

Boletín Médico de México

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO I.

MEXICO, 1.º DE AGOSTO DE 1901

2ª SERIE.—NUM. 15

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Extracto del Acta núm. 38

SESION DEL 26 DE JUNIO DE 1901

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés

Lectura por el Sr. Dr. Zárraga. Discusión. Presentación de dos operadas por el Sr. Dr. Villarreal. Se nombra una Comisión para que las examine. Discusión.

El Sr. Dr. Zárraga leyó su Memoria de Reglamento, titulada: "Acomodación pélvica artificial."

El Sr. López Hermosa dijo que con justicia, con demasiada justicia, ocupa la ilustrada atención de la Academia el Sr. Profesor Zárraga, en el bien escrito trabajo que acababa de leer, enumerando los múltiples peligros á que á madres y á hijos expone el parto en las posiciones oxicipito-posteriores. Y si creyó el asunto de gran importancia, fué por la diferente manera con que los médicos mexicanos que tienen á cargo la enseñanza de la Obstetricia teórico-práctica en nuestra Escuela N. de Medicina y los extranjeros ven este asunto, especialmente desde el punto de vista de la terminación del parto. En efecto, si se consultan las obras de más aceptación, tanto francesas como alemanas é inglesas, se ve sostener, por los más reputados autores, (Pinard, Ribemont, Lepage, Playfair, etc., que son exageradas las dificultades del parto en estas posiciones y que en la generalidad de casos, el occipucio gira hacia delante y el trabajo termina espontáneamente colocándose la región occipital bajo el arco del púbis. Mas á su juicio esta rotación sólo se verifica cuando se encuentran reunidas las condiciones siguientes: foto

pequeño, pélvis amplia y contracciones uterinas enérgicas, bien dirigidas y repetidas á intervalos regulares. Y estas condiciones distan mucho de presentarse en la mayoría de los casos, resultando, de su frecuente ausencia, que este importante tiempo del parto no se verifique; que el trabajo se prolongue indefinidamente; que el útero, agotado por el exceso de trabajo que tiene que haber desarrollado para vencer el obstáculo que se opone á la expulsión del feto, se tetanice y ocasione la muerte de éste por asfixia, que resulta de la interrupción sostenida de la circulación utero-placentaria; ó á que las exageradas contracciones de la matriz produzcan un despegamiento prematuro de la placenta, y de aquí una abundante hemorragia, en relación con la extensión de tal despegamiento, la que puede ser fatal para madre é hijo, si no se interviene con rapidez y oportunidad para conseguir la desocupación del órgano de la gestación y lograr obtener la retractilidad que obture permanentemente los senos uterinos abiertos y desgarrados al nivel de la inserción de la placenta. Estos peligros, y los señalados por el Sr. Profesor Zárraga, constituyen sólidas bases en que apoyar la opinión de los tocólogos mexicanos que sostienen que las posiciones occipito-posteriores son distócicas. Las anomalías en el mecanismo del parto son muy frecuentes. La flexión de la cabeza se produce con mucha lentitud, ó no llega á verificarse debido á su volumen exagerado, coincidencia que West y Magdonal han señalado. De aquí el que el descenso no se verifique y que la cabeza quede fija en un mismo lugar de la escavación, ocasionando peligrosa compresión de los tejidos maternos que revisten á esta región de la pélvis y de los órganos encerrados en ella. Como la cabeza no logra descender hasta el piso pélvico, no se pone bajo la acción directriz del perineo, y la rotación no se verifica. De hecho la cabeza del feto sólo puede descender lo que le permita la longitud del cuello, y como la pared

postero-lateral de la escavación tiene en nuestras mexicanas más de 10 centímetros de altura, claro es que, dada la longitud del cuello, el occipucio no se pondrá bajo la acción del perineo y el parto se prolongará, comprometiendo los intereses del feto y de la madre, si el partero no interviene para poner fin á tan violenta y peligrosa situación.

El Sr. Dr. Zárraga, en su bien escrito trabajo, propone cambiar, por maniobras externas, las posiciones posteriores en anteriores para hacer desaparecer los peligros á que éstas exponen, y desde el punto de vista teórico, nada más racional que transformar, por tan inofensivo método, una mala en una buena situación. ¿Será esto fácil en la práctica, cuando la cabeza esté bien encajada?..... La experiencia lo enseñará; pero lo que por ahora puedo asegurar, es que jamás ha leído en algún autor la idea original emitida por su ilustrado profesor.

En lo que no estuvo de acuerdo con el Sr. Dr. Zárraga, fué en hacer rodar siempre la cabeza hasta colocarla bajo del púbis, pues hay casos en los que esta rotación es casi imposible ó sólo se conseguiría determinando una formidable compresión de los tejidos maternos, entre la frente del feto y las paredes huesosas de la escavación. La naturaleza vence estos obstáculos, ó bien doblando la cabeza, deslizando la frente detrás de la cara posterior del púbis hasta encuadrar la raíz de la nariz bajo la arcada pubiana y haciendo aparecer frente á la comisura posterior de la vulva, el bregma, la sutura interparietal, la fontanela posterior y el occipital: la boca y la nariz se desprenden en seguida frente á la comisura anterior. La cabeza se ha expulsado por flexión. Otras veces, la cabeza llega á doblarse hasta substituir á la circunferencia occipito-frontal, cuyo diámetro tiene 11 centímetros y medio, por la suboccipito-bregmática, que tiene sólo 8 y medio centímetros de diámetro. La primera no podía, con facilidad, atravesar la escavación, pero la segunda no tendrá dificultad para conseguirlo y de hecho lo logra hasta que el occipucio salga del recinto pélvico y tome punto de apoyo en el borde anterior del perineo y por un movimiento de extensión se conjuguen con la ventana vulvar, los diámetros suboccipito-bregmático, suboccipito-frontal, suboccipito-mentoniano y suboccipito-traqueal, todos de dimensiones adecuadas á las del diámetro antero posterior del orificio de salida de la pélvis blanda.

Este mecanismo, que emplea la naturaleza para salir avante, creyó que debe hacer artificialmente

el partero que piense que la mejor manera de vencer estos obstáculos es imitarla y efectuar lo que ella habría hecho si sus esfuerzos le hubieran bastado. Dijo que podría citar al Sr. Dr. Zárraga multitud de casos en los que ha conseguido salvar á madres ó hijos sin algún traumatismo de importancia, siguiendo este mecanismo con el forceps; pero sólo mencionó los últimos que vinieron en aquellos momentos á su memoria. En la calle de Montealegre operé á una primípara, con la ayuda del Sr. Dr. Bulman, con niño vivo, sin ninguna lesión y sin desgarradura del perineo. Con el Sr. Profesor Gallegos, dos primíparas, una en el callejón de Dolores y otra en la calle de Santa Clara. Esta última señora tenía albuminuria gravídica, edemas generalizados, y las membranas se rompieron al empezar el trabajo. El período de dilatación duró dos días, y cuando el cuello estuvo suficientemente dilatado y que el feto presentó síntomas de asfixia, procedió, de acuerdo con el Sr. Profesor Gallegos, á practicar la extracción con el forceps, y siguiendo la técnica que ha mencionado, sacó una robusta niña de más de 5,000 gramos de peso, la que pronto reanimaron. La madre se restableció completamente de su albuminuria, y hoy, llena de vida, es el encanto de su feliz hogar. En la 2ª de la Pila-Seca, con el Sr. Profesor D. Juan Peón del Valle, hizo una extracción en una secundípara, de pélvis ligeramente estrecha, también por el mismo procedimiento. Con el Sr. Dr. D. Francisco de P. Echeverría hizo una aplicación alta de forceps para extraer un niño de término también en posición occipito-posterior, en una primípara, que vive en la calle de la Cerbatana. Madre y niño quedaron enteramente bien. En esta operación estuvo presente su practicante el joven pasante D. Luis Morales Medina. Ayudado por la Profesora Señorita Petra Rodríguez y el Sr. Dr. Eraclio Gutiérrez, hizo en la Ciudad de Tlalpam, una aplicación alta de forceps para extraer un niño muy desarrollado, en posición occipito-posterior, en una señora múltipara; el niño, que fué rápidamente reanimado, vive hasta la fecha, y la madre no presentó traumatismo de importancia.

Mencionó estos hechos con los nombres de los compañeros que le prestaron su valiosa ayuda, para que se vea por ellos que el procedimiento que ha seguido le ha permitido llenar su cometido.

Terminó felicitando al Sr. Profesor Zárraga por su bien escrito estudio y por el procedimiento que aconseja para convertir en anteriores las posiciones posteriores, por maniobras externas, llenando, con

su feliz idea, una de tantas lagunas que existen aún en la Obstetricia.

El Sr. Dr. Zárraga sintió que el Sr. Dr. López Hermosa no fuera lógico en su argumentación, pues conviene en que las posiciones occipito-posteriores son malas y no conviene en reducirlas, citando los casos en que han terminado felizmente. El consejo de doblar la cabeza es malo y lamentó que dicho señor no hubiera leído la tesis del Sr. Dr. Gonzalo Herrera, inspirado en una lección que el mismo Sr. Zárraga dió en la Escuela de Medicina. Leyó la parte conducente de la citada tesis que dice lo siguiente: "Pero se ha dicho que toda esta serie de dificultades que tenemos señaladas son debidas solamente á que se practica la extracción de la cabeza en occipito-posterior sin doblar ésta, que se ha desdoblado durante los esfuerzos del parto; que haciendo la flexión del ovoide cefálico ya directamente, ya por medio de una previa aplicación de forceps como lo indican Farabeuf y Varnier, se consigue evitar las dificultades y practicar una extracción sencilla y de benéficos resultados."

"El distinguido profesor Zárraga, en una brillante lección dada en la Escuela de Medicina, ha refutado este modo de ver y ha demostrado que tal aseveración se debía á un desconocimiento de los fenómenos mecánicos del parto en occipito-posterior."

"Voy á tratar de exponer aquí esas ideas y hacerlas tan claras como sea posible, agregando dos figuras que pongan de relieve la verdad de estos escritos."

"La figura número uno nos muestra una cabeza encajada en occipito-posterior y bien doblada, de tal modo, que la circunferencia sub-occipito-bregmática está abocada en el canal. Esta cabeza ha progresado así hasta el momento en que el diámetro dorso frontal se coloca en el estrecho superior. Como las dimensiones de ese diámetro son excesivas, (11 á 11 y medio centímetros) para las dimensiones del canal, resulta un aumento de resistencia, de tal modo considerable, que el dorso se encuentra detenido por el promontorio. La cabeza se pone entonces en el caso de la figura número 2; se desdobra; el bregma viene al centro del canal y el diámetro dorso frontal se pone más ó menos de punta abocándose entonces la circunferencia occipito-frontal."

"Ahora bien: se desdobló la cabeza para vencer la enorme resistencia que ponía á su progresión el diámetro dorso frontal; la cabeza desdoblada presenta una circunferencia mayor que la cabeza en

flexión la sub-occipito-frontal, sustituida por la occipito-frontal. Si doblamos la cabeza, la pondremos en el caso de la figura número 1, y en vez de disminuir las resistencias, las habremos aumentado.

"Si, pues, queda demostrado lo absurdo del remedio propuesto, si quedan en pie todos los argumentos en contra de la extracción en occipito-posterior, es evidente que el que se ciegue y se empeñe en hacer esta clase de extracciones, comete pecados de lesa obstetricia."

El Sr. Dr. López Hermosa manifestó que en efecto no conocía la repetida tesis, pero que en ella no se disipaban sus argumentos, pues si es cierto que en muchos casos la naturaleza rueda la cabeza y convierte las posiciones posteriores en anteriores, en lo que hay que imitarla, hay otros no escasos en los que termina el parto en occipito-posterior directa con sólo la condición de que se pongan las circunferencias menores de la cabeza en relación con las de la pélvis, habiendo, en muchas ocasiones, extraído fetos en estas circunstancias, según lo ha dicho ya. Por otra parte, los parteros se acomodan mejor á ciertas maniobras que les son más habituales y fáciles, razón por la que sin duda no tropieza con tantas dificultades, dejando que los partos se terminen en posiciones posteriores directas, cuando ya no es posible convertirlas. Así asistió á la esposa de un joven médico, la que salió bien á pesar de los temores del marido.

El Sr. Dr. Zárraga dijo que en la misma tesis á que se ha referido, se citan hechos en los que no ha sido posible la extracción en posición occipito-posterior directa. El recordó, á este propósito, á una pobre enferma domiciliada en la Pulquería de Palacio, á la que asistía de un parto en occipito-posterior el Sr. Dr. Miranda, el que viendo que no se terminaba, llamó en consulta al Sr. Dr. León Martínez, los que hicieron varias aplicaciones de forceps que fueron infructuosas, por lo que solicitaron la ayuda del Sr. Dr. D. Nicolás Ramírez de Arellano, el que á su vez aplicó también el forceps intentando sin éxito la extracción directa. Llamado el Sr. Dr. Zárraga, y enterado de lo que pasaba, verificó la rotación de la cabeza, realizando en cinco minutos la terminación del parto que no había podido conseguirse en varias horas. Juzgó que este hecho es de los que prueban la superioridad del método de rotación sobre el de extracción directa.

El Sr. Dr. Villarreal presentó á una enferma operada de cáncer uterino, de la que ya se ha ocupado, insistiendo sobre el manual operatorio que se ha

de emplear siempre que los fondos vaginales no estén aún invadidos. Cuando vió á esta paciente, notó que el cuello estaba indurado é hizo luego una raspa preventiva de cuyos productos mandó practicar el examen microscópico que reveló la naturaleza maligna del padecimiento.

Pintó en el pizarrón un esquema para describir los tiempos principales de la intervención, haciendo notar que la matriz se hallaba en situación normal un poco aumentada de volumen y los anexos no invadidos, ni por el neoplasma, ni por adherencias. Amputó el cuello al que estaba localizada la lesión, haciendo el corte alto y supra-vaginal, y al verificarlo, saltaron glóbulos epiteliales neoplásicos. Siguió un procedimiento semejante al de Kiel colocando una serie de puntos de sutura en los bordes seccionados de la matriz, valiéndose, para ello, de seda gruesa que le permitió tirar sobre el órgano para bajarlo y cerrar completamente su cavidad. Una vez hecho esto, practicó la excisión de una parte del fondo de la vagina, con objeto de quitar todos los tejidos sospechosos; abrió los fondos de dicho conducto, ligó las uterinas y guiándose por los ligamentos, llegó hasta las trompas y previa ligadura extirpó la matriz, terminando la operación sin ningún incidente. Presentó otra enferma curada de un prolapsus genital completo por medio de la serie de operaciones plásticas que ya tiene descritas, pero valiéndose en el caso actual de la anestesia producida por las inyecciones intrarraquideas de cocaina lo que constituye la originalidad del hecho. Suplicó al Sr. Presidente se sirviera nombrar una comisión que reconociera á las operadas. Este señor designó, con tal objeto, á los Sres. Dres. López Hermosa y Hurtado, suspendiéndose, entretanto, la sesión.

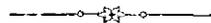
Abierta de nuevo, el Sr. Dr. López Hermosa manifestó haber reconocido á la enferma, en quien se practicó la histerectomía vaginal, encontrándole cicatrizada la herida de aquel canal. Lo importante de esta observación le pareció el diagnóstico precoz que se hizo de epiteloma, el que debe haber sido de forma cavitaria con útero móvil y sin invasión del tejido peri-uterino. Las piezas anatómicas que examinó demuestran la exactitud de dicho diagnóstico, pues en ellas se ve el cuello degenerado, la matriz grande y los anexos sanos. La enferma, por haber sido operada con toda oportunidad, no presentará probablemente reproducción de su neoplasma y será un nuevo éxito de la cirugía del cáncer, posible, como dice Richelot, siempre que se interviene á tiempo.

El Sr. Dr. Hurtado indicó que poco tenía que añadir á lo dicho por el Sr. López Hermosa, manifestando que en casos semejantes era partidario de la histerectomía, teniendo que alabar la amputación previa del cuello y la sutura de la matriz en la forma que se hizo. El ha operado dos enfermas siguiendo el mismo procedimiento. El punto referente á la sutura de los ligamentos lo consideró todavía en estudio y dijo que no siempre era fácil hacer la ligadura de las uterinas en el punto elegido, porque suele tener varias ramas que complican la hemostasis y exponen á la infección por la multiplicidad de los hilos. Estimó mejor la ligadura en cadena para los ligamentos anchos que la que se hace por transfixión pues aquélla no expone á la exfoliación y atenúa los peligros de la supuración. Es enemigo del procedimiento francés y de la forcipresura de las arterias con clamps, porque aun entre las manos de Tuffier han sobrevenido hemorragias. Juzgó muy útil cerrar la vagina para evitar infecciones. En cuanto á la reproducción, creyó probable que no la hubiera.

El Sr. Dr. Villarreal pensó que las dificultades de que habla el Sr. Dr. Hurtado, no se presentarán si se hace la ligadura de las uterinas en el lugar que él ha señalado: esas arterias desprendidas de la matriz se dirigen al uréter, al que se unen formando un codo, y en ese punto aísla el vaso y lo liga antes de que dé sus ramificaciones. Hecho esto no hay necesidad de ligar en masa los ligamentos anchos, y cierra todo el peritoneo tanto por el lado de estos repliegues, como por el de la vejiga y el recto. Sintió que los señores de la Comisión se hubieran fijado poco en la enferma del prolapsus, porque se trata de una operación grave, en la que se han suprimido los peligros de la anestesia general por medio de las inyecciones intrarraquideas de clorhidrato de cocaina, cuyo método sigue con éxito, á pesar de lo que se ha dicho en Europa en contra de él.

El Sr. Dr. Hurtado manifestó que la Comisión sí se había fijado en la segunda enferma, excusándose de reconocerla por la vagina á falta de una buena antisepsia.

JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA.



Extracto del Acta núm. 39.

SESION DEL 3 DE JULIO DE 1901

Presidencia del Sr. Dr. D. José Terrés.

Lectura por el Sr. Dr. Sosa. Presentación de una operada del Sr. Dr. Toussaint. Se nombra una comisión para reconocerla. Discusión. El suscrito presenta los temas para el concurso anual. Discusión.

El Sr. Dr. Sosa leyó su memoria reglamentaria titulada: "La Embriaguez y la Dipsomanía."

El Sr. Dr. Toussaint presentó á una muchacha operada por él hace como un mes; tiene de 20 á 23 años de edad, y desde hacia seis comenzó á notar en la encía superior una tumefacción que al principio no molestaba, pero que después empezó á doler y á deformar la región, siendo entonces lenta la marcha del padecimiento; pero últimamente se hizo rápida, aumentando los dolores, la tumefacción y la dificultad en la masticación. Al examinar al enferma, se notaba en el sitio del tumor una masa fungosa, sangrante al tacto, que había desalojado los incisivos correspondientes ó invadido el hueso. Pensó que al principio se trató de un neoplasma benigno, convertido más tarde en maligno, lo que se comprobó con el análisis microscópico el que reveló la naturaleza fibro-sarcomatosa de la neoformación. Propuesta y aceptada la intervención, procedió á ella resecaando una parte del arco del maxilar superior, lo que dejó una deformación que es ahora menor que antes de la operación, y sólo por perfeccionar la masticación, que es deficiente, recurrirá á la protesis.

Ulamó la atención de un modo especial sobre dos puntos: primero, el que se refiere á la transformación del tumor de benigno en maligno; y segundo, á que la enferma había estado ya en un hospital de la Capital, en el que se le propuso también la operación; pero con traqueotomía previa, á la que no quiso someterse la interesada, y él, no creyéndola necesaria intervino poniendo á la enferma en la posición de Roset con la cabeza fuertemente inclinada hacia atrás, lo que es muy útil en estos casos, pues á pesar de haber habido hemorragia abundante de las palatinas descendentes, más notable del lado izquierdo que del derecho, y acumulación de cuáguulos en

la faringe, no se presentó sin embargo oclusión en la glotis. La manera con que practicó la anestesia fué otro punto que juzgó digno de mención; siguió para efectuarla un método que vió emplear con éxito en el Hospital Augusta de Berlín, usando el aparato de Yinger en el que por desalojamiento sale por un tubo el cloroformo mezclado con aire, siendo fácil llevar por la nariz la extremidad de dicho tubo hasta la faringe, donde se hace la inhalación del anestésico. Presentó la pieza anatómica correspondiente, en la que se puede apreciar mejor toda la importancia del padecimiento.

El Sr. Presidente nombró al Sr. Dr. Urrutia para que se sirviera reconocer á la operada, suspendiéndose, entretanto, la sesión.

Abierta de nuevo, este Señor manifestó que el caso era de alta importancia por tratarse de un tumor maligno extirpado con parte del maxilar superior, quedando, á pesar de esto, una deformidad muy poco aparente y la región en buenas condiciones para la protesis. La herida completamente cicatrizada y el estado satisfactorio de la enferma, hacen probable que el neoplasma no se reproducirá. Terminó felicitando al Sr. Dr. Toussaint por el éxito que ha obtenido.

El Sr. Dr. López Hermosa suplicó al Sr. Dr. Urrutia se sirviera comunicar el estado en que se encontraron los ganglios á donde terminan los linfáticos de los tejidos invadidos por el sarcoma, que empezó, según la relación del Sr. Profesor Toussaint, por la mucosa que reviste el borde alveolar del maxilar superior, siguiendo una marcha rápida en los últimos días. Dijo que, por su parte, siempre que ha tratado algún neoplasma maligno, no se ha limitado á resecaar todos los tejidos degenerados y aun parte de los normales que servían de límite al tumor, sino que sintemáticamente extirpa los ganglios que reciben la red linfática de la región afectada. Manifestó poseer la íntima convicción de que sólo por este proceder, y siempre que se opere con oportunidad, es decir, al principio del padecimiento, es como suelen obtenerse curaciones definitivas, ó cuando menos alivios prolongados que compensen á los enfermos el sacrificio de sujetarse á intervenciones de esta naturaleza. Los éxitos bien numerosos realizados con el tratamiento quirúrgico en las neoplasias malignas del seno por el baseado de la axila, con resección de la piel, substracción total de la glándula con la red linfática y los ganglios y hasta de los músculos pectorales si fuere necesario, son hechos elocuentes que deben decidir al

cirujano á perseguir á los elementos malignos hasta en sus últimas trincheras.

El Sr. Dr. Urrutia contestó diciendo que los ganglios de la enferma estaban en buenas condiciones; pero que el hecho de un ligero infarto, no siempre se relaciona con una segura reproducción.

Al Sr. Dr. Toussaint no le pareció que al hacer su comunicación hubiera debido mencionar los ganglios, supuesto que el tumor es del grupo conjuntivo, de los que rara vez afectan el sistema linfático, y cuando lo hacen, es por contigüedad, pues es bien sabido que éste género de neoplasmas se propagan por la vía vascular, al contrario de los del grupo epitelial que siguen la linfática.

El subscrito dió segunda lectura á los temas para el Concurso Anual de la Academia y fundó su importancia.

Puesto á discusión el primero que dice:

¿La revacunación es ó no necesaria en la República Mexicana? En caso afirmativo, dentro de qué tiempo debería practicarse, el Sr. Dr. D. Nicolás Ramírez de Arellano estimó que aunque la cuestión era importante, no podría resolverse en el plazo de un año por no ser fácil en tan poco tiempo recoger los datos que al efecto se necesitan y porque había que ver si á los vacunados les da la viruela ó sólo la varioloide.

El Sr. Dr. Mendizábal juzgó también de importancia el tema y le pareció poco el plazo de un año para resolverla. Por lo demás, esta cuestión está ya definida y en Europa se acepta sin reservas la revacunación.

El subscrito afirmó que el punto sí podía resolverse en el tiempo fijado, porque los Médicos Inspectores Sanitarios consignan en sus informes al Consejo, cuando ven algún enfermo de viruela, si estaba ó no vacunado, y en los archivos de esa Corporación existen esos datos que se podrían consultar, lo mismo que las opiniones y los hechos particulares de los médicos que tienen conocimientos especiales en la materia. Es cierto, como dijo el Sr. Dr. Mendizábal, que la cuestión de revacunación estaba resuelta en Europa; pero no pasa lo mismo entre nosotros, en donde hay autoridades médicas que no la aceptan.

El Sr. Dr. D. Juan José Ramírez de Arellano pensó que las Estadísticas del Consejo inclinarían á error, porque los Inspectores Sanitarios se conformaban, para hacer sus diagnósticos, con sólo ver á los enfermos, y en muchos casos habían declarado viruela lo que era varioloide, recordando á una ni-

ña que él tuvo oportunidad de observar en que así pasó. En Europa sí creyó autorizada la revacunación pero aquí no.

El subscrito indicó que no deseaba empeñarse en sostener el tema y que declinaba en cualquiera de los socios de la Academia la elección de otro; pero que el hecho de que á los vacunados les diera sólo varioloide no amenguaba la necesidad de la revacunación, supuesto que está admitido que dicha enfermedad no es más que la viruela atenuada, con muchos de sus peligros, que pueden llegar hasta la muerte.

El Sr. Dr. Vértiz recordó que la cuestión se había debatido ya en el seno de la Academia, estudiándose sobre todo por el Sr. Dr. D. Luis Muñoz, que hizo observaciones experimentales. El ha expuesto hechos en que puede volver á prender la vacuna. Indicó que de los temas que se han propuesto en años anteriores y que no han sido resueltos, podían sacarse algunos á nuevo concurso.

Declarado el tema suficientemente discutido y puesto á votación, no fué aceptado.

Puesto á discusión el segundo que dice:

«Medidas que deben proponerse para disminuir el número de abortos, de nacidos muertos y de fallecimientos en los cinco primeros años de la vida; el Sr. Dr. Gutiérrez manifestó que la cuestión que se propone es muy importante; pero que la última parte, por ser demasiado extensa, le quita su interés, y además no sería original por haberse sacado con anterioridad á Concurso en la Sociedad «Pedro Escobedo». Indicó que el punto se concretara sólo á los abortos y á los nacidos muertos.

El Sr. Dr. Mendizábal fué de opinión que se dividiera el tema, formando con él las dos cuestiones reglamentarias, pues aunque la última parte se sacó á Concurso, no fué resuelta completamente por el autor de la Memoria que se presentó á la Sociedad «Escobedo».

El Sr. Dr. D. Nicolás Ramírez de Arellano propuso que no se fijara como límite á la segunda parte del tema, la edad de cinco años, porque esto estaría bueno como división decimal, pero no para marcar el límite de la primera infancia, que en realidad es hasta los tres años.

El Sr. Dr. Toussaint opinó como el Sr. Dr. Vértiz en el sentido de que se trajeran las viejas cuestiones no resueltas y cuya importancia había sido ya reconocida por la Corporación. Citó, por ejemplo, la que se refiere la naturaleza de nuestras fiebres remitentes.

El suscrito explicó al Sr. Dr. Ramírez Arellano que el límite de la edad en la segunda parte del tema lo había fijado hasta los cinco años por ser una de las divisiones establecidas por Bertillon y aceptadas por el Consejo para formar la estadística. En cuanto al tema que recordó el Sr. Dr. Toussaint está en estos momentos propuesto en concurso, y la Convocatoria respectiva se cierra hasta el 1.º de Octubre próximo.

Previo permiso de la Academia, se subdividió en la forma indicada el tema propuesto, quedando como 1ª y 2ª cuestión para el concurso anual, las dos partes que respectivamente lo forman, las que fueron aprobadas.

JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA.

TERAPEUTICA

Tratamiento de los epilépticos.

México, Marzo 28 de 1901.

Dr. José Terrés, Presidente de la Academia N. de Medicina. México.

Señor:

Tengo el honor de acompañarle con esta una carta de William Pryor Letchworth. Ll. L. D. Dirigida al Embajador junto con un ejemplar de la obra de Mr. Letchworth, titulada: "The care and treatment of epileptics."

Mr. Letchworth me ha suplicado ponga su carta y el tomo que la acompaña en las manos de alguna de las personas más instruidas en la materia, y pide á esa persona favorezca á la asociación nacional que se reúne en Washington D. C. en Mayo 9 de 1901, con un informe escrito acerca de los epilépticos y de su asistencia y tratamiento en México: informe que será leído ante esa Asamblea. He recibido instrucciones de mi gobierno para prestar auxilio á Mr. Letchworth en cuanto me sea posible.

Por lo mismo á Vd. como Presidente de la Academia N. de México, estando seguro de que con toda voluntad prestará ayuda á Mr. Letchworth, envíe a carta y el libro de referencia.

Respetuosamente vuestro.

TRUTON R. MC. CREEBY

Encargado de negocios *ad interim*.

Acompaña el tomo y la carta.

Asociación Nacional para el estudio de la epilepsia y de la asistencia y tratamiento de los epilépticos.

Albany, N.J., Marzo 18 de 1901

A su Excelencia Powell Clayton, Embajador extraordinario y plenipotenciario.—México, Mex.

Señor:

Por cortesía del hombre James W. Wadsworth y con permiso de su Excelencia John Hay, dirijo á Vd. la presente que se refiere á un asunto concerniente á la Asociación N. para el estudio de la epilepsia y la asistencia y tratamiento de los epilépticos.

Se ha acordado que la Asociación celebre un *meeting* en Washington, D. C., comenzando el 9 de Mayo próximo. Se espera que ésta será la reunión más importante de los filántropos, especialmente interesados en el bienestar de los epilépticos, que se habrá verificado en este país.

La Asociación desea presentar entonces una exposición de lo que se ha hecho y se está haciendo ahora por los epilépticos, no tan solo en cada uno de los Estados de la M. A., sino también en los países extranjeros, y tomar en consideración todo lo que escritores capaces y pensadores sugieran sobre la materia para proveer del mejor modo posible á la asistencia apropiada y al tratamiento de esta infortunada clase.

Por este correo envío á Vd. una obra acerca de la asistencia y tratamiento de los epilépticos y le daré alguna idea de los deseos y propósitos de esta Asociación.

Por invitación de la misma, escribo á Vd. para suplicarle ponga esta carta y el libro que la acompaña en manos de alguna de las personas más instruidas sobre la materia, y le ruegue favorezca á la Asociación con un escrito que será leído en el *meeting* de Washington y que se refiera á los epilépticos y su asistencia y tratamiento en México.

Si Vd. tiene á bien obsequiar esta súplica, obligará á muchas personas empeñadas en promover una empresa humanitaria.

El informe escrito deberá serme dirigido á la administración de la oficina de caridad: Albany, N. J., E. U. cs.

Soy, señor, con gran respeto vuestro.

WILLIAM PRYOR LETCHWORTH.—Presidente de la Asociación.

Al dorso un directorio que dice: "Funcionarios de la Asociación".—Hon. WILL. PRYOR LETCHWORTH LL. D.—Gen Inis Portatch. P.O. N.J.—Presidente.