

este aumento de la diarrea en los meses más calurosos se debe á que la alteración de los alimentos es más fácil; pero que en otros países son más grandes las variaciones de temperatura y es menor la mortalidad infantil, lo que se explica por la miseria y falta de higiene entre nosotros. Afirma que en la población de México hay más mortalidad que en la "Casa de cuna," sin probar esta notable afirmación y dice que los indígenas de la población rural destetan á sus hijos hasta la edad de tres años muchas veces; pero en la población urbana esto no es posible porque apenas brotan gotas de leche de un seno marchito por la miseria y el vicio. Nosotros dudamos, por esto, si cuando ha hablado el autor de senos, ó propiamente hablando, de mamilas enjutas y miseria fisiológica que impide alimentar á los hijos, se refería á la mayor parte de las mujeres mexicanas ó solamente á las de las ciudades. Hace ver después el autor que la clase pobre é ignorante no tiene dinero para comprar buena leche y hace el destete con atole, ropasas, carne de pésima calidad y pulque putrefacto; tampoco puede defender á sus hijos contra el frío y no puede aplicar la clasificación y el aislamiento para protegerlos contra las fiebres eruptivas, ni proporcionarse médico y medicinas. Con este motivo insiste en la necesidad de aumentar los jornales, suprimir ciertos impuestos y perseguir á los adulteradores y agrega que se debe estimular la creación de una fábrica de leche esterilizada y se deben librar de derechos de aduana á los medicamentos que no sean de patente.

Llama, por último, la atención respecto á la necesidad de proteger al niño de todo daño físico ó moral y se lamenta de la falta de vigilancia que hay para esto, proponiendo la creación de sociedades protectoras de la infancia, de asilos semejantes á la Casa Amiga de la Obrera, y de dispensarios para niños, en los que se den bonos para leche, consultas y medicamentos gratuitos.

El trabajo termina con VI conclusiones, algunas de las cuales están subdivididas y que no hay necesidad de reproducir porque resumen con otras frases lo ya expuesto.

Con lo anterior, y teniendo en cuenta que en el segundo escrito se pone de manifiesto bastante labor que no debe pasar inadvertida por la Academia, creemos poder justificar las conclusiones siguientes que sometemos á la deliberación de esta Sociedad:

I.—No es de adjudicarse el premio al trabajo señalado con el lema: "sublata causa tollitur effectus."

II.—Publíquese este trabajo.

III.—No es de adjudicarse el premio al trabajo señalado "veritate propugno."

IV.—Publíquese este trabajo.

V.—Dése á su autor la cantidad de \$100. á título de estímulo.

VI.—Llévese en atenta comunicación al Ejecutivo de la Unión, apoyándola, la iniciativa que en el segundo trabajo se hace para establecer una escuela-taller en que se enseñe el manejo de aparatos que simplifiquen el trabajo de los obreros.

México, febrero 25 de 1903.

Luis E. Ruiz.—José Terrés.—G. Mendi-cábal.

CLINICA EXTERNA

Breves consideraciones acerca del tratamiento de los abscesos lumbo-abdominales de origen póttico.

Señores Académicos,

Comienzo por daros las más cumplidas gracias por vuestra benevolencia al haberme concedido el plazo que solicité para poder tener la honra de ocupar vuestra atención ésta noche con la lectura de estos desaliñados apuntes.

Antes de ocuparme del tratamiento propiamente dicho de esta variedad de abscesos Pótticos, estimó conveniente el recordar, aunque sea á grandes rasgos, su modo de formación ó estructura anatómica, y su emigración en las regiones del cuerpo á que especialmente me refiero.

Los perfeccionamientos realizados en el tratamiento de los abscesos pótticos, están íntimamente relacionados: por una parte, con los preceptos de la asepsia, y por otra, no menos importante, con el conocimiento de la naturaleza de estos abscesos llamados fríos, por congestión, etc.: tomados estos términos en su sentido popular y comprensivo.

vó; pero que nada indican respecto á su naturaleza, que puede resumirse diciendo con Lannelong, Owen, y otros, que son tuberculomas, "*Granulomas quísticos tuberculosos*;" ésta última denominación propuesta por Owen y Keetley. En consecuencia, el término absceso tuberculoso es más bien convencional, pero incorrecto; porque no es una colección purulenta séptica, como no lo es tampoco una goma en el período de reblandecimiento.

Los abscesos que complican un mal de Pott (seguiré empleando el término convencional), no siempre se encuentran en directa conexión con el foco de Osteitis vertebral; á veces, y estos casos no son raros, la reabsorción de los productos de desintegración del foco primitivo, así como la antilisis vertebral se han realizado ya, y el paciente está casi curado; cuando con motivo de alguna infección general intercurrente, ó por un traumatismo, que por lo común pasa desapercibido, sobrevienen, en los tejidos cuya vitalidad se ha deprimido en contorno del antiguo foco, cambios activos, y el absceso aparece. Este es conocido con el nombre de absceso residual. Su contenido mientras permanece aislado del aire y de los órganos de la economía que pudieran infectarlo, es un líquido puriforme, en el que no se encuentran células de pus, ni gérmenes piógenos, el aspecto puriforme es debido á células en vía de desintegración que no han sido reabsorbidas, cuando ésta se encuentra muy avanzada, el contenido tiene la apariencia de un líquido espeso, inodoro, de un color obscuro ligeramente amarillo.

Si he entrado en detalles de esta especie, con relación á la constitución de los abscesos Pótticos, es porque en la enfermita cuya historia clínica me sirve de base fundamental en este trabajo, he operado, como se verá más adelante, uno de estos abscesos residuales. El tratamiento de los abscesos de origen vertebral no siempre es satisfactorio, aún cuando se conserve la herida aséptica; muchos niños se agotan y mueren cuando se abre el absceso; pero éste debe ser evacuado tarde ó temprano, y es mucho mejor hacerlo cuando es pequeño. Nada se gana con la dilación, y está fuera de toda duda por la experiencia, que es mucho mejor intervenir á tiempo que dejarlo abandonado á la naturaleza. Creo de poca utilidad en este lugar detenerme en hacer la enumeración de los diversos métodos empleados de tiempo

atrás; sólo mencionaré la punción y aspiración, repetida á cortos intervalos sirviéndose del aspirador, método que en algunas ocasiones ha dado resultado, pero que en la inmensa mayoría de los casos tiene que ser substituído por el bisturi. Este es en la actualidad el método de elección en el que insistiré al describir la operación practicada en la niña que tengo el honor de presentar á esta Honorable Academia.

La historia resumida de esta enferma es la siguiente:

La niña Bertha Ortega, hoy de diez años, la vimos por primera vez el mes de Agosto de 1900 en la consulta que tiene establecida el servicio de Clínica quirúrgica infantil, que es á cargo del Sr. Profesor Dr. Carlos Tejeda.

Los datos anaméuticos nos revelaron la existencia de la tuberculosis pulmonar en el papá, y la muerte, por tisis pulmonar tuberculosa, de uno de sus tíos.

La niña nació á término y al parecer bien constituida; fué amamantada por la madre hasta la edad de 18 meses. Desde que tenía cuatro meses empezaron en ella las manifestaciones llamadas escrofulosas: rinitis, excemas, blefaritis, conjuntivitis flictenular.

De buena apariencia hasta los cuatro años de edad, empezó á palidecer, desmejorándose lentamente hasta los seis años, cuando fué afectada de tos ferina grave, que la dejó muy destruída.

Lejos de mejorarse, la niña se enflaquecía, estaba abatida é inapetente, y poco después, llamaban la atención de la madre las primeras revelaciones del mal vertebral. La niña se fatigaba al menor ejercicio, deseaba estar casi siempre sentada ó acostada, se quejaba de dolor al nivel de la región lumbar, y como á los cinco meses después de estas primeras revelaciones se fijó en la deformación característica que se acentuaba en dicha región.

Enumerar el método de exploración que seguimos, el raciocinio que nos condujo al diagnóstico, están aquí fuera de lugar. Bastará por lo mismo manifestar que el clínico de un mal de Pott situado en la región dorsolumbar, fué debidamente establecido, con tanta mayor razón cuanto que he hecho venir á la enferma con el fin de que sea examinada por los señores Académicos, que así lo deseen.

Cuando la vimos por vez primera, aún no podían apreciarse signos reveladores de la

existencia de un absceso. Llenamos la indicación fundamental inmovilizando la columna por la aplicación de un corsé de yeso inamovible, la quietud en la cama y toufificando á la enfermita, quien, como antes he dicho, concurría á la consulta, y solamente ocupaba una camita en el hospital cuando creíamos conveniente esperar para colocar el segundo y aún el tercer corsé de yeso. Cada corsé era conservado durante cinco meses, por término medio. La niña empezó á mejorarse paulatinamente, aunque con alterativas de bien y de malestar, y con perturbaciones frecuentes en las funciones del aparato gastrointestinal. Después de quitado el tercer aparato el mes de diciembre de 1902, y en vista del estado local y general satisfactorios de la niña, aconsejamos á la madre se agenciara en una de las fábricas de instrumentos, un corsé de fieltro, hecho á la medida y vigilado por mí en su aplicación, como lo he hecho en casos análogos. La escasez de recursos de la familia no le permitió hacer el desembolso, que entre nosotros es demasiado elevado.

En noviembre de 1902 se nos condujo nuevamente á la enfermita, en quien hacía ya algn tiempo la madre había observado que se iniciaba un segundo abultamiento, blando y no doloroso á la presión, al nivel de la región lumbar izquierda, sitio preciso del absceso superficial, que luego pudimos comprobar. Al practicar la exploración pudimos cerciorarnos de que éste absceso subaponeurótico, del tamaño de un huevo de gallina, estaba en comunicación con uno profundo que se iniciaba en la fosa iliaca del mismo lado. No había reacción febril, y la deformación se había mantenido en el mismo estado favorable que cuando se quitó el tercer aparato, á pesar de no haber llevado el corsé indispensable que sostuviera su columna.

Dadas las circunstancias del caso, era preciso operar á la mayor brevedad, y operar rodeándose de todas las precauciones indispensables en esta clase de intervenciones, con el deber de hacer personalmente, ó vigilar estrictamente, las curaciones posteriores; la menor relajación en las precauciones de antisepsia da lugar, casi siempre, á la transformación de un foco aséptico, transformación que amenaza de muerte al operado.

¿A qué procedimiento dar la preferencia? Lister operaba abriendo el absceso encima

del arco de Poupart; Chavasse, por la fosa iliaca, practicando una incisión semejante á la que sirve para la ligadura de la iliaca externa. Macewen, Treves y Keetley, operando cada uno independientemente, abren los abscesos por una incisión lumbar, siguiendo en esto ciertamente la práctica de Treves, que fué el primero en iniciarla.

En mi opinión, la vía lumbar debe ser hoy el procedimiento de elección para la apertura de los abscesos psoicos, iliacos ó lumbares, y esto por las razones siguientes:

La canalización puede hacerse lo más cerca posible del sitio de la cáries.

Permite la más exacta aplicación del iodoformo en suspensión, cuya acción benéfica, si no específica, atestigua la experiencia de cirujanos respetables.

Permite al mismo tiempo examinar con el dedo los cuerpos de las vértebras lumbares y aun la última dorsal, á la vez que, en casos determinados, ha facilitado la extracción de pequeños secuestros y la raspa hecha con las precauciones que la región exige.

Hecha la elección del procedimiento, paso á describirla tal como la practiqué en la enfermita á que vengo haciendo referencia.

Colocada ésta sobre su lado derecho, se introdujo un cojín aséptico debajo de este lado para hacer saliente la región lumbar, sitio de la operación. Previa anestesia clorofórmica, procedí á fijar por la palpación los tres puntos de referencia siguientes: la última costilla falsa, la cresta del iliaco y el borde externo de la masa sacrolumbar; del borde de la última costilla ó la cresta, y siguiendo el borde del músculo sacrolumbar, practiqué una primera incisión hasta descubrir el músculo cuadrado de los lomos rodeado de su aponeurosis externa; recordando que las arterias lumbares, que deben evitarse, están situadas en su mayor parte sobre la cara anterior del músculo cuadrado y que siguen la dirección de líneas que se dirigen hacia afuera, alternando con las apófisis transversas, dividí el músculo cuadrado partiendo de su borde interno, y siguiendo una dirección paralela á la cresta iliaca, hasta practicar una abertura que permitía la introducción de dos dedos, el dedo palpó el psoas rodeado por su vaina, adelante de los apófisis transversos, lo mismo que éstos y los cuerpos de las vértebras lumbares, sitio de la deformación, sin haber podido comprobar la existencia de absceso psoi-

co, de fungoidades ni lesión huesosa de ninguna especie de vértebras y apófisis revestidas de sus partes blandas como en el estado normal. Continuando la exploración digital siguiendo la cara profunda del músculo cuadrado, en la dirección de la colección superficial, encontré una abertura irregular en el cuerpo del músculo, que daba acceso tanto á la colección superficial, como á la profunda que descendía á la fosa iliaca. El contenido de esta colección líquida nos llamó la atención; no era pus ni tenía el aspecto puriforme, sino un líquido espeso inodoro, de un color obscuro amarillento. Practiqué en seguida la raspa de las paredes del foco, en la extensión que pude abarcar, sirviéndome para realizarla de tiras de gasa biesterilizada y de lavados de la cavidad con agua esterilizada también. En seguida practiqué en el interior de la cavidad la inyección de 8 gramos de solución etérea de iodoformo saturado y recientemente preparada, con las precauciones recomendadas; y por último, practiqué la sutura en dos planos. El aposito y vendaje procuré hacerlos imitando hasta donde fué posible la práctica de Mikuliez en estas operaciones, tan conocida y elogiada.

El curso posterior al acto operatorio, fué el siguiente: Nuestra enferma, aunque incomodada por los trastornos originados por cloroformización, y á pesar del choque, que fué moderado, tenía al día siguiente 38 grados de temperatura y un estado general satisfactorio; la temperatura no se levantó en el transcurso de los primeros ocho días que dilatamos para levantar el aposito. Quitado éste, encontramos la cicatriz realizada por primera intención, y la ausencia de dolores, el buen estado general etc., nos hacía esperar un resultado feliz.

El día 22 de febrero del presente año, once días después de operada, la temperatura se elevó á 38 grados, dos días después á 39 grados por las tardes y noches y 37 grados por las mañanas, lo que me obligó á levantar el aposito, encontrándome con que existía una colección líquida, en esta vez dolorosa, espontáneamente y á la presión, precisamente en el mismo sitio que la primitiva. Desgarré la cicatriz y practiqué la raspa y lavado de la cavidad, como el día de la intervención, con la diferencia de que en vez de cerrar la herida, canalicé el foco. El resultado ha sido favorable por cuanto á que el pus verdade-

ro, porque el foco de aséptico que era se transformó desgraciadamente en séptico, fué agotándose con tal prontitud, que á fines del mes de Marzo las paredes del foco se habían adherido profunda y superficialmente.

En esta enferma parece, sin que haya transcurrido el tiempo suficiente para poderlo afirmar, que el proceso pútrico se ha detenido en su evolución, la deformación de su columna es más bien moderada; y aunque su constitución deja que desear, no se descubren manifestaciones en ninguna otra parte de su organismo. Es claro que necesita aún de un aparato que sostenga la columna vertebral, con tanta más razón, cuanto que aún queda una pequeña colección líquida é indolora hácia adentro de la incisión operatoria. Esta colección no nos ha inspirado temores serios, puesto que á nuestra vista ha ido disminuyendo gradualmente desde hace tres meses.

Esta niña saldrá al campo con su columna vertebral sostenida por un corsé, en donde espero que se restablezca por completo. De lo que llevo expuesto, del resultado de la exploración directa, así como el de la operación, creo poder deducir: que el absceso que he operado en esta niña es residual, hablando en su favor este hecho: que la sépsis de su contenido no originó las complicaciones tan serias que sobrevienen cuando ésta pasa con una colección que está en continuidad con el foco de cáries primitivo.

No fué posible hacer el estudio microscópico y bacteriológico del líquido y residuos, porque se extraviaron; quizás nos hubiera dado un resultado positivo; pero siempre está allí la clínica para resolver la cuestión.

México, junio 17 de 1903.

Eduardo Vargas.

ERRATAS.

En el núm. 21 salieron las siguientes:
Pág. 326, línea 7, dice: "las materias en ácidos grasos."

Debe leerse: las bacterias etc.

Pág. 326, línea 46, dice: "bacterias no fabrican á ciegas «sino» sus".

Debe leerse: bacterias no fabrican á ciegas sus etc.