

rico: cesan las luchas y las discusiones; se confunden las sectas médicas y el arte se mantiene estacionario; fúndase la escuela de Salerno y Federico II reglamenta los estudios y el ejercicio de la profesión médica. Aquella famosa escuela en su segundo período, y la árabe después, no constituyen sino formas especiales del Galenismo. Esta época es llamada de *conservación*.

La tercera, ó de *renovación* comienza en el siglo XV, y ofrece un espectáculo halagador: ciencias, bellas artes, comercio, industria é instituciones sociales experimentan grandes transformaciones.

Esta época termina con el siglo XVIII.

La cuarta edad ó de *perfeccionamiento* comprende el siglo XIX, el siglo de Pasteur, Bernard, Cohnheim, Wirohow, Trousseau, Lister, Jaccoud y Ramón y Cajal.

Las tres primeras edades se subdividen en ocho períodos: cuatro corresponden á la primera y dos á cada una de las restantes.

El primer período ó *primitivo*, termina con la ruina de Troya, casi doce siglos antes de Jesucristo.

El segundo ó *místico*, concluye con la disolución de la sociedad pitagórica, cerca de quinientos años antes de nuestra era.

El tercero, llamado *filosófico*, llega hasta la fundación de la biblioteca de Alejandría, el año 320 antes de la era cristiana.

El cuarto, ó *anatómico*, da fin á la primera edad, es decir, se termina el año 200 de la era cristiana.

El quinto ó *período griego*, se extiende hasta la destrucción de la biblioteca alejandrina, el año 640.

El sexto ó *arábigo*, concluye con el siglo XIV.

El séptimo comprende los siglos XV y XVI, y se llama *erudito*.

El octavo, en fin, conocido con el epíteto de *reformador*, abraza los siglos XVII y XVIII.

SEÑORES ACADÉMICOS:

Si no me equivoco, es esta la vez primera que se ocupa vuestra atención con una lectura de índole histórica: despertar en esta docta corporación el interés por este linaje de estudios: provocar que personas competentes les consagren alguna parte de su tiempo; y promover, si dable fuere, la creación de una sección espe-

cial dedicada á la historia de la medicina, son los móviles que me determinaron á leeros este modesto trabajo.

México, 4 de febrero de 1903.

T. NORIEGA.

CLINICA EXTERNA.

DATOS PARA EL ESTUDIO DEL LLAMADO SINCISIOMA.

Desde el año de 1893 en que Saenger describió con el nombre de deciduoma maligno un neoplasma especial, que se desarrolla en la pared de la matriz, hasta la fecha actual, en que se conocen las variedades de dicho tumor, es tanto lo que se ha escrito sobre el particular, que parece ocioso referir algo relativo á este asunto; más como á pesar de esta abundante literatura, los puntos capitales concernientes á la patogenia de la neoplasia no están aun definitivamente resueltos, vale la pena y está perfectamente justificado enriquecer la casuística de este asunto con observaciones, aun cuando no sirvan más que para apoyar tales ó cuales miras.

En este concepto voy á ocupar la atención de los señores Académicos, refiriéndoles algunos detalles que tocan á la patogenia del llamado deciduoma ó sincisioma, con motivo de una enferma operada por el Sr. Dr. Villarreal, enferma cuyos órganos genitales internos, tuve oportunidad de examinar.

Los datos clínicos que bondadosamente me han sido proporcionados por el Sr. Dr. Villarreal, son los siguientes:

S. C., febrero 4 de 1903.

Sr. Dr. Manuel Toussaint.

Muy distinguido amigo y compañero: Me complace en extremo que su trabajo reglamentario haya sido inspirado por un caso de mi clientela y más me complace poder alguna vez corresponder á la deferencia que Vd. siempre me ha dispensado, proporcionándole la historia clínica de dicho caso, tal cual Vd. la desea.

El 27 de diciembre próximo pasado fuí, en unión de mi amigo, el Dr. Francisco Armendariz, á ver á una señora, á quien él venía acompañando desde Chihuahua, que padecía

de metrorragias desde hacía algunos meses, y que estaba en tal estado de gravedad, que le parecía apenas hubiera tiempo para poder intervenir.

En presencia de la paciente, que estaba acostada, no pude menos de convenir con mi amigo en que el estado de la enferma era grave, vista su extrema palidez, debilidad y demacración. Por el interrogatorio vine en conocimiento de que la enferma era una joven de 20 años, (representaba más de 30), y natural de Francia: que tuvo su primera regla á los 15 años, enfermándose poco, seis días, sin dolor. Se casó á los 18, y más tarde dió á luz á una niña, á término. Su puerperio fué normal y crió á su hija un año. Su menstruación, que fué abundante, le volvió el 26 ó 28 de Abril del año próximo pasado, durándole seis días, sin dolor.

En mayo ya no le vino el período, y las náuseas y vómitos le vinieron á confirmar que un segundo embarazo había comenzado; sumamente penosas fueron las perturbaciones mencionadas, hasta que en el mes de junio, por el día 21, casi dos meses después de habersele suspendido el período, empezó á perder sangre y á tener dolores en el vientre bajo.

El 4 del siguiente julio tuvo una gran hemorragia y, con fuertes dolores, expulsó una masa como racimo de uvas, á la que el Dr. Muñoz, que fué quien la atendió, dió el nombre de *Mola*. Un flujo sanguinolento que duró cuarenta y ocho días, siguió al aborto molar, terminando por una pérdida abundante que le duró seis días y que cree fué su menstruación.

Hasta el 26 de septiembre, casi un mes, estuvo bien, presentándose en esa fecha el período sumamente abundante seis días, y el séptimo tuvo una hemorragia formidable, y continuó perdiendo sangre hasta mediados de Noviembre, que la practicaron una raspa uterina y la sangre desapareció por catorce días, para volver el 1º de diciembre y continuar hasta la fecha. 27 de diciembre.

Orina bien. Es estreñida: tiene horror por las lavativas ó purgantes que le aumentan la pérdida sanguínea.

No hay antecedentes, por parte de sus padres, que merezcan mencionarse.

Por la exploración bimanual encontré el cuello entreabierto y la matriz un poco crecida, blanda y en anteversión, sangrando fácilmente. Indemnes los anexos. La inspección

del cuello reveló á éste con la coloración pálida de todas las mucosas de la paciente y el orificio de tenca un poco ensanchado babeando sangre de color oscuro.

Las digestiones difíciles y retardadas.

El pulso frecuente, 130, y débil. La respiración algo acelerada. En la orina había indicios de albúmina y disminuída la urea. El sueño era intranquilo.

En el diagnóstico estuve de acuerdo con el formulado por el Dr. Armendáriz: Deciduoma maligno, que era necesario confirmar por el examen microscópico.

Así lo hicimos saber al esposo de la paciente y el 3 de enero, en mi Sanatorio particular, hicimos la operación de la dilatación uterina, hasta poder explorar con el dedo, y la raspa de la cavidad, acompañándonos mi antiguo maestro el Dr. R. Icaza, que dos días antes había visto á la paciente y que estaba conforme con nuestra manera de proceder, y mis amigos los Dres. Velázquez Uriarte y Zavala.

Al introducir el dedo en la cavidad uterina, encontré en la cara postero-lateral, cerca del fondo, un cuerpo blando, saliente, del tamaño de una avellana, sesil y desmenuzable: lo arranqué con la uña y lo saqué después con la cuchara, haciendo una raspa concienzuda y taponando la matriz.

No obstante la debilidad extrema de la paciente, que nos obligó á ponerle 800 gramos de suero, las consecuencias de la operación fueron excelentes. Poco á poco empezó la paciente á restablecerse, y al octavo día ya se sentaba, comía con apetito, y el buen humor, propio de su edad, le había vuelto.

El examen microscópico practicado por el Dr. Hard, por no estar Vd. aquí, decía tratarse de un tumor maligno, y al efecto le adjunto el corte que me remitió.

Vista la urgencia de hacer una operación radical y que no se debía perder el tiempo para que las metastasis no fueran á quitar toda esperanza de salvación, y, á pesar de que la paciente seguía bajo la influencia de la anemia profunda que las repetidas hemorragias la habían causado, y bajo la presión de las circunstancias, pues algunos rasgos de sangre empezaban á presentarse en el flujo vaginal: no obstante que la enferma tenía tos y estaba desde hacía cinco días atacada de gripa, teniendo temperatura hasta de 38°5 por las noches, con pulso frecuente, 120, practiqué el 17

de enero próximo pasado la histerectomía abdominal total, llevándome la parte superior de la vagina, siguiendo una técnica semejante á la de Wertheim, ayudado por los Dres. Icaza, Velázquez Uriarte y Zavala. La sutura de la pared del vientre la practiqué según el procedimiento que me es especial.

Intervine por el vientre á fin de llevar mi acción lo más lejos posible sobre los ligamentos.

La secuela operatoria ha sido penosa, sobre todo, desde el segundo día en que el catarro faríngeo se pasó á la laringe y los bronquios, la paciente áfona, no podía toser porque se lastimaba el vientre, y no expulsando las mucosidades desecadas, sentía asfixiarse. Al octavo día apareció una flebitis aséptica, por compresión de los ligamentos sobre la ilíaca externa.

Hoy día estos accidentes casi han desaparecido y la enferma ya se sienta en su cama, habiéndosele quitado ya el alambre de la sutura del vientre.

Dejo al cuidado de Vd. la descripción de la pieza patológica, dándole las gracias por el detallado informe que sobre ella se sirvió rendirme y que tanto á mí como á las personas de la familia de la paciente, nos dejó completamente satisfechos y contentos al ver que nuestros esfuerzos no serán estériles, siendo duraderos los resultados de la operación.

Suafmo. amigo y S. S.

J. VILLARREAL.

La pieza patológica obtenida por la operación, comprende la matriz con ambos ovarios, ambas trompas y una parte de ambos ligamentos redondos, teniendo en la porción correspondiente á los anexos, casi todo el repliegue peritoneal que constituye el ligamento ancho.

No haré la descripción completa de esta pieza, sino que solamente señalaré los puntos que tengan relación con el tema de este corto escrito.

La cavidad de la matriz es más amplia que en estado normal. La superficie de la mucosa es sensiblemente lisa, con excepción de la parte situada inmediatamente arriba del orificio externo y de un punto de la pared posterior, inmediato á la embocadura de la trompa derecha. En este punto hay una saliente rugosa, muy poco elevada sobre el resto de la superficie y cuya extensión es menor que la de una moneda de cinco centavos.

A la simple vista no se percibe, después de haber seccionado convenientemente la matriz, nada que tenga el aspecto de un tumor, ni nada que parezca degeneración maligna del órgano. El espesor de sus paredes es sensiblemente normal y lo mismo sucede con su forma y volumen.

Los ovarios y trompas en su aspecto general tienen igualmente apariencias fisiológicas. En el del lado derecho hay un cuerpo amarillo viejo y en el del izquierdo una pérdida de sustancia que da idea de vesícula rota.

Para hacer el estudio histológico de la pieza, tomé fragmentos de las partes siguientes:

1º De la pared posterior de la matriz, en el punto rugoso antes mencionado.

2º De ambos labios en el cuello uterino.

3º De ambas trompas y de ambos ovarios.

4º De la pared anterior de la matriz cerca del fondo.

Omito la descripción histológica que se refiere á los ovarios, á las trompas y al cuello de la matriz, por no tener cosa especial de importancia en el asunto; sólo voy á mencionar lo tocante al cuerpo, que en cambio ofrece notable interés.

Seccionado por el medio y perpendicularmente á la superficie de la mucosa, el fragmento tomado en la pared posterior, se nota desde luego en el seno de la muscular, la existencia de un nódulo bien limitado, un poco más pequeño que un grano de pimienta, con la apariencia de un foco hemorrágico, cuyo color, rojo amarillento, le distingue perfectamente del resto del tejido.

Examinado con poco aumento, aparece este nódulo como un pequeño neoplasma rodeado por todas partes de haces musculares, los cuales han tomado cierta dirección circunferencial, como si hubiesen sido rechazados por el tumorcito.

Está constituido el neoplasma, en su mayoría, por elementos celulares, cuyo tipo se asemeja al epitelial, siendo notable que en el protoplasma de las celdillas que ocupan las porciones centrales, hay alteración profunda de la sustancia, no fijando los colores ácidos ni básicos. En estas celdillas, en vez del protoplasma más ó menos granuloso, se percibe sólo un reticulum de grandes mallas. El núcleo mismo tiene en algunas, aspecto vesiculoso con poca substancia cromática.

Las celdillas que forman el contorno del tu-

mor, conservan aún su protoplasma y su núcleo bien aparente con dos ó tres granulaciones cromáticas intensas, todo lo cual les da gran semejanza con los elementos celulares de un carcinoma.

En algunos puntos, las celdillas neoplásticas rodean á pequeños cordones ó islotes irregulares, constituidos por una substancia homogénea, que se tiñe por la eosina y en cuyo seno hay algunas celdillas pequeñas, con prolongaciones, semejantes á las que se ven en el tejido mucoso.

Además de todos estos elementos, se encuentran en la neoplasia extensos focos hemorrágicos, aparentemente no contemporáneos: pues mientras algunos tienen los glóbulos rojos perfectamente formados, otros tienen abundante fibrina, dispuesta en estrías paralelas.

En algunos puntos del tumorcito, así como en los límites de éste con el tejido circunvecino, se advierte la existencia de celdillas gigantes y de grandes masas provistas de abundantes núcleos, con los caracteres del sincitium.

Este sincitium, que es el punto interesante de la cuestión, examinado con más aumento, se le encuentra en relación con las fibras musculares de la pared uterina.

Adviértese en los hacesillos musculares que circunscriben el tumor, algunas fibras con el núcleo grande, vesiculoso y rico en cromatina; otras tienen dos ó tres núcleos, tomando en ellas la substancia protoplasmática cierta apariencia homogénea; y otras en fin, con muchos núcleos son semejantes al sincitium. Es de notarse que los núcleos de estas masas sinciciales son mucho más grandes que los que se observan en el sincitium de un huevo fisiológico. Cosa semejante existe en las porciones sinciciales del centro del tumor.

En ningún punto del contorno es posible comprobar con certeza, la existencia de cordones celulares, de sincitium ó cosa semejante que penetren entre los elementos del tejido muscular.

Se ve, pues, que en el caso, las masas sinciciales son formadas en gran parte por las mismas fibras del músculo.

Para hacer patente el significado de esta frase, me voy á permitir hacer brevemente el relato de las teorías que existen acerca de la patogenia del sincicioma.

Estas teorías están relacionadas en gran

parte, á las ideas dominantes respecto del origen y desarrollo del mismo sincitium normal.

En tres grupos pueden clasificarse las numerosas teorías.

1º: Teorías en las que el sincicioma se desarrolla como el sincitium, á expensas de elementos maternos.

2º: Teorías en las que el origen es exclusivamente fetal y

3º: Teorías que aceptan un origen mixto, es decir, tanto de procedencia materna como fetal.

Al recordar el desarrollo y evolución del sincitium normal, teniendo presentes las ideas dominantes de los autores, fácil es formarse juicio de conjunto en lo tocante al sincicioma.

Hay, sin embargo, algo en lo que faltaba solución definitiva y es lo siguiente: ¿Deben ser considerados como sinciciomas todos los casos en que se encuentra formación de sincitium, ó solamente aquellos en los que existen porciones de vellosidades coriales.

Para muchos de los que opinan que la procedencia del sincicioma es exclusivamente fetal, la cuestión no es dudosa, como sucede con Marchand, que tan minuciosamente ha estudiado el punto; pero hay otros como Gottschalk y Kossmann que no son tan estrictos y algunos como Ludwig Fraenkel, para quienes el sincitium no es indispensablemente un producto de la gestación, sino que puede desarrollarse alrededor de tumores y por lo tanto, en el neoplasma sincicial faltan las partes fetales.

Cuando el corio-epitelioma, como le llama Marchand de acuerdo con sus teorías, se desarrolla consecutivamente á una mola hidática ó á un aborto, la historia patológica del tumor uterino, casi no tiene importancia; pero hay casos en que habiendo pasado la mola sin consecuencias inmediatas y sin formar tumor en la matriz aparecen más tarde focos metastáticos en órganos más ó menos lejanos, como el pulmón, el cerebro, etc.: que revisten un carácter maligno. Estos casos son los que Schmorl llama de focos metastáticos sin tumor primitivo.

El caso nuestro tiene de interesante, según lo dicho, la formación aparente de sincitium, á expensas de las fibras musculares. Hay además en él, otro detalle no menos interesante y es el aspecto y tipo de las celdillas, que pudieran ser confundidas con las de un carcinoma. En él se observa además que no hay elementos iguales en todo á las celdillas de Langhans por

una parte, y por otra, que lo único que puede corresponder á porciones centrales de vellocidades, son los islotes de substancia homogénea, provistos de celdillas irregulares.

En resumen y como conclusión, la observación actual añade datos en favor de los conceptos siguientes:

19. Que el llamado sincitium en los sinciomas, puede en parte nacer á expensas del elemento muscular.

20. Que en su desarrollo, el sincioma puede estar constituido por partes de las vellocidades coriales más ó menos modificadas y sin que sea indispensable la reproducción estructural de ellas.

México, Febrero 4 de 1903.

DR. MANUEL TOUSSAINT.

HIGIENE.

LA PESTE ANTE LA HIGIENE.

I.

HISTORIA Y GEOGRAFIA.

§ 1.—Por ser de actualidad y por su notoria importancia, creo conducente decir algunas palabras acerca de la *Peste*.

Nada más natural que la sección de Higiene, aun cuando sea por boca del último de sus miembros, traiga al seno de esta ilustre Corporación, algunas referencias del terrible azote.

Sí, en general, los datos de remotos tiempos son tanto menos precisos, cuanto á mayor distancia se verificaron, con cuanta más razón esto sucede cuando los fenómenos de que se trata, son complejos, y además dificulta su conveniente observación el terror ó pánico que produce su acción terrible y colectiva. Esto acontece con la *Peste*, pues las noticias que á ella se refieren, en la antigüedad son vagas ó incompletas.

§ 2. Las primeras relaciones que de enfermedades pestilenciales poseemos, constan en los libros de Moisés, el de los Jueces y el de los Profetas. Después, en el año de 429, antes de nuestra era, se presentó epidémicamente la *Peste* en Atenas y el Peloponeso, adonde fué llevada por soldados infectados probablemente en Egipto. Pasó mucho tiempo y en el año 165 de nuestra era, aparece formidale y toma

el nombre de epidemia de los Antoninos, que repite en el año de 251 y entonces se le denomina de San Cipriano; después vuelve en el año 542 y es llamada peste de Justiniano. Sigue ascendiendo hasta el siglo XII y desde éste se mantiene estacionaria hasta el XVI y declina rápidamente en el XVII.

§ 3.—Las descripciones que á estas epidemias se refieren son inciertas y nada precisas; pero poco después la caracterización si es completa y se fija la entidad nosológica con el nombre de *Peste de Egipto* ó *Peste de bubones*, designando con lo primero su sitio mejor conocido y con lo segundo su carácter predominante y de cierto modo distintivo. También en la grande epidemia de 1318 se le llamó *Peste negra* y sus estragos fueron entonces tan terribles que en solo China mató 13 millones de habitantes y en toda la Europa causó la enorme cifra de 25 millones de víctimas, dando para ello las principales ciudades la *mitad* de su población y las del Sur las dos terceras partes (Hecker).

§ 4.—Geográficamente, la región de la *Peste* que fué primero conocida, como foco de origen, es la parte de Egipto comprendida entre el Delta del Nilo y la primera catarata. En seguida fué observada en gran parte del Mediterráneo, ocupando un semi-círculo cuyo centro era Siria. Después llegó á las orillas del mar Negro y del Caspio extendiéndose hacia el sur hasta el golfo Pérsico. A continuación se comprobó, como endemia, en las montañas de Armenia y en las vertientes occidentales del Himalaya á 3,000 metros sobre el nivel del mar.

Lo señalado forma lo mejor conocido de su asiento endémico y se ha observado que sus excursiones epidémicas se verifican, el mayor número de veces, hacia los climas fríos y los templados y sus recrudescencias coinciden con la baja temperatura. Por el contrario, si excepcionalmente va á un país cálido, tan pronto como la temperatura asciende mucho, ella se extingue. La Europa era el lugar favorito de su extensión y llegó hasta Irlanda en 1402 y en 1493; pero Inglaterra había quedado libre de sus estragos desde el siglo XVII, y la América se había conservado incólume á pesar de no interrumpir sus muchas relaciones asiáticas y europeas ni aún en tiempo de epidemias. En Egipto ha sido frecuente que aparezca en diciembre y concluya en junio, en la Mesopo-