

ACADEMIA N. DE MEDICINA

Extracto del Acta número 12.

SESION DEL DIA 11 DE DICIEMBRE DE 1901

Presidencia del Dr. D. Domingo Onañanos

Lectura del trabajo del Dr. Hurtado: "Tratamiento quirúrgico de la retroflexión uterina.—Discusión.

El Dr. Hurtado leyó su trabajo de turno que tiene por título «Consideraciones acerca del tratamiento quirúrgico de la retroflexión uterina.» Se le declaró comprendido en la fracción I del artículo 74 del Reglamento y se puso á discusión.

El Dr. Noriega tomó la palabra y dijo que el trabajo era muy interesante por el asunto que trata y por los recursos que enumera. El, atendiendo á su propia práctica, encuentra en las retroflexiones varias categorías. En un primer grado, el útero está perfectamente libre y la retroflexión es ligera y fácil de remediar.

En un segundo grado, sin adherencias también, hay una verdadera luxación hacia atrás del cuerpo de la matriz; en un tercer grado hay además lesiones parenquimatosas. Sucede en estos casos que la flegmasia y la desviación uterina se favorecen recíprocamente; el útero se inflama porque está doblado y la flexión aumenta ó se facilita porque esta inflamación modifica la textura y consistencia del parenquisma. No hay necesidad de que intervengan bacterias para que se produzcan las lesiones flegmáticas; las malas condiciones en que la flexión pone la circulación, explican las congestiones repetidas y prolongadas, la formación de exudados y la producción de la hipertrofia; pero si además hay una infección, el estado del órgano se hace todavía peor. Lo dicho acerca de los diversos grados de

retroflexión deja comprender la necesidad de diversos tratamientos. Hay que advertir que se refieren á la retroflexión pura, sin lesiones de los anexos ni complicaciones ni grandes adherencias. La base del tratamiento tiene por objeto combatir la inflamación, lo que se hace por medio del raspado, la excisión de una pequeña cuña del cuello uterino y el empleo de los hemostáticos, *hydrastis canadensis*. Este plan antiflogístico generalmente tiene buen éxito contra el primer grado de la retroflexión. Contra el segundo se aplica la operación de Alquier-Alexander ó Alexander-Adams ó la hysteropexia, según los casos; pero hoy, dijo el Sr. Noriega, aplica con éxito una operación cuyo autor ignora y que consiste en la incisión del fondo del saco anterior, despegamiento de la vagina y de la vejiga, introducción de una aguja curva en el parenquima uterino y enderezamiento mecánico del cuerpo de la matriz. En los casos de la tercera categoría, recuerda haber visto practicar en París una modificación del procedimiento Doleris por el Dr. Mauclair. Después de acortar los ligamentos redondos, los cruzaba enderezando y fijando la matriz. Este procedimiento le parece racional, aunque ignora si tendrá consecuencias remotas. Cuando hay complicaciones, el tratamiento tiene que ser adecuado á la naturaleza y gravedad de éstas. Generalmente se tiene miedo á la hysteropexia cuando las pacientes aún no han llegado á la menopausa. En España no le tienen miedo los ginecólogos muy distinguidos y experimentados que hay allí, porque dicen que las mujeres paren bien no obstante la operación. Pozzi, en su obra ha dicho que la hysteropexia no es motivo de distoxia, pero en una edición posterior se expresa con la mayor reserva; de todos modos, en las mujeres que ya pasaron la edad crítica es una operación sencilla, fácil y que cura radicalmente.

El Sr. Hurtado contestó que le parecía emi

netamente práctico lo expuesto por el Sr. Noriega. Cree, como él, que las retroflexiones de la primera categoría deben tratarse siempre que produzcan síntomas, contra la opinión sostenida en el último congreso médico latino-americano que ordena tratarlos aunque no los produzcan. El establece también categorías, inspirado por el libro de Schultze, que es para la materia el que se debe consultar, porque es producto de 20 ó 30 años de observaciones asiduas y bien meditadas y apartando toda causa del error, lo que le permitió rectificar el que se refiere á la dirección normal de la matriz. Para esto, congelando los cadáveres pudo sorprender el útero en su posición verdaderamente normal antes de que el desarrollo de gases y las alteraciones de las paredes abdominales, de las víceras y del tejido mismo del órgano hicieran dicha posición distinta de lo que es normalmente en las mujeres vivas.

Respecto del papel etiológico de las infecciones, cree que hay tendencia á exagerarlo, siendo así que las perturbaciones circulatorias bastan para explicar las lesiones y que la retroversión ó retroflexión pueden no ser sépticas. En mujeres vírgenes muchas veces se encuentran posiciones viciosas que no pueden atribuirse á una infección. Los hábitos malos y las congestiones menstruales son muy á menudo la causa del padecimiento que puede ser seguido de una infección para lo cual es circunstancia predisponente. Una vez efectuada la desviación, si no hay síntomas no debe hacerse nada; si los hay debe anestesiar se á la paciente por medio del cloroformo ó de la cocaïnización raquídea, hacerle un reconocimiento exacto y si la retroflexión es remediable corregirla. Si se dejan pasar meses y años es malo, y si se casa la paciente es peor. Si la enferma es virgen, el tratamiento se hará por la vía abdominal, con una incisión pequeña y una histeropexia amplia. El acortamiento de los ligamentos anchos y de los redondos es también útil, pues debe tenerse presente que la histeropexia sí puede dar lugar á accidentes, como sucedió en un caso que él mismo refirió ante esta Academia en una de las sesiones pasadas y en el que la desgarradura, durante el parto, sobrevino en la parte inferior de la matriz. El accidente se observó en la Casa de Maternidad; y si allí con todos los recursos necesarios no se pudo evitar, menos podía serlo en otras circunstancias. Doyen, atendiendo

á las conexiones del cistócele y de la desviación uterina, ha propuesto una modificación que consiste en la fijación del fondo de la vejiga en la herida abierta para hacer la histeropexia. No hace más difícil la operación y ya cuenta con 20 ó 30 éxitos. Como se ve, los progresos que han ido realizándose en el manual operatorio han tenido por mira el llenar las indicaciones patológicas. En los casos complicados se procura llenar las varias indicaciones y cada cirujano opera según sus hábitos. A este propósito recordó un caso en que había ovaritis doble y que él operó, fijando el muñón consecutivo á la excisión en los ligamentos anchos y recortando los redondos con pleno éxito. En las mujeres de pelvis amplia ó que ya pasaron la edad crítica, la histeropexia es el mejor tratamiento; sin embargo, á veces la pared abdominal está ya tan flácida que el fondo uterino se dirige hacia atrás con todo y pared aun haciendo la histeropexia muy alta como él la recomienda. El cruzamiento de los ligamentos redondos no le parece que tenga trascendencia. Pero de todos modos estima que la cirugía de las retroflexiones no carece de peligros y que, por lo mismo, si la enferma no sufre, no hay razón para emprenderlo. A una joven linfática de su clientela, después de un parto le sobrevino una ligera infección que dejó en pos suya una retroflexión que fué diagnosticada por un experimentado ginecólogo. Durante seis meses ha estado sometida al uso de taponés con ietiol, baños clorurados, aplicaciones eléctricas, etc. Otro ginecólogo la trató también sin éxito. A consecuencia de un viaje se puso peor y ocurrió al Sr. Hurtado, quien por medio del legrado y de abundantes aplicaciones de ietiol ha logrado mejorarle notablemente y no ve motivos todavía para el tratamiento quirúrgico. Si se presentasen síntomas alarmantes, si sobreviniese un aborto, al mes ó á los dos meses se haría el acortamiento de los ligamentos; pero como puede corregirse, sin estos recursos peligrosos, lo más prudente es abstenerse. Respecto del acortamiento de los ligamentos redondos, hay que advertir que no siempre tienen éstos el mismo espesor; á veces están reducidos á unas cuantas fibras ni son fáciles de encontrar. Por eso fracasó la operación de Alexander, que es una operación ciega. Esta misma circunstancia hace preferible la vía abdominal que permite ver el estado de la matriz y de todos sus

anexos y hace menos buena la histeropexia por la vía vaginal á la cual se reduce la operación que con una aguja curva ha empleado el Sr. Noriega. Es mejor acortar el ligamento, ya cortándolo, ya plegándolo ó sujetando el pliegue por trasfixión en la matriz. Respecto del poco temor que la histeropexia inspira á los cirujanos españoles, dijo ser cierto que la matriz, durante el parto, no se desgarrá al nivel de la sutura, pero sí en su segmento inferior, como lo demuestran las estadísticas.

Extracto del Acta núm. 13.

SESION DEL DIA 18 DE DICIEMBRE DE 1901

Presidencia del Sr. Dr. D. Domingo Orvañanos.

Lectura del trabajo del Sr. Dr. Orvañanos.—Discusión.—Comunicación del Sr. Dr. Hurtado acerca de una operación de colecistotomía.

El Sr. Orvañanos leyó su trabajo de turno que tiene por epígrafe: «Los habitantes de la capital deben contribuir á la extinción de la plaga de los mosquitos.» Se le declaró comprendido en la fracción II del artículo 74 del reglamento y fué puesto á discusión.

El Sr. Gayón juzgó la cuestión de vital importancia pues no obstante que no se conoce todavía el agente productor del tifo, pero por analogía podemos sospechar que sea propagado por los moscos del mismo modo que el impaludismo y la fiebre amarilla. Por tanto es de recomendarse la destrucción de los mosquitos. Presenta grandes dificultades porque las pésimas condiciones de algunos rinbos de la ciudad son los que mantienen la plaga. Los cuarteles 2.º y 3.º se encuentran en esas condiciones. En el 3.º hay una zanja muy insalubre que por fortuna parece que va á cegarse próximamente. Por otra parte hay muchas casas mal sanas y no es raro encontrar al lado de buenas habitaciones, otras muy inmundas. En una casa de las calles de Guerrero hay una zanja que da lugar á tal abundancia de moscos que á ciertas horas imita el zumbido el ruido continuado de una fábrica. El Consejo S. de Salubridad ha puesto el mayor empeño en remediar las malas condiciones de la Ciudad y ha hecho cuanto ha podido; pero no todo lo que

hay que hacer es de su incumbencia. Cegar las zanjas que forman parte del antiguo sistema de canales de desagüe, cuidar de que la policía haga cumplir las disposiciones relativas al aseo y salubridad de las vías públicas eso le toca hacerlo al Gobierno y si éste tomara en consideración lo que decimos, se mejorarían las condiciones higiénicas de México y se lograría desterrar la plaga de los moscos.

El Sr. Orvañanos dijo que sentía no haber tenido tiempo para desarrollar más el asunto.

Para precaver el daño que hacen á la salud los moscos debe procurarse la extinción de estos ó bien evitar sus picaduras, lo que es relativamente más fácil y está más al alcance de cada individuo. Las picaduras ya de por sí son molestas y producen efectos más ó menos intensos según la predisposición de los pacientes. Está demostrado que el *Culex fasciatus* comunica la fiebre amarilla y el anófeles el impaludismo; se sabe que las moscas pueden transmitir el carbón y otros padecimientos y es probable que el *Culex pungens* y otras variedades de mosquitos pueden servir de vehículo á algunos agentes morbosos. Para evitar las picaduras puede recurrirse á mosquiteros ó pabellones ó á los diversos medios que ha recomendado y proporcionado la Comisión de Parasitología y que son verdaderamente eficaces tales como colgar en la habitación una sábana mojada en un coimiento concentrado de yerba de la cucaracha ó papeles cubiertos con jarabe de la misma yerba. No ha de ser tan difícil desterrar á los moscos de una casa cuando se logra desterrar á los chinches de las casas que infestan. Sin embargo las medidas de orden general son indispensables porque es frecuente que en algunas casas cuyas condiciones higiénicas son satisfactorias y en las que no hay motivo para que existan los moscos, abunden estos procedentes de las casas antiguas. El Sr. Licéaga preguntando á un médico de los E. U. que ha venido al Congreso Pan-americano, como se había logrado en la Habana la destrucción de los moscos, fué informado por dicho médico de que tal resultado se ha obtenido, no obstante lo propicia que es la Habana para esos insectos, poniendo unos 100 hombres á desecar los charcos y lodazales ó á regarlos con petróleo cuando no pueden secarse haciendo lo mismo con los pantanos y haciendo esto tanto en las vías y edificios pú-

blicos como en las habitaciones y vigilando porque los depósitos de agua potable estén siempre cubiertos. En México la Comisión de Parasitología no dispone para este objeto más que de dos hombres y sin embargo parece que en algunas partes de los cuarteles 2.º y 3.º ha logrado que disminuyan los moscos. Para destruirlos se necesita la cooperación de los habitantes de las casas quienes deben cuidar con esmero de que los depósitos de agua no estén á descubierto y de que no haya dentro de las casas charcos ni aguas estancadas ó de echarles petróleo si es que son inevitables.

No habiendo quien hiciera uso de la palabra para tratar del mismo asunto el Sr. Hurtado la pidió para comunicar á la Academia el estado de su operada de colicistotomía. Los efectos inmediatos de la operación fueron benéficos y si bien por medio del cateter apenas pudo recorrer la mitad del canal, la permeabilidad de este la pusieron de manifiesto los vómitos biliosos que tuvo la operada el mismo día y que hacía mucho tiempo que no los tenía. Una semana después, el Sr. Hurtado retiró uno de los tubos, después el otro; pues la fístula no tendía á cerrarse. Como las deposiciones eran acólicas toda la bilis elaborada por el hígado se perdía por la fístula. La paciente sufría de meteorismo que no se corregía con enemas y que revelaba una parálisis intestinal debida tal vez á la falta de la acción estimulante de la bilis, esplicando el desarrollo de gases por fermentaciones debidas también á la falta de la bilis ó á una infección persistente colibacilar pues que en Europa se han observado casos en los que esta infección ha durado muchos meses. En tales circunstancias le pareció al Sr. Hurtado que era urgente cerrar la fístula y lo intentó; pero como el cloroformo provocó accidentes no pudo hacer convenientemente la sutura con cerda aunque logró la oclusión de la fístula. Los primeros días el resultado parecía bueno; no había bilis en el apósito y comenzó á aparecer en las evacuaciones. El 5.º día tuvo la enferma vómitos é hizo grandes esfuerzos para defecar lo que ocasionó la ruptura de la cerda y la renovación de la fístula. Ahora el operador está tratando la fístula con nitrato de plata y parece que va estrechándose.

PARTICULARIDADES ANATÓMICAS

DE LOS

CRANEOS OTOMIES.

Memoria presentada á la Academia N. de Medicina por
el Dr. Fortunato Hernández, con el objeto de
obtener la vacante que existe en la
Sección de Anatomía Normal y Patológica.

Señores Académicos:

Debo á la generosidad del eminente arqueólogo Don Alfredo Chavero, cuyas admirables colecciones bastarían para enriquecer nuestro Museo Nacional, la adquisición de un cráneo hallado en San Cristóbal Ecatepec, en las obras del desagüe, y regalado al Sr. Chavero por el ilustrado Director de la Academia de Bellas Artes, Don Ramón S. de Lascuirain.

He encontrado en este cráneo todos los caracteres anatómicos que Milne Edwards encontró en los pocos cráneos otomies extraídos de las antiguas tumbas de Santiago Tlaltelolco, y he creído útil é interesante dar á conocer estas particularidades osteológicas, ya que por sí solas son suficientes para reconstituir un tipo antropológico especial, muy diferente del tipo azteca; y ya que ellas vienen á confirmar los hechos consignados por M. Milne Edwards y E. T. Hamy, en su muy notable obra «Recherches Zoologiques pour servir á l'histoire de la Faune de la Amerique Centrale et du Mexique,» publicada en París en 1884.

Si mi humilde trabajo no resultare digno de la atención de esa Ilustre Academia, me quedará al menos la satisfacción de haber contribuído con lo que me es posible: con mis escasos conocimientos al estudio anatómico de las razas que nos precedieron en el Anáhuac; y mayor aún será esta satisfacción si logro, con mi ejemplo, estimular hacia tal clase de investigaciones á la nueva y vigorosa generación científica, que hoy se apresta al combate, y que mañana, no lo dudo, sabrá arrancar del antro legendario en que yacen, todos los caracteres etnográficos y antropológicos de las primitivas razas americanas.

Al período paleolítico, cuya existencia en México ha sido comprobada por los trabajos de Fran-

amigo el Doctor Don Mariano Herrera y yo. Y pudimos valorar su mérito porque ambos lo que ríamos, porque ambos frecuentábamos su trato porque teníamos una misma profesión.

Si el Dr. Santa María, en vez de tener que vivir retirado hubiera ejercido en esta capital, no vacilo en asegurar que hubiera ocupado uno de los primeros puestos entre sus compañeros, así por su finísimo trato, por su juicio sólido, como por sus vastos conocimientos.

A estas cualidades tan verdaderas unía el Dr. Santa María laboriosidad y actividad, poco comunes á las exigencias de una clientela numerosa adunaba la dirección de los Institutos del Estado en donde daba dos cátedras; la Dirección del Hospital Civil; la Presidencia del Hospicio de pobres, perteneciendo entretanto, varias veces al Congreso del Estado; y esta inmensa labor cumplida á conciencia, lo dejaba entero, sin que se notara en el ni desaliento, ni cansancio, ni ese desfallecimiento nervioso que hoy bautizamos con el nombre de neurastenia.

Cometió un pecado: escribió poco. Pero si se reflexiona que en su época de mayor actividad era desusado casi el hacerlo, si se piensa que el médico que ejerce lejos de los centros de más ilustración, se torna tímido, si meditamos en la inmensa labor cumplida de verdad, se comprenderá lo poco dispuesto que estuvo para hacerlo.

El Dr. Santa María fué un hombre útil á la patria, si no fué benéfico para todo el país, lo fué para su localidad; hay allí infinidad de personas, y hubo millares que recibieron sus beneficios; modificó profundamente la instrucción pública encauzándola en nuevos senderos y sacándola de los vetustos moldes seminaristas. Como amigo fué inmejorable; en el hogar un hombre cariñoso y bueno; como profesor rayaba á grandísima altura; como médico, instruido, práctico y laborioso; como ciudadano, de costumbres irreprochable y conquistándose por sus cualidades el cariño de sus coterráneos. La ciudad de Durango debe estar desolada, como me encuentro yo.

México, enero 27 de 1902.

F. ZÁRRAGA.

ACADEMIA N. DE MEDICINA

Extracto del Acta núm. 14

SESION DEL DIA 8 DE ENERO DE 1902

Presidencia del Sr. Dr. D. Manuel Gutiérrez.

Informe del Dr. Mejía acerca de unas operadas del Dr. Villarreal; discusión, presentación de una operada del Dr. Hurtado.

Se concedió la palabra al Sr. Dr. Mejía para informar acerca de las operadas que reconoció en una de las sesiones anteriores, y lo hizo por escrito, dando lectura al informe que acompaña á esta acta. El Sr. Villarreal pidió la palabra para dar las gracias al Sr. Mejía, á cuyo informe dijo no tener nada que objetar, pero refiriéndose á una enferma citada en él, expuso que ésta, después de las dos operaciones que le hicieron los Sres. Lavista y Mejía, con asistencia del Dr. Bandera, y transcurrido ya bastante tiempo, se le presentó con un padecimiento de la matriz y un sarcoma. Hace algunos meses la operó y encontró las huellas de los padecimientos y operaciones anteriores. Entró en pormenores acerca de las lesiones que él había encontrado, y dijo que hacía esta información para completar la historia clínica de la paciente.

El Sr. Mejía manifestó que, efectivamente, hacía ya mucho tiempo desde que había operado por última vez á la señora referida y que con los datos del Sr. Villarreal se completaba su historia clínica.

El Sr. Hurtado presentó á una de las operadas aludidas en su trabajo de turno y refirió que esta mujer, después de haber tenido dos ó tres partos, el último de los cuales se complicó de accidentes sépticos, ha tenido una afección venerea, leucorrea, y una uretro-cistitis blenorragica. Cuando se le presentó, estaba pálida, enflaquecida y con una cistitis muy rebelde. La matriz estaba en retroversión, inmovilizada por adherencias del parametrio posterior. El cuello crecido, con pequeños quistes y con la mucosa en reversión. Sobre la cara anterior de la matriz, detrás del pubis y prolongándose hacia abajo del lado derecho, había un abultamiento que se percibía mejor por la palpación bimanual tanto más cuanto que existía una eventración que facilitaba mucho la exploración

de toda la pelvis. La tumefacción era difusa y se perdía hacia abajo. (Hizo el orador un esquema para mostrar las relaciones del tumor). El análisis de la orina comprobó la presencia de los gonococos de Neiner. Después de algunos días en que algo se mejoró de la cistitis, la operó el 3 de Diciembre el Sr. Hurtado, dando la preferencia á la laparotomía por estar convencido de que si se obtienen buenos resultados por la vía vaginal, no son menos buenos los obtenidos por la abdominal. La existencia del tumor en el lóculo de la arteria hipogástrica, hacia la parte inferior de la región, lo hizo vacilar al principio, pareciéndole que indicaba la intervención por la vía vaginal. Sin embargo, resolvió hacer la laparotomía y después de cloroformar á la paciente, hacer el legado de la matriz y su lavado con cloruro de zinc, hizo entre el ombligo y el pubis una incisión de 10 centímetros. Como había eventración y retroversión, hizo la laparotomía porque en tales casos se inclina á hacer la reducción por el vientre con acortamiento de los ligamentos redondos y no la histeropexia. Hecha la incisión, encontró gran cantidad de grasa sub-peritoneal, en cantidad verdaderamente grande delante de la vejiga y que se continuaba hacia abajo del lado derecho. Diagnosticó un lipoma del lóculo de la arteria hipogástrica y de la cavidad de Retzius. No hizo en este tejido ninguna incisión por la facilidad que tiene para supurar, y sus relaciones con los vasos le hicieron recordar la patogenia de esta especie de tumores, que, según Renaud, Ranyier y otros histólogos, tiene alguna analogía con el desarrollo del tejido glandular, pues que se forman depositándose glóbulos de grasa alrededor de los vasos. Como el tumor era benigno, no demandaba operación y sí podía dar lugar á la supuración, se abstuvo de operarlo, felicitándose de haber escogido la vía abdominal, porque si hubiera hecho la celiotomía vaginal habría dividido el lipoma, exponiendo á la enferma á la supuración con todos sus accidentes. Se limitó, pues, á destruir las adherencias de la matriz, á estancar la sangre del fondo de saco de Douglass, y á este propósito, refiriéndose á lo asentado por el señor Mejía en su informe, de que un cirujano de Hannover concede á la vía vaginal, entre otras ventajas, la de facilitar la hemostaxis del fondo de saco de Douglass, dijo: que la sangre no se derrama entre las asas intestinales en ese fondo de

saco si no es por impericia del operador, pero que bien hecha la laparotomía, la hemostaxis allí no presenta dificultad alguna. Destruídas las adherencias, levantó la matriz, encontró en los ovarios algunos pequeños quistes que puncionó; desocupó una de las trompas que estaba obstruída, acertó unos ocho centímetros los ligamentos redondos y corrigió la eventración. La operada está ahora bien, le queda en el lado derecho la neoplasia difusa lipomatosa y le queda también su cistitis blenorragica. Insistió sobre que la celiotomía vaginal, hubiera caído sobre el lipoma y á propósito de los embarazos ectópicos dijo no estar de acuerdo con lo que había leído el Sr. Mejía, porque los cirujanos franceses y americanos prefieren la laparotomía que permite hacer el diagnóstico é impide los traumatismos y tracciones sobre el saco. Contra estos embarazos, él ha propuesto la ligadura de las arterias hipogástricas, y Cornu los considera como una especie de neoplasmas malignos análogos al deciduoma; un embarazo de cuatro ó cinco meses, debe tratarse por medio de la ligadura por ser muy peligrosa la extirpación de la placenta. La vía vaginal podrá ser buena en algunos casos, pero estos han de ser excepcionales. La idea dijo no ser suya, sino de Pozzi, Segond, etc.

Para reconocer á la operada, se nombró al señor Villarreal; pero este señor se excusó por el mal estado de sus manos, y entonces se nombró al Sr. Dr. Mejía, quien antes de proceder al examen, pidió la palabra y manifestó que las objeciones del Sr. Hurtado contra el tratamiento por la vía vaginal de los embarazos ectópicos, no tenían cabida, porque el Dr. Becker de Hannover da como reglas que el diagnóstico ya esté bien hecho, que el embarazo no pase de dos meses y que el cirujano ya tenga práctica en las operaciones por la vía vaginal, é hizo notar que hay operaciones como la traqueotomía que se pueden practicar bien en el vivo aun sin haberlas ensayado en el cadáver; mientras que hay otras como la celiotomía vaginal que requieren previo ejercicio en el cadáver y la enseñanza de hábiles operadores para poderlas practicar convenientemente.

El Sr. Villarreal manifestó no estar de acuerdo con el Sr. Hurtado ni respecto del esquema que había trazado en el pizarrón ni sobre el diagnóstico lipoma. En lo que toca á los embarazos extrauterinos, refirió haber tratado por la vía va-

ginal uno llegado á los tres meses y medio y en el que la bolsa era más grande que el puño, habiendo podido hacer por la vagina la ligadura de las arterias uterinas y utero-ováricas y la reducción de los ligamentos anchos y redondos en un solo muñón. A la paciente, ya sana, la presentó en la Sociedad de Cirugía. Para terminar, dijo que en su concepto, si el embarazo es de tres ó cuatro meses, debe operarse por la vía vaginal; pero que si pasa de esa época, se debe tratar por la vía abdominal.

Después de hacer el reconocimiento de la operada, el Sr. Mejía informó que el vientre estaba bien, la cicatriz tan retraída, que ya no mide 10 centímetros y con todos sus planos bien unidos. No hay eventración. A la palpación simple, no se percibe lipoma; pero á la bimanual se nota en el fondo de saco anterior un tumor de consistencia lipomatosa que ocupa la región infraligamentaria y que se extiende hacia la derecha. Cree justificada la abstención respecto del tumor, bien hecho el resto de la operación, y felicita al señor Hurtado.

Las enfermas, cuyo reconocimiento me fué encomendado, pertenecen á la serie de operadas por el Sr. Dr. D. Julián Villarreal, quien las presentó ante esta ilustre Academia en la sesión del 30 de octubre de 1901, al dar cuenta de otra serie de operadas de ceeliotomía abdominal, pertenecientes al hábil cirujano Dr. D. Francisco Hurtado.

El señor presidente de la Academia dispuso que el suscrito, examinase á las enfermas operadas por el Sr. Dr. D. Julián Villarreal.

En esa misma sesión, procedí al reconocimiento de cada una de ellas y muy someramente, después de un lapso de tiempo demasiado largo, voy á informar á esta docta corporación, esperando que el interesado, distinguido cirujano Don Julián Villarreal, rectificará y ampliará los pocos datos aquí consignados, extendiéndose después sobre las importantísimas consideraciones á que se presta la comparación de las intervenciones quirúrgicas, por la vía abdominal ó por la vía vaginal.

Las enfermas á que me refiero, son, por el orden en que fueron examinadas:

La primera: Luz Rivera, que fué operada hace tres meses (actualmente hace 5 meses) por un enorme fibro mioma, cuyas arterias y venas ha-

bían adquirido un desarrollo extraordinario. Esta enferma, estudiada años atrás por el ginecologista Doctor Fuertes; aun por el atrevido y muy competente cirujano Dr. D. Rafael Lavista, recibió de ellos el consejo de no permitir que la operasen, porque hallaban el tumor en condiciones muy desfavorables; y cree efectivamente el señor doctor Villarreal, que el consejo se justificaba en aquella época; en la que aun eran muy limitados los recursos de la cirugía abdominal.

Con mejores elementos, actualmente, el doctor Villarreal emprendió la operación; y si bien es cierto que tropezó con no pocas dificultades, mas no insuperables, pudo perfectamente llevar á cabo la completa extirpación del tumor, que nos ha mostrado aquí y todos hemos podido apreciar algunas de las venas, alcanzando luz igual á la de las cavas. Fácilmente se concibe, que á no tener indubitable ciencia y destreza, una pérdida de sangre por aquellas venas, prolongada por unos segundos, habría determinado rápidamente la muerte. Así, pues, la presentación de esta operada, honra indudablemente al cirujano que supo llevar á feliz término una intervención de las más difíciles en su género. Me permito consignar en estas líneas una felicitación sincera y cordial al cirujano que tal habilidad ha demostrado, y más ratifico esta felicitación al encontrarme una mujer en magnífico estado de salud, que lleva una cicatriz perfectamente formada del ombligo al pubis. Haciendo presión lateral y levantando la cicatriz, deja percibir la completa adherencia, fusión diría más bien, de todos los planos que forman la pared, lo cual se halla de acuerdo con el buen estado de su vientre, en el que no se encuentra el menor indicio de eventración ó hernia, contando á esta fecha algo más de tres meses de operada (5 en la actualidad). En 17 días se obtuvo completa curación.

—La segunda, Demetria Estrada, sufrió también una laparotomía abdominal, por fibro mioma, el 7 de septiembre último, saliendo curada del todo á los 18 días. Como la anterior, ofrece una cicatriz perfectamente reforzada, sin indicio alguno de hernia.

Se nota un desarrollo natural del vientre: pasando el extremo de la mano, es decir, la cara palmar de los dedos, detrás del pubis, no se percibe dureza alguna, ni hay vestigios ni señales de matriz.

—La tercera, Concepción Ortega, fué operada el 28 de septiembre, saliendo el día 18 de octubre perfectamente curada. Sufría de hidro-salpinx bilateral, pelvi peritonitis. Se le practicó una pequeña incisión supra púbea, cuya cicatriz se halla completa y en muy buen estado, terminándose la operación con la vagino fijación, es decir, fijando la matriz á la vagina. El estado de la enferma, mejor dicho de la operada, puesto que ya no es enferma, es absolutamente satisfactorio y, según su dicho, puede entregarse á todas sus faenas, sin dificultad ni estorbo alguno por parte del vientre.

—Por último, la cuarta operada, Joaquina Guerrero, la presenta el referido cirujano doctor Villarreal, como ejemplo, de una muy feliz intervención vaginal por salpingo-oforitis purulenta izquierda, con retroversión uterina adherente. Se practicó en ella la coeliotomía vaginal anterior, con extirpación del anexo izquierdo; salpingotomía derecha y vagino fijación. Esta enferma fué operada el día 3 de Septiembre de 1901 y salió curada del todo el 22 del mismo mes, es decir, 19 días después de la intervención. Representa, como las operadas anteriores, perfecto estado de salud y dice no sentir el menor inconveniente ó estorbo al desempeñar sus trabajos, por cierto bien rudos.

No fué posible comprobar el estado de la vagina, por hallarse en los momentos en que la reconocía, con la menstruación que acababa de principiar.

Efectivamente, la lesión ó, mejor dicho, las múltiples lesiones señaladas en esta enferma y de las que nos da cuenta el señor doctor Villarreal, justifican una rápida intervención que puede hacerse y muy á menudo se hace por el vientre, quiero decir, con laparotomía abdominal ó se hace por la vagina, como con innegable habilidad lo practicó el señor Villarreal.

Suscita esto una gran cuestión, en verdad, no definida del todo, á la que voy á aludir.

Es de completa oportunidad, á propósito de cuestión tan importante, el hecho de una joven Etelvina N... á quien acabo de tratar en compañía de los Sres. Dres. D. Tomás Noriega, Beristain, González de la Vega y J. León Martínez. Dicha joven, reconocida por el vientre, dejaba percibir clarísima sensación de un tumor duro, redondeado, llenando por completo la excavación,

subiendo hasta muy cerca de la cicatriz umbilical. La idea que despertaba con este simple reconocimiento, era la de llevar un fibroma uterino, de los más difíciles para intervenir, tanto por su fijeza como por llenar aparentemente la excavación. Completando el reconocimiento por el tacto vaginal, y teniendo en cuenta los expresivos datos de su historia patológica, se llegaba, sin duda alguna, al diagnóstico de salpingo ooboritis derecha supuran. En efecto, esta enferma, cuyos males databan de siete meses, había principiado con todo el cortejo que acompaña á las flagmasias anxiales, y aun la calentura continua que de un mes antes, al momento de la observación, se había hecho de tipo intermitente, con altas exacerbaciones vesperales y de sudores profusísimos, revelaban bien á las claras los accidentes de supuración.

El tacto vaginal, dejaba percibir perfectamente abombado, el fondo del saco lateral derecho, alcanzando algo atrás y adelante del útero: palpablemente desviado éste hacia la izquierda y adelante, lo que ensanchaba considerablemente el fondo de saco lateral derecho.

Deseaba yo practicar la laparotomía abdominal, aun para el caso probable de tener que llegar hasta la extirpación del anexo enfermo; pero los Doctores Beristain y González de la Vega, recordándome el éxito tan completo que en condiciones semejantes habíamos obtenido con otras tres ó cuatro enfermas, siendo una de ellas la señora Delfina C., empleada justamente en la sucursal de correos, inmediata á esta Escuela, me decidieron á intervenir solamente por la vía vaginal. El sábado, 9 de noviembre, practiqué en dicha enferma una punción con trocar largo, fijando previamente el útero con una pinza. Retirado el punzón, vimos salir pus perfectamente ligado y sin mal olor, por la cánula: cerramos el extremo libre de ésta, dejándola en su sitio, é hice sobre ella una debridación competente, que me permitió explorar con toda libertad, con el índice, despegando adherencias y alcanzando por fin la verdadera pared del foco, que lo era indudablemente, la pared de la trompa, enormemente dilatada por la supuración. El Dr. Noriega completó esta exploración á la vez que intervención, penetrando á la gran cavidad que alojaba el pus y obteniendo así, un grueso chorro, que en pocos momentos deprimió el vientre de un modo nota-

ble, hasta desaparecer todo vestigio de tumor. Para concluir, colocamos un tubo en T., completando el perfecto lavado del foco y cerciorándonos del buen funcionamiento del tubo.

La marcha ha sido del todo feliz:

Se halla agotada la supuración á la derecha; pero desgraciadamente, después de haber aparecido esta última menstruación, parece haberse encendido un trabajo flegmático, del todo semejante, sobre el anexo izquierdo.

De todos modos, en esta misma enferma, hemos visto la posibilidad y aún más: la relativa facilidad con que alcanzábamos, á través de la brecha vaginal, el anexo enfermo, siendo muy posible su extirpación y pudiéndose hacer una asepsia y antisepsia bastante correctas.

Hasta aquí lo que tenía consignado y escrito en apuntes el 20 de noviembre, para leerlo en esta Academia á la sesión siguiente á esa fecha; pero un cuidado de familia me llevó fuera de la Capital el jueves 21 de ese mismo mes. Como mi salida debía efectuarse en la noche, pude aun en aquella misma mañana, reconocer á la enferma; el éxito era absolutamente completo á la derecha; pero en cambio el lado izquierdo, estaba produciendo de la manera más exacta, los accidentes primeros. Se había abultado otra vez el vientre, llenándose de nuevo la excavación: la temperatura pasaba de 40° aquella mañana: los dolores eran intolerables; en suma: se hacía del todo indispensable una pronta intervención. Recomendé esto á mis compañeros y amigos, que me ayudaron la primera vez con esta enfermita: Dres. Beristáin, González de la Vega y León Martínez. Operaron ellos al siguiente día de mi partida, obteniendo igual feliz resultado. Me hicieron notar después, al enterarme acerca de esta enferma, que el pus obtenido mediante la debridación en el fondo de saco vaginal izquierdo, sobre ser muy abundante se hallaba extraordinariamente fétido.

La marcha fué favorable, como la vez anterior.

Para informar en esta fecha á esta ilustrada Academia, 8 de enero 1902, acabo de reconocer á la enferma y hoy sí, su curación es completa.

Agrega este hecho, uno más, a los muchos que pueden citarse, mostrando la superioridad en condiciones determinadas, de las intervenciones vaginales. Lejos de mí la idea de creer que siempre y por siempre debe procederse por esa vía:

no. Tiene sus indicaciones, las cuales, obsequiadas como debe de ser, hacen resaltar la superioridad, aún por inocencia, de las intervenciones vaginales.

Más, no quiero yo por mi parte, insistir sobre asunto de tal importancia dejo la palabra al cébre cirujano de Hannover, el distinguido Profesor Becker. He aquí cómo se expresa, á propósito del tratamiento de la preñez, ó embarazo tubario. Recomienda la coeliotomía vaginal, agregando algunas observaciones, acerca de las indicaciones de este método operatorio, en otras afecciones anaxiales. Hace alusión primero: á dos casos de preñez tubaria, rota en el curso del primer mes y netamente diagnosticadas en mujeres desde luego jóvenes. la una nulípara, la otra de 4.º embarazo. En la una estaba la bolsa á la izquierda; en la otra á la derecha.

Describe con todo detalle la operación que consistió propiamente en una coeliotomía vaginal hecha de este modo: incisión trasversal en el fondo de saco vaginal anterior, al nivel de su inserción al cuello, haciendo caer sobre esta primera incisión una segunda antero posterior de cinco centímetros. Después de liberar los dos colgajos vaginales triangulares, despegó la vegiga y atrajo y abrió igualmente por incisión antero posterior de igual medida el fondo de saco vesico-uterino. Ya con esto pudo tomar el fondo del utero con pinzas tira balas llevándolo hacia delante en la vagina, lo que permitió ver bien los anaxos, libertándolos poco á poco de sus adherencias. Reconocido el sitio preciso de la preñez, es decir, la bolsa, fué extirpada entre dos ligaduras, después de la sección y ligadura previa del ligamento suspensor del ovario. Un surgete reuniendo las dos hójuelas del ligamento ancho, cerró la brecha ligamentaria. Después, aseado á satisfacción el saco de Douglas, desembarazado de los coágulos y terminando con vaginofijación, se cerró la brecha del fondo de saco vésico uterino por un surgete á la herida vaginal por puntos separados. Consecuencias de estas operaciones: ninguna. Exito absolutamente feliz, sin la menor supuración. Al cabo de tres semanas, el tacto no dejaba percibir nada anormal. Las más someras consideraciones, acerca de esta intervención, comparándola con las intervenciones por la vía abdominal, hacen establecer, desde luego, sus indiscutibles ventajas.

“La vía vaginal, dice Becker, puede pues, des-

de el punto de vista de la facilidad operatoria, sosteniendo ventajosamente, en ciertos casos, la comparación con la laparotomía. Aun le es superior bajo ciertos aspectos. La antisepsia y asepsia son perfectamente realizables: la hemorragia es siempre mínima, y aun el abatimiento del útero con las pinzas, constituye un medio de hemostasis que no es de desdeñar. El aseo del fondo de saco de Douglas, más ó menos lleno de sangre y coágulos, es mucho más fácil por la vía vaginal, no obliga, como la laparotomía, á ir á buscar los coágulos en medio de las asas intestinales y sumprime así, toda probabilidad de infección. En la vía vaginal, el contacto de las manos del operador con la serosa abdominal es casi nulo, al contrario de lo que pasa en la laparotomía.

Sin embargo, no obstante, todo lo dicho, bueno es siempre sujetarse á las siguientes condiciones:

1.º Diagnóstico preciso. (Tratándose de hemorragia interna, si existe duda sobre su causa, es preferible recurrir á la laparotomía abdominal.)

2.º Tratándose de preñeces tubarias, no deben pasar del segundo mes.

3.º El arco del pubis, debe tener una separación normal; la vagina y perineo suficiente elasticidad.

4.º Mujer en buena edad, con ligamentos extensibles y que no tenga un pasado patológico de peri ó para metritis.

5.º El operador debe conocer bien el método y ser bien práctico é ilustrado.

6.º y último: debe contar con ayudantes peritos que hayan intervenido antes en estas operaciones.

Estas dos últimas condiciones, sobre las cuales, con tanta justicia recalca Becker, deja comprender, que no son estas operaciones de aquellas que temerariamente se pudieran practicar, sin haberlas antes ejercitado suficientemente.

Esta circunstancia hará siempre lenta la vulgarización del método, que indica, á no dudar, en quienes, como el Sr. Villarreal, la practican con éxito, una envidiable habilidad, con su rica cosecha de practicar.

Termino por lo mismo, reiterando mis felicitaciones al operador, y agregando una franca excu-

sa por el retardo tan largo como involuntario en la presentación de estas incorrectas líneas.

Salón de comisiones de la Academia.—Enero 8 de 1902.—Prof. Dr. D. Mejía.

Acta número 15.

SESION DEL DIA 15 DE ENERO DE 1902

Presidencia del Dr. D. Manuel Gutiérrez.

A las siete y veinte de la noche se abrió la sesión. Se leyó el acta de la anterior que sin discusión fué aprobada.

El Sr. Aragón dió lectura á su trabajo reglamentario al que puso por título: "Analogía de algunas enfermedades de los perros jóvenes con algunas fiebres eruptivas del hombre" y que se declaró comprendido en la frac. I del art. 74 del reglamento.

Se dió 2.ª lectura al dictamen de la comisión nombrada al efecto acerca de la memoria única presentada en el concurso del año próximo pasado.

Tomado en consideración y puesto al debate en lo general, fué aprobado sin discusión por unanimidad de votos.

Las proposiciones con que termina puestas á votación sucesivamente, también fueron aprobadas por unanimidad de votos. Todas las votaciones se hicieron en escrutinio secreto, como previene el reglamento.

Las proposiciones dicen: 1.ª No debe concederse el premio, al autor del único trabajo que obsequió la convocatoria de la Academia para el Concurso de Cirugía del año de 1900 á 1901.—2.ª Es de publicarse este trabajo juntamente con el dictamen en el periódico de la Academia.—3.ª En atención al estudio y dedicación que manifiesta el autor del trabajo es de concedérsele, á título de estímulo, la cantidad de \$200.

Para el efecto de la 3.ª de estas proposiciones se abrió el pliego cerrado que acompañaba al trabajo y que tenía el mismo lema que éste y se vió que el autor de la memoria es el Dr. Andrés Benavides, á quien dispuso el Sr. Presidente se le comunicara el resultado del concurso.

Siendo las 8 y 50 minutos de la noche se levantó la sesión, á la que concurrieron los Dres. Aragón, Banderá, Chacón A., Díaz Lombardo, Gayón,

González Uruña, Gutiérrez, Hurtado, López Hermosa, Lugo Hidalgo, Mendizábal, Núñez, Orvañanos, Ramírez de Arellano N., Ramos, Ruiz, Soriano, Toussaint, Villada y el Secretario que suscribe.

ISMAEL PRIETO.

CIRUGIA GINECOLOGICA

**Estudio clínico y estadístico de veinte laparotomías
ejecutadas del 12 de junio al 30 de sep-
tiembre del presente año por el
Dr. Francisco Hurtado.**

El móvil principal que informa el presente estudio lo constituye la consideración de que todo jefe de servicio quirúrgico creo que está en la obligación estricta de dar á conocer los resultados estadísticos de su propia práctica, y si personalmente no lo he hecho hasta el presente, ha sido por tropezar con dificultades de orden práctico y por haber seguido otra regla de conducta, que considero viciosa, y que ha consistido en efectuar comunicaciones verbales ó escritas pero aisladas y disímbolas, y ahora intento volver sobre mis pasos, categorizando y comparando mis observaciones clínicas brevemente anotadas en el libro de historias, que al efecto se lleva con todo esmero, en mi servicio quirúrgico.

No pretendo haber llegado á la perfección, confío en la benevolencia y justa crítica de mi auditorio, de quien espero se servirá hacer las indicaciones correctivas que exija mi labor imperfecta, de cuyas indicaciones, que estimo en alto grado, me prometo tomar nota, para que en otra vez y con más amplia experiencia, resulte aquella más digna de vuestra consideración, que lo es la presente.

Dada la imperfecta é insuficiente organización de nuestros actuales servicios hospitalarios, se comprenderá que he tenido que luchar para disminuir á cero la mortalidad de esta serie que reputo como muy feliz, y no lo hubiera conseguido si no hubiera contado con la gratuita y bondadosa cooperación de mis amigos médicos y estudiantes, que me asisten en mis operaciones, y que aceptan el cuidado de algunas enfermas,

debiéndose en algunas veces la curación de éstas, más que á mis propios esfuerzos, á los de aquellas dedicadas y estudiosas personalidades, complaciéndome en este momento en expresarles toda mi gratitud.

El número de laparatomías ejecutado en el breve espacio de ciento diez y siete días, sin ninguna mortalidad, creo que prueba suficientemente que con perseverancia y disponiendo del material bien clasificado de todos los entusiastas operadores de la capital, se podían anualmente recoger algunos centenares de hechos que pondrían muy alto el pabellón de nuestra cirugía nacional, dándonos á todos los que de cirugía nos ocupamos con predilección, fuentes de enseñanzas propias y grande experiencia, que nos serviría para conducirnos con acierto en el dédalo á veces inextricable que caracteriza la variedad de las dolencias de que sufren los enfermos del vientre, y nos ilustraría, por última consideración, en el planteamiento de las indicaciones operatorias radicales ó conservadoras.

El número total de celiotomías ejecutadas (diez y nueve en mi servicio y una en la práctica civil, en este lapso de tiempo, asciende á veinte, siendo quince de celiotomía abdominal y cinco de celiotomía vaginal.

Mi predilección por la vía alta se desprende del estudio de mis observaciones, reasumiendo mis razones en las siguientes: nuliparidad de las enfermas, en las que siendo estrecha la vagina considero, aquella vía superior á la vaginal: en que en muchos de los hechos la lesión afectaba la totalidad de los órganos sexuales fijándose en la cavidad pelviana y abdominal por fuertes adherencias, que algunas veces pude diagnosticar previamente á la operación; en la consideración de que proponiéndome conservar hasta los límites de lo posible los órganos enfermos, considero superior la vía alta, pues no exige las tracciones á veces inmoderadas que demande la báscula del útero, á fin de resolver si las lesiones anexas son uni ó bilaterales.

Con efecto, una vez abierto el vientre en la línea media, el cirujano puede resolver lo conveniente sin ocasionar ninguna perturbación de la topografía anatómica de las vísceras, resultando la importancia de esta conducta, por manera inequívoca, y aceptada por la mayoría de los operadores, en los casos de embarazo ectópico, de

ACADEMIA N. DE MEDICINA

Extracto del Acta núm. 16

SESION DEL DIA 22 DE ENERO DE 1902

Presidencia del Sr. Dr. D. Manuel Gutiérrez.

**Presentación de dos operadas del Sr. Villarreal.—
Informe de los Sres. Hurtado y López Hermosa,
nombrados para examinarlas.—Discusión entre los
Sres. Villarreal, Hurtado y Suárez Gamboa acer-
ca de la vagino-fijación.**

El Sr. Villarreal presentó dos operadas. La primera, de 60 años de edad, tenía un epiteloma del cuello, que databa de hacía 2 años y que había destruido la uretra y el cuello de la vejiga después de invadir el fondo de saco anterior y la vagina, y que interesaba también los órganos profundos y los ganglios. Era uno de esos casos que hasta hace muy poco tiempo todos los cirujanos declaraban inoperables. La extirpación se hizo en dos sesiones. En la primera se hizo la ablación de la uretra y del cuello de la vejiga hasta un centímetro de los uréteres, y con la pared superior de la vejiga se confeccionó un canal para la orina, porque la salida incesante de este líquido era uno de los peores tormentos de la enferma. Este canal se retrajo y la orina siguió bañando los tejidos ulcerados. A los dos meses se hizo la extirpación de la matriz y se intentó por segunda vez la protesis de la uretra, que también fué infructuosa. Por último, se hizo una tercera tentativa haciendo formar parte del canal artificial al ligamento de Carcassonne y al músculo de Guthrie, con la esperanza de que este funcionara como esfínter. El canal subsiste, pero no obstante el músculo citado, hay incontinencia de orina. Habiendo trascurrido dos años desde la operación, este hecho demuestra que en tales casos la

extirpación completa de los tejidos degenerados impide la reproducción del cancer, cuando menos por algún tiempo y que puede reconstruirse la uretra, pero sin que desaparezca la incontinencia de orina.

La segunda operada tenía un cáncer de la vagina, el cuello y los ligamentos anchos. Se le hizo la cauterización de la vagina y del cuello, la sección del fondo de saco anterior y de la vejiga, de la cual hubo que reseca como una tercera parte. En seguida, puesta la paciente en la posición de Trendelenburg, se hizo la extirpación de los ganglios y tejidos alterados, habiendo habido necesidad de disecar los uréteres. Para cubrir la gran pérdida de sustancia que había quedado, después de suturar la vejiga, se atrajo el peritoneo de la parte anterior hasta reunirlo con el borde de la pequeña porción de mucosa vaginal sana que había quedado cerca del meato y el del fondo de saco de Douglas hasta unirlo con el borde de la mucosa vaginal posterior. Hace 6 meses de la operación y el cáncer no se ha reproducido. En la pizarra hizo el narrador un esquema de su operación.

El señor Presidente nombró para examinar á las pacientes á los Sres. Hurtado y López Hermosa.

El Sr. Hurtado, después de hacer el examen, informó que había comprobado todos los hechos referidos por el Sr. Villarreal, y que parecen demostrar que tienen razón los cirujanos que intervienen en esos casos al parecer incurables, contra los que se abstienen de operar; pues que desde Jacob, que hacía el vaciamiento de la pelvis, los ginecólogos están divididos en dos bandos. La discusión de las razones de unos y otros debe aplazarse para cuando el Sr. Villarreal presente una serie de hechos relativos á un asunto de tal importancia. En general, debe examinarse á la enferma y atenderse á la edad, estado de la constitución, grado de caquexia, complicaciones, etc. Respecto de éstas,

la flebitis constituye una contraindicación, y recuerda que el Sr. Villarreal se rehusó á operar á una señora que llevaba un año ó más de ser tratada por un médico y que ya tenía esa complicación. Elogió el revestimiento de las superficies cruentas por medio del peritoneo, que dijo ser una práctica moderna muy útil. Refiriéndose á los peligros de la intervención simultánea por las vías vaginal y abdominal, dijo haber visto al célebre Péan hacer unas 15 operaciones de este género, la mayor parte de las cuales fracasaron, ya por lo imperfecto de los procedimientos seguidos entonces, ya por lo defectuosa y descuidada que era la asepsia de dicho cirujano. En el caso actual, la intervención del Sr. Villarreal ha sido como debía ser, y lo felicita por ella.

El Sr. López Hermosa informó que la paciente que él examinó es una mujer de edad avanzada, que se encuentra ahora enteramente bien y sin nada que indique la reproducción del cáncer. La uretra artificial está bien hecha, el meato parece el normal, así como la corta vagina que ha quedado. La incontinencia de orina persiste por faltar el esfínter vesical. Dada la edad de la paciente y los dos años transcurridos desde la operación, es muy grande el tiempo que se ha ganado. Resulta de este hecho que se han dilatado las fronteras de la intervención operatoria contra el cáncer, que es muy factible la reconstrucción de la uretra, y, finalmente, que en estos casos debe hacerse la cauterización de los tejidos porque les da consistencia en vez de la friabilidad que tenían y porque evita que los gérmenes infecciosos queden sembrados en superficies cruentas. Felicitó calurosamente al Sr. Villarreal.

El Sr. Villarreal, después de dar las gracias á los informantes, pidió permiso para rectificar las ideas emitidas y demostradas en un esquema por el Sr. Hurtado en una de las sesiones anteriores; y dijo que dos eran los puntos que iba á tocar, el uno, la preferencia que el Sr. Hurtado creyó que debía dar á la vía vaginal con motivo del tumor que tenía la paciente en la parte anterior. Por bondad del Sr. Hurtado, él ha tenido ocasión de ver a la paciente y ha podido apreciar la existencia del tumor, que él consideraría como otra especie de neoplasma, si no fuera porque el mismo Sr. Hurtado asegura haber comprobado que era un lipoma de la cavidad de Retzius. Que este señor haya escogido la vía abdominal por tempera-

mento, es una explicación que no satisface, y se quisiera otra digna de su ilustración. Se trataba de una retroversión adherente y con anexitis. No quiso operarla por la vía vaginal anterior, por causa del tumor sobre cuya naturaleza había duda, y sin embargo, la naturaleza del padecimiento indicaba esta vía, y operando por ella hubiera sido posible corregir las lesiones del útero y de los anexos, reconocer el tumor y hasta extirparlo en caso necesario; solo que entonces, la vejiga quedaba aislada y esto es lo único que podría indicar la vía abdominal; que aprovechando la laparotomía hiciera el acortamiento de los ligamentos redondos es de aplaudirse, porque es una buena operación; pero no es mala y es más adecuada á los medios de suspensión del útero, la que consiste en desprender el peritoneo de la vejiga y hacer una vagino fijación. El segundo punto se refiere á la situación del tumor en el lóculo hipogástrico. Dadas las relaciones de las aponeurosis de la región, es difícil de concebir que un lipoma de la cavidad de Retzius comunique con la vaina de los vasos hipogástricos, y el Sr. Hurtado no tendrá inconveniente en rectificar este punto.

El Sr. Hurtado, replicó que en el caso que se discute, abierto el vientre encontró el pániculo adiposo sobre la cara anterior de la vejiga y extendido hasta la pared lateral de la pelvis en una extensión bastante grande. Por esa circunstancia y por los vasos que contenía no quiso tocarla. Está conforme con el Sr. Villarreal en la rectificación anatómica, pero no lo está en que la vagina fijación sea superior al acortamiento de los ligamentos redondos. Está poco inclinado á la abdomino fijación y vagino fijación en sus diversos procedimientos á causa de la distocia. Aquí ha referido ya un caso en que después de la historopexia, á consecuencia de un parto, sobrevino la ruptura de la matriz y la muerte de la paciente. No sabe si las operadas del Sr. Villarreal habrán tenido partos felices después de la vagino fijación. Cuando leyó su trabajo, que siente no haya oído el Sr. Villarreal, hizo la comparación entre los diversos métodos y demostró que el resultado de la vagino fijación es bueno por de pronto, pero no puede porvenir, mientras que el acortamiento de los ligamentos redondos no produce distocia como lo han demostrado Doleris, Spinelli con 500 casos y otros; puede hacerse por las dos vías, pero es

muy difícil por la vaginal á causa de la altura á que hay que llegar y de las maniobras que se tienen que hacer. Que ensaye el Sr. Villarreal acortando de 12 á 15 cms. los ligamentos, y se vencerá. Si además se hace el acortamiento de los ligamentos anchos y se fija en el parenquima uterino el doblez hecho en los redondos, los resultados son aún más ventajosos y por eso prefiere esta operación, dando la preferencia á la vía abdominal porque permite hacer en los anexos las operaciones que sean necesarios. El procura siempre conservar los ovarios pero hace la resección de las trompas. En un caso de hidrosalpiux derecha, se encontró la trompa derecha enredada en forma de nudo de corbata. Hizo, como acostumbra, una pequeña incisión exploradora para desobstruir el canal y fijar el pabellón al ovario si no hay lesiones profundas. En el caso, tuvo que quitar dos tercios, y la parte restante la fijó al ovario. A veces hay que hacer un ojal, y como complemento de esta operación puede pasarse un hilo por el ostium uterino hasta hacerlo salir por la abertura peritoneal dejando algunos días para asegurar la permeabilidad de la trompa. En la unión del istmo con el cuerpo está el peligro de la ruptura durante el parto cuando se hace la vagino fijación, la cual determina una anteflexión.

El Doctor Villarreal manifestó que conocía la técnica del acortamiento de los ligamentos redondos y que el había sido el primero que había presentado á la Academia un caso que había operado por el procedimiento de Richelot. Sin embargo, no practica esta operación sino en mujeres vírgenes ó en las que por cualquiera circunstancia no es posible operar por la vía vaginal. De las pocas mujeres á las que ha hecho la histeropexia no sabe si habrán tenido partos. En los casos de vagino fijación haciendo todas las pequeñas operaciones que han sido precisas el parto ha sido feliz tanto en personas de la clientela civil como de la nosocomial. Así pues, él puede asegurar que sus operadas de vagino fijación han podido concebir y parir mientras que el Sr. Hurtado no puede decir lo mismo de sus casos de acortamiento de los ligamentos redondos, operación que apenas hace un año ha comenzado á practicar, pues que en un trabajo anterior ha recomendado la histeropexia. Si á favor del acortamiento ha citado estadísticas ajenas, también las

hay bastante favorables á la vagino fijación. La estrechez del campo por la vía vaginal tan sólo es aparente, supuesto que puede extraerse la matriz, examinarla á la simple vista y hacer en ella las operaciones que sean necesarias. Respecto de que la vagino fijación provoque una anteflexión, no es exacto; y con un esquema que hizo en la pizarra, demostró que abierto el fondo anterior de la vagina, después de fijada la matriz, no hay anteflexión sino elevación de la vegiga y del fondo vaginal anterior y que sólo hay inconvenientes cuando la operación ha sido ejecutada de un modo vicioso.

El Sr. Suárez G. interrogó al Sr. Hurtado sobre el modo de canalizar la trompa por medio de un hilo, y respecto de la vagino fijación, dijo que los dos procedimientos, tanto el de Dürsen como el de Mackenrodt determinan la anteflexión forzada; que por lo mismo el procedimiento que prescribe el Dr. Villarreal, más bien será de este señor y no una vagino fijación de las conocidas. En uno de los procedimientos que ha mencionado, el de Dürsen, se abre el fondo de saco vaginal se despega la vagina; con tres hilos de seda aplicados sucesivamente, se baja el fondo del útero hasta la cara profunda de la vagina, y se suturan los bordes de la herida. El procedimiento de Mackenrodt, es muy semejante á éste. La elevación de la vegiga y de las inserciones de la vagina es lo que hace el Sr. Villarreal y no la vagino fijación.

El Sr. Hurtado declaró que no era suyo el procedimiento de canalización de la trompa, que no ha llegado á poner en práctica, sino de un ayudante de Pozzi, quien ata el hilo á un estilete ó candelilla apropiados que se introduce por el ostium uterino y que se retira sin el hilo, después de que éste ha sido recogido por el cirujano por la abertura abdominal.

El Sr. Villarreal dijo que el había visto practicar su procedimiento á Dürsen y lo ha puesto en práctica: que en el esquema que el Sr. Suárez G. hizo en la pizarra, coloca la matriz debajo de la vegiga y esto indica que no ha intervenido por la vía vaginal. Hizo un esquema en que explicó minuciosamente el procedimiento Mackenrodt, y trató de rectificar algunos de los detalles expuestos por el Sr. Suárez G.

Acta número 17.

SESION DEL DIA 29 DE ENERO DE 1902

Presidencia del Sr. Dr. D. Manuel Gutiérrez.

Se dió cuenta con los asuntos de orden económico y se levantó la sesión en señal de duelo por el fallecimiento del distinguido socio correspondiente, Dr. D. Carlos Santa María.

ISMAEL PRIETO.

CLINICA INTERNA**Contribución al estudio de la patología del hígado.**

Señores Académicos:

Por el año de 1898, en un artículo publicado en la Revista del Sr. Profesor D. Rafael Lavista, me permitía yo llamar la atención respecto de las irregularidades con que se presentan en los enfermos de nuestros hospitales; los padecimientos del hígado conocidos con el nombre de cirrosis; más tarde, á mediados del año pasado, en un trabajo leído en el Instituto Patológico emitía yo la idea de que muchas de las llamadas cirrosis y clasificadas así por algunos compañeros y por mí mismo, conforme al criterio que nos suministran las obras clásicas, debieran ser estimadas como hepatitis paranquimatosas de evolución más ó menos lenta. El examen atento de algunos casos que se han presentado en el Instituto Patológico, el estudio cuidadoso de las descripciones de ciertas formas dadas por los autores, y la comparación con los padecimientos renales cuya patogenia ha sufrido toda una evolución, me ha sugerido algunos conceptos que voy á tener la honra de someter al ilustrado criterio de mis honorables compañeros, con tanto más interés, cuanto que en las secciones con las que tiene punto de contacto este trabajo, se cuentan miembros de reconocida ilustración y recto juicio. Y me es grato á la vez aprovechar este tema para mi lectura regularitaria.

Es clásico, y se enseña tanto en los tratados de Medicina, como en los de Anatomía Patológica, que los padecimientos inflamatorios del hígado cuando no son de naturaleza supurativa se di-

viden en dos clases: los que afectan al elemento parenquimatoso, y tal es como representante principal de este grupo la llamada atrofia amarilla aguda; y las que se localizan en el tejido intersticial y llamadas cirrosis. El carácter clínico de la hepatitis parenquimatosas es la evolución rápida; por el contrario, el de la cirrosis está en el curso esencialmente lento de la enfermedad. Cierta es que FERRICHS refiere casos de atrofia en los que el desarrollo fué más ó menos tardado y que FREIHAN y EICHHORST han descrito otros de cirrosis rápida, pero esto es considerado como excepcional, y la regla es que cuando se encuentra algún padecimiento inflamatorio difuso de evolución lenta, se le califica de cirrosis y se acepta como lesión anatómica, correspondiente un proceso patológico localizado en el stroma de la glándula; según que este proceso aparezca en relación con los sistemas vascular ó biliar del hígado, se tienen las formas atróficas ó hipertróficas de la enfermedad.

En mi trabajo citado de la Revista de Anatomía Patológica, procuré demostrar con algunas observaciones que la sistematización de la cirrosis, conforme á la escuela francesa, estableciendo que cuando la lesión es vascular, su desarrollo es exclusivamente perilobular y la forma atrófica, y que cuando es biliar la forma es hipertrófica, no es la expresión exacta de lo que pasa en la mayoría de los casos, por lo menos en México. Comparando el cuadro clínico observado en muchos casos con las lesiones encontradas después de la muerte, resulta que no caben de un modo preciso, ni en el grupo de la cirrosis atrófica ni en el de la hipertrófica y ni aun en el amplio grupo de las cirrosis mixtas, creado por Dieulafoy, puesto que en hígados pequeños con las apariencias macrosópicas de la cirrosis de LAENNEC, hemos encontrado con el microscopio las lesiones difusas atribuidas á la forma hipertrófica, y viceversa; en grandes hígados hemos visto las localizaciones perilobulares y anulares.

En la práctica de mis trabajos de anfiteatrovenía anotando, además de los hechos antes citados, que en numerosos casos de padecimiento crónico del hígado, las celdillas hepáticas estaban más ó menos profundamente alteradas, y en extensiones de víscera, tales que no podía dudarse de que la lesión era difusa y no accidental en un punto dado. Anatómicamente existía en estos

ACADEMIA N. DE MEDICINA

Extracto del Acta número 21.

SESION DEL DIA 26 DE FEBRERO DE 1902.

Presidencia del Sr. Dr. D. Manuel Gutiérrez.

Trabajo del Sr. Dr. Urrutia intitulado "Algunos puntos de referencia para identificar las vísceras en las intervenciones abdominales."—Discusión.—Trabajo del socio correspondiente Dr. Alfonso Martínez.—Discusión.—Informe del Dr. Villarreal acerca de unas operadas del Dr. Hurtado.—Discusión.

El Dr. Urrutia leyó su trabajo de reglamento intitulado: «Algunos puntos de referencia para identificar las vísceras en las intervenciones abdominales.» Hizo en el pizarrón un esquema para facilitar la exposición de sus ideas. El trabajo se declaró comprendido en la fr. II del art. 74 del reglamento. Puesto á discusión, tomó la palabra el Sr. Hurtado; felicitó calurosamente al autor; encontró original y ventajosa la división topográfica del abdomen propuesta y que en su concepto cuadra más con las necesidades de la clínica; ponderó las dificultades que hay á veces para el diagnóstico topográfico de los tumores que ocupan la línea media é hizo notar que los detalles anatómicos señalados en el trabajo pueden ayudar á vencer algunas de esas dificultades, principalmente, las que hay y que él personalmente ha encontrado para reconocer el hiato de Winslow. Para la ligadura de las arterias, para el diagnóstico de los tumores del piloro y del pancreas, cree de verdadera utilidad el trabajo. También le llamó vivamente la atención lo que se dice en él del acortamiento del grande epiplón que él

ha encontrado ya cuatro veces y que el Sr. Urrutia cree ser una atrofia. En lo que se refiere al duodeno la cuestión es muy importante por las dificultades que la fijeza de esa porción del intestino pone para la entero-anastomosis. El autor del trabajo duda que se pueda movilizar cuando hay adherencias. Sin embargo, Doyen destruye las adherencias y lo moviliza.

El Sr. Urrutia replicó que él se refería principalmente á la pìlorectomía que se hace desprendiendo y abocando la primera porción del duodeno, lo que es extremadamente difícil. Doyen opera sobre la 2.^a y 3.^a porciones y sobre el yeyuno y su procedimiento deja al operado en peligro de que se anuden y estrangulen las asas intestinales. Ultimamente lo ha reformado haciendo un ojal en el mesocolon. De todos modos él estima difíciles y peligrosos el desprendimiento y abocamiento de la 1.^a y 2.^a porciones del duodeno.

El señor segundo Secretario dió lectura al trabajo del socio correspondiente en Monterrey, Dr. Alfonso Martínez, que tiene por título: «Difteria grave, aplicación del suero, traqueotomía y curación.»

A propósito de este trabajo dijo el Sr. Gaviño que era de lamentarse que en algunos Estados no se hagan todavía los estudios indispensables para comprobar el diagnóstico, é hizo advertir que la coriza observada en el enfermo cuya historia refiere nuestro socio correspondiente fué muy probablemente diftérica, é indicó la invasión del mal como en tantos casos que refieren las publicaciones médicas de Europa y los Estados Unidos.

El Dr. Hurtado tomó la palabra y manifestó que al presentar á sus operadas no lo hacía por vanagloria, sino para promover discusiones que puedan servir para formar nuestro criterio. La cirugía conservadora ni aquí ni en Europa puede apreciarse de un modo exacto en sus resultados

lejanos, porque las enfermas, ya sea porque tengan un alivio muy notable ó por cualquier otra circunstancia, no se vuelven á presentar al cirujano. El, sin embargo, tiene pensado aprovechar todas las oportunidades que se le presenten para examinar á sus operadas uno ó dos años después de la operación. Refiriéndose al decíduoma, dijo que era un caso muy arduo; que en la sesión anterior fundándose en sus preparaciones histológicas había dicho ser el tumor de la naturaleza mencionada, pero que próximamente presentará completos los datos histológicos relativos para justificar el que hoy se desdiga, siguiendo las opiniones de los señores Toussaint é Ignacio Prieto. No se trata de un decíduoma porque no hay elementos fetales, sino de un sarcoma polimorfo con grandes células que parecen deciduales y que el Sr. Toussaint refiere al sarcoma. Se trata de un sarcoma difuso en el que le ha llamado la atención cómo contribuye la fibra muscular á la producción del neoplasma dividiéndose. Los datos clínicos también eran equívocos: la enferma decía haber abortado el año pasado y las hemorragias que tuvo dieron lugar á la equivocación; pero la flegmasia encontrada en las trompas y en la matriz no podían permitir el embarazo. Al operarla, las trompas estaban impermeables y los ovarios con ligera degeneración microquística. Los dejó, así como el cuello, por no tratarse de un neoplasma maligno ni haber peligros de propagación del sarcoma, pues sabido es, que este se propaga por el sistema circulatorio general y no por los linfáticos. Cauterizó el cuello uterino, el que parece haberse comenzado á atrofiar; en cuanto á los ovarios, son accesibles á la palpación y algo dolorosos por no estar en su sitio.

El Sr. Villareal manifestó que cuando el señor Hurtado dijo que se trataba de un decíduoma maligno no lo puso en duda y así lo asentó en su informe. Hoy dice que es sarcoma difuso y no tiene inconveniente en creerlo así. Criticaba el que quitara la matriz antes de darse cuenta exacta de la lesión. Encontró las trompas destruidas y las dejó sin saber si se trataba de algo maligno; la inclusión de los ovarios en los ligamentos anchos puede dar lugar á que sobreviniendo una pelvi-celulitis, se conviertan en núcleos dolorosos; y dejar el cuello sin saber si las lesiones del cuerpo eran malignas, le parece censurable.

El Dr. Hurtado tomó la palabra para referir un

caso de una enferma de 25 años, pálida, con cicatrices de viruelas, que comenzó á menstruar á los 14 años y desde entonces ha tenido hemorragias é inflamaciones pélvicas. Tres veces ha caído, una de una silla, después de una escalera y la última, resbalándose en un piso. Actualmente se observan en ella palidez, malestar y metrorragias.

Diagnosticó degeneración microquística de ambos ovarios. La matriz está en anteflexión, el cuello doloroso. Como las operaciones plásticas son muy laboriosas en las jóvenes vírgenes, después de hacer la dilatación y el legrado de la cavidad, que medía de 11 á 12 centímetros, la cauterizó con cloruro de zinc, encontró en los ovarios grandes quistes. Hizo la resección de una parte de éstos órganos. Ambas trompas estaban permeables, encontró un derrame sero-sanguinolento de unos 150 gramos de líquido, sin que hubiera infiltración en la pequeña pelvis ni granulaciones ni lesión alguna en el epiplón ni en el resto del peritoneo, algunas varices en el ligamento ancho del lado derecho. Los ligamentos redondos muy cortos. Hace ocho días la operó y está bien. El interés de la observación consiste en el derrame: Quinke refiere algunas observaciones de derrames en vírgenes, á los que llama ascitis de las doncellas y que atribuye á una acción neuro-paralítica. En confirmación de esta patogenia refirió que su operada durante la cloroformización tomó un color amoratado y que antier presentó en ambos carrillos, placas de parálisis de los nervos vaso-motores.

Extracto del Acta número 22.

SESION DEL DIA 5 DE MARZO DE 1902

Presidencia del Sr. Dr. D. Manuel Gutiérrez.

Trabajo del Sr. Dr. Núñez sobre el Flemon orbitario y su tratamiento.---Ampliación por el Sr. Núñez.---Discusión acerca de la constitución medica reinante.

El Sr. Núñez leyó su trabajo de turno, intitulado: "Cirugía Ocular.—Flemon orbitario." que se declaró comprendido en la fr. I del art. 74 del Reglamento.

En seguida, el mismo Sr. Núñez, manifestó: que el asunto que trata, lo cree de interés práctico, porque él ha visto muchos casos de enucleación terminados por la muerte, y él trata de patentizar las ventajas de la exenteración que no es peligrosa y que deja un muñón á propósito para el ojo artificial. Los tratados de Medicina Operatoria no suelen exponer los graves peligros que trae consigo la enucleación, y por eso muchos cirujanos recurren á ella. Sucede lo mismo que con la uretrotomía interna, de la cual se ha usado y aun abusado á pesar de los accidentes que puede causar. En París, él vió al célebre Richet hacer una uretrotomía interna que fué seguida de infiltración urinosa y de la muerte del paciente. En México tuvo conocimiento de un forastero al que no se le hicieron tomar precauciones por creerse benigna la operación; y que, á consecuencia de ella, tuvo una hemorragia que fué preciso contener con percloruro de fierro, sobreviniendo después la gangrena del pene y la muerte del enfermo. En los hospitales se ven muchos casos de enucleación terminarse por la muerte, y que deberían hacer á los cirujanos volver sobre sus pasos. Por eso él ha creído oportuno dar á conocer las ventajas que la exenteración tiene sobre la enucleación.

El señor Presidente recordó el deber que tiene la Academia de ocuparse en la constitución médica reinante, tanto más imperioso hoy, cuanto que el número de enfermos que hay en México, tiene convertida la ciudad en un hospital. Por lo mismo invita á los señores socios presentes, á emitir su opinión.

El Sr. Núñez, declaró: que como Inspector Sanitario, había observado que el tifo ha tomado un desarrollo verdaderamente epidémico; pero que, en cambio, no hay viruelas; habiendo sucedido lo mismo el año pasado en el cuartel que tiene á su cargo, y en el que, hasta la fecha, no ha habido, en lo que va del año, sino dos casos de viruela, traídos de fuera, y uno autoctono. Parecería como que hay cierta incompatibilidad entre el tifo y las viruelas. El tifo del año pasado se atribuyó á las remociones hechas en el suelo de la ciudad; pero este año no ha existido esa circunstancia. Las obras de saneamiento no han dado resultado por falta de agua. En el centro hay, aunque no mucha, pero en los barrios no hay. En el cuartel III, por el rumbo de Peralvi-

llo, recibían antes agua de la Villa; hoy ya no la reciben y los pozos artesianos no bastan para las necesidades de la población. Puede decirse que las habitaciones del lado Norte de la Ciudad, no tienen agua. La escasez de agua da lugar á que los comunes se encuentren en malas condiciones, tanto que algunas casas de vecindad con letrinas, están mejor que las que tienen comunes á la moderna. Con el *drainage* se han secado los pozos; y esa agua hace ahora falta. Los periódicos atribuyen el mal olor que nos molesta, á que no estamos acostumbrados á las coladeras; pero no solamente en los barrios, sino también en el centro, en donde no las azolvan con materias fecales, huelen mal, quizá porque no se las lava y porque tampoco se lavan las atarjeas. La falta de agua es causa de tifo, como lo prueba la influencia benéfica de las lluvias. Se están presentando casos de escarlatina. Ha habido algunos casos de difteria aunque debe desconfiarse de su diagnóstico; porque en México es enfermedad rara y porque suelen los médicos atribuirle todos aquellos casos de marcha rápida y muy grave, debidos más bien á laringitis catarrales acompañadas de edema. Recuerda un caso en que un médico diagnosticó difteria sin haber examinado la garganta del niño. Parece que el sarampión aún no se ha presentado. No se puede dudar que hay fiebre tifoidea, siendo los casos más frecuentes que en años anteriores y debiéndose atribuir al uso de aguas contaminadas; pues que las aguas potables están en condiciones diferentes de las que antes tenían. Hoy se las conduce en tubos cerrados y antes en los acueductos y en las fuentes se aereaban y sufrían la acción del sol.

El Sr. Urrutia dijo ser muy interesante el asunto, aunque arduo y complicado, por ser muchas las llagas que hay que señalar y que advierten mejor los médicos que ejercen entre la gente pobre, cuya situación es lamentable. Nunca ha estado la ciudad tan apestosa como ahora. Tal parece que se ha realizado lo que decía el Sr. Don Juan M. Rodríguez de las obras de saneamiento; que se lograría con ellas: «Tener la bacina destapada.» Se ha gastado mucho en el saneamiento y el azote del tifo sigue. Se han puesto al servicio público las atarjeas sin tener agua con qué lavarlas. Además, en las casas no hay ley ni autoridad que obligue á los propietarios á tener las cañerías y albañales en regla. Atesti-

gua con su casa que está en una calle en la que hay una buena atarjea; y, sin embargo, el propietario no arregla los caños de la casa; y si esto sucede con casas de cierta renta, ¿qué sucederá con las otras? Refiriéndose á la carne, dijo: que su despacho se hace en las condiciones más á propósito para infectarla. Los hombres que la cargan, vestidos con uniformes de desecho, sucios y que no se quitan ni para dormir, descansan sobre esta ropa la carne al trasportarla, depositando en ella multitud de gérmenes; y para depositarla en carros igualmente desaseados, que la llevan á carnicerías también sucias. El remedio sería, tratándose de un negocio que es ahora en México de lo más productivo, obligar á los matanceros á dar á sus empleados uniformes á propósito, impermeables y aseados. Se contestará que así está prescrito en los reglamentos; pero éstos no se llevan á la práctica, y tal vez los carros que sirven para trasportar animales muertos, sirven también para las carnes. En cuanto á las tortillas: la masa de maíz entra muy fácilmente en fermentación; y en los molinos de nixtamal se producen mil y tantas calorías que facilitan la fermentación. Remedian este inconveniente agregando á la masa atincar y cal, que van á neutralizar el ácido clorhídrico del estómago, dificultando la digestión. De los demás alimentos pudieran señalarse otros defectos.

El Sr. Olvera, dijo: que al cuadro pintado por el Sr. Urrutia, iba á agregar detalles que lo hacen más sombrío. Se atiende mucho al centro y se descuidan los suburbios. Para evitar que pasen cadáveres de tíficos por Chapultepec, se va á construir un panteón hacia el N. E., cuando de allí vienen los vientos reinantes. En esa misma dirección está Mixcalco y esta plazuela es ahora un muladar inmundos y fétido, de donde va el aire á infectar á la ciudad, cuyas calles están llenas de polvo que va á azolvar las rejillas de las atarjeas y cae en los depósitos de agua, la cual entra en putrefacción. El saneamiento ha quedado trunco. Falta agua y no sólo el tifo sino otras enfermedades infecciosas están haciendo estragos entre los habitantes de la capital, asociándose frecuentemente y modificando la fisonomía clínica de las diversas afecciones. Ya no se ven las neumonías francas de marcha cíclica y de diagnóstico y pronóstico relativamente fáciles. En el tifo se observan anomalías, no siendo raro

encontrar en él un período apirético y siendo ahora la época de su terminación incierta y no sabiéndose si tendrá lugar á los 14, 21 días ó después de más tiempo. Respecto de la fiebre tifoidea, no puede negarse que existe, pero hay también muchas enfermedades que se confunden con ella; la reacción de Widal no es patognomónica y no puede ser tan frecuente como se dice y como no lo es ni en París.

El Sr. Gayon, dijo: que en su concepto, las condiciones económicas están influyendo en la producción del estado de insalubridad que se observa en gran parte de la República y no sólo en la capital. En poblaciones en que no se ha hecho el *drainage*, hay ahora tifo, fiebres eruptivas y otras infecciones. Aquí falta el aseo de las cloacas. En la 2.^a Demarcación, para empeorar las circunstancias, están cegando ahora el canal de la Merced, de modo inconveniente. Se ha interrumpido la llegada del agua, dejando expuesto al aire el lodo en putrefacción, sin cubrirlo con cal ó cascajo, cuando eso sería tan fácil, y sin hacer las obras con la rapidez necesaria para evitar peligros y molestias. Esto debe influir sobre el tifo y corrobora esta idea, el que en la Comisaría de la Demarcación, detrás de la cual pasa la zanja referida, se han dado 5 casos de tifo, dos de ellos mortales.

El Sr. Orvañanos expuso que la insalubridad era general en toda la República; y, que por lo menos, se ve ahora como otras veces; que cuando el estado sanitario es malo en México lo es en toda la Mesa Central. La carestía de los comestibles tiene una influencia incontestable. Desde el tiempo de Moisés, y en México, en las epidemias de matlazhuatl, se ha observado que el hambre precede y acompaña á las enfermedades. En la capital para explicar la propagación de ciertas infecciones hay que atender también á lo defectuosa que es la extracción de las basuras. Nos hacemos la ilusión de que salen y, efectivamente, salen, pero vuelven á entrar. En el tiradero de Zoquipam hay pepenadores que vuelven á introducir á la Capital hasta los petates viejos. En una de las reuniones de la Asociación Americana de Salubridad Pública se leyó un trabajo intitulado: «Enfermedades de la suciedad,» en el que se demuestra la acción de ésta para producir aquellas y estando entre las así producidas, todas las que tenemos: el tifo, las diarreas, la erisipela, etc. Si á

las faltas de higiene pública se agregan las de higiene privada ó individual, se verá que hay motivos más que suficientes para la situación que lamentamos. En los hospitales suelen ingresar personas que nunca se bañan ni se peinan ni mudan de ropa y que han concurrido á los templos, á los tranvías, después de haber pasado un tifo ú otra enfermedad infecciosa. Deberían dictarse leyes severas contra el desaseo, pero si no hay agua para establecer baños y lavaderos públicos gratuitos, cómo se va á obligar á los pobres al ASEO? Hay ciudades más sucias que México. En Chicago, fuera de las avenidas principales, en las calles que llaman «Alleys» hay mucha basura; pero el lago Michigan les permite el lavado frecuente de las casas y sus dependencias y el aseo de las personas y la ciudad es más sana que México. Hay llagas sociales difíciles de extirpar, pero que debemos trabajar sin descanso por corregirlas. Las condiciones climatéricas y telúricas también influyen, porque en otras localidades, pobladas por gentes de la misma raza y de las mismas costumbres y en que las condiciones referidas son las mismas, no hay la insalubridad que aquí. Las lluvias ejercen una influencia benéfica y las curvas de mortalidad son siempre inversas de las pluviométricas. No podemos corregir las condiciones climatéricas y telúricas; pero sí está en nuestra mano combatir las otras, esforzándonos en resolver los arduos problemas sociales que las entrañan.

El Sr. Gutiérrez hizo advertir que otros años las condiciones climatéricas, telúricas y otras habiendo sido las mismas, no ha habido en la ciudad tantos enfermos ni tanta mortalidad como en el año pasado y en lo que va de este año. El año pasado las lluvias se anticiparon y fueron abundantes, y sin embargo, no ha bajado la mortalidad. Se dice que no hay agua, y sin embargo, hemos visto al Sr. Ingeniero Orozco, hacer correr agua por las atarjeas. La Academia debe llamar la atención de las autoridades sobre la necesidad que hay de extremar las medidas de higiene, y por lo mismo, suplica al señor Vicepresidente haga presente al Consejo Superior de Salubridad

el modo de sentir de la Academia, á reserva de hacerle presente en una comunicación oficial las opiniones y deseos de la Corporación.

El Sr. Dr. Orvañanos manifestó que el Consejo ha insistido repetidas veces en que se haga el lavado de las atarjeas; pero que el Sr. Gayol ha contestado que las conexiones de los tubos no salieron bien, que ha sido preciso mandarlas hacer de nuevo, que hasta Julio ó Agosto no estarán terminadas. Una vez se hizo el lavado en la parte Sur de la ciudad, y pudo verse que las atarjeas quedaban perfectamente limpias. Es cierto que el ensayo se hizo en una zona reducida y no sabe si se había hecho en mayor escala y con iguales resultados. El vió, como el señor Presidente, que el Sr. Orozco hizo correr agua por las atarjeas; pero con el actual sistema no se puede inyectar agua sino por los tubos lavadores y por no estar hechas las conexiones no puede hacerse la inyección. El mal olor no depende de las atarjeas sino de las coladeras, las cuales tienen unas cajas en las que las gentes del pueblo suelen echar excrementos y basuras y que no se limpian con bastante frecuencia. No saben si la vigilancia de estas coladeras estará á cargo de la junta de saneamiento: de todos modos, mejores que las fijas, serían unas cajas removibles como parece que se van á poner en el centro. El Consejo no es responsable de éste ni de otros defectos del saneamiento, porque nunca intervino ni fué consultado acerca de él. Para remediar dentro de sus atribuciones el mal estado de la ciudad va á dictar medidas de policía urbana y á estrechar á los propietarios para que hagan el saneamiento de las casas.

El Dr. Gayón manifestó que además de ser el agua escasa, parece que es defectuoso el aparato que sirve para las inyecciones. Las bombas son demasiado poderosas para la cantidad de agua que conduce el canal. Ha oído referir que con dos ó tres golpes de bomba se vacía el canal enteramente y las bombas no pueden seguir funcionando.

ISMAEL PRIETO.

ACADEMIA N. DE MEDICINA

Extracto del Acta número 24.

SESION DEL 2 DE ABRIL DE 1902.

Presidencia del Señor Dr. D. Domingo Orvañanos.

Se dió cuenta con una comunicación de la Secretaría de Fomento remitiendo la medalla y el diploma que obtuvo la Academia en la Exposición Internacional de Chicago.

Con otra comunicación del señor Director de las obras de saneamiento invitando á la Academia á visitar estas obras para que rectifique las ideas erróneas que se han expresado acerca de ellas y de su actual funcionamiento. El Sr. Presidente nombró á los Sres. Bandera, Gayón y Urrutia para visitar las referidas obras, y manifestó que cualesquiera otros de los señores socios que quisieran, podrían acompañarlos.

El Sr. Lugo Hidalgo leyó su trabajo de turno intitulado "La anuria en el tifo exantemático, su valor semeiótico y pronóstico," cuyo trabajo se declaró comprendido en la fracción I del art. 74 del Reglamento.

Puesto á discusión, tomó la palabra el Señor Mandizábal, encareció el interés del asunto, recalcó que en algunas de las enfermedades infecciosas la anuria es un signo muy grave, que en la fiebre amarilla es mortal y que en esta enfermedad los riñones son lesionados de preferencia, como lo demuestra lo precoz de la albuminuria, y manifestó que en el tifo muy rara vez ha observado la anuria, si bien es cierto que en su práctica civil no ha visto mucho enfermos de tifo. El Sr. Ruiz, que ha tenido á su cargo las salas de tifo del Hospital Juárez, si ha de haber tenido oportunidad de apreciar la frecuencia del

síntoma en estudio por lo cual lo invita á dar á conocer sus observaciones.

El Sr. Ruiz, accediendo á la invitación, expuso que tenía notas de cerca de once mil casos de tifo en los cuales con mucha frecuencia está consignada la parálisis de la vejiga; pero la anuria muy excepcionalmente. Cree que si el tifo es atáxico y sobreviene una congestión hepática muy intensa, escaseará la orina más que por efecto del tifo, por efecto de la complicación hepática; corrobora su opinión la anuria que sobreviene en la atrolia amarilla aguda. En la actual epidemia no ha tenido ocasión de ver muchos casos y no puede por lo mismo decir nada acerca de la frecuencia de la anuria. Respecto del carácter epidémico del tifo actual no debe olvidarse que desde 1543 esta fiebre es endémica no tan sólo en México, sino en toda la Mesa Central, adquiriendo periódicamente un desarrollo considerable.

El Sr. Lugo dijo que tan rara vez observaba en años anteriores la anuria en los tíficos, que jamás había sido objeto de sus preocupaciones; pero que desde Diciembre le llamó la atención haberla observado en varios casos que fueron más numerosos en Enero. Respecto de la frecuencia actual del tifo, en esta temporada tiene asistidos ochenta y un enfermos. No bastará acaso esta cifra para acreditar como epidémico el carácter actual del tifo; pero si se cuentan todos los enfermos que hay en la ciudad, se verá que ahora el tifo es de importancia, no tan sólo por su gravedad, sino también por el considerable número de casos que ha producido. De todos modos la anuria ha aumentado de frecuencia y su valor pronóstico es grave como en la fiebre amarilla.

El Sr. Olvera manifestó que, según su práctica, la uremia era un incidente raro en el tifo, mientras que por el contrario era frecuente la pará-

lisis de la vejiga. La abundancia de la orina solía ser de favorable pronóstico; lo que hace presumir que con ellas se eliminan grandes cantidades de toxinas, cuya naturaleza tal vez nos den á conocer los análisis de la orina.

En cuanto al número de casos de tifo, á reserva de dar próximamente cifras exactas, dijo que desde Enero de 1901 hasta la fecha, el mayor número de casos se había observado en Febrero del presente año, siendo de notarse que, sin embargo, la mortalidad proporcionalmente había sido menor.

El Sr. Urrutia encareció la importancia del síntoma anuria, porque si la albuminuria ya indica cierta gravedad de la infección por corresponder á lesiones del riñón, y si la presencia de cilindros revela que las lesiones son más profundas y por lo mismo es más grave la infección, la anuria viene además á constituir una complicación, dada la importancia que tiene la filtración renal ya para eliminar los productos tóxicos engendrados normalmente en el organismo, ya para desechar los producidos por el agente morboso. Por las alteraciones que en las funciones renales provoca una medicación imprudente, pudiera explicarse el éxito que en muchos casos logran algunos médicos y muchos charlatanes, absteniéndose de toda intervención activa. Citó en apoyo de esto, lo que sucedió hace algunos años con los tifosos del hospital de Churubusco. Mientras los atendió un médico que les daba pocos ó ningún medicamento la proporción de mortalidad fué bastante baja; pero cuando substituyeron á aquél con otro médico que los sometió á una medicación enérgica y abundante, la mortalidad creció notablemente. Para concluir, dijo que la utilidad de las lavativas, de las cuales hasta se abusa en el tifo, tal vez depende en gran parte de que favorecen la diuresis.

El Sr. Mendizábal expuso que en el tifo la albuminuria era rara, aunque probablemente sobrevienen modificaciones en la composición de la orina que no conocemos, porque no se ha hecho el estudio de este líquido con la atención y el empeño con que se ha hecho en la fiebre tifoidea, en la cual se han hecho tablas muy instructivas de las alteraciones de la orina. Cree que la albuminuria cuando se presenta puede ser determinada por lesiones hepáticas como ha dicho el Sr. Ruiz, porque estas lesiones se encuen-

tran en la fiebre amarilla y en el envenenamiento por el fósforo en cuyas infecciones la albuminuria es precoz y abundante.

Respecto de la actual epidemia dura desde 1901 y en tiempo de aguas no presentó la remisión que se observaba antes año por año. En el hospital Juárez, en donde se deja sentir claramente el alza y baja del tifo, había en Julio ciento veinte enfermos de tifo, y en Febrero de este año unos ochenta. El tifo unas veces se cura con cualquier cosa y otras no se cura con nada. Sucede otro tanto en Veracruz con la fiebre amarilla: hay oleadas de esta fiebre muy benignas y otras muy graves. Parece que en la actualidad el tifo reviste una gran virulencia y nada tiene de extraño que con esa gravedad sobrevenga anuria.

El Dr. Núñez expuso que en el cuartel que tiene á su cargo como inspector la mortalidad ha sido mayor y por lo mismo la gravedad. Los meses en que estamos son los meses culminantes para el tifo. Ha podido observar que en las formas atáxicas sobreviene la parálisis de la vejiga y en las adinámicas, la anuria. Hay á veces dificultades para apreciar la retención de orina y á veces la incontinencia es signo de retención. Asistía á una señora enferma de tifo y una vez lo mandaron llamar porque tenía la paciente un fuerte dolor de estómago. La encontró sin los fenómenos atáxicos que hasta entonces acompañaron al tifo; pero con parálisis de la vejiga. Extrajo una cantidad muy copiosa de orina. El alivio había coincidido con la abundancia de esta secreción. Parece que esta no disminuye en las formas atáxicas y sí en las adinámicas; por eso en aquellas hay retención y en estas anuria. La erupción confluyente es de pronóstico grave, porque indica una mayor alteración de los vasos. Así en las flogmasias, mientras no están profundamente alteradas las tunicas vasculares sólo dejan pasar los leucocitos; pero si las lesiones se agravan también dejan pasar los glóbulos rojos. Otro tanto sucede en el tifo con los vasos de la piel y por eso la erupción confluyente es de pronóstico grave.

El Sr. Olvera insistió en que la mortalidad relativa ha sido mayor en Enero que en Febrero y refiriéndose á la erupción, después de corroborar lo dicho por el Sr. Núñez acerca del valor pronóstico de las erupciones confluentes, agregó que también había observado ser la erupción precoz

un signo de gravedad y que en tres casos, en los que se presentó en la cara, sitio muy insólito para dicha erupción, el desenlace fué funesto.

El Sr. Orvañanos refirió que el profesor Morales que lleva hechos unos 18,000 análisis de orina, y entre ellos muchos centenares de orinas de tíficos, ha podido comprobar que cuando hay en la orina cilindros granulo grasosos ó una disminución excesiva de la urea, sobreviene la muerte del enfermo viniendo esto de la urea á corroborar lo dicho por los Sres. Mendizábal y Ruiz acerca del participio que las lesiones del hígado toman en la producción de la anuria.

Suspendida la discusión sobre este asunto, el Señor Ruiz manifestó que, como se recordará, cuando se discutió el dictamen acerca de la iniciativa del Sr. Santa María, en dicho dictamen sostuvo la Comisión, y más particularmente él, que en la enseñanza primaria superior se había reducido mucho el estudio de la higiene.

Como algún diario político ha pretendido que eso no es exacto, para demostrar que su aserción estaba fundada en documentos oficiales tan autorizados como son los programas expedidos por la Subsecretaría de Instrucción Pública el 28 de Febrero del presente año presenta el número respectivo del «Diario Oficial» para que se transcriban en el acta los artículos conducentes del programa en los que se ve que en las escuelas de niños, el primer año se enseña moral, instrucción cívica, lengua nacional, francés, historia general, geografía, aritmética, geometría, elementos de física, elementos de química, dibujo y caligrafía. Cada una de las materias enumeradas tiene su programa en el que no se encuentra nada correspondiente á la higiene. Segundo año, después de varias materias, está: Elementos de Fisiología é higiene con el siguiente programa: "Ampliación de las nociones ya estudiadas de fisiología que versarán sobre los puntos siguientes: El hombre.—Funciones de digestión, circulación y respiración.—Organos del movimiento y de los sentidos.—Al tratar cada uno de los puntos anteriores se deducirán los preceptos higiénicos correspondientes.—Ligero estudio acerca de la influencia que ejercen sobre la salud la luz, el aire y el agua.—Limpieza del cuerpo, vestido, ejercicio y reposo.—Trabajos intelectuales y manuales (Dos veces por semana)."

Como se ve, no hay estudio de higiene en pri-

mer año, y en el segundo está incorporado al de la fisiología en unión de la cual constituye una de las materias que se estudian tan sólo dos veces por semana.

ISMAEL PRIETO.

TERAPEUTICA QUIRURGICA

Estudios acerca de los abscesos del hígado, desde el punto de vista de su tratamiento quirúrgico moderno, precedido de algunas consideraciones acerca del pus hepático. Localización del absceso en la glándula y emigraciones naturales del pus.

La grandiosa evolución de la cirugía abdominal, determinada por la aplicación escrupulosa de la asepsia y antisepsia, por fuerza que debía alcanzar al tratamiento de los abscesos hepáticos, como de hecho ha alcanzado, modificando en lo absoluto las intervenciones, ampliando su campo considerablemente y levantando el velo á la curación de los más recónditos abscesos de esta víscera.

No hay órgano en la economía, que pueda enviar como el hígado envía, el pus de sus colecciones, á órganos lejanos, á regiones verdaderamente remotas en las que parecería imposible, á primera vista, fuesen alcanzadas y aun atravesadas por el emigrante pus hepático.

En efectos, le vemos arrojado por la boca frecuentemente con la tos, ó más raras veces, por vómito. De igual modo le podemos ver arrojado por la extremidad final del intestino, por la vejiga; por la vagina en la mujer, cuando no se aloja en cavidades, como la pleural, peritoneal y pericárdica.

A nadie, que yo sepa, ha preocupado el por qué de la tendencia de este pus á emigrar; voy á ocuparme brevemente de ello, pero permítaseme antes que, consecuente con mi programa, toque los puntos enunciados.

Hasta hace pocos años, nos habíamos conformado con saber que el pus hepático ofrece, por lo común, el color de chocolate ó champurrado, más ó menos rojo, verdoso unas veces, otras amarillo, aunque las más oscuro tirando al color de la

ACADEMIA N. DE MEDICINA

Extracto del Acta número 25.

SESION DEL 9 DE ABRIL DE 1902.

Presidencia del Sr. Dr. D. Manuel Gutiérrez.

El Sr. Dr. D. Eduardo R. García leyó su trabajo de turno intitulado: «Un caso de uretrorragia espontáneas consecutivas al estrechamiento blenorragico» el que se declaró comprendido en la fracción II del art. 74 del Reglamento.

Puesto á discusión, tomó la palabra el Sr. Hurtado y dijo que aunque no cultivaba la especialidad; en 10 años de práctica en el Consultorio anexo á la Casa de Maternidad había tenido ocasión de tratar muchos casos de uretritis, los que están consignados en las estadísticas de la casa de Maternidad y Hospital de Infancia publicados bajo la inspección del Sr. Liceaga. El Sr. Lavista, cuya práctica ha sido la más amplia en este ramo, varias veces en la cátedra y en esta Academia dió á conocer sus ideas sobre el punto que trata el Sr. García. Apoyado en todo esto, cree que todas las hemorragias que complican las uretritis, ya sea antes ó después de la intervención quirúrgica, debían reunirse en un solo haz. El Sr. García hace bien en llamar espontáneas á las que estudia porque no resultan de un traumatismo, aunque sí tal vez de un traumatismo interno. Después que las uretritis han determinado una estrechez, más allá de esta el canal se dilata, su mucosa se hipertrofia, sus vasos se dilatan y se adelgazan en sus tunicas y con mucha facilidad sangran. Está de acuerdo con el Sr. García en el tratamiento que puede llamarse de urgencia, porque cuando se descuida, las hemorragias se repi-

ten y se agravan. Hizo la dilatación por el procedimiento americano y el enfermo sanó; pero esta circunstancia tan feliz es raro que se presente y en la mayoría de los casos suele ser preciso recurrir al ojal perineal haciendo la uretrotomía externa en caso necesario sin conductor. Las ventajas del procedimiento son que se restablece el curso de la orina desde luego, que no se provoca la hemorragia pasando la sonda sobre las fungosidades uretrales y que se sustraen éstas al contacto irritante de la orina. Pero antes de practicar la operación debe hacerse un diagnóstico exacto determinando la naturaleza de las fungosidades y haciendo la cistoscopia. La gravedad de estas hemorragias es á veces muy grande y el caso que en una de las sesiones anteriores nos refirió el Sr. Núñez lo demuestra. Se trataba de un español venido de fuera de la Capital á curarse de una estrechez uretral. El Sr. Chacón y el orador le hicieron la uretrotomía interna. En la noche le sobrevino una hemorragia. Llamado el Sr. Hurtado, porque el Sr. Chacón por enfermedad no podía salir, le hizo aplicaciones de hielos é inyecciones de ergotina sin resultado. Le puso una sonda permanente y tampoco se obtuvo resultado. Al día siguiente, lo vieron en consulta con los señores Lavista y Liceaga. Se le aplicaron inyecciones de percloruro y en la tarde se le hizo el ojal perineal. No obstante el enfermo sucumbió. En otro caso del Sr. Liceaga logró contenerse la hemorragia después de haber estado el paciente en peligro. La sonda gruesa permanente es el mejor medio para contener estas hemorragias pero también es peligroso.

El Sr. García replicó que las observaciones del Sr. Hurtado las encontraba fundadas. Las hemorragias en las uretritis fungosas postblenorragicas son de observación diaria; pero el caso que refiere en su trabajo no es común. En el servicio del Sr. Gayón, en el Hospital Militar, en don-

de se asisten tantas uretritis, no se ha presentado ó si acaso se ha visto alguna vez no lo ha dado á conocer el Sr. Gayón. Se ven todos los días hemorragias provocadas, pero no espontáneas. Consultando los tratados que pudo haber á las manos, tan solo en Hammond encontró descritas unas hemorragias especiales que no se deben á traumatismo bien aparente sino á desgarraduras de los vasos provocados por esfuerzos y ejercicios corporales como trabajos fatigosos, la equitación, la bicicleta, etc. Los llama retro estructurales. El enfermo de que él se ocupa no se encuentra en tal caso. Sin tener más que un ligero estrechamiento que modificaba ligeramente el chorro de la orina, exento de gota militar, se creía enteramente curado de su blenorragia. Va al teatro, regresa á su casa y tres horas después advierte la hemorragia que parece espontánea y que no puede atribuirse sino á un traumatismo interno. Hammond señala como causas predisponentes las alteraciones de los vasos y de la mucosa. En cuanto al tratamiento, para establecerlo debidamente debía comenzarse por hacer el diagnóstico, y la dilatación de la uretra se hizo con este objeto porque el Sr. García sospechó la existencia de un pólipo; encontró un estrechamiento y entonces puso una sonda permanente que dilató la uretra y contuvo la hemorragia. Retirada la primera sonda puso otra más gruesa. El resultado fué favorable; pero si la dilatación hubiera fracasado, acaso hubiera sido necesario hacer el ojal perineal. Convida esta operación por las ventajas enumeradas por el Sr. Hurtado, pero después de hecha hay que contener la uretrorrágia por el taponamiento retrógado ó de toda la uretra cuya acción es puramente mecánica.

El Sr. Gayón manifiesta que en su práctica del Hospital Militar muy rara vez ó casi nunca tuvo que combatir una hemorragia seria, porque la mayor parte de sus enfermos fueron soldados con blenorragias recientes ó con estrechamientos que comienzan. Se les tratan sus estrechamientos con asiduidad y no llegan á las circunstancias que engendran las hemorragias. Otras veces se separan del servicio militar antes de estar avanzado el padecimiento. Por todas estas circunstancias no suelen verse ni blenorragias antiguas ni estrecheces avanzadas; debiéndose tener presente la edad, pues que los enfermos son jóvenes en su mayor parte, mientras que los accidentes de que se

trata son más frecuentes en los viejos, como un caso que observó en la Beneficencia Española.

Extracto del acta número 26.

Presidencia del Sr. Dr. D. Manuel Gutiérrez.

SESION DEL DIA 16 DE ABRIL DE 1902.

El Sr. Hurtado pidió la palabra, y comunicó un caso en que ha hecho la extirpación del simpático cervical como medio de tratamiento de la epilepsia. Hace dos años pensó hacer la misma operación para curar el bocio exoalámico. La paciente era una señorita de 25 años de edad, á la que desde hacía 4 años le había comenzado á crecer el cuerpo tiroides. Tenía accesos de taquicardia, neurastenia, la menstruación irregular, amenorrea hasta de seis meses. Al principio la trató con los medicamentos aconsejados en tales casos: valeriano de quinina, tónicos, cacodilato de sosa, etc., sin resultado alguno. Propuso entonces la extirpación de los ganglios cervicales del gran simpático, porque Reverdin, tan competente en la materia, ha demostrado que no bastaba la extirpación del cuerpo tiroides. Alexander y Jonesco han hecho la extirpación de las ramas del simpático cervical y no han obtenido sino éxitos parciales, mientras que la extirpación total, como Jonesco la ha hecho de algunos años á esta parte está justificada por la teoría. Según C. Bernard, cada uno de los ganglios cervicales que son tres, el superior, el medio que frecuentemente faltan y el inferior tiene funciones propias, lo que también sostienen Pitre y François. El primer ganglio innerva la cara, su excitación provoca lagrimeo y la parálisis de los vasos de la región. Se ha dicho que todos los ramos que envía el simpático van á innervar la carótida y que el ganglio inferior innerva el tercio posterior del cerebro. La supresión de todos estos ramos tiene que producir el retardo de los latidos cardíacos. Los experimentos hechos en animales coinciden con las observaciones clínicas. Jonesco, en 52 casos operados por bocio y epilepsia, ha observado que después de la extirpación del ganglio superior los latidos bajaban á 70 y 60 por minuto; después sobrevinía una compensación pero nunca reapare-

ció la taquicardia. Los fenómenos oculares también se corregían y á los tres ó cuatro meses desapareció la exoftalmía como lo demuestran las fotografías de sus operados; otro tanto sucede con el crecimiento del cuerpo tiroideo. No obstante, todo esto hay opiniones contrarias á la operación. En el Congreso de París se presentaron observaciones en contra y Doyen dijo: que no podían compararse las dificultades y peligros de la tiroidectomía con las dificultades y peligros de la extirpación del simpático. El orador cree, por el contrario, que es más peligrosa la extirpación del bocio, aunque si este es muy crecido deforma la región y hace aún más difícil la extirpación de los ganglios del simpático. Aquí no hay buchones, pero en la frontera y en otras localidades existen y los médicos que allí ejercen debieran estudiar el punto. A la paciente que él tuvo á su cargo le propuso, como ya dijo, la extirpación del simpático cervical, no aceptaron la operación; después, no la ha vuelto á ver y tan sólo sabe que está en tratamiento en Puebla. Ultimamente, prosiguió diciendo, á tres ó cuatro epilépticos que tiene á su cargo, después de aplicarles el remedio italiano, el de belga, con resultados muy medianos y de consultar con especialistas, á uno de ellos, hijo de un ingeniero, al que hay temporadas en que le da el gran mal dos y tres veces por semana y que ya tiene fenómenos como la excitabilidad que indican la acción de generativa del mal, de acuerdo con el padre piensa operarlo próximamente. Jonesco, entre sus operados, cuenta 22 epilépticos, el resto han sido de bocio. Dice que los 22 han mejorado aunque sus datos son incompletos. El honor de esta operación debe atribuirse á Jonesco porque Jaboulay se limitó á hacer la sección del simpático, que resultó infructuosa, y Alexander extirpaba los dos ganglios superiores obteniendo alguna mejoría. La operación de Jonesco se hace por medio de una incisión enorme que se sutura con triple delgado para disminuir la fealdad de la cicatriz. La duración de sus operaciones ha sido de hora y media, tres cuartos de hora y hasta cosa que parece increíble, de media hora. Con estos datos procedió el Sr. Hurtado á estudiar en el cadáver de anatomía del gran simpático y después ensayar la operación, los ensayos no dan muchas luces por estar enflaquecidos, los sujetos lo que disminuye mucho las dificultades. punto de partida muy importante es la yugular

interna cubierta por una aponeurosis muy delgada que se deba respetar. También hay que tener mucho cuidado para no lesionar la rama externa del espinal. (Hizo un esquema en la pizarra) Abajo del apófisis mastoide están los ganglios y después los músculos prevertebrales el neumogástrico, la carótida y la yugular. Con el vivo, las dificultades fueron mayores, no habiendo encontrado el ganglio superior; se dirigió por la yugular hasta encontrar el paquete vascular nervioso que estaba como torcido. Muy atrás de él encontró los ganglios. En el cadáver pudo respetar los ramos del plexus cervical, pero en el vivo lesionó la segunda rama.

Faltaba el ganglio medio; hacia abajo estaba el ganglio inferior, pero como la operación ya había durado mucho tiempo no se creyó autorizado para acometer mayores dificultades, pues ese ganglio se encuentra en el triángulo de los escalenos descansando sobre el fondo de saco pleural de tal modo que palpando el cuello son puntos de partida seguros el apófisis espinoso de la 7.^a cervical y la 1.^a costilla. Pasó á operar del otro lado y con una incisión más chica en menos tiempo y con menos dificultades extirpó el ganglio superior. No extirpó el inferior, pero acercándose á él lo más posible arrancó el nervio con lo que piensa que sobrevendrá la atrofia.

La historia detallada de la enferma es la siguiente:

Josefa Romero, de 30 años, viuda, de Aguascalientes, Ingresa al hospital de San Andrés al servicio de Medicina dirigido por los Dres Castellanos y Bulman, á principios de marzo de 1902. Se la trata por el régimen bromurado, y después se traslada al servicio de Cirujía de mujeres con el fin de someterse á la operación que se describirá, cediéndonos el caso bondadosamente el Sr. Dr. Bulman.

Antecedentes: Fué sana en la juventud. Casó á los 14 años, pocos meses después de la instauración menstrual. Múltipara: 6 partos normales y aborto de 5 meses. Los dos primeros años de matrimonio fué estéril y sufrió dismenorrea congestiva les 5 ó 6 días que duraba la menstruación. El último parto se verificó en abril de 1900 y la niña presentó tres ataques convulsivos al quinto día de nacida, siguiendo bien hasta morir de bronquitis capilar de edad 1 año y 5 meses. El último puerperio se complicó de uretro peritonitis que la

retuvo en el lecho por tres meses, quedando bastante delicada de sus genitales internos al grado de establecerse la esterilidad.

Desde 1892 comenzó á sufrir ataques francos de epilepsia, precedidos de vértigo, cayendo sobre diversas regiones del cuerpo y produciéndose en ellos lesiones traumáticas contusivas (frente, nariz.)

En Veracruz y Puebla, lugares de su residencia en esa época, sufría 3 ó 4 ataques cada mes quedando con la inteligencia entorpecida, *distraída* es su expresión. El tratamiento polibromurado que le impusieron algunos médicos no logró modificar la frecuencia de los accesos convulsivos, y transcurrido un año la inteligencia se rebajó al diado que un hermano de la enferma intentó intentar en el Hospital de mujeres demantes de la capital, no verificándose esto por oponerse abiertamente la paciente.

Después de aquella fecha tuvo un descanso de seis meses, durante el cual pudo realizar sus ocupaciones domésticas y arreglar sus asuntos personales.

En 1901 enviudó, sufriendo recrudescencia la neurosis hasta producirse locura durante 12 días, de cuyo hecho le queda un vago recuerdo, pues dice que en ese lapso de tiempo ignora lo que pasó en su medio familiar. Poco después los ataques se hicieron tan frecuentes que le daban hasta 4 ó 6 cada día, y más tarde en tan gran número que apenas transcurría media hora entre uno y otro.

La reconstrucción de la enfermedad por la anamnesis es muy difícil por confundir fechas y acontecimientos la sujeta, la que incurre con frecuencia en contradicciones.

En febrero de 1902 sufrió tifo exautemático curándose en el Hospital Juárez. Durante esta infección sufrió varios ataques epilépticos completos. La convalecencia fué acidentada, quedando muy falta de fuerzas hasta el presente.

Acusa amenorrea de 5 meses.

Diagnóstico.—Epilepsia esencial, cloro-anemia de convalecencia después del tifo exautemático. Excitación cerebral, locuacidad.—Pulso 130 p. m. Jaquicardia. Pupilas normales.

La víspera de la operación presenciamos un ataque de mediana intensidad característico.

Operación.—Abril 11 de 1902.—Con 60 gramos se obtuvo la anestesia clorofórmica, siendo

ésta normal durante las tres horas que duró la intervención. Esta consistió en la resección del ganglio cervical superior del nervio gran simpático, siguiendo la técnica clásica y haciendo la incisión muy extensa del lado izquierdo del cuello, por haberse propuesto la extirpación completa en este lado, llevándola hasta el ganglio inferior, lo que no se realizó por las dificultades técnicas inherentes á la primera ejecución de una operación de la importancia de la que se reseña. Se arrancó el tronco nervioso ancho del ganglio inferior, ocluyendo la herida por sutura con catgutt. En el lado derecho y mediante incisión de extensión, se resecó el ganglio y el tronco nervioso, hasta abajo del ganglio medio aparente en esta enferma. Sutura de la herida sin canalización.

Decurso post operatorio.—La taquicardia persiste. La temperatura exterior del cuerpo es inferior á la normal durante dos días. La temperatura interna acusada por el termómetro es de forma intermitente versando entre 37°6 a. m. y 38°5 en las noches (debido á supuración que se presentó en la herida del lado derecho del cuello.) No se ha presentado ningún fenómeno neuso paralítico facial. Continúa la excitación mental.

Piensa operar próximamente á otros enfermos cuya epilepsia es más ó menos grave. La curación de esta enfermedad está mal estudiada aún en Europa y por eso deben intentarse todas aquellas intervenciones que parezcan racionales.

El Sr. Urrutia manifestó que, en su concepto, el Sr. Hurtado había estado muy feliz, porque al decir de algunos autores la operación por sus dificultades y peligros es peor que el mal que tratade remediar. (Hizo un esquema para demostrar las grandes dificultades que hay para llegar hasta el simpático cervical.) El Sr. Hurtado, continuó diciendo, sigue el camino más peligroso. Los ganglios son difíciles de distinguir por la profundidad á que se encuentran y ha de haber sucedido algunas veces que ni los mismos operadores sepan si han extirpado los ganglios. La carótida primitiva y su bifurcación, la yugular interna, el neumogastro, con otros tantos órganos delicados y detrás de las cuales en la parte superior está el ganglio. Para llegar hasta él hay que apartar la carótida externa; la carótida interna y la yugular, siendo muy difícil no herir una confluente que la vena recibe á este nivel y que casi constituye una red venosa. La profundidad á que se encuentra el

Sala Núm. 5. Hospital de San Andrés.

Servicio de Cirugía de Mujeres.

Director de la Sala, Dr. F. Hurtado.

Médico adjunto, Dr. I. Prieto.

Mes de Marzo de 1902.

Cama	NOMBRES	Fecha de entrada	Edad	Estado	Nacionalidad	Ocupación	Antecedentes	Diagnóstico	Indicaciones	OPERACIONES.	RESULTADO.
	Eufemia Elizalde.	Sbre. 21 de 1901	30	Viuda.	México.	Lavandera.	Estéril menorraja y dismenorrea intensa. Traumatismo en la región iliaca izquierda, que le produjo fuertes dolores y abundante menorraja quedándole fujo postmenstrual.	Perímetro aneurístico esclerotizada Anexos prolapso.	Las de la flegmasia.	Enero 10 de 1902. A Cl Legrado. Celiotomía suprapúbica de 10 c. m. Extirpación de la ampulla de ambas trompas impermeables. Abocamiento del resto de las trompas a la superficie del ovario. Punción de los quistes ováricos. Desprendimiento de adherencias peritoneales que mantenían el htero en retro-posición. Acoratamiento de ambos ligamentos redondos.	Curación completa.
	María Galindo.	Fbro. 15 de 1902.	35	Soltera.	Noalisco, Ver.	Costurera en máquina.	Viruela en la infancia. Nemonía en 1896. Dismenorrea rebelde, metrorragias progresivas. Enflaquecimiento. Invalidez para el trabajo. Torsión rectal. Síntomas de compresión pelviana.	Fibromas subperitoneales: uno implantado en la cara posterior de la matriz, produciendo apoplejía y retroposición, el otro clavado en el fondo de saco de Douglas y del tamaño de una cirrinoya que el anterior, implantado sobre el fondo uterino, llega hasta la región ileo-cecal.	Las síntomas de comprensión determinados por el englavamiento del tumor inferio y la alteración constitucional debida a las menorragias y a la dismenorrea.	Febrero 17 de 1902. A Cl con 45 gr. Duración 1 hora. Histero-oopectomía abd. minal subtotal con incisión de 14 cm. Fué imposible conservar los ovarios por encontrarlos profundamente degenerados. por quistes serrosos y hemáticos y ser voluminosos. Peso total de la pieza 670 gramos.	Curación completa. Arrojó lombrices por la boca a los 2 días de operada.
	Macaria Paredes.	Enero 11 de 1902.	50	Soltera.	México.	Cocinera.	Viruela, escarlatina, tifo y neumonía en la infancia. Nupar. Menorragia desde los 14 años. Obesidad.	Gran fibroma uterino del tamaño de una toronja grande. Peso 650 gramos. Hay 4 tumores subperitoneales del tamaño de un limón en la cara posterior los cuales determinaron síntomas de enclavamiento y de inflamación pelviana.	Las menorragias y lo utero-estomas de inflamación pelviana.	Enero 13 de 1902. A Cl con 40 gr. Duró 90 minutos. Histerectomía abdominal subtotal, conservándose los ovarios.	Curación completa. Cicatrización por segunda intención.

Ingresó al servicio el día 3 de Marzo de 1902, pasando del de Ginecología por la amabilidad del Sr. Dr. D. Francisco Altamira, jefe de Clínica de la Facultad, quien nos lo cedió para que la operáramos por suplica que le hicimos, desearando tratar un caso clínico complicado de cá. cer uterino.

ANTECEDENTES: En 1900 sufrió infarto pulmonar.—Multípara: Dos partos normales de término, el último hace 14 años. Un aborto de 600 meses, acentuándose después de él la sintomatología de la metro-anexitis crónica. Menopausia á los 46 años. Desde Mayo de 1901 comenzó la alteración constitucional que produce y es propia del cancer uterino. Sufró tres metrorragias severas en distintos meses que en consorcio con la desintegración necrótica del neoplasma, traducida por leucorrea serosa. La agotan, haciéndole hidrohémica hasta un grado alarmante.

DIAGNÓSTICO.—*Carcinoma végétante del cuello uterino*, con propagación al cuerpo y al parametrio, produciéndose enclavamiento de la cintura. Toxemia neoplásica avanzada. Degeneración cancerosa de toda la pared anterior de la vagina.

INDICACIONES.—Las propias del neoplasma y como contraindicación, admitida por la generalidad de los cirujanos, la extensión de la neoformación, no obstante la cual probamos intentar por primera vez la extirpación mediante la técnica que en seguida se expone.

OPERACION.—5 de Marzo de 1902.—(A. clor. con 350 gramos).—Cauterización amplia del hongo canceroso por vía vaginal. Fué imposible en virtud de la extensión de parametrio invadido, tratar de hacer la amputación alta del cuello. Por *colpomioma suprapúbica*, se amputó el cuerpo degenerado y los anexos normales; se cauterizó la superficie de sección para evitar la infección y el ingerto canceroso de la serosa peritoneal, se ligaron las arterias uterinas desprendiéndolas con alguna dificultad del tejido celular infiltrado por el cáncer; se cortó el útero derecho á dos centímetros cerca de su abocamiento á la vejiga, y se apartó para incluirlo después dentro de la cavidad vesical; se extirpó todo el parametrio, demostrándose que los ganglios ilíacos no estaban crecidos, reconstituyendo el peritoneo pelviano por la sutura continua, ocluyendo la herida del abdomen por sutura de planos. En seguida se extirpó la pared anterior de la vagina disecándola de la pared inferior de la uretra, que por esta circunstancia, quedó falta de apoyo. Taponamiento de la cavidad pelviana con gasa de yodoformo hervida, para disminuir la proporción de esa substancia, á la vez que para esterilizar el material de curación.

Decurso post-operatorio: La apretisa se ha mantenido hasta la fecha. Supuró la herida del vientre por infección que se hizo por la absorción capilar de la orina sobre el apósito, y debido al poco cuidado de la enferma de no avisar para que se le sondase su vejiga algunas veces durante la noche. Elimino grandes coágulos de tejido celular esclerado por la herida del vientre, y en la actualidad, está próxima á cerrarse ésta, merced á la antisepsia lograda con el peróxido de hidrógeno empleado á débiles dosis.

La falta de apoyo de la pared inferior de la uretra ocasionó ulceración de la vagina, por el escurreimiento de orina. Elimino tejido celular necrótico por esta vía, y actualmente (mes y medio después de operada), comienza á repararse la cavidad pelviana por el proceso de granulación que avanza más cada día.

Las fuerzas de la enferma han mejorado visiblemente y ha engordado. Se va á comenzar á inyectarla clorhidrato de quinina y cacodilato de sodio; la primera sal con el fin de estudiar la veracidad de la afirmación de Jaboulay y otros cirujanos, quienes afirman haber visto reducirse los carcinomas de varias regiones del cuerpo, haciéndose operables cuando antes de inyectarse la sal quinina no lo eran, por la vasta extensión que revestían. En curación.

Nota.—La importancia práctica de esta observación, así como la de las que siguen á continuación, hace que estas observaciones sean verdaderamente provisionales desde el punto de vista de las indicaciones—opografía y formas histológicas de los neoplasmas, técnica operatoria, etc., reservándonos para otra oportunidad y con mayor acoyo de datos y experiencia amplificarlas, dando cuenta con el resultado tardío de las intervenciones que nos proponemos seguir ejecutando, á pesar de lo atípico de la situación que entraña y, que en resumen, procuramos indicar á propósito de cada observación.

ganglio hace muy difícil el percibirlo pues si cuando se liga la carótida externa al desnudar el vaso se guía uno más por el tacto que por la vista, con más razón tratándose de un ganglio pequeño y situado todavía más profundamente. En la bifurcación de la carótida hay un ganglio que se ha demostrado ser una dependencia de la glándula tiroidea y no del simpático. Terminó recordando que Farabeu coloca esta operación entre las más difíciles y peligrosas y ase gurando que en el cadáver casi no ha podido ejecutarlo.

El Sr. Hurtado replicó que la operación es mucho más difícil en el vivo que en el cadáver. La glándula carótidea no puede confundirse con el ganglio simpático que se continúa con un tronco nervioso y que está situado más profundamente. La separación de los vasos y nervios es ardua y peligrosa y no debe hacerse con bisturí. Para disminuir las dificultades le ha parecido mejor hacer la incisión sobre el borde posterior del externo cleido mostoideo hasta llegar al borde inferior del apófisis mastoide. Se tiene así la ventaja de caer detrás del paquete vasculo-nervioso. La operación es difícil pero no imposible, y comparada con los extensos trépanos aplicados á la curación de la epilepsia resulta menos peligrosa. El vió á Doyen hacer una grande incisión en el cuero cabelludo hasta llegar al hueso, no hacer hemos asis á pesar de la abundancia de la sangre; quitar con una sierra eléctrica un gran casquete huesoso, descubrir el encéfalo, reaplicar el casquete y hacer la sutura, durando toda la operación unos diez minutos. Muchos de estos operados han muerto. Parece mejor la extirpación del simpático. La operación es difícil y requiere ensayos previos en el cadáver, pero es posible, y en cuanto á que no se sepa cuándo se extirpan los ganglios nerviosos, el error no es posible por la aparición de los fenómenos neuro-paralíticos en las regiones correspondientes. Hay otras operaciones igualmente difíciles y peligrosas, y que sin embargo, están aceptadas: tal es la operación de Hart de Nueva York para las tuberculosis de los ganglios del cuello, que consiste en su extirpación y que en México ya ha sido hecha por el Dr. Macías. Concluyó invitando al Sr. Urrutia para las operaciones que iba á hacer y pidiéndole que aplazaran para después la discusión.

El Sr. Urrutia aceptó la invitación insistiendo en que, respetando vasos y nervios, no ha podido

llegar hasta los ganglios, que si se llegan á descubrir por la disección no empleando bisturí sino disociando los tejidos son muy difíciles de descubrir y faltan puntos de referencia, como los tuberculos de Lisfrani y de Chassaignac, que tantos servicios prestase en la ligadura de las arterias carótida y subclavia.

ISMAEL PRIETO.

TERAPEUTICA QUIRURGICA

Estudios acerca de los abscesos del hígado, desde el punto de vista de su tratamiento quirúrgico moderno, precedido de algunas consideraciones acerca del pus hepático. Localización del absceso en la glandula y emigraciones naturales del pus,

(CONCLUYE.)

Una vez allí, retiro la cánula y estudio con el dedo, la disposición del absceso, el cual se vacía ampliamente, por el ensanchado trayecto que da alguna sangre; pero nunca en proporciones exageradas. En caso de tener el hígado mucha tendencia á despegarse de la pared, no hay inconveniente alguno en suturarlo contra dicha pared, sutura que no ofrece dificultad ya bien hecha la desbridación. Mas, puede suceder como pasa de hecho, que el foco no es alcanzable con el dedo: que hay un espesor considerable de hígado, entre el absceso y la pared. Entonces, una vez desbridado el espacio intercostal, siempre con la cánula en su lugar; descubierta ya la superficie del hígado, retiro dicha cánula sustituyéndola por un grueso trokart especial que permite, retirado el punzón, introducir por la cánula un tubo de hule de regular grueso. Es posible, y así lo he hecho más de una ocasión, acomodar un segundo tubo, requiriendo nueva introducción del trokart grueso en un trayecto muy cercano al primer tubo: coloco un segundo tubo que completa la canalización. Me cercioro luego, con una corriente de agua esterilizada y caliente, del efecto de los tubos, que por lo general es satisfactorio, puesto que el absceso se vacía perfectamente permitiendo, además, un completo y correcto lavado. No he tenido así que lamentar esas gran-

ACADEMIA N. DE MEDICINA

Extracto del acta número 27

SESION DEL DIA 23 DE ABRIL DE 1902

Presidencia del señor Dr. D. Manuel Gutiérrez

Propiedad literaria de la cartilla sobre enfermedades infecciosas.—Trabajo de turno del Sr. Dr. Troconis.

A las 7 y 20 de la noche se abrió la sesión.

La sección de higiene manifestó á la Academia que no habiéndose podido poner de acuerdo para decidir si debía concederse la propiedad literaria al autor de la cartilla sobre profilaxis de las enfermedades infecciosas que obtuviese el premio, había acordado someter el asunto á la deliberación de la Academia. Después de una breve discusión en la que tomaron parte los señores Olivera, Ruiz y el que suscribe, en votación nominal acordó la Academia por mayoría de 13 votos contra 6 se dejara la propiedad al autor de la cartilla que obtuviera el premio.

El Sr. Troconis dió lectura á su trabajo de turno intitulado: «Ligeras reflexiones sobre la his-
teria desde el punto de vista obstétrico.» Se declaró comprendido en la fr. I. del art. 74 del Reglamento. Puesto á discusión, el Sr. Parra pidió al autor rectificara una afirmación que hace en su trabajo. Dice que el aforismo: «Mulier est id quod est propter uterus» es de Van Helmont siendo así que es de Hipócrates. Hace esta rectificación porque no quede un lunar en un trabajo tan galanamente escrito.

El Sr. Troconis dió las gracias al Sr. Parra por sus elogios, manifestó que en Siebold había visto citado como de Van Helmont el aforismo en cuestión y prometió rectificar el punto.

El Sr. Urrutia, ponente de la Comisión en cargada de visitar las obras de saneamiento, dió lectura al informe de dicha Comisión. Quedó de primera lectura.

ISMAEL PRIETO.

Extracto del acta número 28

SESION DEL DIA 30 DE ABRIL DE 1902

Presidencia del Sr. Dr. D. Manuel Gutiérrez.

Trabajo de turno del Sr. Dr. Suárez Gamboa, discusión.—Discusión del dictámen de la Comisión encargada de visitar las obras del saneamiento.

A las siete y quince minutos de la noche se abrió la sesión.

El Sr. Suárez Gamboa leyó su trabajo de turno intitulado: «Breves reflexiones acerca de la patogenia de las anexitis extrínsecas.» Se le declaró comprendido en la frac. II del art. 72 del Reglamento. Puesto á discusión, el Sr. Gaviño manifestó que sin discutir el camino que para invadir los anexos siguen las bacterias, iba á señalar algunos puntos de partida que le parecían falsos. El autor del trabajo afirma que el colibacilo no se encuentra en los órganos genitales, pero él ha estudiado los loquios, las secreciones vaginales y las uterinas y de 100 casos en 95 ha encontrado el colibacilo. No duda que puedan encontrarse los gonococos en los órganos digestivos, pero las propiedades biológicas de esta bacteria, le hacen más difícil explicar cómo pueda vivir en el intestino. No ha encontrado los gonococos en las vías digestivas, pero sí se encuentran en la saliva y en el esputo unas sarcinas muy semejantes al gonococo; todos los días se ven en los esputos tuberculosos. Esto, y la facilidad con que en la mucosidad uretral se encuentran pseu-

do gonococos le hacen creer muy posible que los hechos que sirvieron de partida al Sr. Suárez Gamboa hayan correspondido á errores bacterioscópicos.

El Sr. Suárez Gamboa replicó que de las objeciones del Sr. Gaviño, una viene en apoyo de sus ideas y la otra atestigua la falta de publicidad de los trabajos nacionales. Si las observaciones del Sr. Gaviño hubieran visto la luz pública, él las habría podido consultar y le hubieran servido para su trabajo. Con lo dicho por el Sr. Gaviño, no tiene necesidad de insistir sobre la dificultad que hay para encontrar al gonococo en el tubo digestivo. Por consiguiente, las observaciones publicadas de apendicitis, francamente gonocócicas, vienen á demostrar que el gonococo provino ó del tubo digestivo ó del canal genital interno. El orador no puede presentar observaciones propias pe o sí observaciones de médicos extranjeros que tienen todos los caracteres de exactitud y autenticidad indispensables.

El 2.º Secretario, Sr. Gayón, leyó el informe de la Comisión encargada de visitar las obras del Saneamiento.

Puesto á discusión, el Sr. Parra pidió la palabra para una moción de orden y dijo: que antes de seguir haciendo uso de la palabra quería saber de la Comisión si era un informe ó un dictamen lo que había presentado.

El Sr. Gayón después de leer las acepciones que el diccionario de la lengua asigna á estas dos palabras, contestó que la Comisión no tiene inconveniente en darle el nombre que prefiera el señor Parra.

Este señor prosiguió entonces diciendo que no le satisfacía la respuesta de la Comisión y que hubiera preferido que ella eligiera el nombre que se le debía dar á su escrito. El, no acepta en este caso la autoridad del diccionario, porque éste enseña la significación de las voces para el uso general, mientras que su connotación en un caso particular es cosa distinta y que requiere mayor precisión. En el lenguaje parlamentario, informe es una mera exposición de hechos, y dictamen es un consejo ó una serie de consejos fundados y demostrados con razonamientos. Por honor de la Academia no debe discutirse el informe; la discusión es opuesta, sino á la letra, si al espíritu del reglamento que, al dividir en secciones á la Academia, preceptúa cómo deben discutirse cierto gé-

nero de trabajos. El informe debe pasar á la sección de higiene para que sobre el dictamen de ésta recaigan las deliberaciones de la Academia.

El Sr. Presidente contestó: que la moción del Sr. Parra no era oportuna porque esta moción debió presentarse cuando se dió primera lectura al dictamen. La invitación del Sr. Gayol no sólo ha sido para visitar las obras del saneamiento sino para rectificar, según él dice, ideas erróneas expresadas en el seno de la Corporación; sabía que la Academia está compuesta de médicos y no de ingenieros y, sin embargo, la invitó para juzgar de esas obras. ¿Por qué teme el Sr. Parra esa discusión? ¿No hay un lado de la cuestión que toca á las epidemias y que corresponde estudiar á los médicos? Si la Academia juzga de las obras es porque ha sido invitada á ello.

El Sr. Parra manifestó que no estaba presente en los momentos en que se dictó el trámite, pero que todavía es tiempo de discutirlo y de retirarlo á no ser que la Academia lo sostenga. El temor que tiene á la discusión nace de que pudiera ponerse en ridículo la Academia tratando cuestiones para las que carece de competencia.

El Sr. Hurtado pidió también que se suspendiera la discusión porque era más trascendental de lo que parecía á primera vista. Se trata de mejorar las condiciones de la Ciudad, las medidas que se dicten tendrán que elevarse al conocimiento del Gobierno si se persigue un fin práctico. Se van á censurar obras aprobadas ya por el Gobierno y no siendo la Academia un cuerpo consultativo ni habiendo sido consultado no puede haber discusión sin la autorización previa de aquél.

El Sr. Gaviño, dijo, que se ha pretendido muchas veces que los médicos higienistas eran incompetentes para juzgar las cuestiones de ingeniería sanitaria. La otra vez se tocó el mismo punto en el seno de esta Corporación y las autoridades prestaron oídos á la Academia y nombraron una Comisión presidida por el Sr. Licéaga para llevar á la práctica las ideas expresadas por los médicos; que sirva esto de contestación al Sr. Hurtado. En cuanto á lo dicho por el señor Parra siente no estar de acuerdo con él. Ha profesado la higiene durante algunos años y ha estudiado en Europa las obras y trabajos que caen bajo su dominio. Los higienistas dan las reglas para la ventilación de las habitaciones, abasto de agua, canalización etc. y los ingenieros no hacen

más que ejecutar estas reglas. Después que se descubrieron los microorganismos se inventaron los filtros para las aguas potables. Se hizo el estudio de los diversos filtros inventados y fueron siempre los higienistas los que decidieron acerca de la utilidad de dichos filtros. Más aún: sucedió alguna vez con los filtros compuestos de capas sucesivas de gravas y arenas que los ingenieros dispusieron estas capas de un modo y los higienistas demostraron que debían disponerse al revés.

El Sr Gavón manifestó á nombre de la Comisión, que ésta había hecho su informe con honradez y conciencia, que lo había hecho verídico, exacto y sencillo y que no tenía interés en que se discutiera ni en que se aprobara.

El Sr. Orvañanos hizo esta aciaración: en alguna de las sesiones anteriores se había hablado de los malos olores que infestaban la Ciudad y que se atribuyeron á las coladeras de las banquetas, á las atarjeas y probablemente á una instalación inadecuada de las bombas destinadas á inyectar agua. Llegó esto á oídos del Sr. Gayol, quien mandó una carta invitando á la Academia para visitar las obras. El presidía la sesión cuando se dió cuenta con la carta y nombró la Comisión que fué del agrado del Sr. Gayol. No fué su ánimo que se discutiera el informe ni que se elevara al Gobierno.

El Sr. Presidente insistió en que, habiendo sido preguntada la Academia, debía contestar lo que le pareciera la verdad y para eso tenía que discutir el informe.

El Sr Parra explicó, que al proponer que se suspendiera la discusión, no había sido su ánimo rechazar el dictamen, sino que había pensado que no siendo la Academia un cuerpo consultivo, no estaba autorizada para emitir su opinión en cuestiones que no fueran de su resorte, y sobre este punto hizo notar al Sr. Gaviño que los ingenieros sanitarios no eran los albañiles de los médicos higienistas, sino que por sus conocimientos y su práctica especiales eran los únicos capaces de llevar acabo las ideas sancionadas por la higiene, para lo cual los médicos higienistas son incompetentes.

El Sr. Suárez Gamboa opinó porque se debía contestar la pregunta hecha por el Sr. Gayol y pide se resuelva por votación si se discute ó no el informe.

El Sr. Mendizábal dijo que opinaba como el Sr. Suárez Gamboa: ó se daba al Sr. Gayol el informe de la comisión ó se pasaba á la Sección de higiene para que sobre el dictamen de ésta recayera la discusión.

Preguntada la Academia si se aprobaba el trámite dado por la mesa, en votación nominal fué aprobado por una mayoría de 18 votos contra 12. Se procedió por lo mismo á la discusión del dictamen en lo general.

El Sr. Ruiz dijo: que para juzgar de las obras de saneamiento de una ciudad se necesitaban las opiniones de higienistas, de ingenieros y de abogados, porque eran tan vastas y complicadas dichas obras que se relacionaban con esas tres profesiones; que él iba á demostrar que el informe, era deficiente, inexacto y que contenía proposiciones inconvenientes. Tocaba una cuestión que no debía tocarse en abstracto sino en concreto. El saneamiento de la ciudad comprendía principalmente, la canalización y el abasto de agua.

La canalización comprende: el desagüe del Valle, la canalización de la ciudad y la de las habitaciones; el informe en general es incompleto porque no se ocupa ni de la canalización del Valle ni de la de las habitaciones, y de la canalización de la Ciudad, no conoce todos los datos. La Comisión ignora la longitud de los tubos empleados en la canalización de la ciudad y que miden 19 kilómetros. La Comisión debió plantear el problema convenientemente y debió tratar de saber cómo funcionaba la totalidad de los tubos. Su informe es más bien un dictamen y su opinión de que la circulación del agua debía ser continua y no intermitente, no conviene con las condiciones actuales de la Ciudad que sólo permite el lavado intermitente.

Por lo demás, el lavado continuo no es tan ventajoso como lo cree la Comisión, porque á ciertas horas baja el agua en las atarjeas y á otras sube. No bastarían los metros cúbicos de agua de que se dispone para lavar las atarjeas que sólo puede lavar la corriente intermitente. La Comisión debe rectificar lo que dice acerca de la cantidad de agua y convencerse de que no es bueno hacer continuo lo que debe ser intermitente. El informe es inexacto cuando dice que se disponen de doce metros cúbicos de agua y que las coladeras son independientes del sistema de canalización, lo que no es cierto. La comisión

cita trunco un texto del Sr. Gayol para atacar las coladeras cuando ese texto ha tenido por objeto señalar los inconvenientes de las cerraduras hidráulicas. Por último, la Academia no puede juzgar de los resultados del sistema de canalización porque éste aún no está concluido.

El Sr. Gayón replicó, que la Comisión no tenía que juzgar acerca del saneamiento de la ciudad sino únicamente visitar las obras y manifestar los defectos que tengan en la actualidad. Deben mejorarse las obras que son imperfectas como confiesa el Sr. Ruiz. El ideal, en higiene, es el lavado continuo de las atarjeas.

El Sr. Urrutia conviene con el Sr. Ruis en que el saneamiento de la ciudad es un problema muy complejo. La Comisión no ha llamado á las obras que visitó, de saneamiento; no cree que las obras de canalización sean las de saneamiento, tampoco ha dicho que se disponga de doce metros cúbicos sino de tres metros cúbicos. El señor Espinosa, consultado por el Sr. Gayol, indicó, como lo más conveniente, una corriente de agua de 60 centímetros de velocidad por segundo, pero no se dispone más que de tres metros cúbicos de agua á 12 metros de altura. El Sr. Ruiz ignora que el ideal en higiene es el lavado continuo de las atarjeas; éste sería practicable aquí, dice el Sr. Gayol, pero no se pone en práctica porque el canal de desagüe no tiene la capacidad necesaria y porque sería preciso hacer atarjeas de 45 centímetros de sección ovalar y no circular, lo que las hace muy costosas. La Comisión tampoco ha dicho que las coladeras sean independientes del sistema de canalización sino del sistema de lavado, lo que es cosa distinta, y si transcribieron trunco un texto del Sr. Gayol, fué porque solamente lo transcribieron en la parte conducente para demostrar los inconvenientes del agua en putrefacción estancada en las cajas de depósito. Estas no las hay en París, y en Berlín están sustituidas por un trabajo manual costoso. Están destinadas á retener las materias sólidas, pero las que son voluminosas se detienen en la rejilla y en realidad sólo detienen las arenas y cuerpos de pequeño volúmenes.

El Sr. Suárez G. hizo notar que no se había discutido el dictamen en lo general, sino que se estaban discutiendo sus conclusiones. Es confuso, deficiente, porque debía ser una clara y extensa exposición del sistema en todos sus deta-

lles, dar á conocer los resultados higiénicos y terminar con los datos relativos á la salubridad.

El Sr. Orvañanos dijo que debía ocuparse de la parte expositiva; pero que se iba á ocupar de las conclusiones, porque éstas resumen aquélla. Cuando se trata de obras de ingeniería los higienistas deben asesorarse con ingenieros. La comisión sostiene que el mejor sistema de lavado es el continuo. Consta en documentos públicos que cuando el Sr. Gayol sometió su proyecto á la aprobación de los señores ingenieros Fernández, Contreras y Espinosa, los tres convinieron en que era necesario el lavado intermitente. El lavado continuo tiene el inconveniente de que por la oscilación del nivel de la capa de agua, deja embarradas en las paredes de los tubos una parte de las materias orgánicas. Tan es cierto este defecto, que en París están intentando producir golpes de agua. El remedio que propone la Comisión para impedir la salida de gases olorosos de las coladeras, no es remedio, porque el cespool en tales condiciones no produce resultados, y porque poner agua en dieciocho mil coladeras, todos los días, no es práctico. Lo que la Comisión observó en la calle de Cadena fueron precisamente los efectos del agua corrompida, contenida en las cajas de depósito. En los Estados Unidos se tuvieron que quitar los obturadores hidráulicos.

El Sr. Gaviño hizo notar que el Sr. Orvañanos hacía la crítica del dictamen en su parte resolutive, y el Sr. Suárez G. quería un dictamen más grande que su imaginación, cuando si queremos llegar á resultados prácticos debemos limitarnos á señalar los defectos del sistema y á dar un consejo para remediarlos. El sistema de canalización es una obra notable que tiene, como es natural, pequeños defectos que debemos ver cómo se corrigen: el Sr. Ruiz entró en una onda de ideas en que no debemos seguirlo; tampoco debemos ocuparnos de la canalización en general ni del saneamiento. La ciudad tiene una mortalidad muy grande; sabemos qué enfermedades causan la mortalidad, sabemos que una de ellas es el tifo, pero no podemos decir nada acerca de su causa inmediata; por consiguiente, debemos limitarnos á señalar los defectos que tiene la canalización; si el lavado debe hacerse más intenso y si deben perfeccionarse las coladeras de las banquetas.

En el curso de esta discusión fué presentado en la Secretaría el trabajo de turno del señor Dr. Licéaga.

ISMAEL PRIETO.

GINECOLOGÍA

Contribución al estudio de los fibro-miomas

DE LA MATRIZ

Desde el punto de vista de su tratamiento.

La variedad de elementos que forman la estructura del útero y la actividad funcional que se desarrolla en él durante la vida genital explican, á mi entender, la predisposición que tiene este órgano para las neoplasias. Ciertamente, durante esa época, que se caracteriza por los cambios fisiológicos que resultan de la menstruación y del embarazo, es cuando tal influencia etiológica manifiesta toda su acción, porque es muy excepcional observar tumores en este órgano antes de la pubertad, es decir, durante el período de adormecimiento funcional de la matriz, del que la despierta á la vida genésica la evolución ovariana que, en nuestra raza, se inicia entre los 12 y los 16 años.

Dos son las *neoplasias* que más frecuentemente se encuentran en el útero: el cáncer y los cuerpos fibrosos ó *fibro-miomas*.

El estudio de estos últimos, especialmente desde el punto de vista de las indicaciones de su tratamiento quirúrgico, forma el asunto principal de este imperfecto trabajo, con que vengo á ocupar vuestra benévola cuanto ilustrada atención llenando mi turno reglamentario.

Los fibro-miomas uterinos, conocidos también con las denominaciones de *miomas*, *tumores fibrosos*, *histeromas*, etc., son tumores benignos, que no son dolorosos, sin tendencia á la generalización y que jamás se reproducen después de extirpados. No infectan el organismo y su evolución es generalmente lenta. Su estructura es idéntica á la

del *parénquima uterino*, es decir, que están constituidos por fibras musculares, lisas, y tejido conjuntivo en proporciones variables; y son, además, muy poco vasculares. Atendiendo á su estructura histológica, evidentemente que su designación más adecuada es la de *fibro-mioma*. Como no son dolorosos, suelen pasar inadvertidos durante la vida, y sólo por la autopsia se nos revela su existencia. Otras veces, y es lo más frecuente, se manifiestan únicamente por signos de compresión poco marcados é intermitentes, y sólo la casualidad los descubre á las pacientes, para quienes apenas constituyen ligeros achaques ó una deformidad oculta y soportable. Pero á veces suelen también ocasionar hemorragias que, por su abundancia ó persistencia, determinan un estado anémico alarmante; ó bien llegan á adquirir un volumen extraordinario y á determinar serios fenómenos de constante presión en los órganos pélvicos ó abdominales, que pueden comprometer la existencia y aun ocasionar la muerte, si oportuna y acertada intervención no remedia tan violento estado.

Me parece inadmisibles que un fibro-mioma uterino se transforme en tumor maligno como lo pretenden algunos autores, quizá para justificar su entusiasmo operatorio; pero sí están sujetos á las alteraciones ó transformaciones siguientes: *reblandecimiento*, *induración*, *calcificación*, *supuración y gangrena*.

Para fundar la tesis que sostengo creo necesario entrar en algunas consideraciones acerca de las degeneraciones y modificaciones que se observan en estas neoplasias.

El *reblandecimiento* puede ser ocasionado, bien por la infiltración edematosa de los tejidos del tumor, ó bien por la degeneración *grasosa* ó *mixomatosa*.

No debe ponerse en duda que los fibro-miomas pueden hacerse edematosos hasta el grado de presentar fluidez y dar á la exploración digital la sensación quística. La punción exploradora en estos casos, practicada con trócar adecuado, hace salir por la aguja algunas gotas de un líquido seroso, y el corte de estos tumores nos los muestra embebidos de serosidad amarillenta y aun sembrados de verdaderas cavidades ó lagunas llenas de líquido seroso. Por este edema que se aparece de una manera inesperada, pueden explicarse los casos del aumento rápido de

ACADEMIA N. DE MEDICINA

Extracto del acta número 28.

SESION DEL DIA 7 DE MAYO DE 1902.

Presidencia del señor Dr. D. Manuel Gutiérrez.

Trabajo del Sr. Olvera. Trabajo del Sr. Prieto. Discusión en general del dictamen de la Comisión que visitó las obras del saneamiento.

El Sr. Olvera leyó su trabajo de turno intitulado: "Algunos conceptos más sobre la atrofia muscular en la hepatitis intercelular", el que se declaró comprendido en la fr. I del art. 74 del Reglamento.

El que suscribe dió lectura á su trabajo reglamentario intitulado: "Rabia y difteria", que se declaró comprendido en la fr. I del art. 74.

El Sr. Gayón, segundo secretario, leyó el trabajo de turno del Sr. Licéaga que tiene por título: "Defensa contra la tuberculosis"; se declaró comprendido en la fr. II del art. 74 y se acordó pasara á la Sección de Higiene para su estudio.

Continuó la discusión en lo general del dictamen de la Comisión que visitó las obras del saneamiento.

El Sr. Mendizábal, después de protestar contra las inexactitudes en que han incurrido los diarios políticos al ocuparse de nuestras sesiones, pide que conste que en el acta de la sesión anterior, la cual ya está aprobada y es el único documento que puede hacer fe, no se asienta que la invitación del Sr. Gayol haya sido descortés ó poco correcta. En seguida afirmó que el dictamen era deficiente, extemporáneo é inoportuno. Su deficiencia la demostraron algunos de los oradores que hablaron en contra en la sesión pasada. La invitación tuvo por objeto que el tes-

timonio de la Academia desvaneciera los rumores que circulaban contra las obras, y el informe de la Comisión, sin datos suficientes, juzga del conjunto de las obras y no exclusivamente de algunos detalles, únicos que pudo observar. Es extemporáneo, porque desde 1891 están á disposición de los críticos los planos de esas obras, cuyos defectos debieron señalarse y probarse antes de que comenzaran las obras y no ahora que ya no pueden hacerse de nuevo. El lavado continuo que pide la Comisión no podría establecerse sin reformar todas las obras, además de que lo hacen imposible diversas circunstancias bien conocidas de la Comisión misma. En Europa y en los E. U., en muchas ciudades de importancia, se ha adoptado como perfecto el lavado intermitente. En Alemania, el lavado continuo no se juzga el ideal porque resulta muy costoso. Basta ver las obras de ingeniería sanitaria, como las de Haring, Rawlinson, etc., etc., para convencerse de la excelencia del lavado intermitente. Francfort lava sus atarjeas cada tres meses; Hamburgo dos veces á la semana. Hasta grandes ciudades que cuentan con agua suficiente, como Strasburgo, han preferido el lavado discontinuo. París, que sigue el otro sistema, tiene que hacer periódicamente la limpia de sus atarjeas, en la cual emplea 3,000 operarios, y que le resulta muy costosa. Rawlinson dice que Francfort tiene el mejor sistema y allí se lavan las atarjeas cada dos ó tres semanas. México tiene más agua y está en mejores condiciones, pues que el lavado se hace cada veinticuatro horas. Pudiera hacerse el lavado continuo, pero basta saber que el intermitente realiza todas las condiciones requeridas por la higiene. El mismo Sr. Espinosa ha convenido en que tenía razón el Sr. Gayol, y Mr. Haring declaró que nuestro sistema era el primero de América. Si desde que fueron conocidos los planos, hasta la fecha no se les han hecho objeciones, sería un dolo querer modificar ahora las

obras. Se deben modificar las coladeras, pero se necesita tiempo y estudio para señalar con entero conocimiento de causa sus defectos y el modo de corregirlos. El dictamen es, pues, deficiente y extemporáneo; es, además, inoportuno, porque las obras no están concluídas y apenas comienzan á funcionar; es demasiado tarde para reformarlas y demasiado temprano para juzgar de sus resultados. Por estas razones debe pasar el dictamen á la Sección de Higiene, asociada con el Sr. Gaviño, para utilizar los conocimientos especiales de este señor en la materia, con el objeto de informarnos mejor acerca de una cuestión tan importante. Por lo demás, las ventajas del saneamiento no pueden negarse; basta recordar el estado anterior de la ciudad, y sin razones bien fundadas no podemos echar en cara al Gobierno que tiene una junta especial de saneamiento, el que haya gastado seis millones en esas obras.

El Sr. Bandera replicó que causaba verdadero desaliento el ver que ninguno de los que han hablado en contra del dictamen se haya tomado el trabajo de leerlo. La Comisión no propone el lavado continuo, sino que el intermitente se haga con más frecuencia. Refirió la historia del asunto y de ella dedujo que el informe no podía ser más que una mera exposición de hechos, por lo cual votó con el Sr. Parra: no contra el informe, sino porque no se discutiera. Hay en él algunas apreciaciones tal vez erróneas, porque á veces la mucha luz deslumbra y ofusca, pero su discusión ha seguido rambos tan extraviados, que él propone, con el Sr. Mendizábal, que el informe pase á la Sección de Higiene, asociada con el Sr. Gaviño.

El Sr. Ruiz dijo que él quería que se pusieran las cosas en su lugar; para lo cual pide que se lea la comunicación del Sr. Gayol. El que suscribe le dió lectura y el orador prosiguió diciendo que, como se ve, el Sr. Gayol tan sólo quiso que se visitaran las obras para rectificar algunas opiniones vertidas en el seno de la Academia. El informe debió haberse limitado á exponer los hechos observados por la Comisión. Esta no ha cumplido y se ha metido en camisa de once metros; pero no por eso debe pasar su informe á la Sección de Higiene, porque esto es contrario al reglamento y porque el dictamen de una Comisión no puede pasarse á otra.

El Sr. Vázquez Gómez manifestó que dados

los términos de la invitación, la Comisión debió limitarse á exponer los hechos que había observado. Dice que las atarjeas se lavan bien en unos puntos y en otros no, y que las coladeras despiden mal olor, hecho que todos conocemos; no debió tocar cuestiones de ingeniería, sino los hechos que comprobó y de los que debió limitarse á decir cuáles eran higiénicos y cuáles antihigiénicos. Observó defectos que dependen de causas acerca de las cuales no puede resolver la Academia, sino es nombrando otra Comisión que estudie el asunto completa y detenidamente. El dictamen debió limitarse á los hechos y á su apreciación. Las obras no están concluídas y no pueden, por lo mismo, conocerse sus resultados. Ciertamente que la Academia no es competente para juzgar obras de ingeniería; pero tiene la competencia bastante para juzgar si llenan las exigencias de la salubridad pública. De todos modos, señalar las causas es muy difícil é indicar el remedio mucho más.

El Sr. Mendizábal pidió que, siendo las nueve de la noche, se preguntara si continuaba la sesión. El Sr. Bandera pidió que se leyera el artículo relativo del Reglamento, que es el art. 40, y como previene que el máximo de duración de las sesiones será de dos horas, habiéndose abierto la sesión á las siete y veinte minutos, continuó la discusión.

El Sr. Urrutia dijo que en la sesión pasada se ha procurado demostrar que la Comisión es incompetente, lo que es axiomático, y que confiesan tanto él como sus compañeros de comisión; pero no se han metido en lo que no saben ni han dicho que las obras sean malas. El informe ha tocado los puntos que trata porque, según los términos de la invitación del Sr. Gayol, había que relacionarlo con las opiniones vertidas en la sesión en que se trató de las causas del tifo. En esa sesión, el orador dijo que la ciudad estaba más apestosa que nunca, por causa de las coladeras, que no se habían lavado las atarjeas ó que su lavado era insuficiente; el Sr. Gayón habló de las bombas; el Sr. Gutiérrez habló de la falta de agua y citó las obras del Sr. Orozco; el Sr. Orvañanos atribuyó la falta de lavado á que las conexiones con los tubos del agua no estaban concluídas y dijo que no se había hecho caso al Consejo de Salubridad: mereciendo estas ideas la aprobación del Sr. Olvera. Por estas cir-

eunstancias, la Comisión, al practicar su visita, se fijó en los puntos enunciados y trató de sacar conclusiones referentes á ellos. Lo que el informe dice de las coladeras es exacto: son ventiladores de las atarjeas como también lo son las casas en que por faltar el agua no funcionan las cerraduras hidráulicas. Se debían poner tubos de linterna, porque la ventilación de las atarjeas tal como se hace ahora, solamente es inofensiva cuando el lavado es bueno. Lo relativo á las aguas pluviales es también exacto. No se ha ocupado del lavado discontinuo, en el sentido que se le atribuye. Hace notar que en las atarjeas se estancan las materias y que el lavado discontinuo, que es indispensable por la poca pendiente de aquéllas, las arrastra y deja bien las atarjeas; pero que éstas se encuentran muy mal cuando falta el lavado, por lo que cree necesario que sea más frecuente. La cantidad de agua potable, también debe tenerse en cuenta; en Francfort, donde se dispone de 300 litros por habitante y en donde la pendiente de las atarjeas es grande, corre el agua y no se necesita el lavado con tanta frecuencia como aquí. Supuesto que México no tiene agua bastante para diluir continuamente las materias, podría dejarse pasar agua para diluirlas y dar golpes de agua para limpiar las atarjeas. Las coladeras azolvadas con materia orgánica y agua en putrefacción son para la ciudad como apendicitis múltiples. Se deben quitar las cajas de depósito ya que no es posible hacer el lavado ni poner cerradura hidráulica. Como se ve, la Comisión procuró esclarecer los puntos de la discusión anterior á su nombramiento é indicar los males que había observado y los remedios que le parecieron oportunos. Los pequeños defectos que encontró son insignificantes dada la grandiosidad de las obras; pero éstas, vistas al través de esos pequeños defectos, pueden parecer malas á los ojos del vulgo.

El Sr. Orvañanos expuso que la invitación del Sr. Gayol tenía por objeto que se rectificaran errores respecto de hechos y respecto de la apreciación de algunos hechos. La Comisión fué á ver si se lavaban las atarjeas; si el lavado era eficaz; si las conexiones con los tubos de agua ya estaban establecidas; si funcionaban bien. El Sr. Gayol quiso, además, que se viera si se hacía el lavado de toda la ciudad. La Comisión se salió de su cometido y propuso remedios para los defectos

observados, por lo que cree el orador que debe dividirse el informe en una parte que se limite á rectificar los errores vertidos y en otra que pasará al estudio de la Sección de Higiene. La primera constituirá un informe de los hechos y de su apreciación que se transcribirá al Sr. Gayol; la segunda contendrá las ideas generales y los remedios propuestos que se someterán á las deliberaciones de la Academia.

El Sr. Parra declaró que se adhería á lo propuesto por el Sr. Ruiz. El Sr. Gayol no había pedido la opinión de la Academia acerca de las obras, sino que se rectificaran hechos. El Sr. Urrutia ha declarado con honradez que la Comisión hizo un simple informe y no un dictamen. El señor Vázquez Gómez propone que se divida el informe en dos partes; pero la Academia no puede imponer á la Comisión una nueva tarea, ni sería práctico multiplicar y complicar las discusiones. La Comisión debe retirar su dictamen y presentarlo con el carácter de simple informe que se remitirá al Sr. Gayol, y así se permite suplicárselo á la Comisión.

El Sr. Bandera insistió en que pasara á la Comisión de Higiene.

El Sr. Vázquez Gómez rectificó que él no había propuesto la división del dictamen, sino que se le redujera simplemente á la narración de los hechos observados.

El Sr. Villarreal dijo que no estaba conforme con el Sr. Vázquez Gómez, que él creía que los miembros de la Comisión deben contestar al señor Gayol y si quieren pueden hacer una obra sobre la materia, que se discutirá en la Academia

ISMAEL PRIETO.

Extracto del acta número 30.

SESION DEL DIA 14 DE MAYO DE 1902

Presidencia del Sr. Dr. D. Manuel Gutiérrez.

Trabajo del Sr. Dr. González Urueña. — Trabajo del Socio Correspondiente en Veracruz, Dr. Manuel S. Iglesias. — Discusión. — Continúa la discusión sobre el dictamen de la Comisión que visitó las obras del Saneamiento.

A las 7.15 de la noche se abrió la sesión. Se leyó el acta de la anterior, que sin discusión fué aprobada.

El Sr. González Urueña leyó su trabajo de turno intitulado: «Propedéutica Médica. Breves consideraciones sobre la percusión del corazón en la estación de pie»; el que se declaró comprendido en la fr. I del art. 74 del Reglamento.

El señor 2.º Secretario dió lectura al trabajo reglamentario de nuestro socio corresponsal en Veracruz, Dr. Manuel S. Iglesias, intitulado: «Breves consideraciones sobre la mortalidad en Veracruz.»

Puesto á discusión, tomó la palabra el Sr. Gavino y dijo que el Sr. Iglesias, socio correspondiente de los más laboriosos, era digno de elogio por haber propuesto al estudio de la Academia una cuestión de tanta importancia. Sin pretender rebatir la memoria iba sin embargo á hacer algunas observaciones. Dice el Sr. Iglesias que la mortalidad en Veracruz no es muy grande y que esa ciudad es de las más salubres. Así lo quisiéramos todos, pero, por desgracia, aquel señor sigue diciendo que la mortalidad es igual á la de México, y como ésta es grande, 55 á 60 por 1,000, resulta que Veracruz no es muy salubre, pues que las poblaciones medianamente salubres tienen de 25 á 30 por 1000 de mortalidad. Además, ciertas plagas alejan más que otras á los forasteros, porque hay modos de morir que amedrentan más, como, por ejemplo, la muerte por traumatismo. De los combatientes que toman parte en una batalla se sabe que proporcionalmente mueren menos que los que sucumben á una enfermedad aguda y, sin embargo, todos preferimos morir de una pulmonía á morir de un balazo. Que las enfermedades consignadas en el cuadro de Bertillon no produzcan muchas defunciones, no es una razón, porque en cambio la fiebre amarilla hace estragos en la población flotante, y mientras en Veracruz no se haga eficazmente la profilaxis de esa fiebre, no se la ha de considerar como salubre. Ya sabíamos que Veracruz es un foco de tuberculosis, como gran parte de nuestras costas y como todos los terrenos bajos y cercanos al mar, por ejemplo, Niza. Antes se creía que el aire del mar era benéfico para los tísicos; hoy sabemos que las estaciones de altura son las benéficas y que en el Valle de México los tuberculosos que vienen de otras latitudes sanan ó se alivian. Veracruz, situada en la costa, en un clima cálido y sobre terreno infestado, debe extremar las precauciones aconsejadas por los sabios

para la tuberculosis. ¿Por qué es esta tan común allí y en general en nuestras costas? Por la anemia, para la que predispone el clima y que engendran las variadas formas del impaludismo que devastan esas regiones. Entre las enfermedades gastro-intestinales no está mencionada la ictericia grave, cosa que le extraña al orador porque, cuando estuvo en Veracruz con el Dr. Stemberg, vió algunos casos. Hay también la disenteria y otras enfermedades que derivan de la mala calidad de las aguas potables, aunque la introducción de las aguas del Jamapá debe haber mejorado las condiciones sanitarias. En suma, la alta mortalidad y la presencia de la fiebre amarilla, de la tuberculosis, del impaludismo y de las afecciones gastro-intestinales, no permiten considerar á Veracruz como salubre.

Continuó la discusión en general del dictamen de la Comisión visitadora de las obras del Saneamiento.

El Sr. Gayón pidió permiso á la Academia para dividir el dictamen en dos partes: una, hasta la página 5 en que simplemente refiere hechos sin hacer apreciaciones, y otra, de la 6 á la 11, en la cual hace apreciaciones sobre las cuales puede recaer la discusión.

El Sr. Ruiz se opuso á lo solicitado y, refiriendo una vez más la historia del asunto, procuró demostrar que la Comisión debía retirar su dictamen.

El Sr. Urrutia rectificó lo que se le atribuye, como dicho en la sesión del 5 de Marzo. No aplicó entonces á las obras del Saneamiento la frase de D. J. M^a. Rodríguez, sino que dijo que el sistema se compone de dos partes: un aparato receptor y un aparato lavador; y que sin éste, el primero autorizaba la frase del Dr. Rodríguez. También dijo que la falta de lavado era contraria á la salubridad pública. Mientras no se lavaban las atarjeas aumentó la mortalidad. En 93, después de que se dictaron algunas medidas sanitarias y que funcionó el sistema Orozco, disminuyó la mortalidad. Desde 97 ha aumentado. La falta de lavado también la denunció ante la Academia el Sr. Orvañanos. No ve, por lo mismo, razón para que el Sr. Ruiz lo señale á él como si hubiera sido el único que haya dicho que las obras eran nocivas, porque no funcionaba el sistema lavador. Tanto la Academia como la Comisión, lo

que piden es que se laven las atarjeas, y por lo tanto él no pide que se retire el dictamen.

El Sr. Ruiz rectificó á su vez diciendo que al ocuparse del informe había nombrado al Sr. Urrutia lo mismo que á los Sres. Gayón y Bandera; y que si lo había nombrado con más frecuencia era por haber sido el relator de la Comisión, y sin desconocer su talento y su instrucción no obstante los defectos del dictamen. Este debía retirarlo la Comisión porque la Academia es en último caso la que debe aprobarlo ó desecharlo; pero si la Comisión quiere, puede retirarlo y presentarlo después dividido.

El Sr. Gaviño, quien, como los oradores precedentes había quedado con el uso de la palabra desde la sesión anterior, dijo que él había creído que se iba á discutir la influencia de las obras sobre la salubridad pública, para cuya discusión traía algunos elementos que juzgaba dignos de atención; pero que como no se discutía ese punto renunciaba al uso de la palabra.

El Sr. Gayón expuso que en la sesión del 5 de Marzo había dicho que les faltaba agua á las bombas de la Piedad, por lo que funcionaban con irregularidad. Al hacer la visita vió que funcionaban perfectamente y así lo dijo en el dictamen. Pero posteriormente se le ha informado que el canal de Derivación ha estado azolvado y que entonces les faltó agua á las bombas hasta posteriormente que lo desazolvaron. Insistió en que se permitiera á la Comisión retire el dictamen para presentarlo dividido.

El Sr. Urrutia hizo advertir que el informe de la Comisión no ha sido ni una crítica de las obras del Saneamiento ni un dictamen acerca de ellas, sino un informe de los hechos que observaron y que tenían relación con los puntos tratados en la sesión del 5 de Marzo.

El Sr. Gutiérrez apoyó la súplica hecha á la Comisión para que retire su dictamen.

El Sr. Bandera pidió se preguntara á la Academia si permitía á la Comisión retirar su dictamen.

Acordado el trámite por el señor Presidente, los socios presentes en votación nominal contaron por la afirmativa, con excepción de uno que votó en contra y de dos que se abstuvieron de votar.

GINECOLOGÍA.

Contribución al estudio de los fibro-miomas

DE LA MATRIZ

Desde el punto de vista de su tratamiento.

(CONCLUYE)

Entre los numerosos procedimientos de histerectomía abdominal con que en la actualidad cuenta la ginecología operatoria, merecen conocerse con todas sus particularidades los de Ricard, de Richelot, de Doyen, de Segond y de Kelly; procedimientos que todos se han impuesto como ley, tanto por su técnica precisa, cuanto por la rapidez con que se practican: factores de gran importancia en toda intervención abdominal. Los de Pean, Chrobeach, de Lennander, de Polk, de Baldy y de Lanphear, tienen más ó menos semejanza con los de Martin; y los procedimientos de Jonnesco, de Jacobs, de Porrier, derivan del de Ricard.

En tesis general, podemos decir que hay dos maneras de practicar la histerectomía abdominal como tratamiento radical de los fibromiomas: quitar todo el útero, ó limitar la extirpación al cuerpo, conservando el cuello. El primer método es la histerectomía total, y el segundo es la histerectomía supra-vaginal.

Los procedimientos de Doyen y de Kelly son á mi juicio los mejores para practicar la histerectomía abdominal total. El primero fué practicado la primera vez en México por mi ilustrado compañero el Sr. Profesor Zárraga, el mes de Enero de 1896. Obtuvo por él un éxito completo que hizo conocer á esta honorable Asamblea. Algunos meses después tuve el honor de presentar á esta Ilustrada Academia, y ya enteramente restablecida, á una mujer que operé, siguiendo el mismo procedimiento, de un gran fibroma con sólidas adherencias al duodeno, al estómago, á la cara cóncava del hígado, á la vejiga y al recto. Mi inteligente amigo el Sr. Profesor Noriega es también partidario de este procedimiento, que varias veces le he visto practicar cuando el cuello es accesible y siempre con buen éxito; pero da la preferencia, y con razón, al procedimiento americano, siempre que el cuello está

ACADEMIA N. DE MEDICINA

Extracto del acta número 31.

SESION DEL DIA 21 DE MAYO DE 1902.

Presidencia del Señor Dr. D. Manuel Gutiérrez.

Informe de la Comisión nombrada para visitar las Obras del Saneamiento.—Discusión.

A las 7 y 40 de la noche se abrió la sesión.

El Sr. Gayón leyó el informe de la Comisión nombrada para visitar las obras del Saneamiento. El señor Presidente acordó se le transcribiera al Sr. Gayol.

El Sr. Gayón pidió la palabra y manifestó que el trámite sería correcto siempre que la Academia se hiciera solidaria del informe de la Comisión.

El señor Presidente replicó que no habiendo visitado las obras todos los miembros de la Academia, ésta no podía hacerse solidaria del informe de la Comisión.

El Sr. Gaviño expuso que, en su concepto, el contestarle al Sr. Gayol le parece una galantería del señor Presidente, pero al transcribirle el dictamen, ó la Academia se hace solidaria de él ó deja abandonada á la Comisión á sus propias fuerzas como si no se tratara de miembros de la Academia delegados por ésta para comprobar hechos de fácil observación. Si no es solidaria la Academia, parecería que dudábamos de la veracidad de los miembros de la Comisión, y no debemos ni podemos ofenderlos así; lo que ellos dicen debemos creerlo. El trámite equivaldría á descartarse de la cuestión. Algún socio ha propuesto fuera de la sesión que se conteste al Sr. Ingeniero Gayol: que ya una Comisión de la Academia visitó las obras y rindió su informe, del cual se ha tomado nota para una discusión científica. Cree el

orador que esto es cortés y suplica al señor Presidente modifique en este sentido el trámite.

El Sr. Bandera opina que el trámite que se discute equivale á no contestarle al Sr. Gayol. Este ha dicho que deseaba que la Academia visitara las obras. La Academia nombró una Comisión que así lo hizo. Pero si ahora se acepta lo propuesto por el señor Presidente, la Comisión será la que le conteste al Sr. Gayol y no la Academia. En apovo de sus asertos pidió que se diera lectura á la invitación del Sr. Gayol, lo que hizo el que suscriba.

El Sr. Gaviño dijo que la lectura que se había hecho lo hacía cambiar de opinión. El Sr. Gayol estima erróneas algunas de las opiniones vertidas en la Academia, y pide á ésta que rectifique esas opiniones, visitando las obras. Fué una Comisión, las visitó y rindió su informe. El asunto le parece por lo mismo terminado y en nuestras actas podrá ver el Sr. Gayol nuestra opinión.

El Sr. Gutiérrez dijo que celebraba que el señor Gaviño opinara como él; que efectivamente con el informe quedaba terminado el asunto, pero que por cortesía debía transcribirse el informe al Sr. Gayol. Sostenía el trámite, no por galantería, sino porque procede; tampoco quería descargar á la Academia de ninguna responsabilidad. Esta, no recaería sobre la Academia, sino sobre los que hayan expresado opiniones erróneas.

El que suscribe dijo que los antecedentes del asunto indican la solución. En la sesión del 5 de Marzo se dijo que no se lavaban las atarjeas, que las coladeras de las banquetas eran focos de infección, que las conexiones entre los tubos lavadores y las atarjeas no estaban establecidas y que les faltaba agua á las bombas de la Piedad. Esto lo dijeron los Sres. Núñez, Urrutia, Gayón, Orvañanos y Gutiérrez; todos los que en dicha sesión hicieron uso de la palabra. Así consta en el acta respectiva. En otra sesión posterior se dio cuenta con la invitación á que se acaba de dar

lectura para visitar las obras. No pudiendo la Academia ir en cuerpo á visitarlas, nombró una Comisión para que la informara. Al nombrarla, iba á ver por los ojos de esta Comisión, luego tenía confianza en la idoneidad de esta Comisión para observar los hechos y en su veracidad para referirlos tales como los había visto. El Sr. Gayol pide que se visiten las obras para que la Academia le sirva de testigo para rectificar opiniones erróneas y los rumores que circulaban contra ellas; si se le contesta con el informe de la Comisión nombrada por la Academia y en la que ésta delegó sus funciones sin aceptar la solidaridad con ella, es como si no se contestara al señor Gayol, sino que le contestaran los Sres. Gayón, Urrutia y Bandera, y en tal caso, sería preferible seguir el consejo del Sr. Gaviño.

El Sr. Gutiérrez rectifica que la palabra tomar por testigo á la Academia, no debe tomarse en el sentido que se le ha dado, sino únicamente quiere desvanecer rumores haciendo que el público no los vea comprobados con el testimonio de la Academia. Por lo demás, ésta no puede ocuparse de si son ciertos ó no los hechos consignados en el informe.

El Dr. Vázquez Gómez difiere de las opiniones hasta aquí expresadas. La Comisión no se nombró sola, y por lo tanto, iba en representación de la Academia. Presenta su informe y no queda más remedio sino probar que no es exacto lo que dice la Comisión ó que la Academia haga suyo el informe de la misma. Las apreciaciones pueden ser variadas y las opiniones no pueden hacerse solidarias de otras, pero la observación de los hechos sí tiene que aceptarse cuando no hay el menor motivo para negar ó poner en duda su exactitud. Unos opinan porque la Academia se calle la boca y otros por que se transcriba el informe al señor Gayol. El opina por lo último, porque de esta manera se cumple con el Sr. Gayol y con la Comisión, cuyo informe hace la Academia suyo.

El que suscribe cree que corresponde exactamente lo que él dijo á lo dicho por el Sr. Vázquez Gómez, pues en su concepto, el informe es la contestación que la Academia da al señor Gayol.

El Sr. Bandera dice que el informe no contesta todo lo que pide el Sr. Gayol.

El que suscribe hizo advertir que así se embrollaba y extraviaba la discusión, porque estan-

do aceptado el informe ya no era tiempo de discutir si era ó no completo.

El Sr. Bandera replicó que una cosa es embrollar y otra no entender; que habiendo hecho el Sr. Gayol una invitación á la Academia, al aceptarla debía satisfacerla en todos sus puntos.

El Sr. Gayón pidió que se preguntara á la Academia si se debe transcribir ó no al Sr. Gayol el informe de la Comisión.

El Sr. Gaviño dice que cuando se va á una fiesta no se contesta después al dueño de la casa si le gustó ó no. El Sr. Gayol ha invitado á la Academia para visitar las obras de Saneamiento, no pide opiniones acerca de éstas, y por lo mismo, no tenemos obligación de darle las nuestras.

El Sr. Vázquez Gómez replicó que eran cosas enteramente distintas la invitación á una fiesta con una invitación científica. En el primer caso, hay que pasar por las faltas y hasta elogiarlas, pero el Sr. Gayol no nos ha invitado á ir á su casa sino á visitar las obras del Saneamiento para estudiar cómo funcionan. Habla de opiniones erróneas contra las que pide el testimonio de la Academia. Esta nombró una comisión que visitara las obras y hoy debe decir lo que vió la Comisión en representación de ella y descargarse de la imputación que se le hizo.

Preguntada la Academia si se transcribía el informe de la Comisión al Sr. Gayol, en votación nominal contestó por la afirmativa, habiendo reservado su voto el señor Presidente y habiendo votado en contra tres de los socios presentes.

Se leyeron los turnos de lectura y se levantó la sesión á la que concurrieron los Sres. Aragón, Bandera, Gayón, Gaviño, González U., Hurtado, Lugo, Mendizabal, Terrés, Troconis, Toussaint, Urrutia, Vázquez Gómez y el Secretario que suscribe.

ISMAEL PRIETO.

Extracto del Acta número 32.

SESION DEL DIA 4 DE JUNIO DE 1902.

Presidencia de los Sres. Drs. D. Manuel Gutiérrez y D. Domingo Orvañanos.

El Sr. Dr. Porfirio Parra leyó un trabajo intitulado: «Influencia de Descartes sobre los adelan-

tos de la Fisiología.» Se declaró comprendido en la fracción II del artículo 74 del Reglamento.

El Dr. Hurtado presentó cuatro operadas: dos que lo fueron por neoplasias abdominales y dos que sufrieron la extirpación de los ganglios simpático-cervicales como tratamiento de la epilepsia. En los apuntes que leyó y que van anexos á esta acta, constan las principales particularidades clínicas y operatorias de estos cuatro casos.

Se nombró al Sr. Vázquez Gómez para examinar á las pacientes é informar á la Academia en la sesión próxima.

ISMAEL PRIETO.

CIRUGÍA GINECOLÓGICA

Algunas ideas sobre el tratamiento quirúrgico de las retro-desviaciones uterinas.

(Concluye)

Observación clínica.

Lorenza Montoya, de Querétaro, de 30 años de edad, sirvienta, viuda, ingresa al servicio de Cirugía de Mujeres del hospital de San Andrés el 23 de Noviembre pasado. Su constitución es regular y refiere que en la infancia padeció tifo y neuralgia del trigémino. Desde los 14 años que empezaron sus reglas fueron abundantes los tres primeros meses, acortándose en duración y cantidad los posteriores, hasta su primer parto que tuvo verificativo al año y cuatro meses, pues se casó casi en seguida de la instauración de las reglas. Tuvo como total tres partos eutócicos y dos abortos, de dos y cuatro meses, antes del último parto que se efectuó el año noventa y cuatro. Desde esa última fecha no acusa otra dolencia que la que produjo un fuerte traumatismo que sufrió en Mayo del año actual, cayendo de una escalera y sintiendo fuerte dolor de cadera, que la obligó á guardar cama veinte días, experimentando desde entonces dolor al orinar y frecuencia excesiva de la orina (pola-kuria), que al salir babeando impregna la vulva y los muslos, que se encuentran bañados incesantemente, é irritada la piel por la presencia continua de aquel líquido

La existencia de la incontinencia de la orina y la presencia de dos cicatrices plegadas de bubón inguinal, de que no hizo mérito la enferma en el interrogatorio, así como la cistitis crónica que existe y que motiva la incontinencia, hacen muy probable la naturaleza blenorragica del padecimiento que la hizo entrar al hospital.

La exploración reveló cistitis intensa, incontinencia de orina; vaginitis exacerbada y sostenida por la caída incesante de la orina á la entrada de la vulva y vagina; la enferma despidió el olor de las fistulas urinarias, y explorándola en este sentido no se encuentra más que dilatación de la uretra. El cuello del útero, situado detrás del púbis y el cuerpo en retroversión móvil y crecido por metritis. Existe en el fondo lateral derecho de la vagina tumefacción difusa que se continúa hasta cuatro dedos arriba del púbis, que es el límite del anexo derecho, la cual se interpreta como debida á proceso neoplásico de la base del ligamento ancho, ó á quiste anexial descendido hasta este sitio. El fondo anterior vaginal se encuentra igualmente ocupado por un cuerpo blanco situado entre la vejiga y la matriz retrovertida, y la palpación de esta región ocasiona dolor, motivado principalmente por la cistitis crónica.

Se diagnosticó metro-anexitis, retroversión ligeramente adherente, probable quiste ovárico derecho y cistitis blenorragica con incontinencia de orina.

Se tuvo en consideración la posibilidad de embarazo tubario subligamentario por existir amenorrea de tres meses y calostros en los senos cuando la enferma entró al hospital así como por la tumefacción que dije existía en el lado derecho de la pélvis.

Estudiándola después, siempre se encontraron los propios signos apuntados, y poco adelantó la diagnosis, y por la falta de escurrimiento sanguíneo en mínima proporción por la vagina se creyó muy poco probable la existencia de preñez anormal.

Se instituyó tratamiento antillogístico para descongestionar los órganos pélvicos, se hicieron lavatorios cotidianos vesicales con solución de protargol, y al interior se administró bajo forma capsular, benzoato de sosa, asociado con salol y esencia de trementina.

Conceptué el hecho como de acumulación parcial y difusa del tejido celulo grasiento más propia.

ACADEMIA N. DE MEDICINA

Extracto del acta número 32.

SESION DEL DIA 11 DE JUNIO DE 1902.

Presidencia del Sr. Dr. D. Manuel Gutiérrez.

Trabajo del Dr. Terrés. — Discusión. — Comunicación del Dr. Hurtado.

El Sr. Terrés leyó su trabajo reglamentario intitulado «Pronóstico del tabardillo» el que se declaró comprendido en la fracción I del art. 14 del Reglamento.

Puesto á discusión tomó la palabra el Sr. Olvera, y después de felicitar al autor de la memoria porque los signos pronósticos que presentaba estaban fundados en hechos, habló de la enterorragia, la cual en algunos casos ha sido crítica y coincidido con la curación de los enfermos, no obstante que racionalmente era de esperarse que agravare la enfermedad y fuera un signo fatal. Como ejemplos citó un caso observado en la epidemia del tifo, que se desarrolló durante el sitio de México. En la casa número 4 de la calle de Vanegas, en una de las viviendas, se desarrolló el tifo y atacó á todas las personas que la habitaban habiendo sucumbido todas excepto una que escapó después de haber tenido enterorragia abundante. Otro caso fué el del Dr. Manuel Crespo, quien tuvo el tifo dos veces con algunos años de intervalo. Su primer tifo fué de mediana gravedad, no se acompañó de manchas, lo que también suele ser un buen signo pronóstico, y al fin del último septenario provocó una enterorragia que fué inmediatamente seguida del restablecimiento de la salud. Refiriéndose á la orina dijo que el señor Terrés se ocupaba de su análisis químico, pero no de sus otras propiedades, sobre lo cual no hay

estudios hechos, siendo de advertir que su abundancia es un signo favorable. El pronóstico del tifo es más benigno en los analfabéticos y es más grave en las personas que le tienen mucho temor al tifo. Lo mismo sucede con el cólera. El miedo al tifo es muy común en los ricos y en los estudiantes de medicina, lo que explica la mayor mortalidad que se observa entre ellos.

El Sr. Terrés dió la gracias al Sr. Olvera por haberse ocupado de su trabajo é hizo advertir que si en una parte de él se ocupaba del análisis químico y de la toxicidad de la orina, en otro lugar mencionaba la poliuria como buen signo pronóstico.

El Sr. Mendizábal habló de la influencia perjudicial del alcoholismo, sobre todo del crónico; dijo que en los ricos influía el miedo, pero también la mayor actividad del trabajo intelectual que se dejaba sentir en los jóvenes, pero todavía más en los viejos; también respecto de ellos influye un exceso indiscreto de cuidados y de medicamentos, lo que ha hecho decir á alguno de nuestros maestros que los ricos solían morir de tifo complicado con médico. De todas estas circunstancias las que más influyen en el pronóstico son la actividad intelectual y el alcoholismo. Los de antecedentes alcohólicos suelen sucumbir sobre todo si no pasan de treinta años. No ha visto la enterorragia en el tifo sino muy raras veces y siempre ha sido mortal.

El Sr. Hurtado volvió á ocuparse del tratamiento quirúrgico de la epilepsia, leyó la historia de una enferma que había operado el día anterior é hizo prolijos comentarios sobre las ideas y las prácticas de Chipault, Jonnsco, Jaboulay, Acevedo etc.

Ismael Prieto.

ACADEMIA N. DE MEDICINA

Extracto del Acta núm. 34.

SESION DEL 18 DE JUNIO DE 1902.

Presidencia del Doctor Domingo Orvañanos.

Presentación de una pieza anatómica por el Dr. Noriega.—Discusión.—Presentación de dos operados por el Sr. Villarreal.—Presentación de una enferma con un osteosarcoma por el Sr. Hurtado.—Discusión.

A las 7 y 20 de la noche se abrió la sesión.

Se leyeron las dos actas de las sesiones anteriores, las que sin discusión fueron aprobadas.

Se dió cuenta con una comunicación de la «Sociedad Pedro Escobedo,» dándonos á conocer el personal de su nueva Junta Directiva. Se acordó contestarle con satisfacción.

Con una carta del Sr. Vargas, pidiendo una prórroga de 15 días, que le fué concedida para su trabajo de turno.

Con igual solicitud del Sr. Vertiz que también fué acordada de conformidad.

Con las excusas del Sr. Chávez por no asistir á la sesión.

El Sr. Noriega presentó una pieza anatómica que consiste en la matriz ocupada por un enorme fibromioma. El tumor ocasionaba gravísimos accidentes que hicieron necesaria la intervención quirúrgica, habiéndose practicado hoy la histerectomía abdominal.

El Sr. Villarreal manifestó que le llamaba la atención que el Sr. Noriega no hubiese hecho la miomectomía que desde que Martín la puso en boga, ha sido aceptada por numerosos cirujanos y sancionada por millares de éxitos, y que tiene la ventaja de conservar á la paciente sus

funciones genésicas. El, en México, la ha aplicado ya en 20 casos, sin haber tenido más que un fracaso: el tumor era muy grande; pudo, sin embargo, extirparlo en tres minutos; había otro tumor que extirpó también, reseco parte de la mucosa uterina, suturó por planos y la enferma se conservó bien 10 días; pero después sobrevino al gangrena de una pequeña porción de la matriz y falleció. El tumor pesaba 2,800 gramos, ocupaba la mayor parte de la matriz y estaba acompañado de otro más pequeño en la cara anterior.

El Sr. Noriega contestó que teniendo la enferma una lesión cardiaca, esta circunstancia lo obligó á preferir la histerotomía, además de que dos veces consecutivas ha visto la miomectomía tener un resultado funesto. Sin embargo, en general, es partidario de la miomectomía.

El Sr. Hurtado hizo advertir que la cuestión no está resuelta, porque la experiencia no ha demostrado la superioridad de la miomectomía contra la cual está el mismo hecho que acaba de referir el Dr. Villarreal; pues no hubiera venido la gangrena si se hubiera hecho la histerectomía. Hablando de los cuidados que requiere la miomectomía y refiriéndose á la hemostasis recomendó la compresión de la aorta abdominal. El ha podido operar una vez casi sin sangre. En una histerectomía por cáncer que el Sr. Villarreal juzgó inoperable y en la que tuvo que dejar algunos ganglios, no pudiendo ligar las arterias recurrió á la compresión que hizo perfectamente el Sr. Cerda. En otro caso en que las ligaduras trozaban las arterias, sólo por medio de la compresión se impidió la hemorragia. La clínica y la anatomía patológica, nos dicen que la degeneración fibromatosa no está limitada al útero sino que se extiende á los vasos. La miomectomía está contraindicada cuando el tumor es voluminoso ó múltiple como en el caso del Dr. Noriega. Este señor nada nos dice del estado de los ova-

rios; si estaban en mal estado también la contra-indicaban. En una cardíaca no deben extirparse los ovarios porque sobreviene la caquexia sin que se sepa la patogenia de ésta. El que la pelvis esté totalmente ocupada por el tumor, es otra contra-indicación de la miomectomía.

Refirió un caso que había operado en la mañana é hizo un esquema para explicar las relaciones del fibromioma y que hubieran hecho infructuosa cualquiera otra operación que no hubiera sido la histerectomía. Mencionó los fracasos del Dr. Fuertes y afirmó que la duración de la histerectomía es menor que la de la miomectomía.

El Dr. Villarreal replicó que el exámen de la pieza anatómica deja como principal indicación de la histerectomía, la lesión cardíaca, lo que es discutible. Contra la opinión del Sr. Hurtado está la de los que tienen más práctica. Se ha detenido en el mal éxito que tuvo en un caso y no ha tenido en cuenta los éxitos buenos; pero próximamente traerá las piezas anatómicas respectivas para que se vean los volúmenes de los tumores extirpados. No es la hemorragia inmediata el peligro de la miomectomía. Los tumores pequeños é intra-ligamentarios pueden extirparse por enucleación. La miomectomía puede practicarse en tales casos, por la vía vaginal ó por la abdominal; si los tumores son muy grandes, se elige esta última vía. Tuffier ha tenido 19 operaciones con un fracaso.

El Sr. Hurtado insistió en que la operada del Sr. Villarreal estaba expuesta á la gangrena de la matriz por la delgadez de las paredes, producida por el enorme volumen del tumor y que por lo mismo estaba indicada la histerectomía. En las estadísticas del Sr. Villarreal ha podido ver los éxitos que ha obtenido; pero él insiste en que el Sr. Noriega debió hacer la histerectomía aunque no ve cómo haya podido indicarle la lesión cardíaca.

El Sr. Villarreal hizo advertir que el Sr. Hurtado conoce sus casos de histerectomía por fibromioma que son más de 50; pero no los de miomectomía por la misma lesión que son 20.

El Sr. Vázquez Gómez leyó su trabajo reglamentario: «Algunos apuntes sobre la anatomía del apófisis mastoide,» que se declaró comprendido en la frac. II del art. 74 del Reglamento.

El Sr. Villarreal presentó dos operadas de his-

terectomía por epitelioma, una de ellas con la raquicocainización.

Se nombró al Sr. Hurtado para examinar á las operadas é informar en la sesión próxima.

El Sr. Hurtado presentó una enferma con un osteosarcoma del fémur y entró en consideraciones acerca de su origen, desarrollo y tratamiento, indicando que se inclinaba á hacer la ligadura de la ilíaca primitiva antes de hacer la desarticulación.

El Sr. Villarreal refirió que en un caso el Dr. F. López había hecho la desarticulación, con éxito, sin ligar la ilíaca sino ligando la arteria y la vena femorales. La ligadura de la ilíaca primitiva tiene sus peligros; y en París la vió en un caso complicar fatalmente la operación.

Se nombró al Sr. Vázquez Gómez para examinar á la enferma. Hecho el examen corroboró en gran parte, lo dicho por el Sr. Hurtado; pero respecto del tratamiento, después de convenir en que debe hacerse la desarticulación, no creyó indicada la ligadura de la ilíaca, sino que como el Sr. Villarreal, opina por la ligadura de las arterias femoral y femoral profunda.

Siendo avanzada la hora, se leyeron los turnos de lectura y se levantó la sesión á la que concurrieron los Sres. Altamirano, Aragón, Gayón, González Urueña, Hurtado, Icaza, Lasso, Lugo, Macouzet, Noriega, Núñez, Olvera, Orvañanos, Parra, Sánchez, Jenes, Traconiz, Urrutia, Vargas, Vázquez Gómez, Vertiz, Villada, Villarreal y el Secretario que suscribe.

ISMAEL PRIETO.

ILEUS,

SU DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

La seule regle qu'on puisse donner est de faire un examen complet, absolument complet, ne negligant aucun organe "à capite ad calcem" comme disaient les vieux auteurs.

A. F. Plicque.

(CONTINÚA)

En toda forma de oclusión, el peritoneo próximo al asa obstruida está congestionado y aún de-

ACADEMIA N. DE MEDICINA

EXTRACTO DEL ACTA NUM. 35.

SESION DEL 25 DE JUNIO DE 1902.

PRESIDENCIA DE LOS SRES. DRES. DOMINGO ORVAÑANOS
Y TOBIAS NUÑEZ

Lectura de turno del Sr. Dr. J. Ramos. — Presentación por el Sr. Hurtado de un osteosarcoma y comunicación acerca de su extirpación y acerca de los peligros del cloroformo y de la cocaína. — Discusión.

A las 7 y 22 minutos, se abrió la sesión.—Se leyó el acta anterior la que fué aprobada con algunas modificaciones propuestas por los Sres. Noriega y Villarreal.

El Sr. Ramos, dió lectura á su trabajo de turno intitulado: «Dos casos de clínica oftalmológica,» el que se declaró comprendido en la frac. II del art. 74.

El Sr. Hurtado presentó la pieza anatómica, un osteosarcoma, perteneciente á la enferma que presentara á esta Academia, en la sesión anterior. Manifestó que había tenido ocasión de comparar los peligros de la anestesia obtenida por el cloroformo con las de la anestesia obtenida por raquicocainización, porque al operar el osteosarcoma, se valió de este último procedimiento y hace ocho días hizo una histerectomía por fibromioma valiéndose del cloroformo. En este último caso la paciente tuvo un síncope del que costó trabajo sacarla por medio de las tracciones rítmicas de la lengua y de la respiración artificial, pero dominado el accidente la anestesia proseguió sin inconveniente alguno. La operación duró 90 minutos. Al día siguiente la enferma tenía 38°5, tos, estertores brónquicos y traqueales.

Estos fenómenos que el orador atribuye á una congestión pulmonar, en cuya causa tomaron parte los trastornos del corazón ocasionados por el cloroformo, cedieron al empleo de

la estricnina, del estrofantó y del suero de Truncsek que bajo un pequeño volúmen, desarrolla más activos los efectos del suero artificial, sin los inconvenientes de las grandes inyecciones. La enferma era una mujer de 49 años, que desde hace 18, padecía de su tumor.

En el caso del osteosarcoma, renunció á la ligadura de la ilíaca primitiva y practicó la desarticulación coxo-femoral, por el procedimiento de Farabœuf, haciendo la ligadura de la arteria y de la vena femorales. Provocó la anestesia por la inyección intraraquídea, de dos centigramos de la cocaína que usa el Sr. Villarreal. La anestesia en el campo operatorio fué completa, pero la compresión de la aorta era dolorosa. Ligó la arteria y vena femorales, sin haber hecho la isquemia del miembro. Cortó el colgajo anterior y de un solo corte llegó hasta el hueso, sin que la paciente diera señales de dolor, pero al concluir la operación, la enferma se puso densamente pálida, sintió un dolor en el hipogastrio y se le enfriaron las extremidades, desapareciendo el pulso radial, no obstante que la pérdida de sangre había sido insignificante. Por medio de inyecciones subcutáneas, de estricnina, de esparteina y de alcohol, se logró restablecer la circulación. En la operación que duró veinte minutos, sólo al hacerse la sección del nervio ciático, sintió dolores la enferma. En una noche tuvo 38 grados, 120 pulsaciones y 40 respiraciones. Esta elevación de temperatura fué atribuida á la cocaína, no hubo vómitos.

El día siguiente persistió la elevación de temperatura. Consultado el Dr. Juan Hernández que con el Dr. Ignacio Prieto, ayudaron en la operación, atribuyó la hipertermia á la cocaína, diciendo que así suele observarse en el Hospital Militar. Por lo demás, no se advertía en el muñón mal olor. Hoy, la temperatura era 39 grados, y quitado el apósito encontramos una placa gangrenosa del tamaño de la palma

de la mano, edema del gran labio de ese lado y color amoratado del vientre. Se puncionaron las bulas, se hicieron algunas incisiones y se lavó cuidadosamente con agua oxigenada. La paciente no es diabética ni albuminosa. En vista del accidente que se ha presentado, es muy plausible que no se haya hecho la ligadura de la ilíaca primitiva y estudiando todas las circunstancias de la operación, es posible que la cocaína haya influido en el desarrollo de la esfacle. En apoyo de esta presunción vienen los estudios hechos en los laboratorios, inyectando en el raquis soluciones coloridas de cocaína, y los que parecen demostrar que ésta ejerce una acción neuro-paralítica.

El Sr. Urrutia preguntó al operador en qué estado había quedado la arteria circunfleja posterior, después de la operación. El Sr. Hurtado respondió que había hecho la ligadura de todos los ramos.

El Sr. Urrutia prosiguió diciendo que la gangrena del colgajo anterior, es frecuente y se observaba antes de que se usara la cocaína. Sobreviene cuando no se conserva el círculo arterial posterior, único que mantiene la circulación. Si durante la operación se divide la circunfleja y se ligan sus dos cabos, se interrumpe el círculo y queda comprometida la nutrición del colgajo.

El Sr. Hurtado expuso que con la legra había desprendido los músculos pelvitrocanteros, habiendo sido la desarticulación casi subperióstica y que no creía haber herido la circunfleja.

El Sr. Villarreal expuso, que no debía atribuirse á la cocaína un accidente que se explica mejor por otras circunstancias que concurrieron en la operación, tales como la lesión de la circunfleja que puede haber sido inconsciente, el uso del cat-gut para la sutura de los músculos, porque si se reabsorbe queda abierta y en comunicación con una herida muy extensa, una gran superficie muy propicia para la infección. Los síntomas que presentó la operada, y que han sido más bien los del choque traumático, que los de la acción de la cocaína, por último, la compresión de la aorta y del plexus soleo. El Sr. Hurtado ha dicho que inyectó dos centigramos de la cocaína que emplea el orador, éste tiene una solución al 1 por 100 y otra al 3 por 100. Esta última está en estudio, y sólo se emplea en casos muy raros, y sólo ha provocado un

estado sincopal cuando se le ha empleado á la dosis de tres centigramos. De lo expuesto se infiere que no ha sido la cocaína la causa de los accidentes sino más bien el choque traumático y la compresión sobre el soleo.

El Sr. Hurtado replicó que la compresión de la aorta y del soleo tenían inconvenientes, pero que es la práctica admitida y que algunos cirujanos hasta han empleado el torniquete. En cuanto á que se haya tratado de una infección, advierte que el cat-gut que ha empleado es un cat-gut americano que tiene muy experimentado, y que le inspira plena confianza. Si bien la exposición del muñón, en una sala concurrida por varias personas, sí es á propósito para la infección, con tanto más motivo cuanto que la sala queda debajo del anfiteatro, y en tiempo de aguas suelen filtrarse los líquidos que provienen de este. Sin embargo, sería de extrañar una infección localizada y que á los dos días determinase la gangrena, debiendo esta atribuirse á que la mujer era vieja, y en malas condiciones de resistencia para las lesiones circulatorias.

El Sr. Villarreal refirió, que en el caso á que había aludido en la sesión anterior, como puede verse en el acta, operado por el Dr. Fernando López, se trataba de un marino que se presentó en el Hospital, siete meses después de haber sufrido una fractura del fémur, expuesta, muy agotado y teniendo en la articulación coxofemoral, una osteoartritis tuberculosa habiéndose obtenido éxito, no obstante circunstancias tan desventajosas.

El Dr. Urrutia dijo: que en el caso referido por el Sr. Villarreal de fractura complicada con herida, la operación se hizo en la época mejor. El Sr. López la hizo con su habilidad reconocida y que no obstante, tomó sus precauciones para evitar una infección, haciendo la canalización tal como está recomendada.

El Sr. Villarreal dice que fué testigo presencial de esa operación, que había manifestaciones tuberculosas en los huesos además de la fractura, tanto que se hizo la raspa del acetábulo, que se tuvo que repetir algunos días después. El muchacho estaba consumido, pálido con su hueso roto y expuesto al aire.

El Sr. Hurtado sostuvo que las operaciones hechas sobre un tumor son más graves que las secundarias hechas para un traumatismo, y recordó como comprobación el caso brillan-

te del Sr. Licéaga, quien operó con buen éxito y en varios tiempos á un enfermo que llevaba dos años de padecimientos, haciéndole la desarticulación. La historia puede verse con detalles en la memoria presentada por el Sr. Licéaga en el Congreso de Berlín.

El Sr. Chávez manifestó que en vista de los accidentes del cloroformo y de la cocaina recomendaba otro anestésico que raras veces los provoca y que es el éter. Refirió que lo había empleado sin el menor inconveniente en un cardíaco, en un niño que padecía de palpitaciones y en un compañero de 60 años enteramente renuente á los anestésicos. Agregó que sabía de 60 eterizaciones hechas en México sin accidente y que en los Estados Unidos era el anestésico preferido.

El Sr. Hurtado dijo que actualmente en la Sociedad de Cirugía de París se discute la superioridad del éter, y que con las estadísticas de Europa, que comprenden millares de casos, parece que con el éter los accidentes secundarios son más frecuentes y más graves.

El Sr. Villarreal insiste, contra la opinión de los Sres. Urrutia y Hurtado, en que las operaciones tienen mejor éxito cuando el paciente es vigoroso, así lo ha visto en ginecología, que cuando está agotado.

El Sr. Hurtado sostiene su opinión recordando el mal éxito que en los traumatismos tienen las operaciones inmediatas y el buen éxito que suele coronar las tardías, y refiere varios casos de su práctica.

El Sr. Núñez dice haber observado que mientras más alto es el traumatismo, mayor es el choque en los individuos sanos, por lo que siempre que es posible, prefiere la amputación á la desarticulación, aunque los colgajos queden algo defectuosos. La operación inmediata añade el choque quirúrgico al traumático. De ahí el mal éxito de las intervenciones inmediatas. Este es el gran peligro de la desarticulación coxo-femoral, á la cual no ha visto dar resultado si no es en un caso en el que se trataba de un padecimiento huesoso de larga duración. Lo que se refiere á la anestesia es muy importante. El éter también tiene sus peligros, y para probarlo, refirió que en el Hospital Juárez operaba una vez á un joven, moribundo casi, un absceso ilíaco, á la vez que en la misma sala el Sr. Zárraga operaba á un individuo atropellado por un tranvía y que te-

nía machacado el antebrazo. El primero succumbió al estársele aplicando el cloroformo, como el segundo al estársele aplicando el éter. En este último, en la autopsia, además del traumatismo exterior, se encontraron lesiones de las vísceras torácicas. Refirió algunos casos en apoyo del cloroformo, condenó las inyecciones previas de morfina y recordó las precauciones que deben tomarse para eludir los peligros del cloroformo.

Siendo avanzada la hora, se leyeron los turnos de lectura y se levantó la sesión, habiendo quedado con el uso de la palabra el Sr. Villarreal para presentar unas piezas anatómicas.

Concurrieron á la sesión los Sres. Altamirano, Aragón, Chacón A., Chávez, Gayón, González Urueña, Hurtado, Noriega, Núñez, Olvera, Orvañanos, Ramos, Sánchez, Macouzet, Urrutia, Vargas, Villarreal, el socio correspondiente, Dr. R. Ortega y el secretario que suscribe.

EXTRACTO DEL ACTA NUM. 36.

SESION DEL DIA 2 DE JULIO DE 1902.

PRESIDENCIA DEL SR. DR. MANUEL GUTIERREZ.

Lectura del Sr. Dr. Gregorio Mendizábal.—Discusión.

Se abrió la sesión á las 7 y 35 minutos de la noche, dándose cuenta con una comunicación del señor Encargado de Negocios de Uruguay en México, quien solicita sea enviada la «Gaceta Médica,» á la Biblioteca Pública y á la Universidad de su país. El señor Presidente dispuso que se obsequiase desde luego la solicitud del Diplomático uruguayo.

Con una comunicación del socio Sr. Dr. Porfirio Parra, pidiendo se le exima de la comisión que se le confió para escribir la Historia de la Academia Nacional de Medicina, y como la Academia aceptó la renuncia de dicho señor doctor, el señor Presidente designó á los Sres. Dres. Mendizábal y Gayón para desempeñar este trabajo.

La Sociedad astronómica de México, invita á la Corporación para asistir al acto de la entrega de una medalla al Sr. Lic. D. Felipe Rivera, quien ha descubierto una nueva estrella en la constelación de Perseo; pero habiendo llegado el mismo día, en que tuvo lugar dicha

entrega, se ordenó se expresara así á la Sociedad astronómica.

El Sr. Dr. D. Gregorio Mendizábal dió lectura á su trabajo acerca de la etiología y tratamiento de la corea, el cual se declaró comprendido en la fracción I del artículo 74 del Reglamento.

El Sr. Dr. Ramos manifestó que no debía dejarse pasar sin algunas reflexiones el interesante trabajo del Sr. Dr. Mendizábal, que contiene una síntesis muy completa acerca de la etiología del mal de Sydenham, y contiene en su concepto algunas ligeras inexactitudes que él cree necesario rectificar.

En su concepto la palabra neurosis, con la cual se le dió á conocer esta enfermedad cuando hizo sus estudios médicos, no significa otra cosa que un síndrome sin lesión constante. Lo mismo ha sucedido con casi todas las enfermedades del sistema nervioso; así por ejemplo, el tétanos era considerado también como una neurosis; después, fundándose en los estudios de anatomía patológica se le consideró como una miyelitis; y al venir el período microbiano y demostrarse por Behring y Kitasato la toxina que produce en los animales los fenómenos tetánicos, se le ha colocado ya entre los padecimientos infecciosos. Está, sin embargo, demostrado que no siempre es debido á una toxina, pues se han citado ya algunos casos de tétanos que han aparecido casi inmediatamente después de un enfriamiento, lo que deja sospechar que son más bien de origen reflejo. No es bueno, por lo tanto, ser exclusivista, porque una multitud de causas pueden dar lugar al mismo fenómeno, con tal que obren sobre el mismo sitio cerebral. Así, hoy sabemos muy bien que al nivel de la parte posterior de la corona de Reil, reside el sitio de las convulsiones, y basta que una causa cualquiera obre en dicho sitio para que aparezca el signo característico; lo que comprueba que lesiones múltiples pueden producir el mismo síndrome. El síndrome llamado ceguera verbal tiene su sitio al nivel del pliegue curvo. Lo que se llamó parálisis esencial de la infancia es una lesión aguda de los cuernos anteriores de la médula. Es, por lo tanto, más importante en las cuestiones etiológicas, buscar el sitio de los padecimientos, á que pueden dar lugar muchos factores.

Insistiendo acerca de la etiología reumatis-

mal de la corea de Sydenham, el orador es de parecer que en muchísimos casos no se le puede negar este origen, pues basta para ello fijarse en que algunas veces la corea es la primera manifestación del reumatismo; en otros casos, muy numerosos por cierto, puede comprobarse que los coreicos son hijos de reumáticos; y por último, casi siempre los enfermos de este síndrome tienen en sus antecedentes, algunos ataques de reumatismo. Que el salicilato de sosa no haya dado todos los resultados que se esperaban de él en la corea, no tiene nada de raro; porque sólo es un medicamento analgésico del reumatismo y no un medicamento específico.

Realmente en la corea como en muchos otros padecimientos la medicación es casi exclusivamente sintomática, porque vale más hacer algo que nada, como ha dicho el Sr. Dr. Mendizábal.

No conoce el orador los buenos efectos de la eserina á que hace alusión el Sr. Dr. Mendizábal; pero siendo como es un médico honrado y sincero, debe creerse su dicho. Por su parte, ha empleado con muy buenos resultados los arsenicales en sus diversas formas.

Concluyo insistiendo en considerar á la corea en muchísimos casos como una manifestación del reumatismo, de la misma manera que lo es la endocarditis.

El Sr. Dr. Olvera abunda en las mismas ideas del Sr. Dr. Ramos respecto del origen reumatisal de la corea, pues en muchísimos casos este síndrome es sólo una manifestación del reumatismo, como lo es la endocarditis. Pero porque el reumatismo se localice en las articulaciones, esto no quiere decir que dicho padecimiento sea de origen úrico.

Respecto del tratamiento, él ha empleado con éxito el mercurio asociado al yoduro de potasio, porque el primer medicamento es sólo, en su concepto, un magnífico antiséptico, que presta grandes servicios en diferentes padecimientos infecciosos.

Terminó explicando, que si la corea se observa con más frecuencia ó casi exclusivamente en la infancia y la juventud, esto es debido á que siendo esta época de la vida aquella en que se verifica el desarrollo, el sistema nervioso es entonces mucho más susceptible.

El Sr. Dr. Mendizábal dió las gracias á sus consocios los Sres. Ramos y Olvera por las

frases de elogio que han tenido para su trabajo y persona, y se manifestó de acuerdo con las ideas del Sr. Dr. Ramos, en que las causas de la corea tienen que ser múltiples.

El Sr. Dr. Joaquín Vertiz, á quien se concedió la palabra para leer su trabajo reglamentario, manifestó: que atendiendo á la súplica de algunos compañeros, desearía se le permitiese leer dicho trabajo en la próxima sesión, por ser ya hora avanzada; y la Academia acordó de conformidad esta petición.

Se leyeron los turnos de lectura y se levantó la sesión, habiendo asistido los Sres. Altamirano, Aragón, Chávez, Hurtado, Icaza, González Urueña, Gutiérrez, Macouzet, Mendizábal, Olvera, Ramos, Suárez Gamboa, Urrutia, Villarreal, el socio correspondiente Ricardo Ortega y el suscrito secretario.

J. P. GAYÓN.

SECCION DE CIRUGIA.

Dictamen que presenta la comisión nombrada por la Academia de Medicina, para juzgar el trabajo que se presentó al Concurso de Cirujía de 1900, cuyo tema era: Ileus, su diagnóstico y tratamiento.

Señores:

Honrado con el cargo de relator, vengo á dar lectura al dictámen que formó la comisión nombrada por Vdes. sobre un trabajo titulado: «Ileus,» diagnóstico y tratamiento por el cual su autor opta al premio del concurso anual que abrió esta H. Academia.

Mucho agradece la Comisión que se le haya concedido una prórroga, y al mismo tiempo se excusa de no haber cumplido en el plazo fijado, en atención á trastornos de salud que sufrió su Presidente el Sr. Dr. Chacón y á que el Sr. Dr. Toussaint tuvo grandes cuidados de familia que por unos días trastornaron sus numerosas ocupaciones.

Antes de iniciar la crítica del trabajo sometido á juicio, cree conveniente la comisión manifestar cuáles son las exigencias, que en su concepto, debe llenar un trabajo para corresponder á la intención que indica el tema propuesto.

La oclusión intestinal figura en lugar bastante prominente entre aquellas enfermedades cuyo estudio se ha transformado más por las nuevas teorías y por los manuales de asepsia

y antisepsia. Hace poco tiempo aún, los médicos se afanaban ensayando recursos más ó menos científicos que pudieran salvar á los pacientes de las terribles consecuencias de la oclusión. Los cirujanos, por su parte, comprendían la utilidad de abrir el vientre y algunos avanzaron un tanto en ese camino, pero la mortalidad de la época pre-antiséptica detenía cualquier impulso en las intervenciones abdominales.

Bajo el amparo de la antisepsia que tantos y tan vastos horizontes abrió, la cirugía cree que el tratamiento de la oclusión ha entrado en sus dominios y se lanza á practicar intervenciones cuya escala se inicia con la antigua y modesta operación del ano artificial, para terminar con las modernas y atrevidas resecciones y anastomosis intestinales. Pero á pesar de la antisepsia, aun hay mortalidad crecida y es este el momento en que se juzgan inútiles los recursos quirúrgicos, y más aún, se les hace el reproche de que apresuran el fin fatal de los enfermos; entonces se inicia la discusión entre el tratamiento médico y el quirúrgico. Seguramente que la Academia hubiera escuchado con gusto un estudio sobre esta cuestión en el que se dieran, de una manera fundada las indicaciones de uno y otro tratamiento.

Analizando las estadísticas de mortalidad del tratamiento quirúrgico de la oclusión, se encuentran, al lado de algunos casos de técnica incorrecta, otros muchos en que los fracasos han dependido de que no se trataba ya solamente de la oclusión, sino de alguna otra complicación ó consecuencia de esta enfermedad. Unas veces ha sido la peritonitis generalizada, otras la vasta gangrena intestinal, otras la infección general avanzada, la causa de que el tratamiento quirúrgico haya sido ineficaz. La consideración de estos hechos revela que se impuso tardíamente el tratamiento, sea porque el diagnóstico no se estableció pronto, sea porque se contemporizó demasiado por no conocer el momento preciso en que el cirujano debe intervenir. Hay, pues, cuestiones importantísimas para la clínica en el estudio de la oclusión intestinal, que aun no están resueltas y para las cuales se necesitan una serie de discusiones fundadas en observaciones cuidadosamente recogidas en las que se estudien con minuciosidad los hechos, se estu-

Gaceta Médica de México

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

TOMO II.

MÉXICO, 15 DE OCTUBRE DE 1902.

2ª SERIE.—NUM. 20

ACADEMIA N. DE MEDICINA

EXTRACTO DEL ACTA NÚM. 41.

SESIÓN EXTRAORDINARIA
DEL DÍA 20 DE AGOSTO DE 1902.

PRESIDENCIA DEL SR. DR. D. DOMINGO ORVAÑANOS

Informe del Dr. González Urueña acerca de un enfermo del Dr. Hurtado, y discusión.

El Sr. Dr. Orvañanos interpelló al Sr. Dr. González Urueña sobre el juicio que habían formado respecto del enfermo que existe en el hospital San Andrés, y que por indicación del Sr. Dr. Hurtado se le recomendó que estudiase en compañía del Dr. Urrutia.

Pachimeningitis cerebral. — El Dr. González Urueña. «Aun cuando no me he puesto de acuerdo con mi compañero el Sr. Dr. Urrutia, puedo indicar desde luego cuál es el concepto que tengo de los males de que adolece.

En mi concepto se trata de una pachimeningitis hemorrágica que ha llegado hasta el hematoma. Las circunstancias de ser el enfermo aún joven, los antecedentes indudables de un traumatismo de importancia en la cabeza, y la marcha, sobre todo, que ha seguido el padecimiento creo que apoyan mi parecer. Este enfermo tuvo un período de excitación cerebral tan intenso que hizo necesaria su internación en el hospital San Hipólito; más tarde se ha presentado el segundo período de depresión, que está caracterizado por el coma en que suele permanecer hasta treinta y seis horas, habiendo después una etapa de tregua, durante la cual pueden observarse diversos síntomas que atestiguan la existencia de un foco.

Estos son: la parálisis del brazo derecho, la paresia del miembro abdominal del mismo lado, y la afasia que en este caso es debida á una interrupción de los conductores cerebrales.

Es cierto también que hay algunos hechos al parecer contradictorios, como es el que se refiere á las convulsiones que comienzan en lado sano; pero esto es debido quizás á la ley de los reflejos que todos conocemos, de que estos síntomas empiezan en el lado homólogo cuando hay aquinesia.

Todos estos síntomas conducen á creer que la lesión tiene que encontrarse al nivel de la corteza cerebral, es decir, en las circunvoluciones, ó bien en los hacecillos cerebrales que parten de allí y caminan más ó menos estrechamente unidos hasta los ganglios grises centrales, y aun más allá hasta los pedúnculos. Hay que confesar, sin embargo, que una localización más precisa es verdaderamente difícil de hacerse, pero sí nadie discutirá que es preciso desechar la idea de una localización protuberencial, por estar indemnes los nervios craneanos.

Respecto de la afasia hay que desechar aquella que proviene de una falta del pensamiento, así como la amnesia, pues en el caso presente sólo se encuentra que está inhábil la vía que hace funcionar los órganos de la fonación.

Como según el dictamen del Sr. Dr. Agustín Chacón, hay una atrofia blanca de los nervios ópticos, probablemente la lesión se ha extendido á la región occipital hasta llegar al centro de la percepción visual.

Es partidario de una intervención inmediata, porque si bien es cierto que no volverá todo al orden por existir ya una contractura que atestigua una degeneración del haz piramidal, sí es inconcuso que abandonado el enfermo moriría muy pronto, y con la intervención puede mejorar notablemente.

El Sr. Dr. Orvañanos hace notar al Dr. González Uruña que según puede verse en un trabajo del Sr. Dr. Ramos acerca de las nevrítis, este padecimiento no indica siempre una lesión en foco, sino que por el contrario, muchas veces es la manifestación de un padecimiento difuso, y esta consideración lo hace discrepar de la opinión emitida sobre que la paquimeningitis se hubiese extendido hasta la región occipital.

Rectificó también algunos de los datos suministrados por el Dr. Alfaro, quien dice que tiene la seguridad de que este enfermo cuando ingresó al hospital San Hipólito no padecía de enajenación mental, sólo presentaba la parálisis del brazo, la paresia del miembro abdominal y la afasia que duró poco tiempo, pues más tarde recobró la palabra; por lo que debe suponerse que en aquella vez fué un síntoma indirecto y ahora ya lo es de un foco, por ser una afasia motriz completa.

Según el citado Dr. Alfaro este enfermo veía también y sus facultades auditivas eran perfectas, mientras que en la actualidad no hay duda alguna de que la percepción de los sonidos está disminuida como un tercio en el oído derecho.

Terminó manifestando, que es también de opinión de que debe intervenir quirúrgicamente, esperando que el resultado no sea tan completo como lo ha indicado ya el Dr. González Uruña.

El Sr. Dr. Hurtado dió las gracias á los Sres. Orvañanos y González por el estudio que han hecho del enfermo, y que además de prestarle grande ayuda en el estudio de la localización del padecimiento, vienen á alentarle en la intervención que se propone hacer próximamente.

El diagnóstico del Sr. Dr. González Uruña lo seduce y lo hace suyo en todas sus partes; y con tanta más razón cuanto que puede presentar desde luego una pieza anatómo-patológica de un enfermo del Dr. León Martínez, quien sucumbió hace un año á consecuencia de una paquimeningitis hemorrágica sumamente extensa, pues como puede verse, en dicha pieza casi fué destruido el hemisferio cerebral herido. Los fenómenos que se presentaron fueron tan intensos y agudos que el enfermo no llegó á salir del coma y murió á los tres días de haber sufrido el traumatismo que originó

la paquimeningitis. No puede indicar cuáles sean las lesiones que se presentaron en la substancia misma del cerebro, pero ha suplido ya al Dr. Toussaint que haga un estudio acerca de este particular.

Respecto de los datos recogidos por el Sr. Dr. Alfaro los pone en tela de juicio, pues dicho señor no recuerda nada con precisión ni conserva apuntes que justifiquen sus observaciones. Hay actualmente otros signos importantes que deben agregarse á la historia del enfermo, como son la marcha y la facilidad con que estallan los ataques de epilepsia Jacksoniana, que en ciertas ocasiones se generaliza. Desea que al publicarse esta observación se ilustre con las fotografías del enfermo, que entrega á la Secretaría con este objeto.

Hay otro asunto muy discutible, y es el que se relaciona con la manera como debe operarse, pues en su concepto es más racional seguir las ideas de la Escuela de Amsterdám y hacer una amplia craneotomía, y no seguir el ejemplo de los cirujanos de Lyon, los cuales muy temerosos practican un trépano muy pequeño, no siguen adelante en la investigación del foco, y en la autopsia se confirma por completo el diagnóstico que se había hecho antes de la intervención.

Terminó excitando al Sr. Dr. Chávez para que diese su parecer acerca de la atrofia blanca papilar que se observa en este enfermo.

El Dr. Chávez dijo: que en muchas ocasiones ha insistido ya en el seno de esta Corporación sobre lo conveniente que es hacer una craneotomía siempre que se presenta la nevrítis; pero que el temor exagerado de los enfermos ha impedido llevarla á cabo.

Siendo hora avanzada se levantó la sesión á las 9 y 15 de la noche, habiendo asistido los Sres. Dres. Altamirano, Chávez, Chacón A. Hurtado, González Uruña, Mendizábal, Ruiz, Sánchez, Soriano, Suárez Gamboa, Troconis, Vértiz, Urrutia y el segundo Secretario que suscribe.

J. P. GAYÓN.

ASUNTOS CIENTIFICOS

QUE SE TRATARON EN LA

SESION DEL DIA 8 DE OCTUBRE DE 1902.

Gastroenterostomía por cáncer del estómago.—Presentación del enfermo.—Apreciaciones acerca de él por el Dr. T. Núñez. Extirpación de los ganglios cervicales del simpático (simpactectomía), para el tratamiento de la epilepsia.—Presentación de la pieza anatómica.

El Sr. Dr. M. Toussaint dió lectura al escrito siguiente:

La gastro-entorostomía en el cáncer del estómago.—Me permito hacer una breve comunicación acerca de este interesante asunto, con motivo de un enfermo al que tuve oportunidad de practicar dicha operación con resultados favorables, y el cual enfermo tengo la satisfacción de presentar á mis honorables consocios.

Se trata de un hombre de 61 años de edad, casado, jornalero. No da antecedentes hereditarios. Fué sano hasta la edad de 20 años. En esa época recibió varios golpes en la región lumbar con motivo de un robo que sufrió. Quince días después empezó á sentir dolor en el hueco epigástrico con irradiaciones hacia el lugar del golpe. En el trascurso del tiempo el dolor, que se manifestaba con intermitencias, fué aumentando de intensidad, notando el enfermo que se exageraba con la ingestión de los alimentos. A ese síntoma vinieron á agregarse otros: en primer lugar, vómitos de un líquido que el paciente llama agua salada; pérdida de apetito y estreñimiento tenaz. Más tarde los vómitos espontáneos disminuyeron, y aun llegaron á desaparecer, teniendo entonces el enfermo, después de la ingestión de los alimentos, además del dolor, una sensación de *embarazamiento*, según su dicho, tan penoso, que le obligaba á introducirse los dedos en la garganta para provocarse el vómito. Esta maniobra practicada con cierta brusquedad, dió por resultado que el enfermo arrojara algunas veces pequeñas cantidades de sangre. Esta sangre, según el dicho del paciente, fué estimada por el médico que lo atendía como procedente de la faringe. Asegura el enfermo no haber tenido nunca ni vómitos espontáneos de sangre, ni evacuaciones negras. Ultimamente, poco antes de ingresar al Hospital de Jesús donde se encuentra en la actualidad, el estreñimiento aumentó de un modo tan extraordinario, que

sólo evacuaba con ayuda de purgantes ó lavativas, y el dolor se hizo en ciertos momentos intolerable, habiendo observado el paciente que alguna vez se le mitigaba tomando la posición genu-pectoral. Esta enfermedad no le ha ocasionado nunca calentura.

Examen directo.—Hombre de fuerte constitución, bastante enflaquecido, el color de la piel es pálido, algo sucio pero no amarillo paja; presenta en la parte inferior del abdomen una saliente que contrasta con la depresión de la región epigástrica. Examinando esta saliente con luz oblícua y poco tiempo después de haber tomado el enfermo escaso alimento, se puede notar que tiene forma especial, estando circunscrita por dos curvas de concavidad superior, una alta y pequeña, y otra baja y extensa. Los puntos extremos en que tienden á tocarse ambas curvas se ocultan respectivamente debajo de los rebordes costales. El mismo examen de visu permite observar que en dicha saliente hay movimientos de apariencia peristáltica, que van de izquierda á derecha. Haciendo ingerir al enfermo corta cantidad de ácido tártrico y después bicarbonato de sosa, la saliente mencionada se hace más aparente y las contracciones peristálticas más notables. La línea curva superior pasa como á dos centímetros abajo del ombligo; la inferior como á cuatro centímetros arriba de la sínfisis del pubis. Por la palpación no se encuentra dureza alguna ni en el hueco epigástrico, ni debajo del borde costal; sólo se siente el hígado que descende como á cuatro centímetros abajo de dicho borde. La presión origina dolor intenso tanto en el epigastrio como en la parte media del hipogastrio y cerca del ombligo, originando contracción enérgica de los músculos de la pared abdominal. La percusión dá sonido timpánico en toda la saliente hipogástrica, que se distingue por su tono del resto de la sonoridad abdominal.

Después de un alimento de prueba, se examinó el contenido del estómago, no encontrándose en él reacciones de ácido clorhídrico libre, y sí de ácido láctico. En la orina no hay albúmina ni azúcar. No hay reacción febril.

Este enfermo asilado en el servicio de medicina del Sr. D. D. Manuel Carmona y Valle, me fué presentado en consulta por mi amigo el Sr. Dr. D. Manuel Zubieta, quien tiene á su

cargo actualmente dicho servicio por enfermedad de aquel estimado profesor.

Teniendo en cuenta los datos principales de la historia clínica del caso, nos pareció que se trataba de un carcinoma del píloro, coexistiendo con una gastroptosis, y como el enfermo se encontraba en una situación desesperada, tanto por los dolores, como por la falta de nutrición, que iba en aumento, nos pareció que debía hacerse la laparotomía, ya con el objeto de extirpar el tumor, si era posible, ya con el de practicar la gastroenterostomía.

Con la anuencia del enfermo y la bondadosa aprobación del Sr. Dr. Carmona y Valle, procedí á dicha operación el día 5 de septiembre del presente año, con la ayuda de los señores Dres. Francisco Bulman, Zubieta y Margáin, y con los buenos auxilios de los Sres. León y Escobar.

Después de cloroformado el enfermo y con los preparativos tan minuciosos como tiene costumbre de hacerlos en el hospital Jesús el Dr. Margáin, se incidió la pared abdominal sobre la línea media en una extensión de 10 centímetros, partiendo del borde del hígado hacia abajo. Abierta la cavidad del abdomen, se exploró la región metódicamente, encontrándose lo siguiente: el píloro está fijo debajo del hígado, no siendo posible desalojarlo ni aproximarlo á la herida; á la izquierda de él y arriba de la pequeña curvatura, hay porciones endurecidas y mal limitadas. La porción pilórica y la parte inmediata de la gran curvatura, con dificultad se acercan al ángulo inferior de la herida. Ni la pared anterior del píloro, ni la porción pilórica tienen neoplasia alguna, pero al través de ellas se siente la parte posterior endurecida y fija como antes fué dicho, ocul-tándose debajo del hígado.

Prolongada la incisión cuatro centímetros hacia abajo, se nota que la poca movilidad de la gran curvatura es debida á adherencia del epiplón, que se encuentra tendido en dirección de la pélvis. Con la incisión más amplia se reconoce sobre la cara anterior del estómago una placa irregularmente circular, como de siete centímetros de diámetro, rosada, dura, y con vascularizaciones, dando el aspecto que se observa en la cara peritoneal del órgano cuando existe un neoplasma canceroso en el punto correspondiente de su cavidad, además, en las porciones inmediatas á la gran curvatura hay

masas de aspecto claramente carcinomatoso.

En vista de tales circunstancias, y estando contraindicada la extirpación, rechacé hacia la izquierda el borde derecho del epiplón, busqué el pliegue duodeno-jejunal y á unos 40 centímetros adelante de este pliegue, tomé una asa del intestino para insertarla en la parte más baja de la cara anterior del estómago, lejos de la placa neoplásica, y lo más á la izquierda posible.

La unión fué hecha por medio de surgete de seda, después de haber puesto en correspondencia de peristalsis ambos órganos. La sutura se practicó conforme á la técnica que usa el profesor Carle de Turin. La oclusión del intestino se verificó con pinzas de Mourphy y la del estómago por medio de pinzas largas semejantes á las de Doyen.

El enfermo no tuvo ni un solo día calentura, pues la temperatura más alta fué de 36, 8. Se le dió leche al cuarto día de la operación. La herida reunió por primera intención.

Los resultados obtenidos hasta la fecha, un mes y tres días, son: 1º, la disminución considerable del dolor, que casi ha desaparecido. 2º, la posibilidad de alimentarse aunque con moderación y 3º, la disminución del estreñimiento.

En seguida manifestó: Que en lo que se refiere á los tumores cancerosos del estómago, hay unos que están poco desarrollados y que por lo tanto, pasan desapercibidos y no son operados; y otros por lo contrario, han crecido tanto que han invadido la mayor parte del órgano, como sucedió en el enfermo que presenta.

A pesar de estas malas condiciones la gastroenterostomía beneficia mucho á esta clase de pacientes; pues todos los síntomas mejoran notablemente; los dolores disminuyen, la nutrición prospera y la vida se prolonga.

Respecto de la técnica en este caso particular ha tenido que hacer la gastroenterostomía anterior y no la posterior, que es la más recomendada, porque el estómago estaba fijo por adherencias y desalojado hacia abajo.

El Dr. T. Núñez que examinó al enfermo en compañía del Dr. E. García, informó: No se encuentran antecedentes hereditarios en dicho enfermo, y sí los del alcoholismo perfectamente acentuados. No está demacrado ni caquético; refiere que han disminuido casi por

completo sus dolores; y presenta una cicatriz lineal bien formada, como de doce centímetros de extensión en la región epigástrica yendo á terminar en el ombligo.

Por la palpación y percusión no encontró ningún signo que atestiguase la existencia del padecimiento; y sólo se encuentran bien infartados los ganglios abdominales del lado izquierdo. El orador cree, como el enfermo, que su estado ha mejorado notablemente y que por lo mismo se le prolongará la vida.

Simpatectomía.—Dr. F. Hurtado.—Presentó una pieza anatomopatológica que consiste en dos pequeños ganglios cervicales. Según dicho señor doctor, la enferma á quien pertenecen es una epiléptica, linfática, y fué operada por él haciendo la extirpación de los ganglios cervicales superiores: la herida cicatrizó fácilmente, los ataques han disminuido, y su estado intelectual mejora notablemente.

Habló de otro enfermo de la sala del Dr. Casro, en el hospital San Andrés: Hombre de 48 años, jornalero. Hace quince años, regresando á Querétaro, por la tarde, á las 6, tuvo una hemorragia cerebral con hemiplegia derecha y afasia; fué tratado enérgicamente, por su médico, con el calomel, drásticos, etc. A los 6 meses disminuyó la hemiplegia, recobró en parte el habla; tenía temblor, espasmos del bucinador y del macetero; los núcleos del facial estaban afectados.

Hace un año perdió la vista, primero en el ojo izquierdo y luego en el derecho.

El Dr. Hurtado le encontró debilidad del lado derecho, ni la sensibilidad ni el sentido del espacio estaban perturbados. Había espasmo facial izquierdo. En los ojos había neuritis óptica con atrofia papilar, diagnosticadas por el Dr. Montaña, quien declaró incurable la lesión ocular.

Había comprensión cerebral, aumento de presión y exceso de líquido céfalo-raquídeo.

Consultada la opinión del Dr. Chávez, éste señor se declaró partidario de la trepanación, como la aconseja Parinaud.

Operación el 26 de septiembre: craniectomía en la región temporo-occipital. Quitada la rodela huesosa, se hizo manifiesta la compresión cerebral; apareció la dura madre tensa. (El Dr. Hurtado suspendió su exposición ofreciendo

para la próxima vez, presentar el caso por escrito.) La Academia entró en sesión secreta por cuyo motivo se suspendió la pública. Abierta de nuevo, se leyeron los turnos de lectura y se cerró la sesión á las 9 y 15 de la noche.

Asistieron los Sres. Dres. Aragón, Chacón A., García E., González Uruña, Gutiérrez M., Hurtado, López Hermosa, Lugo, Mendizábal, Núñez, Olvera, Orvañanos, Ramírez de Arellano Nicolás, Ramos, Ruiz. Soriano, Toussaint, Villada y el suscrito secretario

J. P. GAYÓN.

CIRUGIA OCULAR.

TRABAJO REGLAMENTARIO LEIDO EN LA SESION DEL DIA 5 DE MARZO DE 1902.

Diagnóstico diferencial entre el flemón del globo del ojo (pa noftalmítis) y el flemón de la órbita, su diverso pronóstico y tratamiento.—La enucleación del globo ocular no debe ser practicada sino en casos excepcionales, en general debe ser reemplazada la enucleación por la exenteración.

Señores:

Con frecuencia se presentan en el hospital Juárez, casos de panoftalmítis consecutivos ó lesiones traumáticas del globo ocular y á pesar de que son raros los flemones de la órbita. también se presentan de tiempo en tiempo en dicho hospital.

La gravedad que presentan sobre todo estos últimos y la influencia capital que tiene un tratamiento bien dirigido para salvar no ya el órgano sino la vida del paciente, me han hecho escoger como asunto de mi trabajo reglamentario, el estudio de estas afecciones oculares, estudiándolas bajo el punto de vista de su diagnóstico, su pronóstico y su tratamiento.

Quiero, desde ahora, llamar la atención de los Señores Académicos sobre la cuestión del tratamiento, pues deseo que este sea el punto objetivo de mi trabajo, por la importancia tan capital que tiene la conducta que sigue el cirujano para salvar ó dejar morir á su enfermo.

Deseando que este trabajo sea esencialmente práctico, todo lo que en él exponga, estará fundado en una observación cuidadosa de los casos que he tenido que tratar y que he visto



DR. MANUEL CARMONA Y VALLE,
Socio honorario de la Academia N. de Medicina de México.
† el 23 de Octubre de 1902.

Gaceta **M**édica de **M**éxico

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

TOMO II.

MÉXICO, 1º DE NOVIEMBRE DE 1902.

2ª SERIE.—NUM. 21

EL JUEVES 23 DE OCTUBRE DE 1902

A LAS 10 DE LA MAÑANA

FALLECIÓ EN ESTA CAPITAL

El Señor Doctor

D. Manuel Carmona y Valle

SOCIO HONORARIO

DE LA

Academia Nacional de Medicina.

D. E. P.

EL SR. DR. D. MANUEL CARMONA Y VALLE.

Hállase vacío en el salón de la Academia N. de Medicina un asiento, que durante treinta y ocho años, fué ocupado por uno de los médicos más distinguidos de nuestra facultad; por un obrero de la Ciencia, que al morir ha legado á su patria y á las generaciones venideras un nombre que siempre será pronunciado con respeto, porque respeto merecerá siempre el que trabaja con desinterés, y sólo espera por premio un descubrimiento, la conquista de una verdad, la confirmación de un hecho, el cumplimiento del deber.

D. MANUEL CARMONA Y VALLE que desde 1854 inscribió su nombre en el registro de los médicos de la Facultad, se había distinguido como estudiante por su constante anhelo en adquirir las nociones que más tarde debían servirle de base á sus ulteriores estudios; poco después de recibido, hizo su primer viaje á Europa, donde, en unión del inolvidable Dr. Angel Iglesias siguió los cursos notables en aquella época, de Desmarres y Sichel, y después volvió á su patria trayendo un caudal en el nascente estudio de la Oftalmología.

Mi inolvidable maestro el Sr. Dr. D. José María Vértiz, y el hábil cirujano Dr. D. Luis Muñoz fueron los primeros médicos mexicanos (que yo recuerde) que se dieron á conocer como oculistas, Carmona ó Iglesias á su vuelta de Europa trajeron el uso del oftalmoscopio que tantos y tantos servicios presta hasta el día en el examen del interior del ojo.

En 1864, en que la Sección Médica de la Comisión Científica del Valle de México se

constituyó en Academia de Medicina, D. Manuel Carmona y Valle fué uno de sus socios fundadores el 14 de Abril, y entonces comenzó sus trabajos académicos, de cuya importancia puede juzgarse leyendo los títulos de la Bibliografía que damos al fin.

El Dr. Carmona como profesor de fisiología, y más tarde como maestro de clínica interna, supo mantenerse á la altura de un médico ilustrado y erudito; y sus vastos conocimientos en esas materias estaban ajustados al día.

En la Beneficencia, en la política, como Director de la Escuela N. de Medicina, como Director del Instituto Patológico &c., no nos toca juzgarlo, supuesto que sólo debemos concretarnos á los servicios que prestó á la Ciencia como miembro de la Academia. Como secretario y presidente de ella, y en las demás comisiones que se le confiaron, procuró siempre por su adelanto y progreso, premiándole en los últimos años de su vida con el envidiable título de honorario.

Uno á uno la Academia anota en el registro de sus socios muertos á los fundadores de esta Institución, y después seguirán otros y otros, pero quiera el buen nombre de nuestra Patria y de nuestra Escuela hacer que los que ocupen los lugares de sus antecesores, sean dignos como aquéllos, trabajadores como aquéllos, y como aquéllos bajen al sepulcro con las bendiciones y el sentimiento de los que orgullosos heredan su nombre.

BIBLIOGRAFIA DE LOS ESCRITOS DEL DR. CARMONA

QUE HIZO COMO SOCIO DE LA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

PUBLICADOS EN LA "GACETA MEDICA DE MEXICO."

	Págs.		Págs.
Implantación de un pelo en la córnea, tomo 1	98	á diversas distancias, tomo 6	175
¿El tifo y la fiebre tifoidea son dos enfermedades distintas ó son formas del mismo mal? tomo 1	217	Palpación torácica, tomo 13	613
Quiste del ovario abierto en la vejiga, tomo 1	474	Algunas observaciones sobre los abscesos de hígado. Caracteres distintivos del pus hepático. Frecuencia con que la fluctuación se presenta en los espacios inter-costales. Ventajas de hacer la punción á la mayor brevedad posible, tomo 15	121
Quiste multilocular del ovario izquierdo, tomo 1	475	Estudio etiológico de la fiebre amarilla, tomo 16	385
Influencia de la médula espinal sobre la repartición del calor animal, tomo 3	40	Dictamen sobre las Memorias relativas á «Tifo» presentadas á concurso [asociado á los Dres. R. Lucio, A. Andrade, I. Velasco y D. Mejía], tomo 16	409
Paraplegias curadas por la morfina usada por el método endérmico, tomo 3	104	Discurso sobre la fiebre amarilla pronunciado en la sesión de 29 de Marzo de 1882.—Apéndice anexo á la página 232, foja 1, tomo 17	233
Dictamen sobre un caso de operación cesárea <i>post mortem</i> practicada en el Hospital de San Pablo [asociado al Sr. Dr. Lino Ramírez] tomo 3	84	Dictamen sobre la Memoria relativa á «Tifo» presentada á concurso [asociado á los Dres. R. Lucio, A. Andrade, I. Velasco y D. Mejía], tomo 18	201
Auto-ophthalmoscopia, tomo 3	147	Discurso pronunciado en la Sesión solemne de la Academia de Medicina el 19 de Octubre de 1883, como Presidente de la Corporación, tomo 18	401
Método sencillo para determinar el número del vidrio bi-cóncavo ó bi-convexo que necesita un miope ó un présbita, tomo 3	178	Segunda Memoria sobre la fiebre amarilla leída en la Academia de Medicina de México, tomo 19.—3, 25,	49
Primer discurso á propósito de la vacuna animal, tomo 3	261	Dictamen sobre el trabajo del Dr. Altamirano relativo á la <i>Erytrina coralloides</i> .—[Asociado á los Dres. Domínguez, Barragán y Sr. Lasso de la Vega], tomo 23	393
Memoria en defensa de la vacuna animal, tomo 3	349	Contribución al estudio de los estrechamientos tricúspides, tomo 27	388
Conclusión de la Memoria anterior, tomo 4	1	Periquerato-conjuntivitis exuberante, tomo 29	217
Infarto pulmonar, tomo 4	40		
Hernia ciática del lado izquierdo, tomo 4	115		
Tifitis estercoral, curada con las inhalaciones de cloroformo y con el valerianato de amoníaco, tomo 4	395		
Fiebre traumática, tomo 5	63		
Discurso pronunciado en la solemne distribución de premios á los alumnos de las Escuelas Nacionales el día 5 de Febrero de 1871, tomo 6	85		
Mecanismo de la acomodación del ojo			

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

ASUNTOS CIENTIFICOS

TRATADOS EN LA

SESION DEL DIA 15 DE OCTUBRE DE 1902.

Presentación de dos enfermos, operado el primero de simpactomia y el segundo de creneotomia.

El Dr. Hurtado presentó al joven José Barquera, de 15 años de edad y de oficio albañil. No tiene antecedentes hereditarios; nació á término y sus padres gozan de buena salud. El padre es moderadamente alcohólico.

El día 13 de septiembre sufrió el primer ataque de epilepsia, y desde entonces le repiten dos ó tres veces al día, retardándose una que otra vez sólo por dos ó tres días.

Muy interesado en curarlo para evitarle una caída mortal, á que está muy expuesto por su oficio, y también por no haber estado antes sujeto á la acción de los bromuros, procedió á operarlo hace tres meses haciendo la extirpación bilateral de los ganglios cervicales del simpático.

El muchacho es de inteligencia muy mediana; su facies es tranquila; no hay asimetría en su cráneo que pertenece al tipo dolicocefalo; y no presenta ningún síntoma parético, ni es un degenerado cerebral. Sus ataques se presentan acompañados de un aura, pero no fueron precedidos del pequeño mal, como es la regla. El diagnóstico de epilepsia gran mal se imponía.

Según Monakow la epilepsia tiene siempre por causa, diversas lesiones cerebrales, desde un pequeño foco de reblandecimiento con ó sin degeneración en los cuernos de Amon; ó bien placas meningíticas circunscritas; focos de esclerosis &c., y esto lo ha podido comprobar en unos 5,000 epilépticos. Estos hechos están de acuerdo con lo que ha podido observar el Sr. Dr. Hurtado, á cuyo efecto recordó la historia de otra enferma á quien operó de creneotomía y en quien encontró la dura madre engrosada y placas de meningitis en la región psicomotriz, lesiones que demuestran ataques anteriores de encefalo-meningitis.

El enfermo que ahora presenta ha mejorado notablemente después de la operación: los ata-

ques son menos frecuentes, más ligeros, y aun su inteligencia parece mejorarse.

El otro enfermo operado de craneotomía, y cuya historia consta ya en las actas de la Academia, no ha tenido ataques después de la operación, su estado intelectual se encuentra actualmente en el de niñería, y sus manifestaciones son de carácter espasmódico.

Se nombró en comisión á los señores doctores Mendizábal y González Urueña para examinar á estos enfermos, y después de cumplir su cometido rindieron los siguientes informes.

El Sr. Dr. Mendizábal dijo:

Que el enfermo tenía accesos epilépticos de un año atrás y del gran mal. Es un individuo de raza indígena, linfático, mal nutrido. La resección de los ganglios cervicales se practicó en ambos lados. La incisión que partía abajo del apófisis mastoide, se extendía hacia abajo, en una longitud de 12 ó 14 centímetros. La dilatación pupilar poco duró. Estudios modernos hacen ver que la epilepsia puede depender de lesiones ganglionares del simpático. El resultado quirúrgico en el enfermo presentado por el Dr. Hurtado, es bueno; su influencia sobre el mal que trata de remediar, está aun por verse.

El Dr. González Urueña informó sobre el otro enfermo. Hizo recordar que la Academia lo conocía ya. La cicatriz, lineal, curva como de 20 centímetros está en la mitad izquierda de la cabeza, al nivel del parietal. No hay deformación. De distancia en distancia se sienten pérdidas producidas por las coronas de trépano. El resultado quirúrgico de la craneotomía, fué completamente satisfactorio. Desgraciadamente, desde el punto de vista curativo, el éxito no ha sido satisfactorio; aunque á decir verdad, los accesos han disminuido. La excitabilidad es menor; pues antes bastaba, para provocar el ataque, ejercer compresiones ó excitar de algun modo, como cuando se buscaban los reflejos.

La hemiplegia era irreparable, puesto que había contractura [mano en garra], lo que indicaba degeneración del haz piramidal. Se encontraron las lesiones que se habían supuesto.

El Dr. Hurtado tiene particular empeño en averiguar la influencia de la intervención, sobre las lesiones oculares y la degeneración del nervio óptico. Cree estas grandes intervenciones justificadas. En su enfermo se puede pro-

vocar un estado semi-cataléptico del lado izquierdo que empieza á producirse por el miembro inferior. Después hay una trepidación que empezando por el pie, llega hasta la cara.

No obstante que en estos últimos diez años mucho ha adelantado el conocimiento de las localizaciones cerebrales, está aún muy lejos de determinarse bien las zonas, centros de percepción visual, auditiva, &c., y de la zona cortical psicomotriz. El síndrome, hemiplegia, puede prestarse á diferentes interpretaciones. La médula es un centro nervioso que posee funciones inhibitorias.

Se sabe que en los epilépticos existe una piarmitis bien determinada.

ASUNTOS CIENTIFICOS

TRATADOS EN LA

SESION DEL DIA 22 DE OCTUBRE DE 1902.

Presentación de un enfermo operado de simpatectomía. — Anatomía patológica de la epilepsia.

El Sr. Dr. Hurtado manifestó que el enfermo que iba á presentar era un joven telegrafista que hacia dos años venía sufriendo del gran mal epiléptico, teniendo entre sus ataques el pequeño mal caracterizado por ausencias. Este enfermo que es de costumbres morigeradas no tiene antecedentes patológicos; pero uno de sus hermanos ha padecido de la misma enfermedad con ataques tan fuertes, que en uno de ellos se fracturó un brazo. Ha estado tomando largo tiempo el bromuro de potasio á dosis altas, y aun hasta la fecha lo toma, lo cual le ha ocasionado la acnea respectiva.

El día 14 ó 15 de agosto próximo pasado operó á este joven haciendo la extirpación bilateral de los ganglios del simpático cervical lo más amplia posible, pero se abstuvo de extirpar el ganglio inferior por temor de herir la pleura, y que sobrevinieran hemorragias difíciles de cohibir. Al operar el lado derecho varió su técnica, recordando lo que en alguna ocasión había expuesto el Sr. Dr. Urrutia acerca de las condiciones anatómicas de esta región; pero después de hechas las incisiones no continuó en esta vía por haberse encontrado los ramos del plexus cervical, y entonces procedió á hacer su

operación por la parte posterior como ha sido su costumbre. El resultado fué una cicatrización casi por primer intento, y el enfermo no ha vuelto á tener ningún ataque ni aun los vértigos ó forma larvada de la epilepsia.

El estudio histológico de los ganglios extirpados se está haciendo, pero esto demanda tiempo. Chipault y Joannesco no han demostrado nada en dicho estudio; tal vez Cajal con sus nuevas investigaciones con el azul de metileno llegue á demostrar las lesiones respectivas.

En seguida entró en largas consideraciones para hacer un paralelo entre la simpatectomía y la craneotomía en el tratamiento de la epilepsia, buscando las indicaciones de cada una; y condenó las punciones para extraer el líquido cefalo-raquídeo, que él por desgracia hizo en una niña que sucumbió á consecuencia de la operación.

Nonbrado el Sr. Dr. Toussaint para examinar este enfermo dijo: que tiene dos cicatrices muy recientes y que aun no acaban de formarse, no le duelen; no tiene dolor de cabeza, ni torpeza intelectual. El resultado inmediato ha sido por lo mismo enteramente satisfactorio; ¿pero lo será también el definitivo? No puede decirse nada acerca de esto, porque todos están contestes en que es preciso aguardar cuando menos dos ó tres años para saber á qué atenerse.

Con respecto á las lesiones anatomo-patológicas de la epilepsia hay también que aguardar á que la ciencia diga su última palabra; pues hoy día tiende á admitirse que la esencial y la Jacksoniana son una misma. Muratoff y otros autores creen que en la epilepsia hay lesiones corticales; y efectivamente se encuentran estas ya bajo forma de esclerosis, ó por encefalía; en una palabra los signos de la parálisis cerebral infantil.

En la enfermita á que ha hecho referencia el Dr. Hurtado se encontró en la autopsia: la corteza cerebral esclerosada; microgiria [circunvoluciones estrechas]; no había adherencia de las meninges, pero sí hueco en la cavidad de los ventrículos. Los nucleos grises casi perdidos; líquido cefalo-raquídeo turbio; los vasos de la corteza cerebral, los de la ínsula, los que se dirigen hacia la base y la arteria silviana muy delgados. Estas lesiones ponen de manifiesto, que no se trató de una meningo-ence-

falitis, sino de una lesión vascular. . . . ¿Trombostis? . . . ¿Encefalitis?

En la médula había del lado contracturado, degeneración del haz piramidal. En el otro: la misma degeneración aunque menor que la del lado opuesto; y degeneración de la porción fundamental de los haces antero-laterales y del cordón posterior; igual cosa se observaba en el haz elíptico de Fleischsig, y á los lados del surco posterior. En la substancia gris las alteraciones de la cromatolisis.

Respecto de la operacion de Joannesco no ha tenido hasta hoy éxito alguno, pues sólo su inventor la recomienda.

CLINICA EXTERNA.

UN CASO DE URETORRAGIAS ESPONTANEAS

CONSECUTIVAS

AL EXTRECHAMIENTO BLENORRAGICO

N. . . . Z. . . . Comerciante, empleado en casa de abarrotes, de 23 años, atrapó una blenorragia aguda que se complicó de orquitis, en enero de 1900, la que á pesar de un tratamiento apropiado, se prolongó por más de 60 días, quedando al fin curado sin haber tenido posteriormente accidente alguno, hasta los primeros días del mes de febrero próximo pasado.

Un día, sin razón causal, pues que ni fatiga, ni traumatismo, ni coito, etc., le sobrevino una hemorragia uretral, ligera al principio, pero que fué aumentando progresivamente. La sangre que escurría era pura, y cosa notable, con el escurrimiento coincidían algunos dolores en toda la extensión de la uretra, dolores continuos é independientes de las micciones.

Aunque alarmado el enfermo, creyó que su escurrimiento sanguíneo debía terminar, y se limitó á prescribirse unos baños de asiento y algunas limonadas; pero sus esperanzas no se realizaron, la sangre seguía saliendo, y esto á pesar de sus prescripciones, y algunas dosis de ergotina que prescribió un médico sin ver al enfermo, correspondencia por escrito, muy usual hoy entre ciertos médicos. A medida que el tiempo transcurría, aquella hemorragia tomaba tales proporciones que, no sólo por la natural inquietud que ella producía, sí que tam-

bién por la debilidad que le había producido, á pesar de su buena constitución, se resolvió el paciente á hacer lo que desde el principio debió haber hecho.

El día 11 de febrero fuí consultado, y el estado del enfermo era el de la anemia aguda: intensamente pálido, con vértigos, náuseas, ruidos en los oídos, cefalalgia frontal, mucha sed y anorexia. La micción era fácil, aunque el chorro estaba modificado; después de la micción seguía escurriendo por el meato y de un modo continuo, regular cantidad de sangre pura. Ya he dicho que el enfermo no había sufrido ningún traumatismo en la región.

La falta de todo estado inflamatorio agudo, así como también, la casi normalidad de las micciones, hacía pensar en la existencia probable de un póliplo uretral. Con tal idea, procedí á la exploración del canal. Al efecto, me serví de un explorador olivar de Guyon, núm. 12, según su consejo para una uretra desconocida. Al llegar á la región perineo-bulbar la oliva se detuvo por un obstáculo infranqueable. Intenté pasar diversas bujías filiformes, cónicas y olivares, y todas se detenían en el mismo punto. Recurrí al procedimiento americano, llamado de la escoba, y que consiste como se sabe, en introducir de una en una hasta 5 ó 6 ó 6 más bujías, llegar al punto del obstáculo y mover separadamente cada bujía, tratando de pasar el obstáculo, lo que se consigue no pocas veces después de emplear una poca de paciencia, mas en este caso, no fuí más afortunado con tal ardid que con los otros medios; pero lo que agravaba la situación, era, que mis tentativas de cateterismo produjeron en el paciente notables sufrimientos, y la hemorragia fué más intensa, la sangre de un rojo vivo, escurría en abundancia.

En vista de la intensidad de la hemorragia, y de los dolores provocados por la exploración, juzgué por conveniente suspenderla, y recomendar á mi enfermo el más absoluto reposo. Una inyección de 2 centímetros cúbicos de solución de Ivon, y algunas aplicaciones de agua helada sobre el pene y las bolsas fueron poco útiles; pues el escurrimiento sanguíneo continuó por casi todo el día, y sólo hasta en la noche se contuvo.

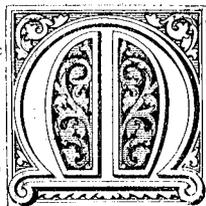
De todo intento me abstube algunos días de reiterar las maniobras de exploración, aprovechando todo este tiempo de completo reposo



aceta



édica de



éxico

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

TOMO II.

MÉXICO, 1º DE DICIEMBRE DE 1902.

2ª SERIE.—NUM. 23

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

ASUNTOS CIENTIFICOS

TRATADOS EN LA

SESION DEL DIA 26 DE NOVIEMBRE DE 1902.

PRESIDENCIA DEL SR. DR. ORVAÑANOS

*Presentación de una enferma operada por cirrosis atrófica.—
Dos operaciones de craneotomía.—Presentación de los enfermos.—Discusión acerca de intervenir casos de tumores cerebrales.*

El Sr. Dr. Hurtado presentó á la enferma Gabriela Vázquez, de 45 años, viuda, natural de México y de oficio tortillera. Esta enferma acostumbra embriagarse con pulque que toma en grandes cantidades, y toma también una copa de mezcal en ayunas.

Su enfermedad comenzó en el mes de Mayo del corriente año, y se inició con gastralgia, diarrea que alternaba con estreñimiento, sed intensa y anorexia; después vino el edema de las extremidades inferiores, y en una semana invadió la anasarca todo su cuerpo, siendo tan marcado el de los párpados que le impedía abrirlos al despertar.

En el examen de la orina se encontró: urea 28 por 1,000; albúmina 0,45 y ningún indicio de pigmento biliar.

El día 19 de Septiembre de 1902 se hizo, previa anestesia, la operación de Talma Morrison sin practicar la punción. En la actualidad el derrame se ha reabsorbido.

En seguida dió lectura á su trabajo acerca de dos operaciones de craneotomía, y presentó á los enfermos que fueron examinados por los Sres. Dres. Villarreal y Urrutia.

El primero de ellos manifestó: que se había obtenido un éxito completo en la enferma de cirrosis hepática, y prometió presentar á otro

enfermo que fué operado por él, por la misma causa y por igual procedimiento.

El Dr. Urrutia.—Se refirió á los otros dos enfermos presentados por el Dr. Hurtado.

El primero, hombre epiléptico antiguo, con ataques de gran mal, que no cedió al tratamiento médico; el Dr. Hurtado practicó la craneotomía con las fresas de Doyen. Los resultados, quirúrgico y terapéutico, han sido satisfactorios.

Hace, sin embargo, notar que el plazo mínimo para saber el resultado definitivo, es de dos años. Operaciones en muy diferentes partes del cuerpo, ejecutadas en epilépticos, en el pie, en la mano, hacen disminuir y hasta desaparecer los ataques. En Moskow digieron á Jonnesco que ya Broussais, obtenía buenos resultados con la sangría.

Las lesiones cerebrales que se encuentran, son difusas, poco conocidas, histológica y macroscópicamente.

La descompresión mejora por de pronto; pero después, vuelven los ataques con mayor intensidad.

En la otra enfermita presentada por el Dr. Hurtado, el resultado quirúrgico fué también bueno. Solamente hace notar, que la incisión debió haberse practicado un poco más adelante, buscando los centros psico-motores, para lo cual hay procedimientos matemáticos; el Sr. Dr. Villarreal tiene uno. El resultado terapéutico no fué tan bueno: la niña es una idiota. Habría que haberla examinado antes y después de la operación, para apreciar el resultado. Al Sr. Urrutia le quedan dudas sobre el particular.

El Dr. Hurtado.—No juzga los resultados obtenidos como definitivos.

Jonnesco, Kocher y Otero Acevedo refieren muy buenos resultados: los ataques se atenuaron. La simpatectomía debe de practicarse de los dos lados, sobrevienen diversas

perturbaciones, si sólo se opera de un lado.

Jonnesco en 1897, dió una estadística con resultados muy favorables. La extirpación, según ese operador, debe de ser completa, quitando también, el ganglio inferior. El Dr. Hurtado no es, sin embargo, partidario de proceder de ese modo; la extirpación del ganglio inferior es muy difícil.

No se pueden comparar los otros traumatismos, heridas, operación de hemorroides que hoy no es sangrante, con la craneotomía, ni la craneotomía con la simpatectomía; la craneotomía es operación que da mucha sangre, la simpatectomía, no. Es preciso perseverar en estos nuevos estudios.

No precisó la región psico-motriz por procedimientos matemáticos, porque ninguno de ellos es riguroso, y además, no había necesidad de hacerlo; Chipault no cree necesaria esa precisión. Doyen hace grandes colgajos para no equivocarse.

No sabía el Dr. Hurtado la extensión exacta de la parte afectada. Da las gracias al Dr. Urrutia y al Dr. Villarreal por haber examinado á sus enfermos.

El Sr. Dr. Urrutia continuó con el uso de la palabra que tenía concedido desde la sesión anterior, sobre intervención en casos de tumor cerebral. Está de acuerdo con el diagnóstico en la enferma operada. La intervención fué infructuosa; fué un sarcoma intra y extra-craneano. Estas intervenciones desacreditan á la Cirugía. Dibujó en el pizarrón un esquema de la operación ejecutada. El tumor se desarrolló en menos de 2 años, tuvo tiempo para comprimir el cerebro. Estos tumores hacen degenerar el hueso y lo fracturan; en el caso, así estaban el occipital y la escama del temporal. El tumor se hizo después extra-craneano; produjo dolores é idiotismo.

No debió operarse el tumor por estas razones:

Por su volumen.

Era inaccesible é inextirpable. No estaba limitado, sino difundido.

Era maligno (sarcoma), había que temer la hemorragia, el choque y la muerte que, en efecto sobrevino. Se debe uno abstener en estas circunstancias.

De los casos que estudió White que fueron 130, sólo 3 hubieran podido ser operados.

El Dr. Hurtado ha traído estadísticas hala-

gadoras; pero en ellas, al lado de neoplasmas, se encuentran casos de sífilomas, tubérculos, etc.

La naturaleza verifica la descompresión, pues el hueso va cediendo poco á poco y se perfora.

Sobre el nervio óptico no había que esperar un resultado curativo, estando la papila ya atrofiada.

La piel estaba adherida al tumor, alterada; no había, por lo tanto, piel con que cubrir la brecha, ni tampoco hueso. El Dr. Hurtado dijo que se podía cubrir por medio de la heteroplastia, ó con placas de celuloide ó con hueso de animal. La heteroplastia sólo podría ponerse en práctica si no hubiese que canalizar y si no existían fenómenos de compresión. En el caso, estaba contraindicada.

La cirugía del cáncer es ingrata. En el cráneo es seguida de muerte. La enferma murió. No se debe intervenir. El Dr. Urrutia suspende su juicio sobre la utilidad de estas intervenciones, hasta tener mayor número de hechos.

El Dr. Hurtado.—Encuentra muy teóricas las ideas del Sr. Urrutia. De un año acá ha habido grandes adelantos en la cirugía del cáncer: los que antes no eran operables, ahora lo son, como los cánceres de la matriz que se extienden hasta cerca del riñón, pudiéndose extirpar los ganglios por la vía lombar. En el caso de él, la piel no estaba alterada; su aspecto de cáscara de naranja, nada significa. La brecha no era muy grande. El hueso estaba adelgazado; pero no alterado. El diploe no estaba adelgazado; ni infiltrado. Es, por lo tanto, partidario de intervenir.

Si los Sres. Ramos, Chávez y Urrutia hubiesen creído que el tumor era inoperable, por caridad, habrían aconsejado al orador que hubiese desistido de la operación.

El Dr. Urrutia.—Hizo notar que el Sr. Hurtado procedió á la operación antes de escuchar el informe de la comisión.

El Dr. Hurtado replicó que si así lo hizo fué por la urgencia del caso.

El Sr. Dr. Ramos.—Hizo notar, lo mismo que el Sr. Urrutia, que cuando la comisión expuso su opinión la enferma estaba ya operada. Además, el Sr. Ramos se limitó á considerar el caso solamente desde los puntos de vista oftalmológico y médico, no del quirúrgico.

Alaba el celo científico del Dr. Hurtado.

El diagnóstico de las localizaciones cerebrales está muy adelantado. Las causas de error con que se tropieza en la Clínica, dependen de los fenómenos de compresión á distancia que provoca el tumor y de los de irritación, que producen la epilepsia jacksoniana.

En el caso fué posible, no solamente hacer el diagnóstico de localización, sino el de la naturaleza. La Medicina, la Cirugía y la Oftalmología deben unir sus recursos para aclarar estos casos.

La neuritis óptica, papilitis ó estrangulamiento de la papila, como se le ha llamado, nada indica acerca del sitio del tumor encefálico ni, en multitud de ocasiones, es explicable como se produce. En el caso de que se habla, por ejemplo, la autopsia demostró que no había absolutamente edema cerebral ni alteración del ventrículo medio que explicara la neuritis, según la teoría de Parinaud. Las neuritis ópticas, lo repite, no son todas del mismo origen.

Se leyeron los turnos de lectura y se levantó la sesión á las 9 p. m. Concurrieron los señores Dres. Bandera, Chacón A., Gutiérrez, Hurtado, López Hermosa, Lugo, Mendizábal, Ramírez Arellano Juan José, Ramírez Arellano Nicolás, Ramos, Soriano, Suárez Gamboa, Urrutia, Villarreal.

J. P. GAYÓN.

VETERINARIA

ANALOGIA

DE LA ENFERMEDAD DE LOS PERROS JOVENES

CON

ALGUNAS FIEBRES ERUPTIVAS DEL HOMBRE.

Cada vez que me toca lectura en turno, vacilo en la elección del asunto que debo estudiar, considerando que si bien es cierto que tratándose de cualquiera cuestión de medicina en general, pocas son las que dejan de tener interés para una reunión académica, hay, sin embargo, algunas que lo tienen mayor por su semejanza en la etiología, síntomas, marcha, tratamiento y término, no menos que por el contagio entre las varias especies animales, inclusive el hombre.

Me parece que la que hoy he elegido para ocupar la atención de mis ilustrados colegas, se presta mucho para la observación y el estudio, por poco que se medite que ambas ramas de la medicina pueden darse la mano en el descubrimiento de su naturaleza microbiana, por ende al de su tratamiento racional y científico, y con mayor razón hoy que la seroterapia hace tantos progresos en las enfermedades infecto-contagiosas.

La enfermedad que ahora me ocupa, y que ataca á la especie canina, especialmente en la edad joven, á la que los autores franceses llaman: «epidemia de los perros, fiebre catarral, etc.» y en México se conoce con el nombre vulgar de «garrotillo» era ya conocida desde el tiempo de Aristóteles; según Laosson, y según otros autores modernos fué importada en Europa después del descubrimiento del nuevo mundo, procedente del Perú, mostrándose primero en España; de donde pasó á Francia, Alemania y al resto del viejo continente, causando en diversas épocas grandes epidemias que han diezmado á los animales.

La versión podrá ser cierta, pero ocurre esta hipótesis: Dada la naturaleza contagiosa del sarampión de los niños, con la que el garrotillo tiene muy grandes analogías, por su etiología, su marcha, su naturaleza, sus variadas formas y complicaciones, como lo veremos después, ¿no podría darse el caso de que el sarampión fuese importado en el nuevo continente por los españoles como la viruela y otras enfermedades; y que el sarampión aquí encontrara medios propicios para transmitirse á la especie canina, para ser luego llevada á Europa, como una enfermedad nueva según los escasos conocimientos médicos de aquella época?

Muchas y muy disímolas son las opiniones que se han emitido sobre la naturaleza de garrotillo; hay autores que asemejan esta enfermedad al tifo del hombre, y Trasbot entre otros, la considera como una verdadera viruela; pero Jener que inoculó algunos perros afectados, con el cowpox, no tuvo resultado alguno y estos experimentos secundados después por Dupoy pará conseguir la inmunidad, tampoco dieron ningún éxito.

Después de estas y otras muchas opiniones, ¿por qué no haberla comparado con el sarampión, con el que tiene tantos puntos de analogía como es mi objeto demostrar? Yo he

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

ASUNTOS CIENTIFICOS

TRATADOS EN LA

SESION DEL DIA 3 DE DICIEMBRE DE 1902.

El Dr. Altamirano leyó un trabajo titulado: "Un caso de Ozena verminosa. Su tratamiento."

El Dr. Villarreal presentó tres enfermas por él operadas: una de sarcoma de la matriz, y las otras dos de epiteloma del cuello. En todas se hizo uso de la raquicocainización.

En la primera, de 55 años, operada en 4 de Octubre próximo pasado, se practicó la extirpación de la matriz por la vía vaginal, habiendo sido dada de alta, por curación, el 24 del mismo mes.

La segunda, de 51 años, ofreció detalles muy interesantes al ser operada, pues al extirpar la mitad de la vagina para llegar al cuello, por medio de laboriosísima disección, se encontró una unión completa de la vagina y la vejiga, y al hacer la disección, se adelgazó y perforó la última, habiendo necesidad de suturarla. Se continuó la disección, se ligaron las arterias uterinas y la base del ligamento ancho; se hizo forcipresura de la base del ligamento ancho derecho, se luxó luego la matriz, previo despedamiento del cuello; se ligó la parte del ligamento ancho incluyendo la trompa y el ovario; se ejecutó la resección de éste y la extirpación del útero, ligando antes las arterias uterinas. La operación concluyó, exigiendo el estado de la enferma, que se le hicieran inyecciones de éter y de suero artificial. Días después, á esta misma enferma, portadora de una hernia inguinal, se le practicó la operación de la cura radical.

La tercera enferma tiene 39 años de edad, fué operada el día 7 de Octubre del corriente año. Se practicó la amputación del cuello con el termo-cauterio. Se disecó una parte de la vagina; se ligaron las arterias uterinas; se hizo una sección muy alta del peritoneo vesical anterior, la luxación de la matriz y la ligadura del ligamento redondo derecho y del infundíbulo pélvico del mismo lado. Igual operación se efectuó del lado izquierdo, terminando con la sutura del peritoneo vesical-anterior, del

corte vaginal y vesical-posterior, del peritoneo de Douglas y de los ligamentos anchos.

Fueron nombrados para examinar á las enfermas los señores Gutiérrez y Troconis.

Suspendióse la sesión algunos minutos y concluido el examen, tomó la palabra el Dr. Gutiérrez quien examinó á la primera enferma, asegurando que el buen éxito de la operación era completo, habiendo comprobado la falta de los órganos extirpados.

Habló en seguida el señor Troconis, que estudió las otras dos enfermas, encareciendo la circunstancia del éxito de la operación de la cura radical de la hernia en una de las operadas y felicitando al Dr. Villarreal por su habilidad operatoria.

El señor Presidente, comprendiendo la importancia de los casos presentados, expresó el deseo de que el señor Villarreal los particularizara y ampliara.

El Dr. Villarreal, después de dar las gracias á los señores Gutiérrez y Troconis por los elogios que de sus operaciones hicieron, promete presentar un estudio especial acerca del cancer uterino para lo cual posee abundante material.

Se leyeron los turnos de lectura y se levantó la sesión á las 8 y 30 minutos p. m., habiendo asistido los señores Doctores Altamirano, Gutiérrez, López Hermosa, Lugo, Orvañanos, Ramos, Ramírez Arellano Nicolás y Juan José, Troconis, Urrutia, Villarreal y el Secretario que suscribe.

J. M. BANDERA.

CLINICA INTERNA.

LA ANURIA EN EL TIFO EXANTEMATICO,

SU VALOR SEMEOTICO Y PRONOSTICO.

En los últimos meses del año próximo pasado y en los primeros del presente, hemos presenciado la exacerbación que el tifo presentó en la capital, revistiendo casi la forma epidémica.

En los varios casos que tuve que tratar, llamó mi atención, la frecuencia con que se presentó la anuria, y aunque en otras ocasiones