito de sus operaciones.

El Sr. Dr. Hurtado presentó cinco enfermas y algunas piezas anatómicas mencionadas en su trabajo.

Se interrumpió la sesión para que examinara á las enfermas é informara acerca de ellas el Sr. Dr. López H., á quien se nombró con dicho objeto.

Este señor, después de practicar el exámen, expuso que tres de las operadas habían sufrido la histerectomía vaginal, que en todas la cicatrización era

perfecta, no obstante que en una de ellas había sido lesionado el intestino durante la operación, lo que había ocasionado una fístula intestinal que ya estaba perfectamente cicatrizada, habiendo recobrado las funciones digestivas sus caracteres normales. Las otras dos operadas habían sufrido la histerectomía abdominal. En ambas la cicatriz era perfecta y tan sólida, que excluía toda posibilidad de hernia, pero en una de las operadas quedaba por cicatrizar un punto de la superficie por el que se había eliminado un hilo de sutura. Felicito también al Sr. Hurtado por su habilidad y por su buen éxito.

ISMAEL PRIETO.

Extracto del Acta núm. 4

SESION DEL 16 DE OCTUBRE DE 1901

Presidencia de los Sres. Dres. Domingo Orvañanos y Manuel Gutiérrez

Lectura del socio honorario Dr. Javier Galessowsky.—Comentarios del Sr. Dr. Ramos sobre la referida lectura.

El Sr. Galessowsky dió lectura á una comunicación acerca de la patogenia y tratamiento del despegamiento de la retina.

En seguida el Sr. Ramos, después de elogiar por su originalidad, lucidez y resultados prácticos las ideas del Sr. Galessowsky, hizo notar que tenían á su favor pruebas en el orden químico y en el orden histológico; pero que, no obstante, podría suceder que el despegamiento no fuera siempre y forzosamente resultado de un traumatismo, sino que alguna vez viniera de esfuerzos excesivos de acomodación. Recordó á este propósito á una señora esposa de un médico en la que habían sobrevenido el despegamiento después de grandes esfuerzos de acomodación y sin antecedentes traumáticos. Dijo también que sabía de algunos casos curados por el procedimiento del Sr. Galessowsky, entre otros el de una señora que después de haber sido tratada con los medios habituales sin éxito, había sufrido la operación y la cauterización, y se había aliviado, hecho que quizá por modestia no había sido citado por el autor del procedimiento. Para concluir ponderó la importancia de éste, tanto por la incurabilidad del despegamiento como por sus consecuencias que

son además de las perturbaciones inmediatas de la visión, la catarata coriódica, la sinquisis y la atrofia del ojo.

ISMAEL PRIETO.

Extracto del Acta número 6

SESION DEL DIA 30 DE OCTUBRE DE 1901.

Presidencia del Sr. Dr. Manuel Gutiérrez

Informe del Sr. Dr. Villarreal acerca de dos operadas del Sr. Hurtado.—**Informe de los Dres. José P. Gayón y el que subscribe acerca de otras dos operadas del Sr. Dr. Hurtado.**—**Comunicación del Sr. Dr. Núñez.**—**Herida por arma de fuego, muy semejante á la que ocasionó la muerte al Presidente de los Estados Unidos.**—**Informe del Sr. Dr. Orvañanos sobre una estereorización del epiplón y sobre una hepatotomía practicadas por el Dr. Hurtado.**—**Informe del Sr. Dr. Nicolás Ramírez de Arellano sobre otras dos operadas del mismo Dr. Hurtado.**

El Sr. Villarreal informó acerca de las dos operadas del Sr. Hurtado, que por encargo de la Academia examinó en la sesión del día 16 del corriente. Las dos han sufrido la la-parotomía suprapúbica por lesiones de los anexos. A la primera se le quitó el anexo derecho y se le conservó el izquierdo. Haciendo la palpación bimanual el informante encontró en el lado derecho un núcleo duro y en el izquierdo el ovario móvil, indoloro y con un pequeño exudado. La cicatriz que está arriba del pubis es sólida y no deforme. La segunda operada sufrió la extirpación de los dos anexos. Tiene la matriz en su lugar, exudados algo abundantes que desaparecerán con el tiempo, y aunque el Sr. Hurtado se inclina á creer en la existencia de un ovario supernumerario, la menstruación no ha reaparecido lo que arguye en contrario. Agregó que él tiene varjas operadas á las que ha conservado la matriz. Respeta este organo cuando lo encuentra sano, por creer su extirpación un traumatismo inútil que prolonga y agrava la operación. En una paciente á la que dejó la matriz, esta se hizo cancerosa dos años después: pero en las nulíparas no sobreviene el cáncer. Presentó una operada así. Entrando en consideraciones acerca de la paciente que conserva el anexo izquierdo, dijo que no le parecía razón suficiente á favor de la la-parotomía suprapúbica el que fuera más fácil que

la vaginal y que él había operado enfermas de salpingo pelvi-peritonitis por la vía vaginal. En Berlín vió las grandes ventajas de las operaciones hechas por esta vía, y por eso es en México el propagador de ellas. Los éxitos del Sr. Hurtado demuestran que el procedimiento que ha seguido es un medio de curar las lesiones de los anexos, pero no que sea el mejor. Ocupándose después de fibromiomas presentó dos piezas anatómicas, y dos mujeres operadas con éxito. Una de las piezas es un fibromioma gigante que comenzó á formarse hace doce años. La paciente consultó con los Dres. San Juan y Fuertes, los que sin duda por el peligro de la operación no se resolvieron á hacerla. Es enorme el desarrollo de las venas lo que constituye uno de los grandes peligros de la operación. El otro tumor tiene el centro reblandecido y purulento, y la paciente estaba profundamente anémica tanto á causa de las hemorragias como de la absorción de productos sépticos. Operada hace dos meses, ya se encuentra bastante repuesta.

El Sr. Dr. Gayón y el que subscribe, informaron acerca de las operadas del Sr. Hurtado que examinaron por encargo del Sr. Presidente en la sesión próximo pasada.

El Sr. Gayón manifestó que las tres operadas que él examinó habían sufrido la la-parotomía supra-púbica por padecimiento de los anexos. A juzgar por el examen la operación ha dado los mejores resultados, pues que actualmente han desaparecido los padecimientos que aquejaban á esas enfermas.

El que habla manifestó que había examinado á una mujer, á la que se le había hecho una laparotomía exploradora con motivo de lesiones de los anexos y de una pelvi-peritonitis consecutiva.

Abierto el abdomen el Sr. Hurtado encontró grandes adherencias intestinales que destruyó, pero no pudo obrar directamente sobre los órganos pélvicos, que formaban una masa que llenaba la excavación. La cicatriz es perfecta, excepto en una extensión como de dos centímetros en la que parece algo débil. Las funciones digestivas han recobrado su curso normal, pero la paciente ya vuelve á experimentar dolores, lo que autoriza á considerar como parciales las ventajas obtenidas con la operación.

(*) El Sr. Núñez comunicó la observación de un caso de herida por arma de fuego, muy semejante á la que ocasionó la muerte al Presidente McKinley. Se trata de una mujer de 22 años que recibió el dis-

(*) Próximamente se publicará la observación detallada y las ilustraciones correspondientes.

paro casi á boca de jarro. El proyectil era de calibre 36 y el que hirió á Mc Kinley de calibre 32. Penetró al tórax por el 5.º espacio intercostal izquierdo, después de haber traspasado la pleura y el diafragma, atravesó el estómago de parte á parte, y se qué á alojar debajo de la piel en el 9.º espacio intercostal. La hemorragia fué considerable, las ropas quedaron empapadas en sangre, la que formó una gran mancha en el pavimento sobre el cual cayó la paciente por efecto de un síncope. Sobrevino una peritonitis limitada á la región epigástrica y al hipocondrio izquierdo. La presencia del proyectil dió lugar á fuertes dolores que obligaron á extraerlo á los cuatro días de la lesión. Salvo esta circunstancia, el estado de la paciente fué satisfactorio hasta el 9.º día en que sobrevinieron hemorragias secundarias. Tuvo evacuaciones de sangre entre ellas una de 700 y otra de 300 á 400 gramos según cálculo aproximado de algunos alumnos. Estas evacuaciones fueron desapareciendo poco á poco en dos ó tres días. El tratamiento á que el Sr. Núñez sometió á la paciente excluyó la laparatomía porque no he visto un solo caso de éxito en estas circunstancias. La dieta fué absoluta durante doce días. Para calmar la sed, se aplicaban á la enferma lavativas de agua tibia; para alimentarla lavativas de leche con peptona, después de agua de sal en la que se había diluido un huevo. Curada la hemorragia secundaria se le comenzó á dar una cucharadita de leche cada tres horas y cuando se vió indicado algún tónico se le dieron unas cuantas gotas de aguardiente habanero. Muy gradualmente se le fué aumentando la cantidad de leche y hasta las cuatro semanas no se le permitió que tomara sopa. El estado actual de la paciente es casi enteramente satisfactorio y como ya han transcurrido treinta y ocho días de la lesión es de esperarse que la curación será definitiva.

La diferencia entre el proyectil que hirió al Presidente de los Estados Unidos y el que hirió á la paciente de que habla el Sr. Núñez, es con respecto al calibre, la antes indicada que viene á ser como de 3 ó 4 gramos en cuanto al peso.

En Mc Kinley, la lesión interesó nada más el abdomen, en esta mujer interesó el tórax y el abdomen.

El Sr. Núñez se abstuvo de la laparotomía porque en 30 años que lleva de práctica, no la ha visto dar buen resultado y sin ella ha obtenido dos éxitos que son el actual y otro que anteriormente ha comunicado á esta Academia. Entró por último en algunas consideraciones sobre la cuestión considera-

da desde el punto de vista médico legal y sobre los resultados del tratamiento comparado con el que se siguió respecto de Mr. Mc. Kinley.

En seguida el Sr. Orvañanos, habiendo terminado el exámen para el que había sido comisionado informó diciendo que el estado general y el local de la operada eran satisfactorios, que no había podido encontrar derrame alguno ni por la palpación, ni por la percusión, ni por el tacto vaginal. El hígado estaba bastante reducido en sus volúmen, que era muy grande antes de la operación. Terminó diciendo que este caso y el del Sr. Villarreal animan á recurrir á esta operación para curar la ascitis de origen cirrótico.

La segunda operada que examinó, lo había sido hacía tres meses por un absceso de hígado bastante voluminoso. Cicatrizadas ya las lesiones operatorias el hígado no está abultado ni doloroso y el estado general de la paciente es bueno, por lo que felicita al Sr. Hurtado.

El Dr. Nicolás Ramírez de Arellano informó acerca de las otras dos operadas del Sr. Hurtado. La primera es una joven en la que encontró la herida cicatrizada en buenas condiciones excepto en un punto muy pequeño que está próximo á cicatrizarla. Los fondos de saco están sin dolor ni deformidad. El útero que estaba en retroflexión ha vuelto á su posición normal y debe considerarse este caso como un caso notable de cirugía conservadora porque persisten las funciones de reproducción.

La segunda operada no tiene ya ni huellas de prolapsus. Haciendo el tacto tropieza el dedo con la bóveda formada por la cicatriz, de manera que la vagina ha desaparecido. Puede decirse que esta enferma está curada radicalmente.

ISMAEL PRIETO.

CLINICA MEDICA

Importancia clínica de la Arterio-esclerosis

Osioso parecería ocuparse en los momentos actuales del interés de un asunto, que tratado bajo distintos nombres é interpretado de diferentes maneras ha dado lugar desde el principio de la



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Extracto del Acta número 8

SESION DEL 13 DE NOVIEMBRE DE 1901

Presidencia del Sr. Dr. D. Domingo Orvañanos.

Trabajo del Sr. Dr. Mejía acerca de los abscesos de hígado — Discusión. — Punciones exploradoras. Bacteriología del pus hepático. — Tratamiento de los abscesos abiertos en los bronquios.

El Sr. Dr. Mejía concluyó la lectura de su trabajo de turno, el que se declaró comprendido en la fracción 2.ª del artículo 74 del Reglamento.

Puesto á discusión este trabajo, el Sr. Vértiz pidió la palabra y manifestó no estar de acuerdo con la proposición terminal, por creer que no siempre debe ser precedida la intervención quirúrgica de la punción exploradora, porque hay casos en que el absceso se revela tan claramente que el diagnóstico se hace no por la palpación sino á la simple vista, sucediendo otro tanto cuando el pus aparece debajo de la piel, constituyendo lo que se ha llamado absceso en forma de botón de eunisa. Respecto del modo de hacer las punciones, está de acuerdo con el Sr. Mejía en que no deben imprimirse al trocar movimientos laterales; recordó que en Zacatecas hace algún tiempo, algún médico defendió estos movimientos de lateralidad, los que fueron censurados por el doctor Breña, quien hizo conocer todos sus inconvenientes. Terminó diciendo que él creía mejor repetir, en caso necesario, las punciones.

El Sr. Mejía manifestó que estaba de acuerdo, porque su proposición se refiere á los abscesos que no han aparecido al exterior. La punción le parece muy útil, porque no sólo da á conocer la existencia del absceso, sino también su situación y dimensiones. Convenientemente practicada la punción, puede repetirse sin inconveniente y alguna vez la ha visto

movimientos de lateralidad son, por el contrario, muy peligrosos y ha visto un caso en que provocaron una hemorragia que ocasionó la muerte del paciente.

repetir hasta nueve veces sin causar daño. Los mo-

El que suscribe hizo uso de la palabra para dar las gracias al autor del trabajo por las frases lisonjeras que le dirige y para ampliar algo relativo á la bacteriología de los abscesos del hígado. Dió lectura á un resumen de las observaciones recogidas en el Instituto Patológico de julio de 1896 á diciembre de 1899.

De julio de 1896 á 31 de diciembre de 1899 se examinaron en el Instituto Anatómico-Patológico 36 muestras de pus hepático tomado del cadáver.

- En 2 encontré nada más amibas.
- En 1 encontré nada más amibas y bacillus coli.
- En 2 encontré nada más amibas, bacillus coli y estreptococos.
- En 1 encontré nada más amibas, bacillus coli y estreptococos.
- En 1 encontré nada más amibas y estreptococos.
- En 3 colibacilos nada más.
- En 3 colibacilos y estreptococos.
- En 1 colibacilos y estreptococos.
- En 1 colibacilos, estreptococos y estafilococos.
- En 1 colibacilos, estafilococos y bacillus similis.
- En 1 colibacilos estafilococos y neumococos.
- En 5 estafilococos nada más.
- En 1 estafilococos y estreptococos.
- En 5 estreptococos.
- En 1 estreptococos y neumococos.
- En 2 estafilococos y bacillus semejantes á los de Kock (similis).
- En 5 no encontré amibas ni bacterias.

En resumen, encontré:

Amibas.....	7 veces.
Colibacilos.....	14 „
Estafilococos.....	16 „
Estreptococos.....	10 „

Bac. similis	3	„
Neumococos	2	„

No encontré Amibas ni Bacterias 5 veces, pero siendo el pus tomado del cadáver, pudiera ser que por tratarse las más veces de abscesos ya operados, las bacterias encontradas en el pus provinieran de una infección secundaria, ó bien de una invasión *post mortem*.

Hizo notar que si en ese resumen de 36 casos de abscesos hepáticos tan solamente en 5 se encontró el pus *aséptico*, esto puede depender de que los más de estos abscesos habían sido ya operados y de que las muestras de pus se tomaron del cadáver, pues las bacterias encontradas en algunas de estas muestras pueden haber provenido ó de una infección secundaria ó de una invasión *post mortem*. Recordó los experimentos de Seregé, inyecciones de tinta de china en las venas gran mesaraica ó pequeña mesaraica ó esplénica, que demostraron que las materias absorbidas en el intestino delgado y en las porciones superiores del grueso van á dar al lóbulo derecho del hígado, mientras que las que provienen del estómago y de la porción inferior del intestino grueso van al lóbulo izquierdo. Lo cual puede explicarnos la mayor frecuencia de los abscesos hepáticos del lóbulo derecho, dadas sus relaciones con la disenteria. La infección del hígado es casi siempre consecutiva á una infección intestinal. Refirió un caso en que pudo encontrar en el moco intestinal y en el pus del absceso unos estafilococos idénticos y que discrepaban por algunos detalles de cultivo del estafilococo blanco ordinario.

El Sr. Vértiz suplicó al Sr. Mejía le dijera su opinión acerca del tratamiento de los abscesos de hígado abiertos en los bronquios.

El Sr. Mejía contestó que si bien en otro tiempo había opinado contra la intervención en tales abscesos, ahora creía que debían operarse y aun en caso necesario debía recurrirse contra ellos á la toracotomía. Refiriéndose á la bacteriología del pus hepático, insistió en que debía estudiarse en combinación con los datos clínicos, pues que de esa manera se tendría tal vez la clave de algunos hechos. Tal vez el pus *aséptico* sea el de los abscesos que curan por una sola punción, como sucedió no hace mucho con una enferma del Sr. Dr. Ortega y Fonseca. En este caso el pus fué muy abundante y, sin embargo, el absceso cicatrizó después de una sola punción y la enferma quedó completamente sana.

L. PENERO.

Extracto del Acta número 9.

SESION DEL DIA 20 DE NOVIEMBRE DE 1901.

Presidencia del Sr. Dr. D. Domingo Orvañanos.

Trabajo de turno del Sr. Dr. Gaviño: "Demostración de la existencia de la fiebre tifoidea en esta capital por el sero-diagnósis de Vidal."—Discusión.—Trabajo de turno del Sr. Dr. Santos Fernandez de la Habana: "Las manifestaciones oculares externas y de la vista provocadas por el tabaco."—Presentación por el Sr. Núñez de una mujer curada de una herida por arma de fuego que traspasó el estómago.—Presentación por el Sr. Hurtado de una operada de quiste ovárico.—Informe del señor Urrutia acerca de las dos pacientes presentadas.

El Sr. Gaviño dió lectura á su trabajo reglamentario intitulado: «Demostración de la existencia de la fiebre tifoidea en México (capital) por el sero-diagnósis de Vidal.» Se declaró comprendido en la fracción II del artículo 74 del Reglamento.

Puesto á discusión, tomó la palabra el Sr. Bandera, y dijo haberle llamado mucho la atención que ahora se encuentre en México la fiebre tifoidea siendo así que durante muchos años no ha existido aquí. El Sr. D. Miguel Jiménez no encontró casos de ella. En la Sección Científica, antecesora de esta Academia de Medicina, se empeñaron prolijas discusiones acerca del tifo y ni los distinguidos médicos mexicanos ni los experimentados médicos franceses que en ellas tomaron parte, citaron un solo caso de fiebre tifoidea, observado en esta capital, y él mismo, en su dilatada práctica no ha visto un caso de dicha fiebre. Ahora el Sr. Gaviño ha comprobado su existencia: pero siempre que hay una enfermedad reinante en la capital, se observan casos en los hospitales y no sabe que se hayan observado casos de fiebre tifoidea ni en San Andrés ni en otros y por otra parte, la observada por el Sr. Gaviño no es enfermedad mortal. Si la autopsia hubiera ratificado el diagnóstico, nada habría que decir, pero la reacción de Vidal sola no es bastante. (En apoyo de esta última afirmación leyó un artículo de un periódico de Medicina en el que se dice que la reacción de aglutinación se ha observado en la granulia aguda y otras enfermedades y que también puede ser provocada por la vesuvina, la azafraina, etc.) Como prueba de que no existía entre nosotros la fiebre tifoidea, recordó que el señor Jiménez para conocer las lesiones propias de ella, tuvo que pedir á París un intestino de dothientérico.

El Sr. Zárraga refirió que en la clase del Sr. Lucio se enseñaba que no existía en México la fiebre tifoidea, y que cuando él volvió á Durango, uno de los primeros enfermos que tuvo que asistir fué un alemán, que después de un baño contrajo una fiebre tifoidea bien caracterizada, con enterorragias al terminar y que ocasionó la muerte. Después tuvo otros casos y entre ellos el de uno de sus hijos. Se convenció de que en Durango existía la fiebre tifoidea; pero siguió creyendo que en México no existía. Vino aquí y ha tenido ocasión de ver muchos casos bien caracterizados; entre otros el de una niña, en quien la ascensión de la temperatura fué oscilante el descenso por crisis al día 21°. El exantema apareció el séptimo día. No hubo epistaxis. El cerebro se conservó siempre bien. Hubo diarrea, meteorismo y crecimiento del bazo; pequeñas hemorragias intestinales en los últimos días de la enfermedad y una convalecencia lenta. Recordó otros dos casos que vió en compañía de los Dres. Cicero y Gayón. Comparó la reacción de Vidal con las medidas antropométricas que no son indispensables para conocer á una persona; pero que son útiles para dejar fuera de duda su identidad y terminó diciendo que en las presentes circunstancias la reacción de Vidal ha servido para desvanecer la creencia errónea de que no existe aquí la fiebre tifoidea, creencia nociva porque impide tomar las medidas de higiene que pudieran evitar el desarrollo de tan temible enfermedad.

El Sr. Gavião hizo notar que en todos los casos que refiere en su trabajo, la reacción de Vidal ha coincidido con el cuadro de síntomas característico de la fiebre tifoidea. Respecto de que la vesuvina y azarantina provoquen también la aglutinación, tan solo significa que esta puede ser provocada por varios reactivos sin quitarle nada su valor clínico. Del mismo modo, una solución de una sal de plata puede ser precipitada por varios reactivos, sin que pierda su valor la precipitación obtenida por los cloruros, que es característica. Respecto de que en otras enfermedades se haya observado la reacción de Vidal, hay que analizar muy cuidadosamente los hechos, porque está bien demostrado que el suero sanguíneo de individuos que han tenido la fiebre tifoidea, puede provocar la aglutinación de los bacilos de Eberth hasta 11 y 20 meses después de la enfermedad. Enumeró algunos casos en que no ha buscado la reacción de Vidal y en los que ha diagnosticado fiebre tifoidea, entre ellos uno que vió en compañía del Sr. Dr. Valenzuela. Dijo que en los

casos de tifo, de infecciones intestinales y de otros padecimientos no ha obtenido la aglutinación. Refiriéndose á que no se observe la fiebre tifoidea en los hospitales, después de recordar que uno de los casos consignados en su memoria, es de un enfermo aislado en el Hospital de San Andrés, en el servicio del Dr. León Martínez, indicó que tal vez la rareza de la fiebre tifoidea entre la gente de nuestro pueblo, depende de que ésta no bebe agua sino pulque y ser aquella una infección de origen hidrico. Para concluir, manifestó que antes de la suero-reacción ya había en México fiebre tifoidea. Entre otros casos recordó el de un primo suyo que la tuvo bien caracterizada. Los Dres. Carmona y Licéaga le han referido que desde hace algunos años no les han faltado en su práctica, casos de ella y en las estadísticas del Registro Civil, año por año están consignadas algunas defunciones por esta enfermedad.

El Sr. Vertiz, dijo que con la fiebre tifoidea había sucedido lo mismo que, con las viruelas, el croup y otras infecciones que desconocidas antes en México, ya están entre nuestras enfermedades endémicas. En México se confundía el tifo con la fiebre tifoidea hasta que los Sres. Jiménez, Lucio y Vertiz [D. José María] demostraron por medio de autopsias, que dicha fiebre no se observaba aquí. Sin embargo, diez ó doce años después, el mismo Sr. Jiménez diagnosticó un caso en esta capital. Se trataba de una hija del Dr. D. Juan Navarro; la asistían los Dres. D. M. Galán y D. J. M. Rodríguez, quienes no estando de acuerdo acerca del diagnóstico, llamaron en consulta al Sr. Jiménez. Este, después de examinar á la paciente, diagnosticó fiebre tifoidea, como lo había hecho el Sr. Galán; y después, cuando fué interrogado por algunas señoras, les dijo que la enferma tenía dothienteria, para que no quedara tan mal el Sr. Rodríguez. Sabido es que en Puebla existe la fiebre tifoidea. En México también la hay aunque menos que el tifo. En el hospital de San Andrés no se la observa, como tampoco se observa éste, porque no se reciben los enfermos de esta clase; y en el hospital Juárez, probablemente, entre los casos de tifo, se asisten algunos de fiebre tifoidea. El diagnóstico es difícil. No hace mucho vino á esta ciudad el Gobernador de uno de los Estados con un padecimiento que se había creído granulía. El señor Macías diagnosticó fiebre tifoidea y la marcha de la enfermedad corroboró el diagnóstico.

El Sr. Bandera declaró que él no había querido decir que el tifo sea la fiebre tifoidea ni que esto jamás se observe en México. Únicamente ha queri-

do que se estudien todos los datos etiológicos, clínicos y anatómo-patológicos sin dejarse llevar tan sólo por la reacción de Vidal, que el mismo Sr. Gaviño conviene en que puede ser equívoca.

El Sr. Núñez declaró que él cree indudable la existencia de la fiebre tifoidea en México. Antes, los casos eran raros, hoy son frecuentes. Como Inspector Sanitario, ha observado que si hace algunos años tan sólo tenía noticia de dos casos en el año, de cuatro años acá y principalmente en éste, ya son muchos los médicos que diagnostican fiebre tifoidea: podría suceder que se equivocaran dos ó tres, pero no es de admitirse que se equivoquen muchos. Ha asistido varios casos, entre ellos el de un español, cuyo cuadro de síntomas fué típico sin faltar ni las enterorragias. Un año antes, en Nueva York, en uno de los mejores hospitales, había visto enfermos de fiebre tifoidea, llamándole la atención que estaban entre los de otras enfermedades, porque allí no creen en el contagio. Estudió entonces cuidadosamente la sintomatología y la hidroterapia de la fiebre tifoidea, lo que lo ha puesto en mejor aptitud de diagnosticarla. Es escéptico para las novedades. Por ejemplo, para admitir el croup, es muy reservado, porque ha visto que este es más raro de lo que dice la estadística. Cree, no obstante, que la fiebre tifoidea existe en México, y que cada año va siendo mayor el número de casos.—El Sr. Hurtado corroboró lo expuesto por el Sr. Gaviño, y llamó la atención sobre las dificultades del diagnóstico, pues que no debe confiarse en que la fiebre tifoidea se presente con su cuadro clásico de síntomas. Las manchas rosadas pueden faltar ó ser muy pocas. En la enferma mencionada por el Sr. Gaviño, no hubo más de una docena de manchas. Las enterorragias suelen faltar también. Los otros síntomas: cefalalgia gravativa, síntomas abdominales, cielo térmico, hipoglobulia, leucocitosis, etc., no suelen ser bastantes, y siempre hay necesidad de comprobar el diagnóstico por la bacteriología. En esta enfermedad, más que en otras, se deja ver la utilidad de un diagnóstico oportuno, ya para el pronóstico, ya para el tratamiento. En la enferma á que ha hecho antes referencia, pudo prevenir el parto prematuro, y con tal previsión disponer la antisepsia de un modo conveniente. El parto sobrevino, y la enferma, que en puerperios anteriores había sufrido infecciones más ó menos intensas, en el actual no presentó ningún accidente. Es verdad que fueron muy atenuados los síntomas de la fiebre tifoidea, cuya duración fué de 34 días. Al principio los fenómenos gastro-intestinales fueron

muy graves, y la familia pensaba llevar á la enferma á Puebla, lo que hubiera podido ser de funestas consecuencias. Es poca la mortalidad que aquí produce la fiebre tifoidea, sin embargo, hace 16 años hizo en el hospital de infancia tres autopsias de niños de 11 á 15 años, que presentaron las lesiones características; y por esa época la hija del Sr. Orihuela, Administrador del hospital, tuvo una fiebre tifoidea reincidente. Lo que leyó el Sr. Bandera se presta á interpretaciones: por ejemplo, el caso de que en la ictericia se haya presentado la suero reacción: porque puede haberse tratado de una infección tifoidea biliar, dadas las frecuentes y bien comprobadas relaciones que hay entre la ectasia biliar y la fiebre tifoidea. En otras localidades de la República existe también esta fiebre. En Guaymas y Hermosillo él ha visto cinco casos y supo de otros siete. En cambio el tifo es allí muy benigno. Una señora de la familia del Sr. Hurtado, obesa y de edad avanzada, lo tuvo allí, y no obstante sus malas condiciones, la evolución fué benigna y la terminación favorable. No está de acuerdo con el Sr. Gaviño en que todos los casos observados en México lo hayan sido en el lado Norte de la ciudad, porque él ha visto en la casa número 1 de la 3.^a calle del Presidente á una enferma cuya fiebre tifoidea duró cuarenta días.

El Sr. Gayón refirió haber observado últimamente dos casos típicos, uno de ellos en compañía del Sr. Terrés, quien no aceptó el diagnóstico de fiebre tifoidea.

La enferma era una señorita, hija de un Ministro, y el señor Gayón pudo pronosticar con toda exactitud la marea de la temperatura, el orden de aparición de los síntomas y la terminación. Ha tenido otros dos casos en que igualmente ha podido hacer un pronóstico acertado. La existencia en México de la fiebre tifoidea, hace indispensable que se dicten las medidas necesarias para evitar que tome creces, sobre todo en el invierno.

El señor Gaviño, refiriéndose al caso de la calle del Presidente, que observó el señor Hurtado, hizo advertir que siendo la fiebre tifoidea una infección de origen hídrico, era muy posible que una persona la contrajera en el lado Norte de la ciudad y cayera enferma en otro rumbo en el que tuviere su domicilio y que él lo que afirmaba en su trabajo es que todos los casos de suero-diagnisis positiva que ha observado pertenecen al lado Norte.

Se dió lectura á la Memoria de turno del socio correspondiente en la Habana, Don Santos Fernán-

dez, intitulada: «Las manifestaciones oculares externas y de la vista, provocadas por el tabaco.»

El señor Núñez presentó ya sana á la paciente de la lesión por arma de fuego, cuya historia nos comunicó en la sesión pasada.

El señor Hurtado presentó á una de sus operadas, refiriendo que tenía un quiste ovárico que contenía serosidad y cristales de colestérina. La matriz en retroversión, estaba adherente así como el anexo izquierdo. La operación fué sumamente laboriosa en virtud de las adhesiones que habían distocado los órganos y que hicieron muy difícil la enucleación. En vista de esto, sigue creyendo que la vía abdominal es más segura, porque permite una exploración más perfecta, un tratamiento más radical y el empleo de maniobras más fáciles y menos dilatadas y peligrosas. Recomendó el material de sutura que había empleado y que también le dió buen resultado en un caso de higroma y (entregó la historia escrita de sus operadas) manifestó que no había hecho canalización por evitar menos peligros.

Se nombró por el señor Presidente al Dr. Urrutia para que reconociera á las dos pacientes.

Hecho el examen, el señor Urrutia informó que la presentada por el señor Núñez era muy interesante por la gravedad de la lesión y porque demuestra que en tales casos el cirujano debe más bien abstenerse de operar, pues en esta mujer la herida del estómago probablemente fué en la parte alta donde no se acumulan líquidos, y la herida pudo cicatrizar sin provocar más que una peritonitis muy circunscrita y más bien protectora.

Acercá de la segunda, dijo que le llamó la atención la pequeñez de la herida que pone en relieve la habilidad del señor Hurtado. En cuanto á las opiniones de este señor respecto de las vías abdominal y vaginal, dirá que hay partidarios de una y otra, presentándose casos en que, según las circunstancias, será preferible la una ó la otra: no debiendo adoptarse nunca una preferencia absoluta. Terminó felicitando á ambos señores, por los éxitos que obtuvieron.

Castración total abdominal por metro-anexitis quística. Curación.

Concepción Hidalgo, sirvienta de 36 años, casada, nulípara y estéril por su lesión genital ingresó á mi servicio quirúrgico del Hospital de San Andrés el día cinco de Octubre pasado. Desde la infancia sufrió de anemia y dismenorrea neurálgica que du-

raba los cuatro días de sus reglas, que fueron escasas y regulares hasta los veintiséis años en que se hicieron menorrágicas y más frecuentes en su aparición, siendo con frecuencia bimensuales, lo cual lo atribuye la paciente á un fuerte golpe que recibió en la región sacra, el cual determinó metrorragia é inflamación pelviana, que le obligó á guardar cama durante algunos días, iniciándose las inflamaciones que se agravaron después de su matrimonio, que realizó á los treinta y un años, y que el Dr. D. Miguel Vargas que la asistió de alguno de céjos, calificó de peritonitis.

Reveló el examen enlaquecimiento pronunciado, palidez general de piel y mucosas, sensibilidad exagerada de la región subumbilical y soplo anémico carotideo.

Se diagnosticó perimetis anexitis quística causante de la esterilidad, siendo los siguientes los detalles del diagnóstico topográfico: ovario derecho quístico sobrepasando el recinto pélvico é incluido en el ligamento ancho hasta hacerse apreciable la fluctuación en el fondo de saco anterior al ejecutar el tacto bimanual. Anexo izquierdo remontado sobre el fondo uterino. Matriz en fuerte retroversión adherente é irreductible por adherencias posteriores con el fondo peritoneal de Douglass y por engrosamiento y acortamiento de los ligamentos utero sacros que se acentuaron por la sensación de cordón duro y tenso. La porción subvaginal del cuello ancha y arta á pesar de la nuliparidad. La vagina estrecha.

La doble lesión anexial, la lijeza absoluta de la matriz y la esterilidad sostenida que presentó la enferma, constituyeron las indicaciones de la castración total que practiqué el día ocho de Octubre, intentando, sin embargo, la conservación de los órganos enfermos que no pude realizar por la confirmación del diagnóstico al abrir el vientre por incisión media de diez centímetros, hecha tres dedos arriba del borde pubiano, y que me permitió efectuar una exploración completa, la que vino á decidir la final extirpación.

Procedí ejecutando primeramente el legrado uterino en la posición fija ó de enclavamiento en que dije que se hallaba la matriz. Abierto el vientre procedí á puncionar el quiste ovárico derecho cuyo contenido fué de líquido transparente y encerraba gran cantidad de pajitas ó cristallitos de colestearin y cuyo volumen era el de una toronja. Dividí el ligamento ancho después de ligar la arteria del infundíbulo y practiqué la enucleación del anexo incluido en la intimidad de aquella atadura, la cual la reconstituí por la sutura continua con hilo de egypt.

El anexo izquierdo, cuya trompa dilatada por hemosalpinx reveló hipertrofia de sus paredes, vino á ocupar la situación mediana de la matriz al punto de hacerme vacilar por algunos instantes, creyendo que fuera el órgano gestador por la intimidad de las adherencias que la inflamación determinó entre este anexo y la matriz, remontando aquél sobre el fondo de ésta, hasta constituir una sola masa, que llegó á adherirse igualmente á la porción sigmoidea del colon y al peritoneo pélvico, por cuyo motivo fué muy laboriosa la liberación de estos órganos y una vez concluida me obligó á hacer la amputación supravaginal por quedar la matriz métrica y descubierta su superficie de peritoneo después de la descortización.

La operación fué retardada por mi empeño de conservar hasta lo último alguna porción de los órganos, cuyo intento no realicé por las lesiones que revela la autopsia de la pieza que tengo el honor de presentar, en la cual se puede ver que el útero engrosado, globuloso, francamente métrico, contiene aún algunas fungosidades en su fondo y cerca de los ostiinos tubarios, los cuales se encuentran dilatados. La cara externa presenta las lesiones de la peritonitis adheriva.

HURTADO.

PATOLOGIA INTERNA

Sintomatología del tabardillo

Llamaré quizás la atención que me ocupe en la sintomatología de una dolencia tan común y que se cree que está bien descrita en muchos libros. Mas acontece que las descripciones del tifo exantemático del antiguo continente no cuadran con los atributos del tabardillo que existe entre nosotros y, de paso diré, aun entre esas descripciones hay diferencias importantes.

Y ha acontecido también que por ser poco observadores y estar habituados á leer únicamente libros extranjeros, muchos médicos ven constantemente el tabardillo á través del prisma de los conocimientos adquiridos por la lectura y no lo ven tal cual es, sino tal cual se lo imaginan; sorprendiéndose por eso al oír determinadas afirmaciones ó de que se llame la atención sobre ciertos hechos, que deberían serles perfectamente conocidos, y que por no serlo,

son tomados, indebidamente, como anomalías ó excepciones.

Sin temor de equívoco, se puede afirmar que hace medio siglo conceía Jiménez mejor la sintomatología (y aun la etiología) que lo que hoy la conocemos la mayor parte de los médicos, excepto en lo que se refiere al curso de la calentura, pues por no aplicarse entonces el termómetro, algunas de las afirmaciones de ese observador necesitan ligeras correcciones.

El tabardillo tiene por lo general pródromos, que duran 2 ó 3 días y consisten en malestar general vago, que hace crecer al individuo que padece de *algo* no preciso: unos piensan que tienen malas digestiones, otros que coriza, ó sienten resequedad de la garganta y se creen con angina. En algunas circunstancias (tifo severo) hay ya en este período estado vertiginoso.

Algunas veces este período prodromico es largo y hay en él calenturas vespertinas ó trastornos digestivos.

La temperatura no sube de una manera brusca: de ordinario comienza con tipo intermitente; en la tarde sube á 38°, 38°5 y aun 39°5 en el primer día; pero á la mañana siguiente hay descenso que puede hacerla bajar hasta la normal; en el segundo día la elevación térmica vespertina es más marcada y en la mañana del tercero, generalmente, ya no baja á la normal, aunque puede haber remisión y hasta la noche de ese día desaparecen las acentuadas variaciones, quedando alta y casi continua, aunque son comunes las oscilaciones de 1°, que existen sin regularidad. Del 13.º al 15.º de enfermedad, la temperatura comienza á descender lentamente por *lisis oscilante*: baja primero marcadamente en la mañana, pero en la noche sube de nuevo; al día siguiente el descenso matutino es todavía mayor y en la tarde se observa nueva alza y al tercer día después la temperatura es ya normal en la mañana, y no es raro que todavía en la tarde suba algo. [En los días siguientes de convalecencia, puede haber hipotermia: la temperatura descendiendo á veces algo abajo de 36.º.

No obstante carecer Jiménez de observaciones termométricas, y á pesar de que en la generalidad de casos los atabardillados no recurren al médico desde el primer día de la dolencia, precisamente porque no siendo aparatosa su invasión no se creen atacados por enfermedad seria, notó en muchos casos el carácter intermitente de la calentura en los primeros días, supuesto que escribió:

«En la gran mayoría de los casos la invasión es

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Extracto del Acta núm. 10.

SESIÓN DEL DÍA 27 DE NOVIEMBRE DE 1901

Presidencia del Sr. Dr. D. Domingo Orvañanos.

Trabajo del Sr. Dr. F. Altamirano, Breve reseña de algunos medicamentos nuevos.—Discusión.—Presentación de dos operadas del Sr. Villarreal.—Informe acerca de las mismas por el Sr. Hurtado.—Comunicación por el Sr. Hurtado de un caso de colecistotomía y presentación de los cálculos extraídos.

El Sr. Dr. Altamirano leyó su trabajo de turno intitulado: «Breve reseña de algunos medicamentos nuevos.» Se le declaró comprendido en la p. II del art. 74 del Reglamento.

Puesto á discusión, el Sr. Olvera pidió algunas explicaciones sobre la acción sudorífica de la pilocarpina en el perro, porque este animal no suda aun sometido á elevadas temperaturas y á una fatiga fuerte y prolongada.

El Sr. Altamirano manifestó que el perro no tiene glándulas sudoríparas sino en las plantas de las patas, en cuyas regiones se produce el sudor abundante y rápidamente cuando se administra pilocarpina al animal. Cuando, en esas circunstancias, anda sobre un piso seco, deja marcadas con el sudor las huellas de las patas.

El Sr. González U. atestiguó haber observado lo mismo que el Sr. Altamirano, cuando fué su preparador.

El Sr. Villarreal pidió la palabra para presentar á dos operadas y dijo que en la sesión antepenúltima iba á presentar á otra, pero que no hubo tiempo

para ello. Se trataba de una mujer operada de cáncer uterino, con la cual quería demostrar que pueden extirparse la matriz, los anexos, los ligamentos y los ganglios por la vía vaginal. La anestesia se obtuvo por medio de la cocainización medular, y fué tan perfecta que pudieron hacerse todas las secciones y suturas necesarias, en un espacio de tiempo relativamente largo, sin que la paciente diera señales de dolor. El Sr. Urrutia hizo el esquema de la operación. Presenta hoy también una operada por cáncer. Fué anestesiada por la inyección intrarraquídea de 15 mg. de cocuina: después se hizo la sección de la vagina, uno ó dos centím. más allá de los límites de la degeneración, se dividieron los fondos de saco y con el termocauterío se hizo una cauterización y se procedió á la extirpación de todos los órganos y tejidos degenerados. La extensión y demás circunstancias de la neoplasia obligaron á intervenir por la vía abdominal, para no dejar ningún núcleo canceroso. Asistieron á la operación los Dres. Díaz Lombardo y Urrutia. La otra operada que presenta sufrió la extirpación por la vía vaginal de un fibromioma del volumen de los dos puños, enclavado y sujeto por numerosas y fuertes adherencias. No lo extirpó haciendo la celiotomía anterior porque temió no poderlo luxar hacia delante y su enorme volumen lo obligó á hacer su fragmentación (morcellement). Logró extraer toda la masa del tumor completa. La ligadura de las arterias uterinas y los otros detalles de la operación no presentaron dificultades dignas de mencionarse.

Se nombró al Sr. Hurtado para examinar á las operadas. Practicado el examen, el Sr. Hurtado informó diciendo que la 1.ª operada, á la cual se le había corregido una eventración á la vez que se le extirpaba el neoplasma, estaba enteramente curada de la eventración, y del cáncer parecía estar curada, pues que no se percibía ningún nódulo sospechoso.

Refiriéndose á la antisepsia por medio del calor, dijo que él habia usado el termocauterio: que algunos cirujanos hacian primero, el legrado y después la cauterización; que últimamente se ha propuesto la aplicación del vapor de agua á 115° y 120° por medio de un aparato especial, creyéndose esto más ventajoso que la aplicación del termocauterio, el cual tan sólo puede obrar sobre las capas superficiales por ser peligroso hundirlo en las capas profundas, y que hay cirujanos que dejan transcurrir hasta 4 días entre la cauterización y la operación. Volviendo á ocuparse de la operada, elogió al señor Villarreal por haber hecho una laparotomía mixta cuando por la vía vaginal no encontró suficiente el campo operatorio; y respecto de la hemostasis, recomendó la ligadura de las arterias hipogástricas que ya habia propuesto desde hace algunos años y que después ha sido empleada por Jonnesco. Ocupándose de la segunda operada, también elogió al Sr. Villarreal por haber hecho la celiotomía vaginal posterior y la fragmentación del tumor, y dijo que la cicatriz estaba todavía tierna y que el anexo derecho estaba un poco sensible: pero que ambas circunstancias nada tenían de extraño dado el poco tiempo transcurrido desde la operación.

El Sr. Villarreal manifestó que, al presentar á la Academia los casos de su experiencia personal, habia querido dar á conocer una técnica que, si no es nueva, tiene modificaciones que él le ha hecho. Los puntos principales son: la anestesia por medio de la cocainización medular; la aplicación del termocauterio, para producir la antisepsia y quitar la friabilidad de los tejidos, y la ablación de todos los órganos y tejidos invadidos por el cáncer. Ha operado así á enfermas que él mismo habia creído inoperables. Una de ellas lo fué desde hace cuatro meses y tiene otras tres operadas, en las que no ha habido reproducción del cáncer. La ligadura de las arterias hipogástricas no le parece aceptable: en la discusión de Jonnesco y Jacob contra Richelot, se vió que entre las operadas de Jonnesco la mortalidad ha sido de 33 por 100.

El Sr. Hurtado presentó unos cálculos biliares pertenecientes á una señora que habia operado recientemente y cuya historia refirió después de recordar que en una de las sesiones pasadas, á propósito de un caso referido por el Sr. Noriega, habia dicho que le llamaba la atención que tan raras veces se practique la colecistotomía, siendo tan frecuente la litiasis biliar en México. Pasa á menudo desapercibida como en una enferma que asistió en el Hospi-

tal, en la que se habia diagnosticado cirrosis hipertrófica biliar y en la que se encontraron en la autopsia más de 400 cálculos. La bilis estaba espesa y verdosa y contenía arenillas: la mucosa del canal colédoco estaba escamada y roja; el hígado, de color rojizo, rechinaba al corte y presentaba los caracteres de la angiocolitis crónica esclerosa. La enferma nunca presentó síntomas de litiasis. No cabe duda que guardan alguna relación estas lesiones y la cirrosis producida por el alcoholismo, circunstancia que le hace pensar que cuando en los cirróticos no se advierte ningún alivio y la glándula no está insuficiente, debe esperarse el momento oportuno para hacer una incisión exploradora. Habló después de las relaciones entre las bacterias y los cálculos, y tratando de su enferma dijo que en 98 era bastante obesa, que habia tenido algunas metrorragias y fleugasias pélvicas consecutivas á su último parto. Después comenzó á tener pirosis, vómitos biliosos y dolor algunas veces en el hipocondrio derecho: no habia crepitación ni ictericia. Creyendo que tenia un catarro biliar, la sometió á un régimen higiénico y al uso de las aguas de Carlsbad, de los alcalinos y del simonillo. La perdió de vista y no volvió á verla sino hasta hace un año. La encontró muy enflaquecida, muy dispéptica, pero sin calentura. Pensó en un cáncer del pancreas é hizo reconocer la orina, en la que únicamente se encontraron urobilina, una poca de albúmina y un poco de ácido oxálico. La enferma fué á Tehuacán sin obtener ventaja alguna y después consultó con el Sr. Terrés y con el Sr. Macías quien le propuso una incisión. Hace 5 semanas volvió á verla: tenia una ictericia ligera, dolor en todo el vientre, más acentuado en el hipocondrio derecho, meteorismo, deposiciones numerosas, fluidas y fétidas y calentura. El diagnóstico fué infección biliar y la prescripción, hielo al vientre, calomel y opio. Al tercer día, calmados ya los dolores, pudo hacer la palpación y encontró la vesícula distendida, renitente, sin colisión calculosa y el hígado un poco erecido. Hoy hace 18 días le hizo una incisión sobre el borde externo del músculo recto anterior del abdomen hasta llegar al peritoneo. Encontró la vesícula distendida. Haciendo la exploración con el dedo sintió un cálculo en la entrada del canal cístico. Abrió la vesícula, extrajo los cálculos, hizo el cateterismo del canal pudiendo llegar hasta el codo de éste, y fijó la vesícula al músculo para constituir con él una especie de esfínter. Hasta el 4.º día la paciente estuvo bien, pero ese día le vino calentura y tuvo parálisis intestinal. Se le hizo la enterocelisis con dos

litros de agua hervida, evacuó abundantemente y se *disiparon los accidentes*. La *fístula ha dado primero moco y después bilis*; y aunque la paciente ya está bien, *no ha intentado curarla el Sr. Hurtado* porque prefiere que cierre naturalmente, como opina la mayor parte de los cirujanos que debe hacerse para evitar una recaída.

ISMAEL PRIETO.

Gangrena del intestino consecutiva á un estrangulamiento herniario. Resección de Om, 20 de intestino delgado. — Aplicación del botón de Murphy. — Curación

Rosa Castro, mujer de edad madura, en su plena fememilidad entró al hospital C. B. el día 22 de Octubre y ocupó la cama núm. 22 de la Sala III: por el interrogatorio y los signos objetivos y subjetivos se diagnosticó una hernia crural derecha estrangulada que databa de tres días, durante los cuales se había intentado en vano reducirla.

Reconocida la necesidad de operar hizo el doctor F. R. Esparza una incisión que seguía el eje máximo del abultamiento herniario. Abierto el saco apareció el intestino delgado enteramente gangrenado, en una extensión de Om, 20 aproximadamente; después de quitar todo lo esclerado se colocó en cada una de las secciones la mitad correspondiente del botón de Murphy, modificado en Alemania como pueden ver ustedes en el ejemplar que tengo el gusto de presentarles esta noche, se hizo la celotomía para reducir, se suturó en jareta y se unieron las dos mitades del botón. — Se reseco enseguida el saco que estaba también gangrenado — se cerró el anillo por medio de algunos puntos de sutura con Catgut y se canalizó. La enferma guardó dieta absoluta tres días, después tomó leche en pequeñas cantidades hasta volver poco á poco á la ración ordinaria — la temperatura máxima fué de 37°3 una sola vez — y aparte de una ligera sensación de fatiga los primeros días, la enferma no se quejó ni de dolor ni de alguna otra molestia.

Arrojó el botón 30 días después á pesar de que pasados los 20 días se le administraron laxantes para favorecer la expulsión del valioso cuerpo extraño — hasta que ella dijo que lo sentía sin poderlo expeler: — se reconoció entonces una estenosis ligera del recto y con el dedo ungido con vaselina lo extrajo el interno Antonino del Castillo.

Hay que notar que hace un año la misma enferma estuvo también en este hospital á curarse de igual padecimiento en el lado izquierdo. Se hizo

la operación por el proceder de L. Championniere y la herida cerró de primer intento.

VERTIZ.

Extracto del acta núm. 11.

SESIÓN DEL 4 DE DICIEMBRE DE 1901.

Presidencia de los Sres. Dres. D. Manuel Gutiérrez y D. Domingo Orvañanos.

«Necesidad de la *sobrevigilancia médica en el puerperio*," trabajo de turno del Sr. Dr. D. Manuel Gutiérrez; *Discusión*. — Trabajo de turno del socio correspondiente Sr. D. Carlos Santa María. — *Discusión*.

El mismo Sr. Presidente, Dr. D. Manuel Gutiérrez, leyó su trabajo reglamentario al que paso por título: «Necesidad de la *vigilancia médica en el puerperio*." Se le declaró comprendido en la fr. I. del art. 74 del Reglamento.

Puesto á discusión, tomó la palabra el Sr. Hurtado y dijo: que para poner en práctica las ideas del Sr. Gutiérrez tropezamos generalmente con la ignorancia de las familias que, no apreciando debidamente los cuidados del médico, ven con poco agrado que éste sigue visitando á la púérpera cuando los cuatro primeros días han pasado sin accidentes, aunque sucede á menudo que sobrevengan después, ya por culpa del médico, ya por culpa de los parientes ó de sus deudos, pues que la subinvolución puede provenir del abuso de la ergotina ó de imprudencias de la púérpera. Por eso él, en las casas, exige que se le deje toda la libertad que necesita. Por otra parte, aun entre los médicos, las tendencias actuales son opuestas á algunas de las ideas del Sr. Gutiérrez. En Alemania se aconseja levantar á las púerperas lo más pronto posible, sobre todo si son primíparas y no ha habido accidentes. Allí se juzga peligroso el decúbito porque favorece la retroversión, el estreñimiento, la retención de orina y el éxtasis venoso en los órganos torácicos y abdominales. Algunos parteros han hecho sentarse y levantarse á las púerperas á los cuatro días y han presentado buenas estadísticas. La excitación de las funciones de nutrición, que traen consigo los movimientos musculares, favorecen la involución de la matriz y además es de observación que la posición vertical y la de ambulación favorecen la evacuación del recto y de la vejiga. Esta práctica se ha extendido á la cirugía abdominal y no hace mucho la adoptó él para

un laparotomizado, al que hizo sentar á los tres días de la operación, porque teniendo pleuresía doble y congestiones pulmonares, estimó peligroso el decúbito. Este, en efecto, dificulta la circulación pulmonar, favorece el estreñimiento y suele dar lugar á que la orina y las materias fecales ensucien los apósitos. Por las razones expuestas se ve que la cuestión no está resuelta y que es de tal importancia, que debe discutirse acumulando el mayor número de hechos que sea posible. Respecto de que las flebitis provengan de los movimientos prematuros de las púerperas, no está de acuerdo con el señor Gutiérrez, porque aquéllas son siempre de naturaleza séptica y traen su origen de circunstancias bien determinadas, tales como una hemostasis incompleta ó cualquiera otra circunstancia capaz de engendrar una septicemia, y la que se llama ilegmatis alba dolens más bien puede ser favorecida por el decúbito. En la casa de Maternidad de México se da de alta á las asiladas á los doce ó catorce días, cuando el puerperio ha sido normal. En suma, cree que á las primíparas sanas no se les debe dar ergotina ni prolongar el decúbito sin necesidad; que se las debe someter al masaje y á la kinesiología, sentarlas primero, hacerlas después levantarse y andar, en una palabra, hacer con los movimientos lo mismo que se hace con la alimentación.

El Sr. Gutiérrez replicó: que en su trabajo ha procurado demostrar cuánto se equivocan los médicos que, porque no hay calentura, dolores, ni elevación del fondo uterino creen que no hay peligro, descuidan las precauciones adecuadas y ven después sobreenvenenarse una infección. No cree que la flebitis puerperal tenga su causa en un cambio de postura; bien sabe que es siempre séptica, pero sí la ha visto aparecer con el cambio de postura, á veces hasta quince días después del parto, y se explica el hecho porque la infección, latente al principio y sin síntomas ruidosos, se declara cuando se ha formado el trombus favorecido por el cambio de actitud. El Sr. Hurtado y los médicos alemanes creen que el estreñimiento y las retroversiones toman su causa del decúbito; pero él cree que son más frecuentes las ante-flexiones. Con pretexto de favorecer la involución se hacen fuertes presiones sobre el fondo de la matriz; y como después del parto el tejido está laxo, esas presiones determinan la ante-flexión ó favorecen la que ya existía, obrando en el mismo sentido la actitud vertical y los movimientos cuando se prescriben antes de tiempo. ¿Cómo se explica, según las ideas del Sr. Hurtado, que en la mayor parte de las

enfermas de la cintura el antecedente sea el haberse levantado prematuramente después de un parto? La cuestión por lo mismo es controvertible. Si el fondo uterino desaparece totalmente detrás del arco del pubis, que se levante la púerpera; pero si hay subinvolución y si la levanta sobrevendrán accidentes. A los que en tales circunstancias crean ventajosos los cambios de postura, les opone lo que su práctica le ha enseñado. Ni debe sujetarse á la enferma á un reposo exagerado ni permitirle movimientos que puedan ser peligrosos. No ve analogía entre una púerpera y una laparotomizada, porque la primera, en virtud de sus circunstancias especiales, está expuesta á contraer una infección mucho más que la segunda. Para concluir insistió que en su trabajo lo que sostiene es que el partero no debe abandonar á la púerpera tan pronto como se acostumbra hoy.

El Sr. Bandera expuso que las ideas nuevas debían admitirse con reserva; que las mujeres mexicanas no eran iguales á las alemanas; que él, en su práctica, había observado que siempre que las púerperas se levantaban pronto, tenían hemorragias y se veían obligadas á guardar cama quince ó veinte días en vez de siete ú ocho; que el Sr. D. J. M. Rodríguez no dejaba levantar á sus enfermas sino hasta que la involución era completa; y por último, que antes de poner en práctica las ideas nuevas se debía estudiar si eran aplicables aquí.

El Sr. Hurtado manifestó que, como había dicho antes, la nota discordante no era suya y que necesitamos tiempo y observaciones para resolver la cuestión. Ciertamente que la mayor parte de las afecciones ginecológicas se deben á puerperios mal atendidos; pero en la mayoría de los casos se trata de mujeres que después del parto se han levantado á trabajar en faenas pesadas ó impropias de su estado. No es eso lo propuesto, sino que se las haga sentarse y levantarse gradual y prudentemente, atendiendo á las circunstancias de cada caso. Las retroversiones son más frecuentes que las ante-flexiones. Una primípara joven, sana y sin accidentes, debe levantarse lo más pronto posible, y una múltipara, de vientre flácido, de constitución deteriorada, requiere grandes precauciones. Para levantar á una púerpera debe procederse siempre con prudencia; pero no debe olvidarse que los movimientos, activando la nutrición, ejercen una influencia benéfica para reparar las pérdidas y desórdenes ocasionados por el embarazo y por el parto. La práctica alemana no debe aceptarse desde luego, pero debe discu-

lirse y deben acumularse observaciones para juzgarla.

El Sr. Urrutia expuso que retroversiones y retroflexiones no son debidas tanto al decúbito cuanto á los multiplicados reconocimientos y maniobras y á la antisepsia ilusoria que suelen hacer algunos médicos, pero principalmente las parteras, y que provocan douglassitis. Recordó que el Sr. D. J. M. Rodriguez, al advenimiento de la bacteriología, había dicho que la antisepsia iba á aumentar el número de enfermas de la cintura. Lo que ha sucedido, porque en la confianza de que los líquidos antisépticos disminuirían las materias sépticas y prevendrían su descomposición, se hacen inyecciones y se multiplican los reconocimientos sin medida, haciendo la pretendida antisepsia con agua en la que se ha disuelto algún antiséptico en pequeña cantidad y empleando utensilios que no están asépticos, como tampoco lo están las manos que, como sabemos, muy fácilmente pueden propagar infecciones. Muchas señoras que no se someten á reconocimientos escapan á las infecciones, y, en cambio, las contraen muchas otras de las que se ponen en manos de parteras.

El Sr. Hurtado contestó que lo dicho por el señor Urrutia se refería al parto y no al puerperio; que no deben hacerse reconocimientos sin necesidad y que él no sostenía que tan sólo el decúbito provocase la retroversión sino que contribuía á producirla.

El Sr. Presidente participó á la Academia que la «Gaceta Médica» había obtenido medalla de oro en la Exposición de París.

El Sr. González Uruña dió lectura al trabajo de turno del socio correspondiente D. Carlos Santa María, intitulado «Iniciativa sobre que se declare obligatorio el estudio de las Nociones de Higiene, que enseñan como debe evitarse la propagación de las enfermedades contagiosas.»

Puesto á discusión, el Sr. Olvera juzgó muy importante la iniciativa con que termina, por creer que por mucho que se esfuerce el Gobierno y á algunos particulares en prevenir la propagación de las enfermedades contagiosas, se tropieza siempre con la ignorancia de los más acerca de la forma en que se verifica el contagio y de la manera de evitarlo. Tiene por lo mismo que ser muy útil una cartilla, que se haga aprender en las escuelas, y en la cual se enseñe que la obligación de impedir que otras personas se contagien con las enfermedades que lo afectan á uno ó alguno de sus deudos, se deduce del gran principio de moral: «No hagas á otro lo que no quieras para tí.» Si un padre de familia tuberculo-

so supiera que fácilmente puede transmitir á sus hijos la enfermedad ni siquiera los dejaría acercarse á él. Terminó proponiendo pasara el trabajo á la Sección de Higiene.

El Sr. Gayón hizo notar que las medidas que propone el Sr. Santa María en su trabajo, están en vigor en el Distrito Federal y los territorios, pues que en 5.º y 6.º año de instrucción primaria se enseña Fisiología, Higiene, Medicina Doméstica, Contagio, Infección, y Antisepsia. En los Estados tal vez no lo estén, pero lo único que podía tomar á su cargo la Academia sería lo referente á la Cartilla.

En vista de las razones expuestas, el Sr. Presidente dispuso que pasara el trabajo á la Comisión de Higiene para que dictaminara acerca de la cartilla referida.

En seguida el que suscribe dió lectura á los datos clínicos de una operada que presentó el Sr. Vértiz.

El Sr. Presidente nombró al Sr. Hurtado para que la reconociera.

El Sr. Hurtado, hecho el examen, informó que la operada estaba en un estado plenamente satisfactorio y que la curación de la hernia estrangulada tal como se había hecho, con resección del intestino y del saco había estado perfectamente indicada; pero que se creía obligado á advertir que en la actualidad hay alguna tendencia á no emplear el botón Murphy, porque su retención se prolonga á veces mucho tiempo y porque hay necesidad de 5 ó 6 modelos, pues el que es aplicable á una porción del intestino es impropio para otras, sin que hayan logrado evitar estos inconvenientes las diversas modificaciones que se le han hecho. Ahora los cirujanos suelen recurrir á él para las entero-anastomosis profundas; pero cuando el asa intestinal puede fácilmente sacarse de la cavidad y no hay peligro de que la sangre ó las materias intestinales contaminen el peritoneo, entonces se prefiere la sutura, prestando grandes servicios las pinzas de Doyen. En una hernia, por lo mismo, no se ve necesidad del botón de Murphy. Esto, sin embargo, no es una crítica sino una observación que parece oportuna.

FÍSICA MÉDICA

Sobre el desnivel de las imágenes de las miras del oftalmómetro en la córnea astigmata.

En alguna otra ocasión me he ocupado en esta Academia del oftalmómetro, instrumento usado pa-