

## ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

SESION DEL DIA 16 DE DICIEMBRE  
DE 1903.

*Presidencia de los Dres. Bandera y Ramirez de Arellano.*

Para hacer una comunicaci3n, tom3 la palabra el Sr. Dr. Ramos. Se refiri3 a la histeria, neurosis en cuyo conocimiento hay tantos puntos oscuros, que es imposible aun el definirla. Su patogenia es completamente desconocida y su etiologfa ha pasado por una serie de peripecias. Conocido este mal desde la m3s remota antigüedad, ha llamado siempre la atenci3n. Se crey3 que era patrimonio exclusivo de la mujer: los hechos han demostrado que existe tambi3n en el hombre y que no es nada rara en 3l. Se crey3 que estaba ligada la histeria al funcionamiento de los 3rganos sexuales y por eso se llam3 asf, de *istera*, útero; esta doctrina no es verdadera, pues se observa en mujeres casadas, en viudas, en mujeres que han tenido hijos; la teorfa genital pierde cada dfa m3s terreno. Si existe en el hombre, se crey3 que solamente en individuos delicados, afeminados, se presentaba; pero esto no es cierto: se ha observado en el ej3rcito y en la armada alemanes y en los soldados y marinos franceses. La gripa, el reumatismo, la gota, la diabetes y diversas intoxicaciones son causa de la neurosis. Ultimamente se ha formado un nuevo grupo de histerias: Desde 1885, Charcot señal3 el traumatismo como causa. Hoy que existen tantos ferrocarriles, en los que hay tan frecuentes accidentes, se ha observado una neurosis que se identifica con la histeria, aunque para otros observadores se trata de una afecci3n diferente. ¿C3mo obra el traumatismo? La causa no est3 en el hecho material del traumatismo; lesiones de muy poca monta provocan 3 veces la neurosis. Se produce cuando el traumatismo se acompaña de terror, de pánico. Empleando los m3todos de concordancia y diferencia de Stuart Mill, se logra encontrar la verdadera causa. Esta histeria no se diferenci3 de las otras, si no es por su causa. El Sr. Ramos acaba de observar un caso clfnico:

Una señoa, de edad media, sin ning3n padecimiento genital y que ha tenido varios hijos,

nunca tuvo manifestaci3n alguna de histeria. Hace dos meses se resbal3 en la escalera y rod3 los escalones. No se produjo, sin embargo, sino una ligera escoriaci3n en un antebrazo. A consecuencia del susto, se presentaron los estigmas y sntomas de la histeria. En el lado derecho del cuerpo tiene hemianestesia t3ctil, t3rmica y al dolor. El lado izquierdo, por el contrario, est3 hiperestesiado. Como estigmas visuales, presenta ambliopfa, no amaurosis, y discromatopsfa, sobre todo para el azul y para el violeta; todo del mismo lado anestesiado.

Tiene zonas hister3lgicas en los ovarios y en la lfaea axilar izquierda, asf como en la espina ilfaca anterosuperior. Preocupaba mucho 3 la enferma uno de los sntomas, la raquialgia, crey3ndose afectada de padecimiento medular. Adem3s, ha tenido ataques convulsivos, con todos sus caracteres. Como perturbaci3n psiquica, se nota la abulia; la enferma ha perdido la voluntad y la energfa, y se encuentra tambi3n la astasia-abasia de Charcot, que s3lo existe en la marcha y en la estaci3n en pie. En la familia no ha habido neur3patas.

¿C3mo obra el traumatismo? Indudablemente, por el terror. Acepta el Sr. Ramos la opini3n de Janet, que considera 3 la histeria como enfermedad originada por insuficiencia cerebral. Todo en ella es parad3gico. La personalidad del enfermo se divide en varias; de aquf la abulia. Puede admitirse que el traumatismo provoca la inhibici3n de las c3lulas cerebrales.—*A. Chac3n.*

SESION DEL DIA 30 DE DICIEMBRE  
DE 1903.

*Presidencia del Dr. Ramirez de Arellano.*

El Dr. F. Hurtado, en turno para lectura reglamentaria, ley3 un trabajo sobre «Estadística Hospitalaria,» y present3 3 las enfermas 3 las que en su trabajo hace alusi3n. El señoa Presidente nombr3 3 los Dres. V3zquez G3mez y Villarreal para examinar 3 las pacientes, lo que har3n en el hospital, dando despu3s cuenta 3 la Academia. El Dr. Montafio, comisionado por el señoa Presidente para examinar 3 una enferma de las presentadas por el Dr. Hurtado, que tenfa un

sarcoma orbitario, pasó desde luego á reconocerla é informó diciendo que la enferma ha mejorado, porque desaparecieron con la operación los dolores y las molestias; pero que queda un hongo sangrante y amenazador. Hace un mes quedaba una porción insignificante del tumor. Hoy está invadida la vaina de la rama del maxilar superior del trigémino. La enferma está condenada á muerte. Si el tumor crece hacia afuera, quizá sea aún útil una segunda intervención; mas si crece hacia atrás, sobrevendrán accidentes cerebrales. La intervención estuvo justificada, porque hizo desaparecer los dolores. El diagnóstico no era difícil. Hace dos días operó el Sr. Montaña á un enfermo en condiciones muy semejantes. Tenía un tumor bastante duro que databa de dos años. En las tardes el enfermo sentía calofríos. Puncionó el párpado y sacó pus. Se trataba de un absceso subperióstico, que fué vaciado con el bisturí.

El Dr. Domingo Orvañanos dió en seguida lectura á su trabajo de Reglamento, titulado «Un caso interesante de oclusión intestinal.» Se puso á discusión é hizo uso de la palabra el Dr. Hurtado. Dijo que el trabajo que acababa de escuchar, entraña un problema muy difícil de resolver. Hay casos de oclusión intestinal en los que no se encuentran grandes desórdenes al practicar la autopsia, pero esto es excepcional, y muchas veces el no encontrarlos depende del modo de hacerla. El Sr. Dr. Lavista era meticoloso, cuando se trataba de necropsia por oclusión intestinal y refirió en la Academia un caso de herida diafragmática, causa de la oclusión intestinal. El Dr. Hurtado duda que no exista nada cuando no se encuentra á la autopsia. Jonnesco ha tenido el mérito de describir tres foyetas retroperitoneales, las que son causa de la oclusión. El elemento nervioso, por el simpático abdominal, puede intervenir y provocar espasmo ó parálisis del intestino, ó bien espasmo de una porción y parálisis de otra. Hubiera sido conveniente el practicar el examen ginecológico, porque después de los partos, pudieron quedar bridas.

No siempre la evacuación del intestino produce la cura. Lo mejor es abrir el vientre en tiempo oportuno, aunque esta intervención sea peligrosa y mueran muchos enfermos.

*Dr. Orvañanos.*—Contestó que en el caso de

1900, la autopsia fué cuidadosamente hecha por el Dr. Toussaint y no se encontró la causa de la oclusión. Respecto del caso actual, realmente se resiente de la falta de examen ginecológico y de autopsia. La enferma había tenido multitud de cólicos como el referido y sentía sacudidas en el estómago y en los intestinos. Cedían á la belladona, á la asafétida y al reposo. La enferma conservó el apetito. Decía que sus convulsiones de histérica se pasaban al vientre. ¿Está el médico autorizado, en un caso semejante, á practicar la laparotomía? En los cólicos anteriores no fué necesaria. Siente el Sr. Orvañanos no haber usado la electricidad y el *massage*, como luego se le ocurrió.

*Dr. Hurtado.*—Cree que la laparotomía estaba indicada, en atención á que los cólicos eran repetidos. En el Hospital de Infancia vió varios casos de colitis; cuando morían los enfermitos, se encontraban invaginaciones agónicas.

Es posible que la enferma del Dr. Orvañanos haya tenido un principio de volvulus. La laparotomía ilustra, y á veces salva. Con la electricidad se hubiera exagerado el volvulus.—*A. Chacón.*

## FARMACOLOGÍA.

### NUEVAS OBSERVACIONES SOBRE EL PLUMBAGÍN.

Desde que se estudió la planta que produce este principio, el Pañete, en el Instituto Médico, se demostró que tenía una acción necrobiótica enérgica y que podría utilizarse para la destrucción de neoplasmas.

El año de 1899 señalé como punto de estudio, á uno de mis discípulos en la clase de terapéutica, que determinase el equivalente tóxico del plumbagín y su acción local sobre los tejidos vivos. Emprendieron el estudio los aprovechados alumnos Treviño, Puchot y Morales, quienes hicieron las experiencias fisiológicas en el Instituto Médico bajo mi dirección, y los exámenes histológicos en el Instituto Patológico, según recuerdo. Con los resultados obtenidos formaron una pequeña Memoria bien interesante, que ha quedado inédita.

En este año he tenido la oportunidad de ensayar dicho plumbagín en la destrucción de un epiteloma del glande, y las observaciones que recogí son las que vengo á comunicar á esta

único que sea digno de él, será sin duda *más dudado que el bronce . . . !*

*Quamquam festinas, non est mora longa,  
Licebit, injecto ter pulvere curras!*

Agosto de 1903.

L. TROCONIS ALCALÁ.

(Del «Boletín del Consejo Superior de Salubridad.»)

## ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

SESION DEL DIA 13 DE ENERO DE 1904.

*Presidencia de los Dres. Toussaint y Ramirez de Arellano.*

El Dr. Ricardo Ortega, socio correspondiente en Ciudad Porfirio Díaz, en turno para presentar su trabajo, leyó unos apuntes, haciendo ver que la fiebre amarilla no es propagada solamente por los mosquitos.

El Dr. Mendizábal. —Acerca del mismo asunto, expresó que los trabajos de la Comisión Americana son muy completos; pero el estudio de la cuestión deja aún, algunos puntos oscuros.

Opina que los moscos no son el único medio de difusión. Hay casos que no se explican por contagio por ellos. Se han desarrollado epidemias, transmitiéndose la enfermedad por cargamentos sucios, en los que no había *stegomyas*. En Orizaba se desarrolló una epidemia de vómito, el año de 1898 y los moscos existían en la población desde hacía mucho tiempo. Es evidente que el mosco transmite la enfermedad; pero no es su único modo de producción. Los anopheles no son siempre la causa del paludismo. El Dr. Lucio hacía notar que la malaria se desarrollaba en las personas que atravesaban las lagunas pontinas de noche y no en las que las pasaban de día y que precisamente, de día, es cuando más pican los mosquitos.

El Dr. Villarreal informó acerca de las enfermas del Dr. Hurtado que este señor presentó en la sesión anterior. Las estudiadas por el Sr. Villarreal fueron: Una con cirrosis hepática, en quien se practicó la omentofijación; una operada de hernia crural derecha; otra con carcinoma uterino; otra con metro-anexitis crónica, crecimiento y prolapso del anexo derecho y retrover-

sión, y la última, Angela Díaz, operada el 19 del presente.

Al Sr. Villarreal le ha impresionado la pequeñez de las incisiones y puede, en la práctica, tropezarse con algunos inconvenientes. La enferma de la hernia no está curada; se redujo el saco, por la pequeña incisión; pero no se redujo la hernia. Lo mismo tiene que observar sobre la enferma de cirrosis hepática; por una incisión pequeña sólo se puede trasplantar una corta porción de epiplón. El Dr. Hurtado es partidario de la incisión lateral y el Dr. Villarreal de la mediana. Los órganos genitales de esta enferma estaban afectados, como lo comprobó el Sr. Villarreal.

En cuanto á la enferma de carcimona uterino, le parece también muy pequeña la incisión (7 c. m.) y fué suprapúbica. El Sr. Hurtado operó, primero, por la vía vaginal, y después, por la histerotomía. La cauterización del tejido celular de la pelvis es sumamente grave y el Sr. Villarreal no es partidario de ella. En la enferma de metro-anexitis, bastó la incisión. Está la paciente en vía de curación; pero no sana.

*Dr. Hurtado.*—Contestó que, aun cuando la incisión para la omentofijación, parece pequeña, la práctica demuestra que da buenos resultados. A veces el alivio que procura la operación es sólo relativo ó pasajero. Schiassi, de Milán, aconseja no solamente la fijación del epiplón; sino que fija la corteza del bazo. La tuberculosis peritoneal se confunde á menudo, con la cirrosis hepática y con la fiebre tifoidea, como lo ha hecho notar Senn, de Chicago. Refirió el Sr. Hurtado un caso clínico: Una enferma con padecimiento útero-anexial consultó al Dr. Villarreal. Este cirujano hizo el massage y el legrado uterino, con muy buenos resultados, pues la enferma se hizo embarazada y tuvo un parto. Sobrevinieron accidentes como de septicemia puerperal. La enferma sucumbió y el Sr. Hurtado cree que se trató de tuberculosis peritoneal generalizada y que las maniobras practicadas por el Sr. Villarreal congestionaron la pelvis y difundieron la tuberculosis.

El Dr. Hurtado está de acuerdo en el peligro de la cauterización del tejido celular de la pelvis.

*Dr. Villarreal.*—En el tratamiento del cáncer uterino no hace jamás, la cauterización, después del vaciamiento hace lo que él llama peritoneosación, seguida de tabicamiento.

*Dr. Urrutia.*—La trasplatación de peritoneo, á veces es de resultados desfavorables. En dos enfermas después de puncionarlas, hizo la trasplatación y se reprodujo el líquido. En los cáveres encontró muchas veces alteraciones tuberculosas que producían ascitis. Tal vez la laparotomía ha curado estas ascitis tuberculosas, tomadas por casos de cirrosis.

El Dr. Montaña presentó á un enfermito que arrojó por la uretra, un cálculo demasiado grande. Tuvo retención de orina y molestias al orinar. La uretra era permeable á la sonda. Diagnosticó el cálculo que esta alojado en el cuello. Una noche se puso el enfermo muy mal y no arrojó orina. En la fosa navicular se encontró el cálculo que presentó el Dr. Montaña.

El Dr. Urrutia, nombrado para examinar al paciente, informó haber encontrado su uretra normal.

*Dr. Ortega.*—En un adulto quitó de la fosa navicular un cálculo periforme. En la fosa navicular quedó el cálculo y allí siguió creciendo.

El enfermo empujaba el cálculo, para poder orinar, con una pua de mezquite.

*Dr. Hurtado.*—No le parecen desmedidas las dimensiones del cálculo. Más voluminosos se pueden arrojar, aunque produciendo accidentes graves, desgarradura de los tejidos. En un caso se produjo, por esta causa, el flemón séptico y hubo necesidad de practicar la uretrotomía interna, el ojal perineal y la canalización de la vejiga. Para que el enfermo sanara, se necesitó una laparotomía suprapúbica y el desbridamiento del absceso pélvico. Aconseja al Dr. Montaña que explore la vejiga, para cerciorarse de que no quedan en ella cálculos.

El Dr. Villareal presentó el siguiente caso:

Teresa Flores de Welsh, casada, de 22 años. —Parametritis cervical posterior, retroversión adherente; hidrosalpinx izquierdo y pelviperitonitis plástica, crónica.

Operada el día 12 de agosto, bajo la acción del cloroformo. Dilatación y raspa uterina, celiotomía vaginal, anterior, desprendimiento de la matriz, adherente por pelviperitonitis. Luxación de la matriz y, en seguida, del anexo derecho, donde se encontró un quiste seroso, peritoneal que fué extirpado, haciendo una resección parcial del ovario y librando al pabellón de la trompa, de las adherencias. Extirpación del hi-

drosalpinx izquierdo, adherente, vagino fijación y colpografía anterior.

Se dió de alta el 27 de agosto de 1902. El 6 de agosto de 1903 tuvo su período que le duró 2 días (anteriormente le duraba 4 días), fué más escaso y sin dolor. No volvió á menstruar.

El 6 de enero de 1904 se presentó al Hospital, para sujetarse á un reconocimiento, porque tenía sospechas de embarazo. El examen comprobó un embarazo de cinco meses cumplidos.

—A. Chacón.

## H I G I E N E

### LACTANCIA.

La Providencia ha preparado en el laboratorio admirable del organismo humano ese líquido dulce, suave y tibio que el niño en los primeros tiempos de su vida recibe con fruición y reclama con sus lloros lastimosos y llenos de ternura. En la íntima unión de la madre y el niño, la composición de la leche de aquella, su riqueza y todas sus propiedades están arregladas para la crianza de aquel niño y no de otro, y de la misma manera el niño requiere la leche de aquella mujer y no de otra, y ya desde esta afirmación comprendemos por qué es un deber sagrado, ineludible, justo, el de la madre, y un derecho apremiante el del niño al exigir aquel alimento que es suyo, que está preparado para él, y sin el, que va á correr grandes riesgos su frágil vida ó á perecer tal vez.

Estoy convencido, señores, después de haber visto innumerables niños, que no es tan frecuente como se pretende que una madre no pueda criar á su hijo; las exigencias sociales, el amor á la estética y al bien parecer, el evitar las molestias de esa esclavitud pasajera á que el niño somete á quien lo cría, el temor á enfermedades imaginarias, la creencia de buena fe de que ya son víctimas de ellas, apoyadas en la gran mayoría de casos en una culpable debilidad del médico, que á menudo y lo diré de una vez, por no disgustar á su cliente pronuncia el «no es posible la crianza,» sin estudiar cuidadosamente el caso, sin fijarse en que un ligero cambio de régimen, ó la convicción que hagan nacer en sus clientes

# GACETA MEDICA DE MÉXICO

PERIÓDICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO IV.

MEXICO, 1º DE FEBRERO DE 1904.

2ª SERIE.—NUM. 3.

## ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

SESION DEL DIA 27 DE ENERO DE 1904.

*Presidencia del Dr. N. Ramírez de Arellano.*

El Sr. Dr. Zárraga hizo una comunicación: Ha podido observar que durante el parto mueren muchos niños en presentación pélvica, porque el cuello estrecha la circunferencia naso-occipital; la nariz queda obstruída por la pared posterior de la vagina. El niño absorbe los líquidos del canal y la sangre, y muere asfixiado. Para obviar esto, el Sr. Zárraga coloca la mano, formando canal; en la pared posterior de la vagina y que pueda llegar el aire á los órganos respiratorios del producto. Se le ha ocurrido mandar construir una valva vaginal de dos láminas; la que cubre la pared vaginal es maciza y la que está en contacto con el feto está perforada de agujeros. Las valvas están soldadas por tres lados y libres, del lado vaginal.

*Señor Presidente.*—En las primerizas es bastante dilatada la expulsión. No es fácil la conversión, por maniobras externas en la presentación pélvica. En las primerizas y con esta presentación del producto, tiene éste más probabilidades de sucumbir que de vivir, es, por lo tanto, de la mayor importancia el lograr que respire.

A continuación el Sr. Villarreal habló sobre el cáncer uterino. Se pregunta si esta afección es curable. Cuanto se hace para tratarlo es inútil. Sin embargo, de vez en cuando se opera á una enferma y el mal no se reproduce. El Dr. Villarreal ya ha presentado casos á la Academia, de enfermas operadas (hasta tres años antes), en las que no ha habido reproducción del neoplasma. Los casos de curación son, no obstante, los menos.

Hace dos años presentó una enferma, operada hace ya, tres. Está completamente sana; en

los tejidos no hay infiltración morbosa. No hubo error de diagnóstico; el microscopio demostró tratarse de un epiteloma. Fué operada por la vía vaginal. Interviene por la vía vaginal, cuando el epiteloma no ha pasado de la superficie del hocico de Tenca; de otro modo, opera por el abdomen.

*Dr. Zárraga.*—Entre sus operados, cuenta con una enferma á la que se le practicó la histerectomía vaginal, por cáncer. El examen del neoplasma fué hecho por el Dr. Gayón. Se operó hace dos años y no ha habido reproducción. ¿Han sido realmente casos de cáncer uterino aquellos en los que después de la operación no ha reaparecido la enfermedad? Una enferma del Sr. Zárraga tenía el cuello uterino de aspecto canceroso. Anestasiada, se le extirpó un fragmento; un histologista muy competente que hizo el examen, dijo tratarse de tumor carcinomatoso. Bajo la acción de curaciones antisépticas, en 8 á 10 días se modificó notablemente el aspecto del cuello. Nueva anestesia; á dos diferentes histologistas se les remitieron fragmentos y contestaron que la producción morbosa no era absolutamente maligna.

*Dr. Villarreal.*—La enferma que él operó, tenía realmente cáncer; lo confirmó el microscopio. Aunque hay excepciones, el diagnóstico es fácil en la inmensa mayoría de los casos. Una mujer que después de la menopausia tiene sangre, podemos decir de ella que padece cáncer, si se le encuentra el cuello duro y sangrante. Es difícil el diagnóstico en mujer joven; pero con la ayuda del microscopio y otros medios, se llega á él. Existe una afección que se toma por cáncer; la tuberculosis del cuello que se acompaña de tuberculosis de las trompas y del peritoneo. En un caso de sincisioma maligno, fué hecho el examen microscópico de los productos obtenidos por la raspa; la enferma curó.

*Dr. Hurtado.*—Hay razón, tanto de parte del Sr. Villarreal, como del Sr. Zárraga. En el diag-

nóstico del cáncer uterino debemos de tener en consideración el que invade el cuerpo y el que está localizado en el cuello, con invasión del parametrio. El diagnóstico de este último es muy fácil; sólo se confunde con la tuberculosis.

Es también fácil el diagnóstico del siucisioma.

El cáncer del cuerpo es bastante raro y más difícil de diagnosticarse y mucho más, si el cáncer tomó nacimiento en la mucosa.

Refirió el Dr. Hurtado haber operado á una enferma. El diagnóstico anatómico suscitó algunas dudas entre él y el Dr. Prieto; el Sr. Toussaint confirmó que se trataba de cáncer. Fué operada la enferma por la vía vaginal y está sana actualmente. El diagnóstico es difícil en casos de cáncer secundario, como aconteció en una enferma del Dr. D. Francisco Chacón, en la que una endometritis vulgar degeneró en cáncer.

*Dr. Ignacio Prieto.*—El asunto que se está tratando, es de actualidad. El cáncer es curable por intervención quirúrgica, en ocasiones, y es enfermedad muy común.

*Dr. Zárraga.*—Aclaró que la duda que tiene es, si los casos de cáncer uterino que se presentan como curados, han sido realmente de esa enfermedad. El histologista que practicó el primer examen de la pieza, en la enferma de quien habló, fué el Dr. Toussaint. La segunda pieza fué examinada por el Sr. Toussaint y por el Dr. Mesa Gutiérrez. Ambos dijeron que no se trataba de cáncer.

*Dr. Villarreal.*—Difiere de las opiniones del Dr. Hurtado, con respecto al tratamiento del cáncer uterino, enfermedad que llama maldita: El médico es impotente aun para proporcionar alivio; la morfina, medicamento muy eficaz, casi siempre, para calmar los dolores, en estos casos no lo es. La neuralgia pélvica y el cáncer uterino son la pesadilla de los ginecólogos.

El cáncer, al principio, es curable; no debe de dejarse que se reproduzca, para, después, extirparlo. El cáncer reincidente avanza sobre la cicatriz.

Nombrado el Sr. Dr. Prieto para examinar á la enferma del Sr. Villarreal, informó que el éxito había sido completo. El vientre de la enferma es de paredes gruesas. En la excavación no se siente ningún endurecimiento. La vagina la encontró de dimensiones reducidas y elástica y se siente, por el tacto, el muñón.—*A. Chacón.*

## OBSTETRICIA

### OPERACIÓN CESAREA

SEGUIDA DE LA

#### EXTIRPACION DE LA MATRIZ

PRATICADA CON ÉXITO PARA LA MADRE Y EL HIJO EL DÍA 6 DE JUNIO DE 1903 POR EL DR. FERNANDO ZÁRRAGA.

El día 4 de junio último fuí solicitado por la profesora de obstetricia Sra. Rita del Castillo para ver á una señora que estaba estrecha, muy estrecha de la pelvis, y á la que era preciso hacer algo para salvarla, así como á su hijo.

Acudí á ver á la persona de que se me había hablado y me encontré una señora de busto regular; pero en la que los miembros inferiores eran excesivamente cortos, al grado que su estatura como se comprobó después era sólo de 120 centímetros. Un interrogatorio me hizo saber que la Sra. R. de E. era italiana de origen, que habiendo nacido en Roma y habiendo andado bien, fué atacada á los 5 años de raquitismo y que quedaron sus miembros inferiores de tal modo deformados que la marcha se hizo imposible, y que su padre por esta circunstancia la envió al Instituto de Raquíticos de Milán, en donde fué atendida por el Dr. Antonio Piantanida, el que no sólo la trató desde el punto de vista del raquitismo, sino que le practicó operaciones sobre los huesos que enderezaron sus miembros y la pusieron en estado de poder moverse. Sus reglas aparecieron en la edad común para ello y siguieron sin interrupción ni accidente. La Sra. R. contrajo matrimonio hace 3 años cuando contaba 23 de edad y no vino la concepción sino hasta el espacio de tiempo entre las reglas de agosto y las de septiembre de 1902. El 22 de agosto se presentó por última vez la regla durando sólo 3 días y en septiembre no vino ya, siguiendo el embarazo sin novedad. Cuando comenzaba su séptimo mes fué vista á lo que se me informó por el Sr. Dr. Alberto López Hermosa y se me cuenta que opinó porque fuera á la maternidad para combinar un parto provocado con la sinfisiotomía; ignoro lo que haya de cierto en esto.

Cuando yo ví á esta señora tenía ya contracciones dolorosas; pero sin efecto marcado sobre el cuello para dilatarlo. Encontré una posición de vértice dorso anterior, sin que la cabeza abo-

## ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

*Sesión del 3 de Febrero de 1904.*

*Presidencia de los Sres. Soriano y R. de Arellano.*

El Sr. Dr. Hurtado comunicó á la Academia un hecho observado por él últimamente y que viene á corroborar sus ideas expuestas en otra ocasión, acerca del tema relativo á la benignidad de la sífilis entre nosotros; pues en su concepto, basta someter á los enfermos á un tratamiento apropiado y oportuno, para verlos curar, después de algún tiempo de seguirlo empeñosamente. Las proposiciones por él asentadas á este respecto, llevaban la tendencia de probar que puede ser permitido el matrimonio á un sífilítico, siempre que durante cierto tiempo, 3 años, cuando menos 2, se haya sometido á un tratamiento adecuado. Las estadísticas de Fournier y los casos relatados tan concienzudamente á la Academia por el Sr. Dr. Ramos, lejos de contradecir este modo de ver, sirven para apoyarlo; porque todos ellos hacen mención de sujetos que precisamente no se habían tratado su enfermedad con la oportunidad y perseverancia requeridas.

El hecho de que hace mérito, es referente á un individuo de 34 años, robusto, de buena constitución; hacía 10 años que había contraído la sífilis, presentando manifestaciones guturales intensas. Fué atendido por persona tan idónea como lo era el Sr. Dr. J. J. R. de Arellano, que le prescribió el uso del jarabe de Gibert durante seis meses continuados.

Transcurrido bastante tiempo para reputarse ya curado, contrajo matrimonio, frutos del cual fueron 2 niñas y 1 niño, que en la actualidad son ya dos señoritas y un hombre muy sano. Duró casado algunos años, al cabo de los cuales enviudó. Más tarde padeció un serio ataque de apendicitis, de la cual curó sin intervención quirúrgica; así también tuvo la buena fortuna de curar de una lesión hepática de cierta importancia, sin necesidad de apelar á ningún recurso operatorio. Tres años más han transcurrido después de este último padecimiento, sin novedad alguna, hasta Noviembre próximo pasado en que tuvo un ligero ataque de influenza, durante el cual nunca hubo reacción febril; posteriormente ha tenido dis-

nea cardiaca, ligeros ataques de angina de pecho, ligeros edemas, sin anestesia ni parestesia; anorexia, tensión epigástrica, vómitos biliosos, evacuaciones; intolerancia por la leche. Alguno de los médicos que lo asistían entonces, creyó encontrarle un derrame pericárdico; por eso le ordenó la aplicación de un vejigatorio. Con respecto á este último dato, el Sr. Hurtado no le dió gran crédito, no obstante la reconocida competencia de quien emitió tal concepto; pero era muy insólito el hecho sin reacción febril alguna y sin ningún antecedente reumático.

Sea como fuere, lo cierto es que el enfermo se desnutrió rápidamente, estaba enflaquecido y con triste subictérico. Si era de llamar la atención el antecedente relativo á que habiendo contraído segundas nupcias, su señora había dado á luz un producto muerto. Al visitarlo últimamente el Sr. Hurtado, ha tenido oportunidad de presenciar 4 ó 5 ataques de angina de pecho; al explorarlo encontró aumentado el área cardíaca y velados los ruidos. Flaco, pálido el enfermo, con la piel de un tinte verdoso; la cara vultuosa; las encías y mucosas descoloridas; el vientre retraído é indoloro; el hígado pequeño, con tensión del epigástrico; no crecido el bazo, sin aritmia el pulso; llegó á pensar el Sr. Hurtado en una lesión de las arterias coronarias. Pero el análisis de las orinas vino á arrojar bastante luz: aumentada la densidad y con notable exceso de urobilina, no cabía duda respecto á la insuficiencia hepática; visiblemente alterada la célula, había intoxicación crónica. Por los antecedentes referidos, juzgó conveniente el Sr. Hurtado administrar el cianuro de mercurio por la vía hipodérmica, hasta tocar ligeramente las encías; esparteína, cafeína, estricnina, aceite fosforado. Por medio de un vejigatorio á la región precordial y el empleo de algunas inyecciones de heroína, desaparecieron los accesos de angina de pecho. Notablemente mejorado por varios días, volvió á agravarse últimamente y el día anterior á esta comunicación ha tenido disnea, vértigos, pulso frecuente, taquicardia; y ha sucumbido por síncope, conforme lo había pronosticado el Sr. Dr. Terrés, que lo vió en esos momentos.

Terminó el Dr. Hurtado su exposición, manifestando que en su concepto era el presente uno de aquellos casos de diagnóstico y pronóstico difíciles tocante á los síntomas observados en la actualidad y para comprender los cuales y apreciar-

los debida y justamente, mucho servían sin duda los antecedentes, notablemente los referentes á la sífilis adquirida, que no había sido tratada con el rigor indispensable, mediante una medicación apropiada y sostenida con perseverancia.

*El Dr. Terrés.*—Manifestó que, por el estado de gravedad del enfermo, no le fué dado el practicar un examen detenido. A juicio suyo, se trató de dilatación aguda del corazón, con inminencia de muerte por síncope, la que, efectivamente, acaeció poco después de que vió al enfermo.

*Dr. Urrutia.*—No participa de las ideas del Dr. Hurtado. Opina que el Dr. Alvarez tuvo razón al diagnosticar derrame pericárdico y en aquella ocasión aconsejó á la familia que el Sr. Alvarez continuase asistiendo al paciente y siguiesen sus prescripciones.

A. CHACÓN.

**MEMORIA PRESENTADA POR EL DR. EMILIO F. MONTAÑO**

PARA TOMAR PARTE EN EL CONCURSO  
ABIERTO CON EL OBJETO DE CUBRIR UNA PLAZA VACANTE  
EN LA SECCIÓN DE FÍSICA Y QUÍMICA MÉDICAS.

1903.

**EL PRISMA;**

SUS APLICACIONES EN CLÍNICA.

En Optica se da el nombre de Prisma á un medio transparente limitado por dos planos que forman un ángulo que lleva el nombre de refringente.

La propiedad fundamental del prisma consiste en desviar de su dirección primitiva á todo rayo luminoso que lo penetra; esta desviación se efectúa hacia la base. Si la substancia de que está formado es homotropía, sólo en un sentido se propaga el movimiento molecular; pero si es heterotropía, la propagación se hace en dos direcciones (prisma birrefringente).

Depende el cambio de dirección, del retardo que sufre en su velocidad la onda de propagación al tener que vencer mayor resistencia molecular. Si este retardo se efectúa en toda la longitud de la onda, esto es, cuando el rayo es normal á la superficie del medio refringente, no hay desviación.

Apartándome del proceder de los autores de física, me ha parecido que se facilita mucho el estudio del rayo luminoso á través del prisma su-

poniéndolo perpendicular á la cara de incidencia: en efecto, el rayo R. C. (Fig. 1) no sufre desviación hasta llegar á O.; pero en este punto ya no encuentra normalmente á la cara A. J., formando con la línea perpendicular á esta cara el ángulo i, llamado de incidencia y al salir el ángulo r, que es el de refracción, prolongando el rayo refractado R'. O. el punto R. se verá transportado á R'' y formará con la primitiva dirección el ángulo d., que indicará la desviación sufrida.

No entra en mi plan demostrar las leyes de la refracción; dándolas, pues, por conocidas, tenemos:

$$\frac{\text{sen } i.}{\text{sen } r.} = \frac{1}{n}$$

llamando n. el índice de refracción.

El ángulo i. es complementario de A. O. C. y el ángulo A. es complementario también de A. O. C., puesto que el ángulo en C. es recto, luego A.=i.

de donde

$$n \text{ sen } A. = \text{sen } r. \dots \dots \dots (1).$$

Por otra parte, el ángulo r. es opuesto al vértice de i.+ d. luego

$$r = A + d. \dots \dots \dots (2).$$

Como A. es siempre pequeño, no hay gran error en hacer como Kepler

$$\text{sen } A. = A. \text{ y } \text{sen } r. = r.,$$

por lo que:

$$n. A. = r. \dots \dots \dots (3).$$

y además

$$n. A. = A. + d. \text{ y } n. - 1 = \frac{d}{A} \dots \dots (4).$$

y si el prisma es de crown en que  $n = \frac{3}{2}$

$$d. = \frac{A}{2} \dots \dots \dots (4) \text{ bis.}$$

En virtud de la reversibilidad de la luz, podemos tomar por incidente R'. O. y por refractado O. R., si la incidencia no es normal, agregando otro prisma igual A. H. L. Podemos aplicarle la misma construcción.

Siendo la propiedad fundamental del prisma

# GACETA MEDICA DE MÉXICO

PERIÓDICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO IV.

MEXICO, 1º DE MARZO DE 1904.

2ª SERIE.—NUM. 5.

## ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

*Sesión del día 17 de Febrero de 1904.*

*Presidencia*

*de los Dres. Soriano y Ramírez de Arellano.*

El Dr. D. Aureliano Urrutia leyó un trabajo reglamentario al que intituló "Algunos apuntes de Cirugía Cerebral."

En seguida se concedió la palabra al Sr. Dr. Eduardo Licéaga, quien comenzó pidiendo excusas por no haber podido llegar desde el comienzo de la sesión. Hizo una detallada exposición de la campaña que se ha emprendido para hacer desaparecer la fiebre amarilla de la República, haciendo notar el incremento que últimamente tomó esta enfermedad, extendiéndose á varias poblaciones del País y de los Estados Unidos; expuso los medios que se han puesto en práctica é indicó los buenos resultados que empiezan ya á lograrse.

(La comunicación del Sr. Dr. Licéaga se publicará íntegra).

A. CHACÓN.

*Sesión del día 24 de Febrero de 1904.*

*Presidencia del señor Doctor J. M. Bandera.*

El Sr. Dr. Eduardo García dió lectura á su trabajo reglamentario, al que puso por título "Curación radical de la hernia inguinal no extranguada, en el niño de poca edad."

La discusión de este trabajo la inició el Sr.

*Dr. Vázquez Gómez.*—Dijo no haber practicado operaciones de hernia inguinal en el niño. Las hernias de los niños son generalmente congénitas y susceptibles de curar por el vendaje, el que debe de usarse por más de dos años, siempre que no haya contraindicación. Mientras menor es la

edad del niño, más probabilidades tiene de curar. A los cinco años no se obtiene ya la curación por el vendaje. Esto depende de las diferentes disposiciones anatómicas del canal vagino-peritoneal. Hay que estudiar cada variedad anatómica de hernia; unas se curan y otras, no.

*Dr. Mendizábal.*—En la época en que el único tratamiento de la hernia no extranguada, lo constituía el uso del braguero, observó que de las hernias de los niños curaban, por ese medio, casi las dos terceras partes. La dificultad que se debe vencer, consiste en no impedir el descenso del testículo, con un vendaje apretado.

*Dr. Vázquez Gómez.*—La hernia con ectopia testicular, es ya complicada y requiere operación. Para obviar el inconveniente señalado por el Dr. Mendizábal, se hace uso de aparatos huecos que no comprimen al testículo. Más tarde se emprende la operación de la ectopia y la radical de la hernia.

*Dr. García.*—La hernia del niño debe de llamarse, siempre, congénita, aun cuando al nacer no se haga aparente. Se nace herniario. En conversaciones que en París tuvo el Sr. García con el Dr. Broca, este cirujano le dijo que el braguero, por la presión que ejerce, es susceptible de provocar accidentes en un canal anómalo y más aún, si está mal hecho ó mal aplicado. Debe de estar constantemente vigilado. Se sabe que la condición de éxito es que el braguero se use de día y de noche, continuamente. Hay que mandar fabricar para cada individuo el braguero que necesite, y no comprarle uno ya hecho. Ahora bien, los bragueros, aun el inglés, que es el mejor, son muy difíciles de conservarse durante la noche. El reproche del braguero es precisamente, la necesidad de tenerlo constantemente aplicado por 2, 3 ó más años, tiempo en el que está conforme el Sr. García que se debe de llevar, y por esa razón es preferible la operación radical. La cuestión delicada en los niños, es que puedan resistir á lo que antiguamente se llamaba shock, á las sustancias

anisépticas que se usan en la operación, etc. Las hernias umbilicales son las que mejor curan con braguero, y sin embargo, se operan.

*Dr. Vázquez Gómez.*—El Sr. García se pregunta por qué razón, si el niño es capaz de resistir á la operación, no se opera, y el Dr. Vázquez, á su vez, pregunta: ¿Por qué han de operarse las hernias de los niños, si son curables sin la intervención quirúrgica? ¿Para qué exponer al niño á los peligros de una operación? No es lo mismo la hernia del adulto que la del niño. No es inevitable el que los niños padezcan de tos ferina, según el temor manifestado por el Sr. García. El Sr. Vázquez Gómez tiene nueve niños y ninguno de ellos ha padecido la coqueluche.

Terminada esta discusión, el Sr. Dr. Tobías Núñez hizo su lectura, intitulado su trabajo "Sarcoma desarrollado en el antro de Highmore, pasando á la cavidad bucal por los alveolos. Operación. Breves consideraciones sobre el caso."

A. CHACÓN.

## DICTAMEN DE LA COMISION DE FISICA Y QUIMICA

ACERCA

De la admisión del Dr. Emilio F. Montaña, para ocupar la vacante que existe en esta sección.

La memoria del Dr. Montaña se intitula "El Prisma y sus aplicaciones en Clínica."

Comienza por dar una buena definición de prisma, estudia después su propiedad fundamental, es decir, la desviación que sufre todo rayo luminoso que lo atraviesa, y apartándose del proceder de los autores de Física, estudia el rayo luminoso suponiéndole perpendicular á la cara de incidencia. Entra después en consideraciones respecto del modo con que se ha utilizado en Clínica esa propiedad fundamental demostrando que la desviación depende del ángulo refringente y del índice de refracción de la substancia de que el prisma está formado. Hace conocer la fórmula por medio de la cual se calcula la desviación del ángulo límite.

Trata en seguida de la unidad más conveniente para graduar los prismas; se refiere á lo que Prentice llama prisma dioptria y le encuentra el inconveniente de substituir tangentes á ángulos y de dar medidas erróneas; en consecuencia juzga desventajosa la numeración del ángulo métrico

de Nagel porque aunque tiene la ventaja de patentizar la relación entre la convergencia y la acomodación, presupone constante una distancia de seis centímetros entre los centros de rotación de los ojos. Por fin, se decide con Jackson por los prismas graduados por su ángulo de desviación directamente y propone se haga uso de la división decimal de la circunferencia, graduando los prismas por la desviación, en milígonos.

El autor se ocupa después del modo de anotación de los prismas por los diferentes sistemas y cree más racional para la orientación tomar la arista que es una línea definida y no la base, plano indefinido y difícil de situar.

Considera la dispersión como corolario del poder de desviación y ampliando esta idea, explica la formación del espectro solar de Newton al atravesar un prisma la luz blanca.

El autor de la memoria expone después, cómo se utilizan las propiedades del prisma como medio de exploración y como medio terapéutico. Divide al efecto la exploración en objetiva y subjetiva, según que el observador recoge los datos que le proporciona la luz después de atravesar el prisma, ó bien que estudia el efecto producido en el sensorio del sujeto explorado. Hace mención después de las ventajas que nos proporcionan los instrumentos como el endoscopio y el oftalmoscopio, en los que las propiedades del prisma facilitan la exploración de órganos ocultos é inaccesibles á otros modos de examen. Acompaña un prisma de su invención muy útil en la exploración del ojo y pondera los servicios que el uso del prisma presta para hacer el diagnóstico de la hemianopsia homónima basal y supranuclear, así como la aplicación del prisma birrefringente acromático en la medición del radio de la córnea en sus diversos meridianos.

Las aplicaciones del espectroscopio son bien estudiadas por el autor, así como el hematoespectroscopio de Henocque. El análisis polariscópico tan recomendable en la investigación del azúcar en un líquido, es también indicado en la memoria.

En la exploración subjetiva se hace el estudio de la utilización del prisma, cuando las líneas binoculares de los ojos no se cruzan en el punto de fijación, ó bien cuando se cruzan por un esfuerzo inconsciente de alguno de los músculos extrínsecos (heteroforia).

El poder de dispersión del prisma es mención

# GACETA MEDICA DE MÉXICO

PERIÓDICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO IV.

MEXICO, 1º DE ABRIL DE 1904.

2ª SERIE.—NUM. 7.

## ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

*Sesión del día 16 de Marzo de 1904.*

*Presidencia del Dr. José María Bandera.*

El Dr. Montañó presentó un espinteroscopio y unas radiografías obtenidas con el mismo aparato, leyendo un trabajo sobre el asunto.

El señor Secretario segundo dió lectura al trabajo del socio correspondiente en Ciudad «Porfirio Díaz» Dr. Ricardo Ortega. El título es «Algunos datos sobre la etiología de la fiebre amarilla.» Con motivo de este trabajo hizo uso de la palabra el

*Dr. Mendizábal.*—Empezó diciendo que agradecía al Sr. Ortega el haber obsequiado su indicación de escribir sobre el asunto. Es difícil seguir, punto por punto, la extensa memoria; pero de ella se desprende que hay otros medios de transmisión de la fiebre amarilla que los mosquitos. El Sr. Ortega aduce muchos argumentos, como prueba, haciendo oportunas citas de la obra de Béranger-Feraud.

Los americanos han logrado hacer desaparecer la fiebre amarilla de la Luisiana, en particular, de Nueva Orleans y también de Nueva York y de otras localidades, saneando las ciudades, y esto aun antes de que se preocuparan de los moscos; no la previenen solamente matando estos insectos. En la Habana hicieron lo mismo. No se sabe que parte del éxito haya sido debida á los otros medios. Otra precaución que han tomado, es la de no dejar entrar enfermos de vómito á aquellas localidades en donde ya ha desaparecido.

No cabe duda de que el mosco es uno de los principales vectores; pero solamente se logrará extirpar el mal, con un saneamiento completo, como el que se practicó en la Habana y fué muy escrupuloso.

De Veracruz, la fiebre amarilla se ha propagado, bajo forma de epidemias, á otras poblaciones, como Córdoba y Orizaba. El mosquito ha existido siempre allí, y sin embargo, el vómito sólo se presenta pasado cierto número de años. ¿Por qué razón unos años hay epidemia de vómito en Orizaba y en Córdoba y otros no?

Que el mosquito sea el único vector de la enfermedad no es creíble.—*A. Chacón.*

## ESTADÍSTICA MÉDICA.

### Algunas observaciones de estadística hospitalaria.

SEÑORES CONSOÇOS:

Falto de tiempo para dedicaros en la oportunidad con que me brinda mi turno reglamentario algún trabajo científico más digno de vuestra alta ilustración, me atrevo á presentaros las siguientes observaciones clínicas de mi práctica hospitalaria, que transcribo del libro de historias clínicas del servicio quirúrgico que es de mi cargo en el Hospital San Andrés, volviendo á suplicaros que perdonéis su incorrección, y, que si algún interés pueden ofrecer, estriba en el éxito terapéutico obtenido en algunas de las enfermas que someto al escrupuloso examen que en ellas podéis hacer, omitiendo entrar en amplias consideraciones con la esperanza de que vosotros las haréis mejor que el que tiene el honor de dirigiros la palabra.

OBSERVACIÓN PRIMERA.

*Cirrosis de Laenec.—Operación de Morriison.—Mejoría.*

Feliciana Chacón, de Texcoco. De 31 años, casada, múltipara, ingresó al hospital el 13 de Noviembre de 1903.

*Antecedentes.*—Ninguna enfermedad anterior. Refiere que el 15 de Octubre del año pasado tuvo un disgusto después del cual sintió dolor intenso en el epigastrio que persistió todo el día y que se irradió á toda la extensión del vientre. Luego sobrevinieron los síntomas comunes de catarro gástrico, entre los que se marcó intensa sed que la obligaba á ingerir continuamente considerable cantidad de agua y de pulque que exacerbaron su dolencia, hasta el grado de hacerse insoportable la sensación de plenitud del vientre, el cual en poco tiempo llegó á adquirir la forma característica del derrame ascítico por obstáculo de la circulación de la vena porta, con el cortejo habitual de los síntomas gastro intestinales, entretenidos por el obstáculo mencionado, y por la intoxicación crónica que mantenía la enferma por su intemperancia respecto del uso immoderado que hacía de bebidas y de alimentos indigestos, antes y después de sentirse gravemente enferma.

Ha sufrido repetidas epistaxis y moderada ictericia que aun persiste.

Por el examen se encontró el hígado pequeño, el bazo crecido, grande ascitis y muy marcada la circulación venosa suplementaria.

Se diagnosticó de cirrosis vulgar.

Antes de proceder á la operación se procuró moderar la diarrea profusa y se la tonificó con inyecciones subcutáneas de estricnina y cafeína y de suero sódico.

El diez de Diciembre se practicó la homentofijación en la extensión que marca la cicatriz, la que se halla situada á cinco centímetros de la línea media y á su derecha y que corresponde á la llamada incisión parabiliar, mediante la cual se evacuó el líquido peritoneal en proporción de treinta litros; se exploró la vesícula biliar que no contenía concreciones.

No sobrevino elevación térmica; se moderó la diarrea; la cicatrización de la herida se logró de primer intento, mejoró el estado general por la continuación de las inyecciones tónicas, y, finalmente, aumentó la tensión sanguínea, que antes estaba notablemente disminuída, no habiendo hasta el presente reproducción del derrame ascítico.

#### OBSERVACIÓN SEGUNDA.

*Hernia crural derecha.—Oclusión del canal.—Curación.*

Refugio Monroy, de 45 años, viuda, de San Luis de la Paz. Entró el primero de Diciembre de 1903.

*Antecedentes.*—Refiere que hace cuatro años, á consecuencia de tos pertinaz, sintió agudo dolor en la ingle derecha y observó en dicha región un abultamiento del tamaño de una nuez, el cual desaparecía por el reposo y crecía visiblemente cuando se agitaba por el esfuerzo que requerían sus faenas domésticas. Acusa padecer de rebelde estreñimiento y algunas veces sufrió cólico que le producía angustia mortal, viéndose obligada á consultar con algunos médicos, entre otros, con el Dr. Ignacio Prieto, quien después de atenderla en esa situación la aconsejó entrarse al hospital para hacerse operar la hernia crural, pues juzgó inútil la aplicación del braguer por la naturaleza de la hernia y por la complicación de la parálisis intestinal que llegó á revestir un carácter de gravedad alarmante.

Con anterioridad á la formación de la hernia había padecido la señora infección pulmonar, revelándose hemoptisis frecuentes sin ciclo febril, pero acusando dolor en la fosa supraespinosa derecha.

Se diagnosticó de hernia crural derecha reducible. El aparato pulmonar se encontró sano.

El siete de Diciembre se intentó la cura radical de la hernia, no habiendo logrado estirar el saco para hacer su resección, según prescribe el método clásico de Champiónnier, debido á que después de algunos días y por el reposo que guardó la enferma, su hernia se había mantenido reducida y en los momentos de la operación no bastaron á hacerla aparente los esfuerzos de presión que se hicieron con ese intento.

La intervención se limitó, en consecuencia, á suturar mediante hilo de catgutt las paredes del canal previamente avivadas y á pasar cuatro hilos de plata, los cuales ocluyeron las partes blandas divididas en la pequeña extensión que ahora se ha hecho más reducida por la completa cicatriz que se obtuvo de primer intento.

Sobrevino cólico al siguiente día de la operación, que cedió con el uso de la belladona y de las irrigaciones intestinales y llegó á pensarse en la

indicación de la celiotomía, por creer que el saco herniario retenido pudiera presentar adherencias intestino epiploicas, origen probable de los cólicos que sufrió antes de consentir en la intervención quirúrgica, y como quiera que los mismos accidentes, en vez de conjurarse con aquella, se agravaron tan luego como se realizó, no dejó esta circunstancia de preocuparnos durante dos días, lapso al fin del cual dije ya que cedió la parálisis. Sea lo que fuere, me atrevo á deducir de este hecho excepcional la conveniencia de no proceder á la operación usual de cura radical de la hernia, si no se encuentra ésta aparente en ese mismo momento, ó procurar conseguirlo mediante esfuerzos que implican posturas difíciles, como las que demanda el acto de ejecutar los movimientos de extensión y de flexión llamado vulgarmente *asentadillas*, ó la compresión del vientre por una faja, etc.

Por no aquejar la señora ninguna molestia, se le expide su alta aconsejándole de volver al establecimiento en caso de que experimente alguna sensación anormal.

## OBSERVACIÓN TERCERA.

*Metroanexitis crónica y retroversión.—Laparatomía.—Operación de Tait.—Acortamiento de los ligamentos redondos.—Curación.*

Francisca Torres, de Puebla, casada, de treinta años, múltipara, ingresó el 13 de Octubre de 1903.

*Antecedentes.*—Leucorreica desde los diez y ocho años, atribuye su enfermedad, que data de la misma época, á una caída que sufrió resbalando y separándose los dos muslos de un modo brusco, ocasionándose desde luego ligera hemorragia acompañada de dolor irradiado del sacro al pubis, que de pronto le obligó á guardar cama y que por su persistencia la inhabilitó durante algunos meses para efectuar cualquier esfuerzo.

Hace un año sufrió nuevo traumatismo cayendo sentada, después del cual tuvo metrorragia y se extendió el dolor de carácter pungitivo por todo el miembro derecho hasta el pie.

Dismenorreica, dispéptica y neurasténica solicita atención quirúrgica por la rebeldía de su dolencia.

Se diagnosticó de metro-anexitis crónica, encontrando abultado y en prolapso el ovario dere-

cho. Retroversión adherente. La esterilidad se explicó por la exacerbación del padecimiento sexual.

El día 9 de Noviembre se practicó el legrado uterino y la celiotomía suprapúbica, desprendiendo extensas adherencias que retenían la cara posterior del útero en el fondo de saco de Douglass, se extirpó el anejo derecho por la grande alteración microquística que reveló y que lo hacía in-conservable, se acortaron ambos ligamentos redondos, ocluyendo la herida abdominal por la sutura de planos.

En la actualidad, una vez cicatrizada la herida, continuó curándose del catarro uterino y de los síntomas neurasténicos.

## OBSERVACIÓN CUARTA.

*Cáncer del útero.—Histerectomía abdomino-vaginal.—Mejoría.*

Matilde Montiel, de México, casada, múltipara, de cuarenta y tres años. Entró el 21 de Septiembre de 1903.

*Antecedentes.*—Ha tenido seis partos con tres infantes muertos á pocos días de nacidos: dos murieron antes de las veinticuatro horas, el último sobrevivió cuatro días. No hay huellas ni antecedentes de infección sifilítica.

Aqueja dolores de vientre que la hicieron sufrir durante doce meses, y seis meses después de haber principiado éstos sufrió metrorragia con cólico uterino que persiste hasta la fecha, habiéndose agotado su constitución, que fué notablemente robusta antes de tener esta pérdida sanguínea persistente.

Refiere su enfermedad á dos caídas que tuvo, aconteciendo la primera al cargar una batea de ropa y resbalar con las piernas entreabiertas, hasta el grado de que tocó el suelo la vulva, y experimentó en ese momento un dolor desgarrante, siendo seguido de metrorragia.

A los dos meses del primero tuvo el segundo traumatismo, cayendo sentada y volviendo á perder sangre en cantidad alarmante.

Después sobrevinieron los síntomas de intoxicación debidos á la desintegración del cáncer del cuello que inició su aparición desde esa fecha.

Se diagnosticó de cáncer uterino, encontrando por el tacto bimanual y por el examen especular un grande hongo neoplásico, putrefacto, que ocu-

paba el fondo de la vagina, cuya bóveda se encontró ulcerada y el parametrio invadido en grande extensión, hasta producir el enclavamiento de la matriz.

El análisis de orina no reveló albúmina.

Se realizó la intervención quirúrgica previa anestesia clorofórmica, comenzando por legar ampliamente la superficie ulcerada del cuello y cauterizando con largueza la superficie descubierta. Se hizo en seguida la celiotomía suprapúbica y la histerectomía total, persiguiendo los ganglios pélvicos hasta la altura del recinto superior; se cauterizó con el termo la vasta oquedad que resultó en el tejido celular, cerrando, ajustado por la sutura el peritoneo pélvico de la mejor manera que se pudo, volviéndose del grande epiplón por haberse destruído por invasión neoplásica gran parte del peritoneo inferior, quedando siempre un lugar descubierto hacia la derecha de la cavidad pelviana.

Se ocluyó la herida abdominal y finalmente se hizo la resección de la porción de vagina invadida.

Las consecuencias fueron severas los primeros días, siguiendo la paciente un curso normal ocho días después. En la actualidad ha cesado el escurrecimiento fétido que existía antes de la operación, así como los dolores y la metrorragia.

#### OBSERVACIÓN QUINTA.

*Sarcoma fuso-celular de la órbita.—Enucleación del globo ocular izquierdo.—Escarbadura del tejido celular orbitario.—Mejoría inmediata seguida de reproducción del tumor.*

Josefa Luna, de Otumba, viuda, de 54 años, ingresó el 6 de Noviembre de 1903.

*Antecedentes.*—Refiere que el diez y seis de Mayo de este año tuvo que estar moliendo chile en el metatey que estando *calientes* sus ojos salió fuera del cuarto que habitaba y que sintió luego una punzada que partía del globo ocular, irradiaba á la oreja y á la región temporal; que dicho dolor punzante era acompañado de escozor en la conjuntiva y en la piel de los párpados. El día ocho de Septiembre sintió una bolita del tamaño de un chícharo, situada en el ángulo interno del ojo y repliegue conjuntival superior, la cual creció en pocos días, cambió su forma ramificándose y extendiéndose en todas direcciones hasta cubrir el globo ocular en su parte posterior y propulsar á éste hacia afuera y á la izquierda.

El aspecto de la neoplasia era el de una masa carnosa muy vascularizada.

Estuvo en la consulta oftalmológica, en donde le fué diagnosticado el padecimiento de sarcoma orbitario por el Sr. Dr. Emilio Montaña, quien nos la confió para operarla y nos ayudó bondadosamente en la práctica de la intervención.

Se operó el veinticuatro de Noviembre por el procedimiento de De Waeker, que consistió en hacer la enucleación del globo ocular y la tonsura del tejido orbitario neoplásico mediante la ligerilla curva, escarbando totalmente dicho tejido hasta el fondo del agujero esfeno-maxilar, en donde viendo que se propagaba detrás del hueso y delante de la dura madre, se juzgó prudente limitar allí la intervención.

Se reseco el párpado superior invadido, tapándose con gasa la cavidad orbitaria y ajustando un vendaje compresivo.

Las neuralgias cedieron y la enferma se restableció durante algunos días; pero en la actualidad ya se inició la reproducción bajo forma de un hongo rosa en el fondo del tejido orbitario que no fué posible extirpar, lo que indica la necesidad de una segunda intervención, á la cual parece que la enferma no presta su aquiescencia.

El neoplasma estaba supurado en algunos puntos y el resultado del análisis histológico fué el de estar constituido por los elementos que corresponden al sarcoma fuso-celular.

México, Enero 6 de 1903.

FRANCISCO HURTADO.

## HIGIENE PUBLICA

### COMUNICACION ORAL

DEL DR. EDUARDO LICÉAGA

A LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MEXICO,

EN LA SESIÓN DEL 17 DE FEBRERO DE 1904,

DANDO Á CONOCER EL PLAN DE CAMPAÑA QUE SE HA ADOPTADO  
PARA LA EXTINCIÓN  
DE LA FIEBRE AMARILLA EN LA REPÚBLICA MEXICANA.

Señores:

Así como tuve la honra de dar cuenta á esta respetable Academia, de la aparición de la peste bubónica en el puerto de Mazatlán, el año próximo pasado, vengo ahora á comunicar á us-

# GACETA MEDICA DE MEXICO

PERIÓDICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO IV.

MEXICO, 1º DE MAYO DE 1904.

2ª SERIE.—NUM. 9.

## ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

*Sesión del día 20 de abril de 1904.*

*Presidencia de los Dres. Bandera, Soriano y Ramírez de Arellano.*

El Sr. Dr. José Olvera leyó su trabajo de Reglamento, al que puso por título "Indicación de algunos puntos oscuros en la historia de la fiebre amarilla."

A propósito de esta memoria inició la discusión el

*Dr. Mendizábal.*—Volvió á exponer las razones de las cuales ya ha hecho mérito en la Academia, para decir que el mosquito es ciertamente vector de la fiebre amarilla; pero no el único medio de producción de la enfermedad. Hay muchos puntos oscuros; no se conoce la influencia de las condiciones meteorológicas. En Orizaba, en donde ejerció el orador muchos años, se conocía el *stegomya* desde hacía 20 ó 30 años, y nunca hubo en esa población nada parecido al vómito.

Haciendo alusión á otro de los puntos del trabajo, dijo que no basta que las señoras de Orizaba, de Córdoba ó de Jalapa vayan á dar á luz á Veracruz, para que sus hijos queden preservados de la fiebre amarilla. Es preciso que durante una epidemia los niños sufran una de las formas benignas. Tampoco precave el vivir muchos años en el puerto. Conoció á un licenciado que vivió en Veracruz 19 años, al cabo de los cuales murió de vómito. ¿No es cierto que en Gálveston, Nueva Orleans, otros lugares de la Luisiana y en Nueva York, se detuvieron las epidemias con el solo saneamiento, aun antes de matar á los moscos? Los barrios de la Habana eran peores que los de Veracruz, y allí se saneó casa por casa.

En el Brasil, Petrópolis es una población situada á una hora de Río Janeiro y con mucha

comunicación entre ambas. La gente de Río va á dormir á Petrópolis, en donde nunca ha habido epidemia de vómito, no obstante la proximidad de la capital y la semejanza de clima. Nuevos trabajos aclararán cómo influyen el clima, la naturaleza del suelo y otras circunstancias desconocidas.

*Dr. Olvera.*—Convino en que hay muchos puntos oscuros. Puede suceder, matando moscos, que se apague el incendio; pero aún quedan algunas chispas que lo vuelvan á provocar. El primer enfermo de vómito ¿cómo pudo adquirirlo?

El Dr. Núñez presentó á un enfermo á quien extirpó un sarcoma de la región pectoral, habiendo sido necesario sacrificar al músculo gran pectoral. La reunión de la herida se verificó por primera intención, en 21 días, en todos los puntos, excepto el lugar en donde canalizó, en el que se obtuvo la reunión inmediata secundaria. Lo notable del caso es la conservación de los movimientos.

A. CHACÓN.

*Sesión del día 27 de abril de 1904.*

*Presidencia de los Dres. Soriano y Ramírez de Arellano.*

El Dr. Jesús González Urueña dió lectura á su trabajo reglamentario, al que puso por título "Algunas observaciones sobre la sífilis en México." Preguntados los señores socios si deseaban hacer algunas observaciones referentes al trabajo leído, pidió la palabra el

*Dr. Hurtado.*—Preguntó al señor González Urueña qué número de enfermos, de los de la estadística que consta en su memoria, había estado al tratamiento antisifilítico y por cuánto tiempo. Hace esa pregunta el Dr. Hurtado, porque él ha sostenido que la sífilis en México reviste relativa benignidad; pero á condición de que el tratamiento se haya sostenido, por lo menos, durante los seis primeros meses. La esta-

dística del Sr. González Urueña le parece corta; pero espera de su laboriosidad y de las condiciones favorables en que está, por ser Jefe de la Clínica de Dermatología, que continuará consignando los casos que observe.

Algunas sífilis son, sin embargo, graves en México. Ha visto morir á dos enfermos á consecuencia de chancros fagedénicos y otro paciente á causa del fagedenismo, vió su pene reducido á un muñón. Uno de estos enfermos era un profesional; se sabe que el fagedenismo es más común en personas de inteligencia cultivada. La gente del pueblo padece su sífilis, sin preocuparse de ella.

Pide al Sr. González Urueña aclaración del caso en el que las sífilides aparecieron á los 11 años del accidente primitivo. ¿Se trató de sífilides secundarias ó de terciarias?

En México debería de ser la sífilis más grave que en Europa, por las malas condiciones higiénicas de la gente pobre, y se nota, sin embargo, que es más seria en los extranjeros que en los nacionales, no obstante los recursos con que cuentan los primeros.

Al hablar de la etiología, el autor del trabajo estudia la influencia del paludismo. El paludismo es rarísimo en México. El Dr. Hurtado analizó la sangre de enfermos que provenían de Oaxaca, y trabajaban en la construcción del ferrocarril, y encontró el parásito de Laveran. En la misma época examinó la sangre de peones de albañil que residían en la capital y en los que se podría sospechar el paludismo, por la clase de trabajo á que estaban dedicados; en ninguno encontró el hematozoario. Lo mismo han confirmado los Sres. Terrés y Gaviño. Cuando se diagnostica paludismo á un enfermo residente en la capital, es por error de diagnóstico. Volviendo la cuestión al debate, ¿si no existe el paludismo en México, cómo pudo el Dr. González Urueña observarlo como complicación de la sífilis?

*Doctor González Urueña.*—Contestó que, aun cuando en su trabajo no se menciona qué enfermos estuvieron sometidos á algún tratamiento, puede decir que casi ninguno lo estuvo.

Cuanto al enfermo que sólo tuvo manifestaciones á los once años, hay que tener cierta reserva, porque pudo haber tenido manifestaciones ligeras, y éstas pasan fácilmente desapercibidas. Está de acuerdo en que el paludismo es muy

raro en México, y si habló de él, fué porque los autores lo citan como agravante de la sífilis. El Dr. González Urueña pudo comprobar esto en uno ó dos enfermos con paludismo que lo habían contraído en Veracruz.

*Dr. Prieto.*—Le parece corta la estadística del Sr. González Urueña. Disiente de la opinión de este señor y cree que la sífilis es más benigna que en Europa. Hay sífilis y sífilis. Las formas más graves, en las que interviene la simbiosis, deben su gravedad á esta asociación microbiana. En México la sífilis, atendida á tiempo, es muy curable. No ha visto caso que resista al tratamiento. Uno de sus enfermos sufrió dos infecciones, con diez años de diferencia.

*Dr. Chávez.*—Con respecto á la gravedad de la sífilis, Jullien dice que la de México es de las más graves y que en Europa se observan las formas más intensas en enfermos mexicanos. El Sr. Chávez cree que, en general, la sífilis en México no es muy grave, y la opinión de Jullien depende de que, precisamente los enfermos más graves que no han tenido mejoría en México, son los que van á Europa á curarse. Basta ver el aspecto de los sífilíticos en las salas de los hospitales de México y en las de los de Europa, para convencerse de su benignidad aquí. En la calle nos encontramos con multitud de personas que parecen estar sanas, y sin embargo, son sífilíticos sometidos á tratamiento.

*Dr. Hurtado.*—Esta última observación del Dr. Chávez, respecto á enfermos que tienen aspecto de sanos, es preciosa y debe de consignarse.

Concluida esta discusión, el Sr. Dr. Villarreal dió lectura á la historia clínica de una enferma con sarcoma reproducido en el parametrio; hubo necesidad, al intervenir quirúrgicamente, de reseca una porción del intestino y establecer un ano artificial. Explicó su lectura con demostraciones en el pizarrón y presentó á la enferma y la pieza anatómica. Presentó, igualmente, á otra enferma con endometritis crónica y fibromioma en la cara anterior de la matriz, que fué operada con éxito. (Las historias de las dos enfermas se publican íntegras).

El señor Presidente nombró á los Dres. Hurtado y Prieto, para que examinasen á las operadas.

*Dr. Hurtado.*—Dijo que el primer caso de los relatados por el Sr. Villarreal, merece mención,

y felicitó al operador. En pocos ramos de la Medicina se puede tener tanta originalidad, como en la cirugía abdominal.

Como se trata de un sarcoma de los malignos, con todo entusiasmo aplaude la tentativa del Dr. Villarreal de extirpar el tumor reproducido. La enferma tiene infección neoplásica extendida á todo el organismo; así lo demuestran el enflequecimiento, la taquicardia, el reforzamiento del segundo tono. El sistema vascular está afectado. Se necesitaría hacer el análisis de la sangre. El aparato linfático está igualmente alterado; los ganglios superficiales del cuello se encuentran pequeños. La enferma no sobrevivirá un año. En una enferma que operó el Sr. Hurtado, hubo también reproducción y murió.

La tentativa del Sr. Villarreal fué heroica. En su caso, el Dr. Hurtado no habría operado, ateniéndose á la opinión de los clásicos; los libros lo prohíben; pero ateniéndose á su modo de pensar, sí. Aunque la enferma no tiene perturbaciones cerebrales, repite que no sobrevivirá un año á la intervención. <sup>1</sup>

A. CHACÓN.

ANEXO Á EL ACTA DEL 27 DE ABRIL DE 1904.

Carmen Fuertes. 36 años. Casada.—Entró al hospital el día 10 de enero de 1904 y ocupó la cama número 9.

Se le diagnosticó sarcoma en el parametrio por reproducción. Operada el 2 de febrero de 1904 con cocaína (0.03) y cloroformo (25.00). No tuvo ninguna perturbación. La salida del líquido céfalo-raquídeano se hizo con regular tensión. Se dejaron salir 60 gotas antes de poner la inyección y después de 15 minutos de haberse verificado la anestesia, se sacaron 20 gotas. Se hace la cauterización con termo-cauterio del núcleo canceroso abierto en la vagina. Se circuncida la vagina muy lejos de la ulceración (á 4 centímetros). Se desprenden las paredes vaginales y se taponan con gasa yodoformada el desprendimiento, á fin de evitar el escurrimiento sanguíneo. En seguida se procede á practicar la Laparotomía suprapúbica sobre la antigua cicatriz, encontrándose ésta firme en todos sus planos y músculos entre sí. Dividido el peritoneo parie-

tal se encontró con el epiplón profundamente adherido con la masa neoplásica. En este momento empezó á sentir la paciente y se le administró cloroformo. Seliga en porciones pequeñas el epiplón para seccionarlo, dejando una gran parte en el tumor; separando el epiplón se ve que la masa neoplásica tenía íntimas adherencias con el intestino. Con gran dificultad se procede á su separación, viendo que el intestino mismo está invadido por la misma formación, se es obligado á separar con él tunicas serosa y muscular en la asa sigmoide. Llegando hacia atrás de la nueva formación, se nota la íntima adherencia con el recto y con la región ureteral; con gran dificultad se consigue la separación del recto y al terminar ésta, se abre el desprendimiento posterior que se había hecho en la vagina. Se sacan las gasas que tapaban los fondos desprendidos de la vagina, se defiende con una gasa grande la cavidad abdominal. Se pone á la enferma en posición de Trendelenburg. Se desprende por arrancamiento la mayor parte del tumor, dejando solamente la parte inferior de él íntimamente adherida á las regiones uretrales, sobre todo la del lado derecho, y se hace un gran lavado de la cavidad pelvi-abdominal, con cloruro de sodio. Con precaución se desprenden las masas neoplásicas ulceradas situadas sobre la región ureteral derecha para no herir el uréter de este lado. Habiéndose deprimido el estado de la paciente, se tuvo que poner una inyección de cloruro de sodio, 500,000, dos de éter (1cc. cada una) y dos de cognac. Se acaba de desprender la vagina y las masas neoplásicas del uréter del lado izquierdo y los colgajos adheridos á la vejiga. Se hace otro amplio lavado de la cavidad abdominal y pélvica. Se pasa una gasa yodoformada por el trayecto vagino-pélvico y se procede á inspeccionar el estado del intestino. Encontrándose que en más de una extensión de 30 centímetros al nivel del asa sigmoide faltaba el revestimiento peritoneal y muscular en toda la circunferencia del intestino; el recto mismo estaba muy maltratado y muy separado de los cabos distales, rectales y sigmoide y temiendo una reproducción, se hace la secuestración del recto y la desembocadura del cabo distal del colon descendente en la extremidad superior de la herida abdominal, debajo del ombligo. Procediendo de la siguiente manera: Cogiendo con una pinza de

<sup>1</sup> Llegado á este punto el informe del Dr. Hurtado, el Sr. Villarreal le suplicó que lo aplazase para la próxima sesión, por tener él una urgente ocupación.

forcipresura el recto así como la extremidad inferior del colon descendente, se secciona inmediatamente cerca de la pinza, la sección del mesenterio al nivel del intestino; sección del asa sigmoide al nivel del colon descendente y se hace la hemostasis de la extremidad libre del mesenterio con ligaduras. Se liga el recto inmediatamente abajo de la pinza hemostática, con un hilo de catgut, y se acaba de cerrar el recto con una sutura en bolsa, hundiendo el muñón dentro de ella. La extremidad del colon descendente cogido con una pinza de forcipresura, se lleva donde se dijo (debajo del ombligo) por no alcanzar á fosa ilíaca. Con dos puntos de seda á dos y medio centímetros debajo de la pinza de forcipresura, se fija el intestino por sus capas muscular y serosa con el plano aponeurótico de la cicatriz umbilical, otros dos puntos de sutura, colocados arriba y abajo lo acaban de fijar. Se coloca el epiplón adelante de la masa intestinal y se hace que pase del lado derecho del asa fijada. Se cierra el vientre por mi procedimiento, pasando el primer punto por un lado del intestino y otros puntos de sutura con catgut fijan al intestino al plano subcutáneo. Se quita la pinza de forcipresura y se fija la mucosa á la piel con crin de Florencia.

La intervención duró dos horas.

#### TEMPERATURAS.

Primer día, 37<sup>o</sup>4 y 37<sup>o</sup>2 p. m.  
 Segundo día, 36<sup>o</sup>6 a. m. 37<sup>o</sup>2 y 37 p. m.  
 Tercer día, 37<sup>o</sup> a. m. 37<sup>o</sup>3 y 38 p. m.  
 Cuarto día, 36<sup>o</sup>4 a. m. 38<sup>o</sup>1 y 38 p. m.  
 Se dió de alta el día 24.

Estuvo nueve días con temperatura, siendo la más alta 38<sup>o</sup>5 y después descendió gradualmente hasta llegar á la temperatura normal.

#### PULSO.

Primer día, 80 por minuto, débil, regular y lleno.  
 Segundo día, 84 por minuto, débil, regular y lleno.  
 Tercer día, 118 por minuto, débil, regular y lleno.  
 Se dió de alta el día 24.

María de los Angeles. 23 años. Doncella.—  
 Entró al hospital el 29 de febrero de 1904. Se

diagnosticó: Endometritis crónica y fibromioma en la cara anterior de la matriz. Operación el 9 de abril de 1904 con cocaína (0.03). Excelente anestesia. Tuvo basca al principio de la operación, pero después quedó enteramente bien, no obstante de ser una persona muy nerviosa. Laparotomía suprapúbica, incisión de 15 centímetros. Eventración del tumor. Se ve que la trompa izquierda estaba supurada y el ovario derecho microquístico y adherente con el epiplón y la cara posterior de la matriz. Entonces se determina hacer la histerectomía supravaginal. Ligadura del ligamento infundivulo pélvico izquierdo y del ligamento redondo correspondiente, la uterina del mismo lado, previa sección del ligamento ancho. Se secciona el cuello, se coge la uterina opuesta, el ligamento redondo y la utero-ovárica derecha (procedimiento de Kely).

Se sutura el cuello aproximando el peritoneo. Se reseca una parte del epiplón por contener un quiste seroso. Se sutura el vientre por procedimiento.

#### TEMPERATURAS.

Primer día, 37.4 y 38.8 p. m.  
 Segundo día, 37.3 a. m. 37.6 y 38 p. m.  
 Tercer día, 37.4 a. m. 37.6 y 37.5 p. m.  
 Cuarto día, 37.4 a. m. 37.6 y 36.6 p. m.  
 Siguió con temperatura normal hasta esta fecha.

#### PULSO.

Primer día, 90 por minuto, débil, regular y lleno.  
 Segundo día, 78 por minuto, débil, regular y lleno.  
 Tercer día, 84 por minuto, débil, regular y lleno.  
 Cuarto día, 84 por minuto, débil, regular y lleno.  
 Quinto día, 84 por minuto, débil, regular y lleno.  
 Sexto día, 95 por minuto, débil, regular y lleno.  
 Siguió con pulso normal hasta esta fecha.  
 Empezó á andar 7-días después de la operación, sin quitarle hasta la presente el hilo de plata y la crin de Florencia que cierra la pared del vientre.

JULIÁN VILLARREAL.

# GACETA MEDICA DE MEXICO.

PERIÓDICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO IV.

MEXICO, 15 DE MAYO DE 1904.

2ª SERIE.—NUM. 10.

## ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

*Sesión del día 4 de mayo de 1904.*

*Presidencia del Doctor José María Bandera.*

El Dr. Villarreal presentó á una antigua operada que, hace 4 meses, había ya tenido el gusto de traerla á la Academia. Entonces fué nombrado el Dr. Hurtado para estudiarla; ignora el Sr. Villarreal por qué causas no se llegó á hacer el estudio. Como el hecho está ya consignado con sus pormenores, en el acta de aquella fecha, se limita á recordar los rasgos más culminantes.

Cuenta la mujer 17 meses de operada. Cuando la presentó, la primera vez, tenía un embarazo de seis meses. Padecía de retroversión uterina é hidro-salpinx bilateral; le extirpó el anejo izquierdo y practicó la resección parcial del ovario derecho; haciendo, en el propio lado, la salpingotomía, enderezamiento de la matriz y legrado. Practicó también la vagino-fijación, por el procedimiento que le es peculiar. Acaba esta mujer de dar á luz una niña de término que se encuentra en las mejores condiciones. El alumbramiento fué feliz. Se verificó hace 11 días.

El hecho habla muy alto en pro de la cirugía conservadora.

Fueron nombrados los Dres. Zárraga y Prieto para estudiar á la enferma. El Sr. Zárraga se excusó por estar imposibilitado de practicar el examen y fué designado entonces el Sr. Troconis Alcalá.

Se suspendió la sesión, y vuelta á abrir, tomó la palabra el

*Dr. Prieto.*—Dijo que el caso estaba herizado de dificultades, y que el Sr. Villarreal, con el resultado obtenido, ha visto satisfechos sus deseos. Desde que se ha dominado la cirugía del abdomen, se recurre á la cirugía conservadora. Los operadores procuran conservar aun cuando sea una porción del ovario, para lograr la con-

cepción. El Sr. Prieto felicitó al Sr. Villarreal; hizo recuerdo de las diferentes fases de la intervención quirúrgica y terminó hablando de la vagino-fijación, que no presenta inconvenientes cuando se practica fuera de la zona peligrosa; si se hubiera hecho más alta, los resultados habrían sido malos.

*Dr. Villarreal.*—Contestó agradeciendo las frases encomiásticas del Sr. Prieto. Tocante á la vagino-fijación, aclara, por juzgarlo de interés, que procura dejar libre el fondo de la matriz y que con la sutura, lo fija arriba del punto de reflexión del peritoneo, aprovechando, para lograr adherencias, toda la porción de la cara anterior que queda disponible por el despegamiento hecho en la vejiga. De este modo no se impide el embarazo ni se entorpece el parto, como lo demuestra el caso presentado.

Concluido este asunto, hizo una comunicación el Sr. Dr. Chávez. Expresó que en el número de septiembre de 1903, de los "Annales D'Oculistique," publicó Bull un artículo sobre astenopia acomodativa, y que á este trabajo hizo referencia el subscripto Secretario en su última lectura en la Academia. (El Sr. Chávez leyó su comunicación y será publicada íntegra). Completó con algunas otras ideas su trabajo. Dijo que no era exacto el que Bull hubiese fundado su teoría en los experimentos hechos con el estereoscopio de Holmes, sino en argumentos de analogía. Si hay identidad de síntomas, ¿por qué atribuirlos á dos causas diferentes? El cansancio de la acomodación se manifiesta por falta de claridad de las imágenes; el de los músculos del ojo, por diplopia y dolor. Las experiencias para dilucidar los fenómenos provocados por la acomodación y por el funcionamiento de los músculos extrínsecos del ojo, no son nuevas; las inventó Donders.

Los americanos han llegado á establecer, por medio de los métodos científicos de inducción, el papel de los músculos del ojo en los fenómenos de astenopia; los franceses han sido, por

decirlo así, más metafísicos. En Europa son poco conocidos los trabajos de Stevens y de los americanos.

*El subscripto.*—Contestó que los trabajos de Stevens son conocidos de los europeos; pero que no han sido aceptados, como en América. En los Estados Unidos mismos, se está verificando un cambio de opinión sobre las consecuencias de la heteroforia ó pérdida del equilibrio muscular de los ojos, y ha habido, desde el principio, oculistas americanos que han combatido las ideas de Stevens, por ejemplo, Roosa. Que, en el fondo, no hay tanta discrepancia de opiniones entre el Sr. Chávez y él, puesto que el preopinante acepta que el músculo ciliar puede provocar, indirectamente que sea, fenómenos astenopicos.

Que el artículo de Bull lo leyó hace ya tiempo y no recuerda todos sus pormenores, para poder tomarlos en consideración en la actual discusión.

*Dr. Chávez.*—Dijo que Stevens niega completamente el participio del músculo acomodador en la astenopia y que esto fué mucho antes de publicado el trabajo de Bull. Es cierto que en los Estados Unidos ha habido cambio de ideas sobre la heteroforia; pero esto ha dependido de que, al principio, se exageró mucho. Sin embargo, la opinión de Stevens, sobre el ningún participio de la acomodación en los fenómenos astenopicos, no ha sido combatida, y es por todos aceptada. El músculo ciliar sólo puede provocar pseudo-heteroforia.

En Europa no se conocen los trabajos americanos. Los europeos que los conocen, obran de acuerdo con ellos, como sucedió con Landolt, que ha hecho profundos estudios sobre los músculos del ojo y que recurre, para tratar su falta de equilibrio, á las tenotomías, como los americanos.

*El subscripto.*—Hizo notar que, precisamente Landolt, en la reunión de la Sección de oftalmología de la American Medical Association, manifestó que pocas veces le parece indicada la intervención quirúrgica en casos de estrabismo latente.

A. CHACÓN.

Teresa Flores, de Welsh, 22 años, casada.—Entró el 23 de junio de 1902. Se le diagnosticó: Endometritis crónica, parametritis cervical pos-

terior, retroversión adherente, hidrosalpinx izquierdo y pelvi-peritonitis plástica crónica. Fué operada el 12 de agosto de 1902 con cloroformo (50 gr.)

Dilatación y raspa uterina. Celiotomía vaginal anterior. Desprendimiento de la matriz, adherente por la pelvi-peritonitis plástica. Luxación de la matriz y en seguida, del anexo derecho, donde se encontró un quiste seroso peritoneal que fué extirpado, haciendo resección parcial del ovario y librando el pabellón de la trompa de las adherencias. Extirpación del hidrosalpinx izquierdo adherente. Vagino-fijación y colporraxia anterior. Duró media hora la operación.

#### TEMPERATURAS.

Primer día, 38<sup>01</sup> y 37<sup>04</sup> p. m.

Segundo día, 36<sup>05</sup> a. m. 37<sup>0</sup> y 37<sup>0</sup> p. m.

Tercer día, 37<sup>0</sup> a. m. 36<sup>08</sup> y 37<sup>04</sup> p. m.

Cuarto día, 36<sup>04</sup> a. m. 37<sup>02</sup> y 37<sup>04</sup> p. m.

Quinto día, 37<sup>0</sup> a. m. 37<sup>07</sup> y 38<sup>02</sup> p. m.

Siguió con temperatura normal.

#### PULSO.

Primer día, 90 por minuto, fuerte, regular y lleno.

Segundo día, 88 por minuto, fuerte, regular y lleno.

Tercer día, 88 por minuto, fuerte, regular y lleno.

Cuarto día, 88 por minuto, fuerte, regular y lleno.

Quinto día, 90 por minuto, fuerte, regular y lleno.

A los 12 días de operada tuvo 104 por minuto, débil, regular y lleno; al siguiente día 100, con los mismos caracteres, componiéndose poco á poco hasta llegar al pulso normal.

Se dió de alta el 27 de agosto de 1902.

Después de 11 meses de operada, comenzó á tener síntomas de embarazo. El 6 de enero de 1904 se presentó al hospital, solicitando un reconocimiento, el que se le hizo, diagnosticando: Embarazo en el sexto mes.

El 23 de abril se verificó el parto fisiológico, siendo atendido solamente por la señorita Profesora en partos, Anselma Tagle.

Se dió de alta el 4 de mayo de 1904, quedando enteramente bien la paciente.

DR. JULIÁN VILLARREAL.

*Sesión del día 11 de mayo de 1904.*

*Presidencia de los señores Dres. Soriano y Ramírez de Arellano.*

El Sr. Dr. Nicolás Ramírez de Arellano dió lectura á su trabajo reglamentario, sobre "Profilaxis de la malaria."

Tocó leer su trabajo de turno también, al Sr. Dr. Luis Troconis Alcalá, quien lo hizo, poniéndole por título "Clínica de obstetricia.—Nota complementaria de la historia de un caso de distocia fetal por hidrocefalo."

A. CHACÓN.

## HIGIENE PUBLICA.

### PROFILAXIS DE LA MALARIA.

Memoria presentada por su autor á la Academia Nacional de Medicina, en la sesión verificada el día 11 de mayo del presente año.

La malaria, en sus diferentes manifestaciones, es una de las entidades patológicas cuyo estudio ha avanzado más en estos últimos años; los progresos realizados respecto de su etiología y profilaxis son de tal manera sorprendentes, que bien puede decirse que constituyen un monumento que demuestra, aun á los espíritus más escépticos, que la medicina tradicional, fundándose en la observación y en la experimentación tan rigurosas como pudieran desearse, constituye en nuestra época una verdadera ciencia, cuyas conquistas son cada día mayores, beneficiando así á la humanidad doliente y fijando de una manera terminante y definitiva las bases que deben tenerse presentes para prevenir el desarrollo de las enfermedades, en particular de las llamadas epidémicas, que á veces diezman las poblaciones, causando entre sus habitantes la paralización de los negocios, el pánico y el terror, por lo que se han considerado siempre como las más terribles de las calamidades públicas.

La importancia de esos estudios justificaría que, al cumplir con un precepto reglamentario, distrajera de un modo notable la atención de las personas que me escuchan, presentándoles una memoria en la que relatase con detalles los importantes descubrimientos que han proyecta-

do recientemente una viva luz sobre la historia del paludismo, permitiéndonos ver resueltos con toda claridad problemas que hasta hace poco no habían tenido una solución satisfactoria; pero como nada nuevo tengo que agregar á las diversas monografías que se han escrito sobre el particular y que son bien conocidas de todos los distinguidos miembros de esta Academia, me voy á limitar, al contrario, á presentar en términos muy concisos los adelantos modernos, pues mi deseo es sólo procurar que se propaguen más y más entre las autoridades, los agricultores y en general entre todos los habitantes de las poblaciones de la República donde reina el paludismo, las nuevas ideas relativas á la manera de combatirlo, para contribuir así en algo á la adopción de las medidas que en la actualidad se aconsejan, entre las cuales hay algunas que, para realizarlas, requieren sólo una poca de buena voluntad.

Mas antes de comenzar mi estudio, permitidme que, como un homenaje de respeto y de admiración, mencione aquí los nombres de las dos autoridades científicas que más han contribuido en los progresos realizados acerca de esta cuestión: A. Laveran, quien desde 1880 descubrió el hematozoario que desarrolla la enfermedad, y R. Ross, que con un ingenio extraordinario llegó á demostrar la importancia de ciertas especies de culicidas en la transmisión de la malaria.

Aun cuando voy á referirme con especialidad á la profilaxis de esa entidad morbosa, consignaré antes, en forma de proposiciones, los principales datos relativos á su etiología, para tener presentes los principios científicos que sirven de base á las medidas preventivas que se aconsejan:

1ª La fórmula etiológica del paludismo puede reducirse á los siguientes términos: Anopheles + enfermo de paludismo = Malaria. (Gosio).

2ª La malaria no se propaga, por tanto, ni por el aire, ni por el agua, ni por los alimentos, ni por el suelo, sino que el piquete de un mosquito del género anopheles, previamente infectado por haber picado á una persona enferma, es el medio por el cual se comunica la enfermedad.

3ª No es preciso, para que el mosquito se infecte, que pique á un enfermo en el período activo, sino que sucede lo mismo aun cuando éste tenga el paludismo llamado latente.

4ª El paludismo, además de presentarse á ve-

*Sesión del día 11 de mayo de 1904.*

*Presidencia de los señores Dres. Soriano y Ramírez de Arellano.*

El Sr. Dr. Nicolás Ramírez de Arellano dió lectura á su trabajo reglamentario, sobre "Profilaxis de la malaria."

Tocó leer su trabajo de turno también, al Sr. Dr. Luis Troconis Alcalá, quien lo hizo, poniéndole por título "Clínica de obstetricia.—Nota complementaria de la historia de un caso de distocia fetal por hidrocefalo."

A. CHACÓN.

## HIGIENE PUBLICA.

### PROFILAXIS DE LA MALARIA.

Memoria presentada por su autor á la Academia Nacional de Medicina, en la sesión verificada el día 11 de mayo del presente año.

La malaria, en sus diferentes manifestaciones, es una de las entidades patológicas cuyo estudio ha avanzado más en estos últimos años; los progresos realizados respecto de su etiología y profilaxis son de tal manera sorprendentes, que bien puede decirse que constituyen un monumento que demuestra, aun á los espíritus más escépticos, que la medicina tradicional, fundándose en la observación y en la experimentación tan rigurosas como pudieran desearse, constituye en nuestra época una verdadera ciencia, cuyas conquistas son cada día mayores, beneficiando así á la humanidad doliente y fijando de una manera terminante y definitiva las bases que deben tenerse presentes para prevenir el desarrollo de las enfermedades, en particular de las llamadas epidémicas, que á veces diezman las poblaciones, causando entre sus habitantes la paralización de los negocios, el pánico y el terror, por lo que se han considerado siempre como las más terribles de las calamidades públicas.

La importancia de esos estudios justificaría que, al cumplir con un precepto reglamentario, distrajera de un modo notable la atención de las personas que me escuchan, presentándoles una memoria en la que relatase con detalles los importantes descubrimientos que han proyecta-

do recientemente una viva luz sobre la historia del paludismo, permitiéndonos ver resueltos con toda claridad problemas que hasta hace poco no habían tenido una solución satisfactoria; pero como nada nuevo tengo que agregar á las diversas monografías que se han escrito sobre el particular y que son bien conocidas de todos los distinguidos miembros de esta Academia, me voy á limitar, al contrario, á presentar en términos muy concisos los adelantos modernos, pues mi deseo es sólo procurar que se propaguen más y más entre las autoridades, los agricultores y en general entre todos los habitantes de las poblaciones de la República donde reina el paludismo, las nuevas ideas relativas á la manera de combatirlo, para contribuir así en algo á la adopción de las medidas que en la actualidad se aconsejan, entre las cuales hay algunas que, para realizarlas, requieren sólo una poca de buena voluntad.

Mas antes de comenzar mi estudio, permitidme que, como un homenaje de respeto y de admiración, mencione aquí los nombres de las dos autoridades científicas que más han contribuido en los progresos realizados acerca de esta cuestión: A. Laveran, quien desde 1880 descubrió el hematozoario que desarrolla la enfermedad, y R. Ross, que con un ingenio extraordinario llegó á demostrar la importancia de ciertas especies de culicidas en la transmisión de la malaria.

Aun cuando voy á referirme con especialidad á la profilaxis de esa entidad morbosa, consignaré antes, en forma de proposiciones, los principales datos relativos á su etiología; para tener presentes los principios científicos que sirven de base á las medidas preventivas que se aconsejan:

1ª La fórmula etiológica del paludismo puede reducirse á los siguientes términos: Anopheles + enfermo de paludismo = Malaria. (Gosio).

2ª La malaria no se propaga, por tanto, ni por el aire, ni por el agua, ni por los alimentos, ni por el suelo, sino que el piquete de un mosquito del género anopheles, previamente infectado por haber picado á una persona enferma, es el medio por el cual se comunica la enfermedad.

3ª No es preciso, para que el mosquito se infecte, que pique á un enfermo en el período activo, sino que sucede lo mismo aun cuando éste tenga el paludismo llamado latente.

4ª El paludismo, además de presentarse á ve-

ces bajo alguna de las formas llamadas perniciosas, que en todas las edades engañan respecto al diagnóstico, se manifiesta también con cierta frecuencia, particularmente en los niños de corta edad, por síntomas que hacen pensar en otras afecciones, tales son: perturbaciones gastro-intestinales, meningíticas, cerebrales, crisis epiléptiformes, tetánicas, etc.

5ª Es preciso, por lo mismo, para establecer el diagnóstico, recurrir en muchos casos al análisis microscópico de la sangre.

6ª Tres factores son necesarios para el desarrollo de los mosquitos del género anopheles, á saber:

a) Una temperatura constantemente elevada, la cual es indispensable para el desarrollo de las hemsporideas maláricas en el interior del cuerpo del mosquito. Para Koch, la temperatura media más favorable sería de 25 grados. Schoo juzga que el desarrollo puede verificarse á una temperatura más baja (18 grados c.), y según Grassi, este desarrollo es muy rápido á 30 grados c.

b) Agua estancada, en general de poca profundidad, clara, pura, no sujeta á grandes movimientos y al abrigo de la desecación rápida, para poder permitir así el completo crecimiento de las larvas, su transformación en ninfas y después en mosquitos perfectos, lo cual exige un plazo de quince á veinte días, por lo menos. Las larvas de los anopheles no se desarrollan en las aguas corrompidas ó en fermentación, en las muy saladas ni en las que están continuamente agitadas.

c) Suelo impermeable, que permita la estancación del agua, siendo los más favorables los constituídos por arcilla.

De los datos anteriores se deducen las dos leyes siguientes, que son de suma importancia:

I. Para cada región en donde se desarrolla el paludismo hay una estación malárica, endemo-epidémica, cuya aparición se verifica matemáticamente en la misma época cada año, en coincidencia perfecta con la aparición de los primeros culicidas malaríferos, estación que termina con la desaparición de dichos culicidas.

II. No se contrae la malaria en una región palúdica fuera de la estación endemo-epidémica.

Algunas autoridades creen que de otra manera puede adquirirse el paludismo, distinta de la señalada por el piquete del mosquito, y *a priori* podría admitirse esta opinión, supuesto que pa-

ra la aparición de los primeros casos de paludismo, la infección, ya sea del hombre ó del mosquito, necesariamente ha de haber tenido otro origen que el que ahora se reconoce, y no se concita la razón por la cual no pudiera ya reproducirse un hecho semejante. Se señalan también como circunstancias que hacen pensar en algún otro origen del paludismo, los dos hechos siguientes: primero, que hay lugares donde dan las intermitentes, sin que se hayan encontrado los anopheles, y segundo, que hay otros lugares donde existen éstos, sin que se presente la malaria.

Respecto del primer punto diremos, que si debiera tenerse en consideración, habría que extender el argumento á otras enfermedades, tales como la sífilis, el sarampión, la escarlatina, la viruela, etc.: seguramente que en un principio no se presentaron en el hombre estos padecimientos adquiridos por contagio, y, sin embargo, hoy no se les reconoce otro medio de propagación. Con referencia á los otros dos hechos, las explicaciones han variado de un autor á otro; pero cualquiera que sea el valor que se les conceda, hay que convenir en que hasta hoy no se han dado pruebas de que se transmita la infección por otro mecanismo, y, por lo mismo, podemos decir con el Dr. A. Billet: "En la inmensa mayoría de casos el modo de transmisión de la malaria por los anopheles es el único que se ha demostrado como exacto por los hechos y por la experiencia. Por lo tanto, sobre este dato fundamental é irrefutable debe basarse en la actualidad la profilaxis de la malaria."

Sentados, pues, estos principios, se deduce claramente que las medidas profilácticas del paludismo deben tener los objetos siguientes:

1º Suprimir á los enfermos, curándolos radicalmente, porque entonces, aun cuando haya anopheles en la localidad, éstos no podrán infectarse.

2º Colocar á los mismos enfermos en condiciones en que no puedan ser picados por los mosquitos.

3º Hacer inmunes á los habitantes sanos, para que los mosquitos infectados que lleguen á picarlos no les comuniquen la enfermedad.

4º Perseguir á los mosquitos para tratar de extinguirlos hasta donde más sea posible, sobre todo á los que se desarrollan cerca de las habitaciones; de esta manera faltará el medio de

transmisión de la hemosporidea, del individuo enfermo al sano.

5º Precaver á las personas sanas de los piquetes de los mosquitos.

6º Que los trabajos que exijan remociones más ó menos extensas de terrenos, como la construcción de caminos, de vías férreas, puentes, calzadas, canales, etc., y la marcha de los ejércitos en campaña ó con algún otro objeto, así como cualquiera otra expedición, en localidades donde reine el paludismo, se ejecuten en la época no malarífera.

Para lograr el primero de estos fines, que es el considerado por Koch, por Celli y algunos otros, como el principal en la profilaxis de la malaria, debe aplicarse la quinina desde un principio en dosis apropiada á la clase de intermitente de que se trate y después continuar administrándola en dosis menor por varios meses, para evitar las recaídas, que son tan frecuentes en las personas que se han sometido á tratamiento algunos días nada más. Ya en este segundo período, las dosis de quinina, que al principio se continúan dando diariamente, se van administrando después sólo tres, dos ó aún una sola vez por semana, pero siempre prolongando la curación por un período de tres á seis meses. Esto, como se comprende, constituye una de las dificultades prácticas de medida de tanta trascendencia como profiláctica, pero, no obstante, debe insistirse mucho en ella; porque de otra manera los enfermos están sujetos á frecuentes recaídas y llevan siempre consigo el germen malárico: son verdaderos focos ambulatorios que conservan la semilla de un año para el siguiente. A pesar del tratamiento prolongado, no siempre se llega á un resultado satisfactorio, porque muchas veces la quinina es insuficiente para destruir en las fiebres llamadas tropicales los cuerpos en media luna ó gametocitos que, sin embargo, son los que pasando al mosquito continúan allí la evolución del parásito productor de la enfermedad. Se han ensayado también para curar á esos enfermos las preparaciones arsenicales, sobre todo en estos últimos años los cacodilatos. En el congreso de Bruselas el Profesor Pittaluga, de Madrid, y otros médicos, los consideraron como curativos para las formas inveteradas; pero la mayoría de autores no los juzgan curativos, pero sí como adyuvantes preciosos, porque contribuyen mucho, en particular el arrhenal solo ó

asociado á preparaciones ferruginosas, á la renovación de los glóbulos rojos y la hemoglobina. El Dr. Victoriano Montalvo, que ha ejercido durante varios años en nuestras costas, me decía hace poco, que él y otros varios médicos mexicanos emplean con muy buen éxito en esas formas inveteradas la fórmula siguiente:

Bisulfato de quinina . . . . . 2 gramos.  
Arrhenal . . . . . 1 gramo.  
Azul de methylena . . . . . 1 gramo.

para veinte píldoras, de las cuales dan diariamente por algunos meses una ó dos; cree que la asociación de esos tres medicamentos es muy eficaz y que no tiene inconveniente alguno su uso prolongado.

Para que los enfermos no puedan ser picados por los mosquitos sería preciso aislarlos en pabellones ó piezas que tuvieran sus puertas y ventanas cubiertas con redes metálicas que, permitiendo la ventilación, impidieran la entrada de dichos insectos. Esta medida es imposible realizarla, ya porque no es fácil que la autoridad tenga conocimiento de todos los casos de paludismo que se presenten en una localidad, ya, sobre todo, porque no podría lograrse que permanecieran en aislamiento los enfermos durante toda la época bastante larga del tratamiento radical. Pero si bajo esa forma rigurosa no podría llevarse á cabo, sí se concibe que prestará grandes servicios, haciendo conocer su utilidad y practicándola en la medida de lo posible. Para esto, conviene que en todos los hospitales haya un departamento especial para hombres y otro para mujeres, convenientemente arreglados como acabamos de indicar, para que en ellos se asistan, aislados de los otros pacientes, los afectados de alguna forma de paludismo, y que todos los enfermos que se asistan fuera de los hospitales se protejan colectiva ó individualmente de los piquetes de los mosquitos, al menos durante las noches, que es cuando éstos parece que reciben más fácilmente la infección.

La inmunización de las personas sanas es una medida de grandísima importancia y que casi por todas partes se ha extendido de una manera notable, sobre todo porque es quizás la de más fácil realización, al menos si se llega á alcanzar que sea bastante reducido el precio de las sales de quinina, que son las que se emplean para procu-

rar esa inmunización, porque aun cuando en estos últimos tiempos se ha tratado de obtenerla por medio de los cacodilatos (en particular del arrhenal), todavía éstos no se han experimentado lo bastante y hasta ahora sólo parece que se pueden utilizar como tónicos adyuvantes de las sales indicadas. Este punto de la inmunización fué extensamente discutido en el último Congreso de Higiene y Demografía reunido en Bruselas, y aun cuando hubo algunos médicos que dudaron de su eficacia, la gran mayoría de ellos, entre los que debe citarse especialmente al distinguido Dr. Celli, de Italia, la apoyaron con numerosos hechos y la sección respectiva del Congreso votó una proposición aprobando esa medida.

Dos son las maneras que se han aconsejado de administrar la quinina como preventivo: en pequeñas dosis de 20 á 40 centigramos todos los días (la mitad para los niños) durante la estación endemo-epidémica; ó en la dosis de 80 centigramos á un gramo una ó dos veces por semana. El primer método es el aceptado más generalmente, porque, como dice el Dr. Celli, las sales de quinina administradas de esa manera sólo producen zumbidos de oídos los tres ó cuatro primeros días, desapareciendo después este síntoma, y además no producen desarreglo alguno sino que, al contrario, aumentan el apetito y las fuerzas; mientras que dando la quinina cada cinco ó seis días, los zumbidos de oídos se presentan cada vez y por otra parte, como el alcaloide se elimina con rapidez, la sangre puede no contenerlo por algunos días, dando esto por resultado el que se interrumpa la inmunidad. Por estas razones es preferible emplear las pequeñas dosis administradas diariamente, reservando la otra manera de aplicar la quinina para casos excepcionales.

En México las sales de quinina son bastante caras y esta circunstancia influirá para que la inmunización artificial, como medida profiláctica, tropiece con dificultades para extenderse y que, por tanto, no se hagan palpables los buenos resultados que se han obtenido en varios países, como sucede en Italia, en donde el gobierno ha establecido una gran fábrica de sales de quinina que reparte gratuitamente á los pobres y que expende á precio de costo á los otros habitantes, en forma de pastillas.

Para obviar, al menos en parte, ese inconveniente,

juzgo que sería oportuno que el Supremo Gobierno declarase libre de derechos la introducción al país de esos productos químicos, y que estimulase la preparación de los mismos en la República, concediendo diversas franquicias á los fabricantes, siempre que expendieran sus preparados puros y á un precio inferior al que tuvieran los importados.

La guerra á los mosquitos se hace cuando están al estado de larvas y cuando, terminado su desarrollo, se encuentran en el estado de insectos alados. La primera es la que da mejores resultados, y para llevarla á cabo, aun cuando se han empleado diversos productos como el bicloruro de mercurio, los sulfatos de cobre y de hierro, algunos colores de anilina, el polvo de peritre, la infusión de tabaco, etc., puede decirse que el medio más práctico y de mejores resultados es el que consiste en extender en la superficie del agua que contiene larvas una capa muy delgada de petróleo, que les impide llegar á esa superficie á respirar el aire y les produce la asfixia, pues penetra en forma de gotitas imperceptibles á través de sus tubos traquéos. Celli, Casagrandi y Laveran han hecho numerosos experimentos para fijar la dosis de petróleo que se necesita y han encontrado que son suficientes diez á veinte centímetros cúbicos por metro cuadrado para que en el espacio de tres á seis horas queden destruídas las larvas y las ninfas. La manera más cómoda de extender el petróleo es mojar en él un lienzo sujeto en la extremidad de un morillo y pasarlo despacio por la superficie del agua, repitiendo la operación las veces que sea necesario.

Este medio de defensa que relativamente es poco costoso, y cuyos resultados son excelentes cuando se aplica con energía por empleados especiales que se encarguen de la petrolización de los baches y depósitos de agua que se encuentren en las vías públicas y de los que haya en el interior de las casas, como se ha estado haciendo para combatir la fiebre amarilla; es por desgracia de muy difícil ó aun de imposible aplicación en los campos, donde con frecuencia las superficies cubiertas por el agua son de una extensión considerable y donde hay además depósitos que sirven de abrevadero de los animales, los cuales no beberían el agua si tuviera petróleo. No obstante esto, la medida es de tanta trascendencia que debe procurarse que su apli-

cación se extienda lo más que sea posible y sobre todo entre nosotros, puesto que con ella se combatirá en muchos lugares no sólo el desarrollo de la malaria, sino también el de la fiebre amarilla, que se propaga, como es sabido, por intermedio de otro mosquito que se multiplica en las mismas aguas. Debe además cuidarse mucho de renovar con frecuencia el agua de las fuentes, de los tinacos y otros depósitos y mantener éstos cubiertos, así como los pozos, con una tapa de madera ó formada de un alambre fino.

A este mismo orden de medidas tienen que referirse los grandes trabajos de saneamiento que desde hace siglos se han recomendado para combatir el paludismo y que tienen por objeto suprimir los pantanos ó convertir sus aguas muertas en vivas; su utilidad se ha reconocido siempre como incontestable y las nuevas doctrinas acerca de la etiología de la malaria en nada han disminuído su importancia, pues únicamente ahora no se admite que su eficacia depende de que se evita que se eleven en la atmósfera los llamados efluvios, sino que con esos trabajos de saneamiento se suprime parcial ó totalmente el anophelismo. Pero como quiera que cuando se sanean los pantanos la medida es definitiva, por residir en ellos el criadero único ó principal de los anopheles, debe á toda costa continuarse en esa vía, que trae consigo además otros grandes beneficios generalmente, devolviendo á la agricultura terrenos que sin esos trabajos no pueden utilizarse.

Por vía de recordación mencionaré aquí los principales medios de desecación general de los terrenos pantanosos: la elevación de las aguas, por el empleo de máquinas poderosas, á canales ó ríos; el terraplenado y la elevación de terrenos bajos por medio de arena ó de aluviones que se sacan de los ríos ó lagos próximos; la canalización ó el drenaje y el cultivo intenso de plantas ó árboles que absorben el agua por sus raíces y desecan así el terreno, como lo hace por ejemplo el eucaliptus, cuyo poder de absorción es considerable.

La persecución de los mosquitos ya desarrollados se hace quemando en las piezas paja ó zacate, para que perezcan por el calor millares de ellos, ó diversos polvos, como los de peritre, crisantema, alcanfor, menthol, azufre, etc.: los humos ó gases que producen estas diversas subs-

tancias, con excepción del azufre, parecē que nada más adormecen á los mosquitos, pero no obstante impiden que molesten durante las noches con sus piquetes y zumbidos. Como prestan alguna utilidad bajo el punto de vista profiláctico y por la facilidad de su aplicación, deben recomendarse.

La protección de los individuos sanos contra los piquetes de los mosquitos es una medida de primer orden, que ha dado excelentes resultados donde quiera que ha sido empleada y que, á pesar de algunos inconvenientes que tiene, tiende á extenderse más y más. Se obtiene dicha protección colocando en las puertas y ventanas y en general en todas las aberturas de las piezas por donde puedan penetrar los mosquitos, pantallas protectoras de gasa, de muselina ó de tul, ó, lo que es preferible, marcos que en lugar de vidrios tengan una red de alambre bastante fina para que por sus mayas no puedan pasar los mosquitos. Como en las poblaciones de tierra caliente la mayor parte de los habitantes desean estar en los corredores al aire libre, al caer la tarde, y á esa hora es precisamente cuando más tienden á picar los mosquitos, es conveniente que esos corredores estén también protegidos por alambrados finos. Otras diversas disposiciones podrían adoptarse según sea la habitación ó establecimiento que se trate de proteger y los recursos de que se disponga; pero en todo caso debe procurarse que la protección sea lo más eficaz posible y que oponga los menores obstáculos á la buena ventilación, tan indispensable en general en todos los lugares palúdicos. El alambrado metálico conviene que esté formado de un material poco oxidable, como el formado con alambre de fierro galvanizado ó estañado ó el de zinc barnizado, que recomienda Mac Gregor; hasta ahora se había aceptado que el diámetro de las mallas no debía exceder de un milímetro y medio, pero conforme á los experimentos que ha hecho el Dr. A. Billet, parece que puede aumentarse ese diámetro hasta tres milímetros, lo cual, como se comprende, tiene muchísima importancia, porque con mallas de este tamaño se facilita mucho la buena aereación de los departamentos protegidos.

Además de estos medios de protección, se deben emplear los mosquiteros, recomendándose también el uso de velos para la cara y de guantes para las manos; pero estos últimos medios

será muy difícil que se acepten, ya por temor al ridículo, ya porque se consideran estorbosos y que dificultan la respiración.

La profilaxis del paludismo fué extensamente discutida en el último congreso de Higiene y Demografía reunido en Bruselas en septiembre del año próximo pasado, y la sección respectiva aprobó las proposiciones siguientes, formuladas por los Sres. Patric Manson y M. Celli.

Proposiciones del Sr. Patric Manson:

"El Congreso, convencido de la importancia práctica del papel de los mosquitos en la etiología del paludismo, insiste ante todos los Gobiernos de países palúdicos para que:

"1º Los oficiales, administradores y empleados, antes de entrar al servicio de esos países, demuestren conocimientos prácticos en lo que se refiere á esta noción y sus aplicaciones.

"2º En todos estos países, los establecimientos de instrucción que dependan del Gobierno ó de las misiones ó que sean de cualquiera otra naturaleza, deberán ser invitados para que inscriban en sus programas de enseñanza, las nociones relativas á la propagación del paludismo y de las aplicaciones prácticas que se deducen de ellas.

"3º Los oficiales, administradores y empleados que ignoren estos conocimientos ó que sistemáticamente se rehúsen á aplicarlos, se considerarán como impropios para el servicio en las comarcas palúdicas."

Proposiciones del Sr. M. Celli:

"La sección séptima del XII congreso Internacional de Higiene reconoció que las medidas profilácticas contra la malaria, son:

"La inmunización artificial medicamentosa por las sales de quinina.

"La desinfección específica de la sangre de los maláricos por las sales de quinina.

"La protección mecánica de las habitaciones y de las partes descubiertas del cuerpo.

"El aislamiento de los enfermos.

"La destrucción de los mosquitos.

"Los trabajos de saneamiento, hidráulicos y agrícolas.

"Entre los medios indicados se deben elegir ó combinar aquellos que mejor se adapten á la localidad y á la población que se desee sanear."

Poco se ha hecho hasta ahora en la República para combatir la malaria, que reina en zonas muy extensas, revistiendo con frecuencia formas

malignas que causan un gran número de defunciones y que enervan de un modo notable las fuerzas y el vigor de sus habitantes. Sería de la mayor importancia comenzar á combatir ese azote de nuestras costas y tierras calientes, siguiendo un plan bien definido para cada localidad, porque hay que tener presente que si en teoría está bien resuelta la profilaxis de la malaria, en la práctica hay que adecuar á cada población las medidas que se adopten, atendiendo á sus recursos, al género de sus habitantes y á otras diversas circunstancias que pueden influir para que en una localidad se utilicen determinadas medidas que no podrían emplearse en otras. Pero de todas maneras, para facilitar la ejecución de las diferentes medidas que he estudiado, juzgò muy interesante que se recomienden á las autoridades las proposiciones siguientes:

1ª Es de la mayor importancia que en cada una de las localidades donde reina la malaria se fije con precisión la estación endemo-epidémica, para que sólo durante ella sea cuando se observen las precauciones convenientes para prevenir á los habitantes de la invasión de la enfermedad, y también para que, hasta donde sea posible, no se ejecuten en esa época trabajos que exijan remoción del suelo, ni se emprendan expediciones militares ú otras á esas mismas localidades.

2ª La quinina y sus sales, así como las redes metálicas cuyas mallas tengan un diámetro comprendido entre uno y tres milímetros, deben entrar á la República libres de todo derecho de introducción.

3ª Debe concederse el mayor número de franquicias á las fábricas de quinina y de sus sales que lleguen á establecerse en el país, siempre que entreguen al comercio sus efectos con la pureza necesaria y á un precio menor que el que tengan los productos análogos importados.

4ª En las poblaciones donde reine el paludismo deben establecerse dispensarios en los que se dé consulta gratuita á los enfermos pobres de paludismo y se les ministre de la misma manera las sales de quinina y los preparados arsenicales que necesiten para su curación.

5ª Los médicos que ejerzan en poblaciones donde reine el paludismo grave deben estar obligados á dar parte á la autoridad respectiva de los casos que observen en su práctica.

6ª Las autoridades, tan luego como reciban

el parte, remitirán á la familia del enfermo una instrucción en la que se recomiende la observancia de las medidas apropiadas para que el enfermo no sea picado por los mosquitos y para que el tratamiento se prolongue el tiempo necesario para alcanzar la curación definitiva.

7a La protección mecánica contra los piquetes de los mosquitos deberá ser obligatoria en los hoteles, mesones, casas de huéspedes, colegios de internado, hospitales, prisiones y cuarteles de las poblaciones malarígenas.

8a Los médicos militares y los sanitarios que residan ó expedicionen en esas mismas poblaciones, deberán estar siempre provistos de un microscopio y de las materias colorantes propias, para poder establecer el diagnóstico de paludismo por el análisis microscópico de la sangre, en los casos en que fuere preciso.

9a Es conveniente que durante la estación endemo-epidémica se administre á las tropas que residan en comarcas donde sea endémico el paludismo, una ración diaria de quinina en la cantidad de veinte á cuarenta centigramos; que se estudie entre algunas de ellas el arrhenal, para saber si es ó no bastante para protegerlas contra los ataques del mismo mal; que se les instale hasta donde sea posible al abrigo de los piquetes de los mosquitos; que á los enfermos se les atienda con bastante energía para obtener la curación radical, y que los enfermos que lleguen al estado caquéctico sean transportados inmediatamente á poblaciones no malarígenas.

10a Son de recomendarse á la consideración del Supremo Gobierno las medidas propuestas por el Sr. Patric Manson y que aprobó el congreso reunido en Bruselas el año anterior.

México, mayo 11 de 1904.

N. R. DE ARELLANO.

Por acuerdo de la Academia se transcribieron las conclusiones enumeradas antes, á la Secretaría de Justicia é Instrucción Pública; y por disposición del Presidente de la República se transcribieron á las Secretarías correspondientes, para que cada una en su ramo estudie las medidas propuestas en el trabajo anterior.

## EL CITODIAGNOSTICO EN CLINICA.

MEMORIA QUE PARA OPTAR AL SILLON VACANTE DE PATOLOGIA Y CLINICA MEDICAS EN LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MEXICO, PRESENTA JOAQUIN COSIO.

(CONTINÚA.)

Las celdillas llamadas de vejigatorio y que se encuentran en la serosidad de éstos, se reconocen por su protoplasma muy escaso y delgado que se tiñe en amarillo por la triacida de Ehrlich y en rosa por la eosina; su núcleo es redondo ú oval, colorido en verde por la triacida y en violeta pálido por la hemateina. Los contornos de estas celdillas están mal limitados y difusos.

Todos estos elementos citológicos cuya descripción somera y aislada acabo de hacer, se agrupan de distintas maneras, predominan unos sobre otros y toman ciertos caracteres especiales; deduciéndose de todos estos factores la fórmula citológica de los diferentes líquidos patológicos.

### FÓRMULAS CITOLÓGICAS.

Es natural que tratándose de alteraciones en las serosas enfermas, que producen exudados, se tomara como modelo y término de comparación la fórmula de las especies celulares que existen en la cavidad de las serosas sanas, para equiparar los caracteres de unas y de otras y averiguar en dónde termina lo normal y en dónde empieza lo patológico.

Desgraciadamente no se pueden hacer estas investigaciones en el hombre sano.

Sabrazés y Muratet han estudiado el líquido de las cavidades serosas en el buey y han encontrado glóbulos blancos y rojos, lo que prueba que dichas cavidades no son simplemente sacos linfáticos, como se cree generalmente; los glóbulos blancos eran más abundantes que en la sangre normal y eran polinucleares neutrófilos, mononucleares, eosinófilos y algunos polinucleados fagocitos, que contenían despojos celulares y bacterianos; encontraron también celdillas endoteliales aisladas y formando placas.

En las serosidades del cuyo sano se han encontrado mononucleados, linfocitos, eosinófilos y grandes celdillas endoteliales.

Como se ve, los estudios sobre este particular son poco numerosos y sobre todo, no se

# GACETA MEDICA DE MEXICO

PERIÓDICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO IV.

MEXICO, 1º DE JUNIO DE 1904.

2ª SERIE.—NUM. 11.

## ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

*Sesión del día 18 de mayo de 1904.*

*Presidencia del Señor Doctor M. S. Soriano.*

El Sr. Dr. Porfirio Parra, en turno para lectura reglamentaria, la hizo, poniendo por título á su Memoria «Patología General.—La Nosología.»

Además de este trabajo, fueron leídos otros dos extraordinarios: uno, por el Dr. Aureliano Urrutia, y otro, por el Dr. Jesús González Urueña, los que serán publicados en la *Gaceta Médica*. Los títulos de estas memorias, son: el de la del Sr. Urrutia, «Algunas consideraciones anatómicas sobre el seno frontal,» y el de la del Señor González Urueña, «Un caso de dolor neuralgiforme de origen sifilítico, simulando la úlcera del estómago.»

A. CHACÓN.

*Sesión del día 25 de mayo de 1904.*

*Presidencia del Sr. Dr. M. S. Soriano.*

Con el título de «Epilepsia y cuerpo tiroides,» leyó el Sr. Dr. José Terrés su trabajo de turno. La discusión la inició el señor

*Dr. Altamirano.*—Cree que los datos sobre epilepsia y boxio los tomó Mahé, citado en la memoria del Sr. Terrés, de la obra sobre Geografía Médica del Dr. Orvañanos y recomienda al autor rectifique esta creencia.

*Dr. Terrés.*—Ha consultado la Geografía del Dr. Orvañanos; hay en ella un artículo y una lámina relativas al boxio; pero no existen los datos á que hizo referencia.

*Dr. Costo.*—Hizo observar que cuando él ejerció en el Estado de Chihuahua, vió en la población de Moris una gran cantidad de enfermos

de boxio; les llaman allí buchones, y la epilepsia no era, sin embargo, muy común. El 10 por ciento de los habitantes padecía el boxio, siendo á veces el mayor diámetro de la producción morbosa, de 20 á 30 centímetros.

No ha tenido oportunidad de observar los resultados de la ablación de la glándula tiroides.

*Dr. Parra.*—Efectivamente, en el Estado de Chihuahua, de donde él es originario, es muy frecuente el boxio y se llaman á los enfermos de ese mal, buchones, y en cuanto á la epilepsia, no se puede decir que sea más ó menos frecuente que en otras localidades. Los lugares en que se encuentra el boxio, están situados como á 1,000 ó 1,200 metros sobre el nivel del mar.

Algo se sabe sobre la distribución del boxio en México; pero en cuanto á la frecuencia de la epilepsia no hay estadísticas y las apreciaciones se han hecho, como se dice comunmente, á ojo de buen cubero.

*Dr. Altamirano.*—Poco antes de que el Dr. Sosa muriera, le pidieron de los Estados Unidos algunos datos sobre la epilepsia en México, y con ese motivo ha de haber formado una estadística.

*Dr. Terrés.*—Tiene conocimiento de ese hecho. Entonces él era el Presidente de la Academia y tuvo la honra, así como el Dr. Sosa, de ser nombrado miembro honorario de la Sociedad para el estudio de la epilepsia. El Sr. Terrés recibió un ejemplar de las memorias, en el que estaba el trabajo del Dr. Sosa, presentado á nombre de la Academia y su autor se limitó únicamente, al tratamiento, citando, especialmente, las observaciones recogidas en el Instituto Médico Nacional, sobre los efectos de plantas mexicanas: el añil, el tumba-vaquero, la yerba de la Puebla, y otras.

A. CHACÓN.

*Sesión del día 1º de junio de 1904.*

*Presidencia del Dr. J. Olvera.*

El Dr. Hurtado hizo la historia de una enferma. Se trata, dijo, de un hecho historiado. Pertenecía la paciente al Dr. Prieto, quien la estuvo asistiendo en la calle. Tenía 29 ó 30 años de edad y venía de Yucatán, en donde había padecido accesos palúdicos intensos. Se trató y el paludismo en apariencia desapareció. En la capital volvieron á aparecer los accesos, aunque sin tipo definido. Poco antes había padecido de metrorragias continuadas.

En los órganos genitales comprobó el Doctor Prieto una ulceración en el cuello uterino, de aspecto fungoso y creyó que se trataba de carcinoma. La ulceración estaba en el hocico de Tenca. La mujer era múltipara y estaba en estado de deterioro y enflaquecimiento. Sufría de dolores en las espaldas, dolores que eran inconstantes, reumatoides y tenía tos, aunque no dispnea. El murmurio vascular estaba ligeramente disminuído. En Yucatán tuvo diarrea y era alcohólica.

Ingresó al hospital San Andrés. El Doctor Hurtado ratificó la ulceración del cuello. No encontró nada notable en el pulmón ni en el aparato circulatorio. El bazo estaba ligeramente infartado. El examen del hígado no reveló ninguna alteración en esa víscera y, sin embargo, la necropsia más tarde demostró que sí la había. En el hospital no tuvo la enferma accesos de intermitentes. Tomó un baño de regadera y le sobrevinieron: calofrío, calentura y tos insignificante. Se restableció y por dos semanas no volvió á tener nada.

El Dr. Hurtado tenía la idea de hacer una amputación alta del cuello, para no tener que abrir el abdomen. El examen histológico demostró que se trataba de un epiteloma con alveolos perfectamente caracterizados. El Dr. Prieto propuso la histerectomía, la que fué ejecutada en treinta minutos, con la extirpación de los anexos y previo legrado del hongo. En el peritoneo no se encontró derrame. El cáncer se extendía solamente á dos centímetros más arriba del hocico; en el cuerpo no había infección ni en los ganglios. Se creyó en un éxito.

Al tercer día, sin embargo, tuvo calofrío, ca-

lentura y dispnea y á las 18 horas murió de síncope. Hay que advertir que la anestesia fué muy difícil de obtenerse é incompleta y la excitación bastante prolongada.

Practicó el Sr. Hurtado la autopsia delante de sus discípulos, en la clase de Anatomía Patológica. No tenía el cadáver tinte canceroso. En la cavidad encefálica sólo encontró congestión meníngea. En las otras cavidades halló: en el abdomen, peritoneo en vía de cicatrización; algo de supuración. Nada en el intestino. Hígado grasiento, aumentado de volumen, amarillo cera de Campeche y reblandecido. No estaba cirrótico. La vesícula biliar poco distendida. El bazo aumentado y un poco reblandecido.

En el tórax se encontró franca la causa de la muerte. Los pulmones aumentados de volumen; pero crepitaban y sobrenadaban en el agua. Ningún signo de apoplejía ni de neumonía. Su coloración era roja. La pleura engrosada, particularmente en la parte media y posterior del pulmón derecho. El engrosamiento pleural, de una extensión como de ocho centímetros era anterior á su último padecimiento y debido probablemente al paludismo. En las secciones del pulmón se produjo bastante jugo así como burbujas de aire. Pensaron en la congestión del pulmón. Tomaran fragmentos que conservaron en formalina y alcohol y otros en el licor de Müller. Se recogieron también fragmentos de otras vísceras.

En el hígado, como ya dijo, había degeneración grasienta y nada de cirrosis; aplaxia de los espacios interlobulillares. El lóbulo hepático se había hipertrofiado. Los vasos estaban dilatados. Lo que dominaba era la hepatitis parenquimatosa. Los leucócitos estaban pigmentados y había pigmento, además, fuera de ellos.

El bazo, aumentado de volumen y con gran cantidad de pigmento. Muchos leucócitos macrófagos. En los riñones, pigmento en los tubos rectos; mas no glomerulitis.

El examen del pulmón, como se comprende, fué de alto interés. Se encontraron lesiones semejantes á las que ha descrito Reynaud en la perineumonía contagiosa del buey. Examinando cortes del pulmón en fragmentos de la placa esclerótica se notaron lesiones semejantes á las de la neumonía pleurígena. Domina la infiltración embrionaria. En algunos lugares se vió co-

mo el primer estadio de la neumonía y los alveolos dilatados. Llamaba la atención la gran cantidad de pigmento que se encontró en el pulmón, lo que está en contradicción con lo que asientan los autores.

En resumen, las lesiones no podían ser clasificadas en las de la bronconeumonía ó del edema. Había esclerosis. Tenían las lesiones más semejanza con las de la neumonía pleurógena y la neumonía que complica al sarampión. La perineumonía ha sido bien estudiada en el buey. Las lesiones del pulmón de la enferma no se pueden clasificar.

¿Cuál fué la causa de la muerte? Interesa asentar que no había signos de caquexia palustre.

A. CHACÓN.

## BIBLIOGRAFIA

### EL DR. JUAN JOSE RAMIREZ DE ARELLANO

La inesperada muerte del Dr. Juan José Ramírez de Arellano, quien fué víctima del tifo cuando aun tenía largo camino que recorrer en bien de la ciencia y de la humanidad, provocó un sentimiento de pesar entre sus amigos y entre sus deudos, porque privó, á los primeros, del compañero de sociedad, y á los segundos del participante de las dulzuras del hogar. A la profesión médica en particular, le arrebató la muerte uno de sus más conspicuos miembros, que, con su claro talento y con su fina y justiciera crítica, hizo brillar más de una vez sus magníficas dotes de orador.

El Dr. Ramírez de Arellano nació en la ciudad de México el día 24 de noviembre de 1849. Cursó latinidad en el Colegio de San Ildefonso. Debido á cambios en dicho plantel en lo referente al plan de estudios, continuó sus cursos en el Seminario y volvió de nuevo al Colegio de San Ildefonso, estudiando un año según el nuevo régimen de la que desde entonces se llamó Escuela Nacional Preparatoria. Una vez terminados estos estudios preliminares, pasó el año de 1869 á la Escuela de Medicina de la Capital, y cinco años después obtenía el título de Médi-

co y Cirujano. En todos los años obtuvo buenas calificaciones al ser examinado, y en dos ocasiones se hizo merecedor á premios por su aplicación y aprovechamiento.

La obtención del título de Médico Cirujano fué un estímulo que lo impulsó á dedicarse con más ahinco á la profesión, tanto en la parte especulativa como en la científica. Prueba de esto es que dos años más tarde sustentó oposición y obtuvo una plaza en la Inspección de Sanidad.

Sirvió el puesto de Jefe de Clínica Interna, á cargo del Dr. D. Ildefonso Velasco, y se vió precisado, por razones que no es del caso referir, pero que en nada afectaron su crédito científico, á no concurrir como candidato á la oposición que para dicho puesto fué abierta por el entonces director de la Escuela de Medicina.

Fué lástima que las circunstancias lo hubieran hecho abandonar el sendero de la enseñanza, pues tenía cualidades que lo habrían hecho un buen profesor, que dejaría discípulos bien nutridos de sabias y útiles enseñanzas.

El año de 1876 entró á concurso para obtener una plaza de médico del servicio de sífilis en el hospital San Andrés. Fué su opositor el Doctor D. Manuel Domínguez, y aun cuando este señor obtuvo el puesto, se reconoció por todos que el Dr. Ramírez de Arellano era también merecedor de la honra que se confirió á su contrincante.

El año de 1878 entró como adjunto al Consejo Superior de Salubridad, y ocupó más tarde el puesto que quedó vacante por la muerte del Dr. D. Ildefonso Velasco. Desempeñó este puesto de vocal del Consejo durante 19 años, y tuvo á su cargo las comisiones de Fábricas é Industrias, Boticas, Epidemiología, Ejercicio de la Medicina y Habitaciones.

Tomó parte en la formación del Código Sanitario de 1891 y en las adiciones y reformas que se le hicieron en 1894 y 1902.

En todas estas comisiones llenó su cometido á satisfacción, apegándose estrictamente á la ley.

En el cumplimiento de sus obligaciones y en la vigilancia de los asuntos que tenía á su cargo, no se fijaba en consideraciones de amistad ni de parentesco, sino que cumplía fielmente con lo mandado, atacando con viveza todo lo que le parecía malo, y, según dice alguno de sus biógrafos, nunca tuvo enemigos gracias á su honradez inmaculada y á su lealtad nunca desmentida.

# GACETA MEDICA DE MEXICO

PERIÓDICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO IV.

MEXICO, 1º DE JULIO DE 1904.

2ª SERIE.—NUM. 13.

## ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

*Sesión del día 22 de junio de 1904.*

*Presidencia del señor Doctor M. S. Soriano.*

El Dr. Gregorio Mendizábal dió lectura á su trabajo de Reglamento, al que puso por título: "Algunas consideraciones acerca de la difteria en México."

A. CHACÓN.

## CLINICA EXTERNA.

### SARCOMA DESARROLLADO EN EL ANTRO DE HIGMORO

PASANDO A LA CAVIDAD BUCAL POR LOS ALVEOLOS.

OPERACIÓN.—BREVES CONSIDERACIONES SOBRE ESTE CASO.

El mes de octubre de 1902 se me presentó Rafael López, de 23 años de edad, jornalero, labrador en los Llanos de Apam, de buena constitución. Este individuo nos dijo: que hacía dos años comenzó á sentir que se le hinchaba la mitad izquierda de la cara, acompañada esta hinchazón de un dolor obtuso, como si le apretaran la cara; que haría como seis meses le comenzó á aparecer una carnosidad en la encía aflojándose un diente, que se le había caído. Nos dijo que siempre había sido sano, que no recordaba haber tenido ninguna enfermedad seria; que su padre también era jornalero y vivía, habiendo sido de buena salud, así como su madre, que aún vivía; tiene otros hermanos también labradores y que están sanos; que todos son de los Llanos de Apam, trabajando desde niños en las haciendas.

Examinado á este joven vimos que, en efecto, la mitad izquierda de la cara estaba abultada, notándose el levantamiento del apófisis ascen-

dente del maxilar superior y el abultamiento del maxilar, sobre todo en la parte correspondiente á la pared anterior del antro de Higmoro, arriba del incisivo lateral y del canino. La piel conservaba su color normal así como su temperatura y á la presión se sentía que cedía el hueso, como si estuviere adelgazado, pero sin producir el ruido de pergamino; esta exploración no era dolorosa.

Examinada la cavidad bucal vimos que, el segundo diente incisivo lateral izquierdo faltaba, viéndose una carnosidad que parecía salir del alveolo. Esta carnosidad, que podría ser confundida con un epulis, tenía el tamaño de un frijol grande, que parecía salir del alveolo y tenía la apariencia de un tumor carnososo; á la presión era algo resistente y no sangraba. Examinada la fosa nasal izquierda se vió que no había la menor obstrucción en esta cavidad, encontrándose sus paredes al parecer normales; no se percibía ningún mal olor en las fosas nasales, ni salió sangre al explorar la fosa izquierda. Los ganglios del cuello presentaban sus dimensiones normales, en ambos lados.

El estado general del individuo era bueno. Aunque delgado por la poca grasa, los músculos estaban bien desarrollados, siendo el estado de la nutrición general bastante satisfactorio; no había la menor huella de las enfermedades que en la infancia atacan á los niños escrofulosos.

Después de este examen pude formular el siguiente juicio sobre el padecimiento de este joven: se trata de un tumor benigno, muy probablemente de un sarcoma, situado en el antro de Higmoro, sin poder fijar exactamente el sitio por el que comenzó á desarrollarse este tumor, y en el que debía estar implantado.

Paso ahora á interpretar, valorizar y coordinar los datos que me sirvieron para poder formular este diagnóstico, que fué plenamente confirmado después de practicada la extirpación de este tumor. La existencia del tumor saliendo del alveolo, podría hacer creer que en el alveolo

había comenzado á desarrollarse, pero la aparición de la hinchazón de la mitad izquierda de la cara mucho antes de la aparición del tumor en la cavidad bucal, hacían desde luego desechar esta suposición y suponer con más razón que el punto de partida del tumor se encontraba arriba del alveolo en el antro de Higmore, que es la cavidad, que se encuentra en este lugar arriba del alveolo por el que salía el tumor para penetrar á la cavidad bucal.

El sitio de la cara en la que se hacía más marcada la hinchazón, su forma y la depresibilidad de la pared anterior del antro, no dejaban la menor duda, sobre el sitio del tumor; luego la marcha venía indicando claramente que el tumor desarrollado primero en el antro de Higmore, había pasado á la cavidad bucal tan pronto como la caída del diente permitió este paso. Con respecto á su benignidad, la evolución del tumor, cuya duración era cuando menos de dos años, la indicaban y á mayor abundamiento la no existencia del infarto ganglionar, así como el buen estado general del individuo confirmaban esta suposición sobre la benignidad del tumor. La naturaleza probable del neoplasma antes de hacer el examen histológico, estaba fundada sobre el examen clínico; teniendo en cuenta la apariencia del tumor, su sitio, la falta del infarto ganglionar, la edad del individuo, sus antecedentes hereditarios y patológicos, así como el estado satisfactorio de su nutrición general, debía ser un *sarcoma* y no otra variedad de tumor, entre los benignos, el que se nos presentaba, y repito, este diagnóstico se confirmó después de la operación tanto porque se pudo ampliar el examen clínico, como porque se pudo hacer el examen histológico, examen que tuvo la bondad de hacerlo el Sr. Dr. Gayón.

Establecido este diagnóstico, le dije al enfermo que, su padecimiento solamente podría curarse practicándole una operación y le expliqué en lo que consistiría. Traté de convencerlo de que cualquiera medicina que tomara sería inútil para su curación, gastando en valde su dinero, y sobre todo le hice ver que si no se operaba pronto quizá el tumor podría destruir el hueso y aun comprometer el ojo, que podría perder si el tumor se desarrollaba en la dirección de la órbita.

Habiéndome dicho el enfermo que estaba conforme en dejarse hacer la operación, pero

que tenía que volver á su tierra para arreglar algunos asuntos y después de arreglarlos volvería para que le hiciera yo la operación, tanto para calmar la parte mental como para demostrarle prácticamente que las medicinas no le darían ningún resultado, le prescribí unas gotas de una solución de yoduro de potasio para que las tomara, entretanto volvía á la Capital, recomendándole á la vez el asco de la boca antes y sobre todo después de tomar sus alimentos. El enfermo se despidió de mí ofreciéndome volver dentro de pocos días, ya decidido á que se le practicara la operación.

Esperando que este individuo volviera pronto á la Capital para que lo operara, me puse á ensayar la operación en el cadáver, temiendo que tal vez hubiera necesidad de reseca toda la mitad izquierda del maxilar superior; pero el tiempo pasaba y el enfermo no se me presentaba, lo que me hizo suponer que, tal vez por temor de la operación, se hubiera puesto en manos de alguna persona que le hubiera ofrecido curarlo sin operación, con el fin de explotarlo, como sucede frecuentemente tratándose de padecimientos incurables, ó de aquellos que solamente pueden curar por medio de un tratamiento quirúrgico. Después de cuatro meses, es decir, á fines del mes de febrero de 1903 este individuo se me volvió á presentar diciéndome que venía á que le hiciera yo la operación; que no había venido antes por haber tenido que estar con su familia arreglando algunos negocios en su tierra.

Volví á examinar el tumor y encontré que éste se había desarrollado de una manera notable, pues el tumor que tenía el tamaño de un frijol grande cuando lo ví por primera vez, es decir, hacía cuatro meses, había crecido hasta llegar al tamaño de un limón grande que apenas podía caber en la cavidad bucal, no pudiendo pasar más que alimentos líquidos. La hinchazón de la mitad izquierda de la cara había aumentado muy poco, lo que se explica fácilmente teniendo en cuenta que el tumor, luego que pudo pasar sin dificultad del antro de Higmore á la cavidad bucal, se desarrolló en esta cavidad con toda libertad, permaneciendo sin aumentar en sus dimensiones ó aumentando muy poco la parte del tumor contenida en dicho antro. El estado general del enfermo era poco más ó menos el mismo que cuando lo ví por primera vez y no había la menor hinchazón de los ganglios del

cuello. El primer pequeño molar izquierdo estaba tan flojo, que sin dificultad pude extraerlo con los dedos y una vez quitado el diente pude notar que el hueso de la bóveda palatina, cerca del borde alveolar, estaba perforado, pasando por esta perforación el tumor á los alveolos de ambos dientes.

El día 3 de marzo hice que este enfermo entrara al Hospital Juárez, colocándolo en la Sala de la Clínica. El día 15 del mismo mes se le practicó la traqueotomía, con el objeto de poder operar con toda comodidad, sin temor de que sobreviniera la asfixia por la cantidad de sangre que durante la operación pudiera pasar á los pulmones. Esta operación la practiqué en compañía de mis apreciables compañeros los Sres. D. Fernando Zárraga y D. Guillermo Parra. La operación no presentó en su técnica dificultad alguna, pero sí la tráquea presentaba la anomalía de estar situada muy hacia atrás en su parte inferior, de manera que la cánula, más larga de las que comunmente se emplean, apenas penetraba en la abertura hecha á la tráquea, saliéndose casi todos los días al grado de que la abertura de la tráquea comenzó á cicatrizar estrechándose y habiéndose necesitado volver á ampliar con el bisturí la abertura de la tráquea y ponerle la única cánula que se encontró en las casas donde venden instrumentos, que medía 75 milímetros de longitud, con la que ya pudo estar bien el enfermo.

El día 21 de marzo, encontrándose el enfermo en buenas condiciones, pues la operación de la traqueotomía no había traído ninguna complicación, y la herida del cuello por la que pasaba la cánula ya estaba avanzada en su cicatrización, procedí á practicar la operación acompañado del Sr. D. Fernando Zárraga y de dos practicantes del hospital. Temiendo que la anestesia, haciendo pasar el cloroformo al través de la cánula, no fuera completa, le apliqué al enfermo una inyección hipodérmica de un centigramo de clorhidrato de morfina una hora antes de operarlo.

Estando el paciente en la mesa de operaciones y teniendo todo listo para practicar la resección, comenzamos por anestesiar al enfermo con el cloroformo, por medio de la cánula de Iren Friendenburg que el Sr. Zárraga me hizo favor de prestar y fué aplicada en la cánula del cuello del enfermo. La anestesia que se obtuvo

fué completa, pues durante toda la operación el enfermo permaneció en la resolución muscular más completa y sin acusar el menor dolor.

Una vez obtenida la anestesia, procedimos á tapar la laringe y la faringe, introduciendo en las fauces una buena cantidad de gasa salolada.

El primer tiempo de la operación consistió en hacer una incisión, según el método de Nelaton, que partiendo inmediatamente abajo y un poco afuera del ángulo interno del ojo, en el borde de la órbita, se dirigió hacia adentro hasta encontrar la parte alta del surco nasojugal, inmediatamente abajo del ángulo interno del ojo; de este punto se bajó la incisión siguiendo este surco hasta llegar al lóbulo izquierdo de la nariz contorneando la incisión este lóbulo para seguir bajo la nariz, inmediatamente abajo de la ventana izquierda, para detenerla inmediatamente abajo del tabique, prolongándola después hacia abajo para dividir el labio superior en su parte media.

Se procuró que esta incisión comprendiera todas las partes blandas con excepción del periostio, para disecar después estas partes, formando un colgajo que se levantó para dejar á descubierto el maxilar superior en sus caras anterior é izquierda. Una vez descubierto el hueso pudimos sentir que el hueso abultado, correspondiendo á la pared anterior del antro de Higmoro, estaba muy adelgazado teniendo una consistencia cartilaginosa, cediendo fácilmente á la presión.

Con la legra se desnudó el hueso en la parte correspondiente al borde alveolar, llevando el despegamiento por dentro de la boca un poco arriba de este borde, y desprendiendo por afuera el periostio de la pared anterior del antro.

El segundo tiempo de la operación consistió en hacer la resección de la porción del hueso correspondiente á la pared anterior del antro y de una porción del borde alveolar. Como el hueso estaba en este lugar adelgazado y aun perforado por dentro cerca del borde alveolar, con las cissallas, ayudados del cincel y del mazo se quitó la pared anterior del antro, haciendo en el hueso un corte triangular con su vértice dirigido hacia la órbita y su base hacia el borde alveolar. Una vez puesto á descubierto el tumor, al quitar esta porción de hueso se sacó el tumor de la boca á la vez que se desprendían sus adherencias al periostio del piso del antro en su mitad anterior. La porción del tumor situada en la bo-

ca presentaba al tacto cierta resistencia, no así la porción contenida en el antro de Higmore, que estaba reblandecida desgarrándose muy fácilmente, sobre todo, cerca del punto en que estaba implantado el periostio. La porción del tumor contenida en el antro daba muy mal olor, un olor de putrefacción debido á la penetración del aire al antro por las fosas nasales. El tumor en su totalidad presentaba un volumen un poco más grande que el volumen de la parte contenida en la cavidad bucal, y con una abundante vascularización. Aún cuando el hueso bajo la mucosa del seno, en el punto de implantación del tumor, parecía estar sano, sin embargo, por temor de una reproducción, se quitó una porción de la bóveda palatina juntamente con la mucosa y el periostio del antro, tocándose con el termocauterio la porción de mucosa cercana al punto de implantación del tumor. La porción del neoplasma contenido en el antro se desgarraba al tomarlo, teniendo la consistencia de papilla la parte superficial que se desprendía con los dedos. Una vez seguros de haber quitado todo el neoplasma, se procedió á hacer la hemostasis desinfectándose después la cavidad del antro por medio de lavados con una solución de cianuro de mercurio al uno por mil.

El tercer tiempo de la operación consistió en hacer la síntesis del colgajo, por medio de unos puntos de sutura entrecortada hechos con seda perfectamente esterilizada y de unos vendotes de tela adhesiva de Johnson. Después de restañada bien la sangre, con algodones perfectamente asépticos se limpiaron las superficies cruentas, quitando todos los coágulos, volviéndose á aplicar el colgajo sobre el hueso, procurando al suturar hacer la coaptación perfecta de los bordes de la incisión. Con seda gruesa y delgada se pusieron los puntos de sutura alternando los gruesos con los delgados, teniendo por objeto los primeros contrarrestar la tendencia á la separación de los bordes, y los delgados solamente favorecer la coaptación de dichos bordes. Para no aumentar el número de estos puntos que dejaban un cuerpo extraño, aún cuando estuviera perfectamente esterilizado, se favoreció esta coaptación por medio de vendotes de tela adhesiva, intercalados con los puntos de sutura. Se polvoreó después la línea que marcaba la incisión con salol; cubriéndose este polvo con gasa salolada, sobre la que se aplicaron capas de al-

godón humedecido con solución de cianuro de mercurio al uno por mil, cubriéndose estas piezas de la curación con tela de baudruz, sobre la que se pusieron unas capas de algodón absorbente, fijando la curación por medio de un vendaje ligeramente compresivo para favorecer la aplicación del colgajo sobre la superficie huesosa cubierta con su periostio.

Este empaque de la mitad izquierda de la cara llenaba, además de la indicación ya dicha, la de inmovilizar el colgajo, proteger la herida contra una violencia exterior, á la vez que mantenerla con una temperatura conveniente. La tela impermeable permitía mantener en toda la región operada, una atmósfera antiséptica y húmeda, impidiendo la evaporación de la solución antiséptica con la que se impregnaron los algodones que se aplicaron sobre la gasa. Por alimento se le prescribió al operado leche, recomendándole la tomara con pistera.

Durante los primeros cinco días que siguieron á la operación, nada de particular sobrevino; el operado estaba sin calentura y no sintió más que una sensación de ardor en la herida, los dos primeros días que siguieron á la operación, ardor que desapareció completamente pasados estos dos primeros días. El día 25 se le hizo la primera curación. Al descubrir la herida vimos que el apósito solamente presentaba una mancha poco extensa, debida á unas gotas de pus que salían por un punto de sutura situado cerca del ángulo interno del ojo; el resto de la herida operatoria parecía haber cicatrizado por primera intención. Se quitaron casi todos los puntos de sutura dejando solamente unos tres, y se volvieron á aplicar vendotes de tela adhesiva. Se desinfectó el lugar correspondiente á la sutura infectada y se volvió á aplicar una curación igual á la del día de la operación.

La segunda curación se practicó el día 28, encontrando la herida operatoria completamente cicatrizada, habiéndose conseguido la desinfección completa del punto de sutura infectado. Se quitaron los tres puntos de sutura que se habían dejado en la curación anterior y se volvió á aplicar una curación igual á las anteriores; se le permitió al enfermo que además de la leche tomara caldo, vino y sopa. Por último, el día 2 de abril se descubrió la herida, encontrándola definitivamente cicatrizada.

Se me pasaba decir algo importante. Como

he dicho, al operar á este individuo se quitó una porción de la bóveda palatina cerca del borde alveolar, con una porción de este arco; para hacer esto hubo necesidad de desprender en una corta extensión las partes blandas que cubrían el hueso resecaado de la bóveda palatina, quedando allí un pequeño colgajo formado por estas partes blandas. Este colgajo no fué suturado, sino que se dejó libre, llenando la cantilad del antro de Higmoro con gasa esterilizada, gasa que se sacaba en cada curación y se volvía á introducir, lavandó previamente esta cavidad con una solución boricada al 4 por 100. Cuando ví completamente cicatrizado el colgajo de la cara le propuse á este individuo cerrarle esta abertura, á lo que se negó diciéndome que le urgía volverse á su tierra pronto, pues le habían escrito una carta llamándolo, quedando en que, cuando volviera, le haría esta operación complementaria.

Encontrándose bien el operado, fué dado de alta el día 25 de abril de 1903.

El mes de noviembre me volvió á ver este individuo y examinándole la boca ví que la abertura había disminuído notablemente, pudiendo apenas caber la yema del dedo pequeño. Me dijo que se sentía muy bien y que solamente me había venido á ver por habérselo yo encargado, y que se volvía á su tierra en la tarde. En vista de esto ya ni le volví á hablar sobre la operación que había pensado hacerle para cerrar esta abertura.

Examinándolo pude ver que la cicatriz de la cara era poco perceptible, salvo en el labio superior, que sin ser muy notable se marcaba bien sobre todo en el borde del labio, en la mucosa, pues en la piel quedaba la cicatriz apenas perceptible cubriéndola en parte los pelos de su caso bigote. El tumor no se había reproducido.

Hecha la historia de este enfermo, paso á entrar en algunas consideraciones sobre el caso en cuestión.

Raros son los casos como el presente en el que el diagnóstico pueda establecerse con toda precisión, tratándose de tumores situados en las cavidades de la cara, y debe darse por muy satisfecho el enfermo que cura radicalmente á expensas de una ligera deformidad como en el presente caso.

Es verdad que al cirujano se le exige mayor precisión en el diagnóstico que al médico, por-

que en cirugía el diagnóstico presenta menos dificultades para establecerse que en medicina, y éste es uno de los casos que viene demostrando que cuando se hace un buen examen del paciente para poder obtener todos los signos importantes que se refieren á la enfermedad, si se les da su verdadera interpretación y si se coordinan ó relacionan de una manera conveniente, el diagnóstico se facilita notablemente.

En el presente caso, los antecedentes hereditarios y patológicos del paciente, la manera cómo se desarrolló el tumor, el tiempo de que databa desde que el enfermo comenzó á notar su padecimiento y su evolución, eran datos de grande importancia proporcionados por el conmemorativo. El estado general del enfermo, su edad, la deformidad de la mitad izquierda de la cara, el sitio del tumor, su aspecto, dimensiones, consistencia, etc., así como la falta de infarto ganglionar, eran otros datos importantes proporcionados por la exploración. Sobre estos datos, obtenidos por el examen cuidadoso del paciente, fundamos el diagnóstico dado, precisando la naturaleza y sitio de este tumor. El diagnóstico obtenido por el examen clínico del enfermo fué confirmado por el examen histológico del tumor. Este último examen tuvo su importancia bajo el punto de vista de hacernos saber la variedad de sarcoma que teníamos que tratar, confirmando este examen el juicio que nos habíamos formado, sobre todo por la duración y la marcha del tumor, pues del examen histológico resultó que este neoplasma pertenecía á la variedad de tumores sarcomatosos, formados por celdillas fusiformes pequeñas, que es una de las variedades que presentan los tumores de menor malignidad, porque no se diseminan tan rápidamente invadiendo los órganos internos como en la variedad de celdillas redondas ó en la de grandes celdillas fusiformes. Además, esta variedad de sarcoma es la que tiene menos tendencia á generalizarse y se observa que si repiten después de varias extirpaciones, esta tendencia á la reproducción local con el tiempo la pierden, aun cuando también se ha observado que en una de tantas reproducciones lleguen á afectar un carácter maligno y á generalizarse. En nuestro enfermo, después de siete meses de haber sido operado el tumor, no se había reproducido.

Por lo expuesto, se ve la importancia que tie-

ne en casos como el presente, no dejar de hacer el examen histológico, que no solamente puede servir para confirmar el diagnóstico que por el examen clínico ha hecho el cirujano, sino que puede fijar un punto tan importante como es el de la malignidad ó no malignidad del tumor que se trata de operar.

Aun cuando el diagnóstico no sea más que un medio para llegar á un fin que es el tratamiento, vemos que en general el éxito de una operación depende de como se haya hecho el diagnóstico, por esta razón al cirujano se le exige más precisión en el diagnóstico que al médico, además de que sin un diagnóstico preciso no puede fundarse un pronóstico cierto. A nuestro enfermo se le dijo que tenía mayor número de probabilidades de curar, tanto para levantar su moral, como porque no vacilara en dejarse hacer la operación.

Respecto del tratamiento, podemos decir que, habiéndonos faltado precisar el lugar de implantación del tumor, así como la extensión de esta implantación, no podíamos decir antes de abrir el antro de Higmore para poner á descubierto el neoplasma, hasta dónde llevaríamos la exeresis operatoria; no podíamos decir si la operación se limitaría á lo hecho ó habría necesidad de reseca toda la mitad izquierda del maxilar superior estando de antemano preparados para quitar todos los tejidos que hubiera invadido el tumor, como pasa generalmente cuando se hace la extirpación de neoplasmas, cuyos límites no pueden ser conocidos antes de haber comenzado la operación. El quitar todos los tejidos invadidos por el neoplasma era una condición indispensable para obtener un éxito favorable y por eso nos empeñamos en quitar toda la porción del hueso y de las partes blandas en que estaba insertado el tumor. El pedículo del neoplasma insertado en el periostio del piso del antro no era extenso, lo que evitó que se quitara una gran porción de la bóveda palatina, lo que fué una fortuna para el operado. Además, para mayor precaución después de quitar la porción de hueso y de partes blandas en el punto de inserción del tumor, tocamos con el termo-cauterio las partes vecinas á esta pérdida de sustancia.

Otra de las condiciones importantes para obtener un éxito favorable, era el conseguir una reunión por primera intención del colgajo formado

á expensas de las partes blandas de la mitad izquierda de la cara, no pudiéndose obtener esta reunión sino practicando una antisepsia rigurosa; ésta fué otra de nuestras preocupaciones.

Bien sabido es que la asepsia perfecta de una herida solamente puede conseguirse practicando una antisepsia rigurosa, siendo la limpieza quirúrgica diversa de la limpieza ordinaria, y nuestros esfuerzos en este sentido fueron coronados del éxito más completo.

Acompañó á este trabajo tres fotografías tomadas de este individuo en el Hospital Juárez, la primera después de haberle hecho la traqueotomía y las otras dos pocos días antes de que se le diera de alta. Ellas dan una idea exacta del tumor: la primera hace ver el neoplasma en la cavidad bucal; la segunda hace ver la cavidad bucal enteramente libre, y la tercera hace ver cómo quedó la cicatriz del colgajo pocos días después de la operación. En la primera fotografía se ve un corcho que se puso en el lado derecho para mantener abatida la mandíbula inferior para sacar esta fotografía. Estas fotografías vienen comprobando lo asentado en el cuerpo de este trabajo, y con este mismo objeto acompañó el tumor que fué extirpado.

Como se ve, el pedazo grande del tumor que estaba contenido en la cavidad bucal, tiene el aspecto de un pedazo de coliflor; su tamaño ha disminuído bastante. Los otros fragmentos corresponden á la porción del tumor contenido en el antro de Higmore. Como se ve, son pequeños y unos cuantos; esto es debido á que, como he dicho, la porción del tumor contenida en el antro estaba muy reblandecida, destruyéndose á la menor presión, como pasó al extraerlo con los dedos. Esta porción del tumor reblandecida daba muy mal olor, encontrándose en putrefacción; de aquí el reblandecimiento de esta porción del tumor, como pasa con todo tejido que sufre la fermentación pútrida.

Para concluir voy á decir unas cuantas palabras sobre la traqueotomía practicada pocos días antes de la operación para extraer el tumor. La traqueotomía se hizo necesaria, puesto que antes de emprender la operación para extraer el tumor, no sabíamos si tendríamos necesidad de hacer la resección de toda la mitad izquierda del maxilar superior, teniendo forzosamente que acompañarse esta operación de una pérdida de sangre abundante que nos hubiera tenido que

divagar de nuestro trabajo principal para estar impidiendo que la sangre penetrara á la laringe.

Se nos podría hacer la objeción de que colocando la cabeza del operado en la posición de Ross, se hubiera podido evitar el practicar la traqueotomía; pero yo soy de opinión de que, en esta clase de operaciones, siempre que se pueda, debe uno poner los medios más seguros para evitarse las dificultades que puedan hacer más laboriosa una operación, y con la práctica de la traqueotomía podíamos tener la seguridad de que la penetración de la sangre á la laringe estaba evitada.

La sangre que perdió este enfermo durante la operación fué relativamente bastante; ahora bien, con mayor razón hubiera perdido mucha más si se hubiera tenido que practicar la resección de toda la mitad izquierda del maxilar superior, y puesto el operado en la posición de Ross, además de que no hubiera estado el que habla con comodidad para practicar la operación, como lo estuvo colocando la cabeza del paciente como mejor convino, hubiera tenido que estar interrumpiendo la operación para evitar el paso de la sangre á la laringe y la asfixia consecutiva.

La traqueotomía, debido á una anomalía que consistía en estar la tráquea situada muy hacia atrás del cuello en su parte inferior, hizo difícil la aplicación de la cánula, que apenas llegaba su extremidad á la incisión traqueal, saliéndose á cada momento. Hubo necesidad de buscar una cánula que tuviera una longitud mayor que la de las cánulas que generalmente se usan, y con gran dificultad se pudo conseguir en las dos casas que hay en la capital para la venta de instrumentos de cirugía, la única que había y que se acomodó muy bien al cuello del enfermo. Las cánulas que generalmente se usan en los adultos miden 6 centímetros y la que tuvimos necesidad de poner en este operado tenía 75 milímetros de longitud. Tanto este hecho como el de otra traqueotomía que pocos meses después practiqué y en la que el operado tenía un cuello muy voluminoso que no permitía que las cánulas usadas comunmente llegaran hasta la tráquea, me han hecho llamar la atención sobre este particular al presentar este trabajo, para que señalado este inconveniente se evite, teniendo todo cirujano en su arsenal, cánulas que tengan mayor longitud

que la ordinaria, para evitar esta dificultad si llegare á presentarse.

México, febrero 24 de 1904.

TOBIAS NÚÑEZ.

## OFTALMOLOGIA.

### Algunas consideraciones sobre el cisticercos intraocular.

Un nuevo caso de cisticercos sub-retiniano que voy á presentar ante esta H. Academia, me proporciona la oportunidad de llamar la atención de mis estimados consocios, sobre algunos puntos interesantes en el estudio de esta afección.

Desde luego es de hacerse notar su frecuencia en México. Sabido es que en el Norte de Alemania, los cisticercos del ojo son mucho más frecuentes que en cualquiera otro país: su proporción según varias estadísticas es de *uno por mil enfermos de los ojos*. En Francia, Bélgica, Estados Unidos y Suiza se presenta pocas veces; en Austria es sumamente raro; en Italia y Portugal lo es menos, según las observaciones que he leído. No conozco estadísticas especiales sobre su presencia en los citados países, pero los autores convienen en que son muy contadas en ellos las oportunidades de observarlo, tanto que muchos oculistas de Austria, Francia y Bélgica, durante su larga experiencia, no han visto un solo caso.

Por lo que á México se refiere, desde que el Dr. R. Vértiz presentó en esta Academia el primer caso, observado en un ojo que enucleó por irido-coroiditis con despegamiento de la retina y enturbiamiento del vítreo, en el cual fué imposible hacer el diagnóstico por las razones expresadas; desde entonces he podido contar diez y seis casos, el presente inclusive, en un período de diez y ocho años: de ellos ocho me han consultado por primera vez; cinco, me hicieron observar algunos compañeros, y tres conozco únicamente por referencias. Atento á que en este período de diez y ocho años me han consultado en el hospital Valdivielso y en mi consulta particular 32,000 enfermos aproximadamente, pue-

# GACETA MEDICA DE MEXICO

PERIÓDICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO IV.

MEXICO, 15 DE JULIO DE 1904.

2ª SERIE.—NUM. 14.

## ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

*Sesión del día 6 de julio de 1904.*

*Presidencia del señor Doctor M. S. Soriano.*

El Dr. Fernando Zárraga leyó su trabajo de Reglamento, al que puso por título "Las caballerizas llamadas pensiones de caballos, deben reputarse como establecimientos insalubres y alejarse del centro de la ciudad."

A propósito de él, hizo uso de la palabra el Sr. Dr. Ruiz.—Explicó al Sr. Zárraga que, según la opinión del abogado del Consejo de Salubridad, no se pueden aplicar penas á los infractores de los artículos del Código Sanitario, mientras no están estos reglamentados, y que en estos momentos se discute en el Consejo lo relativo á fábricas y establecimientos insalubres. El estiércol sí está ya ordenado que debe de sacarse diariamente. Pide que el trabajo del Dr. Zárraga pase al Consejo de Salubridad.

Dr. Parra.—Como se hizo cuando el trabajo del Dr. Ramírez de Arellano, el del Sr. Zárraga debe de transcribirse á la Secretaría de Justicia é Instrucción Pública, para que, si lo juzga conveniente, lo transcriba, á su vez, á la de Gobernación y ésta al Consejo de Salubridad.

El Dr. Julián Villarreal leyó su trabajo reglamentario, intitulándolo "6 casos de injerto del ovario en la matriz. Técnica de esta operación."

Para examinar á la enferma, que está presente, una de las que habla el Dr. Villarreal en su trabajo, el señor Presidente nombró á los Dres. López Hermosa y Prieto, suspendiéndose la sesión con ese objeto.

Vuelta á abrir, hizo uso de la palabra el Sr.

Dr. López Hermosa.—Expuso que la enferma examinada, es una joven de 23 años, de regular constitución. Después de su matrimonio tuvo infección útero-anexial, retroversión, endometritis y anexitis bilateral, por infección gonocócica.

Se operó con pleno éxito y sus padecimientos han cesado. El Dr. Villarreal hizo de un lado la ablación completa del anexo y del otro, de la trompa, quedando el ovario sano, el que fué injertado, en lugar de quitarlo, conservándole sus conexiones vasculares y nerviosas. La idea es muy buena. Se evita la menopausia prematura. La joven ha quedado restablecida; ha vuelto á menstruar regularmente. Haciendo un ojal á la pared uterina, para implantar en ella el ovario y suturando en seguida, queda un punto de poca resistencia y temè que durante un parto se desgarre. ¿El ovario conservará indefinidamente sus funciones?

Dr. Prieto.—El ovario es un órgano de estructura muy delicada. Por otra parte, ¿cómo es posible definir lo que realmente está sano? El que la mujer haya vuelto á menstruar, no constituye un éxito, porque, aun cuando se extirpen los dos ovarios, los menstruos pueden volver á aparecer. En el Hospital de San Andrés, el Dr. Hurtado acostumbra acercar el ovario al *ostium* de la trompa y allí lo fija con *catgut*. Cree que el ovario cubierto por mucosa infectada no persistirá.

Dr. Villarreal.—No está de acuerdo con los conceptos vertidos por el Dr. Prieto; la mujer á la que se le extirpan los dos anexos completos, trompa y ovario, no vuelve á tener jamás período. El Dr. Prieto le aconseja que una el ovario á la trompa; no lo puede practicar, porque falta la trompa precisamente. La atrofia del ovario incluído en la matriz, no pasa de ser una hipótesis. Hay casos en que se conserva el ovario completamente desprendido é injertado en el tejido celular del cuy ó del conejo. Autores respetables aseguran que con las operaciones como las practicadas por el Dr. Villarreal, es posible la fecundación. Si se conserva un ovario desprendiéndolo completamente, envolviéndolo en una compresa y teniéndolo en agua salada, ¿por qué no ha de conservarse cuando se respetan sus conexiones? Las enfermas á que en su trabajo hace referencia, han conservado sus funciones genita-

les, la sensación de la cópula y la menstruación.

El *osteum* es muy delicado y estrecho; se obstruiría y los óvulos no pasarían á la matriz. No teme á la infección, porque quita toda la mucosa infectada.

*Dr. Prieto.*—Le consta que las mujeres á las que se les han extirpado los anexos, vuelven á menstruar.

A. CHACÓN.

*Sesión del día 13 de julio de 1904.*

*Presidencia del señor Doctor M. S. Soriano.*

El Sr. Dr. Luis Ruiz dió lectura á su trabajo de Reglamento, intitulado: "Higiene.—Algo acerca de la prostitución."

La Academia aprobó que subscripto por su autor, se transcribiese á la Secretaría de Justicia é Instrucción Pública.

El Dr. Tobías Núñez leyó el dictamen sobre el cáncer, según el deseo manifestado por el Dr. Hans Leyden, para que se le envíen datos sobre ese padecimiento.

El Dr. Villarreal habló de sus operadas en los últimos 40 días. Presentó á dos de ellas y cuatro piezas anatómicas, en las que se puede comprobar que se trató realmente de cáncer. Una de las operadas que presenta tenía epitelio-ma del cuello y la otra metritis y anexitis tuberculosas. Las historias compendiadas de las enfermas son:

Tomasa Tagle, de 54 años, viuda.—Epitelio-ma del cuello.

Operación el 14 de junio de 1904, con cocaína (3 centigramos) y 10 gramos de cloroformo. Tuvo basca y vómitos al principio de la operación. La raquicocainización se hace con aguja delgada. Después de quince minutos de puesta la inyección se saca 1 centim. cúb. de líquido céfaloraquídeo cocainizado.

Previo un aseo minucioso de la vagina, se hace la cauterización del cuello con termo-cauterio, se sutura el cuello con seda, se circunda éste á cuatro centímetros de los fondos vaginales, se tapona con gasa yodoformada, se coloca á la paciente en posición de Trendelenbourg; se hace la laparotomía suprapúbica; en este momento empieza á sentir la enferma: se le da cloroformo. Se abaten los intestinos, se comienza por desprender el anexo izquierdo, que

está atrofiado y adherente; se liga el ligamento infundíbulo-pélvico muy alto entre dos ligaduras y se secciona; se liga el ligamento redondo bastante lejos de la matriz, se repite esta misma operación del lado derecho; se vuelve al lado izquierdo, se desprende el tejido celular y se secciona el ligamento ancho junto á la pelvis; se busca el uréter sobre la sínfisis sacro-iliaca, se sigue sobre la hoja del ligamento ancho, seccionándolo sobre el uréter, hasta llegar donde éste cruza á la uterina; se liga este vaso y se secciona; se separa el uréter hacia la pared pélvica; se corta el peritoneo vesíco-uterino junto á la vejiga, se desprende la vejiga hasta llegar al punto de sección de la vagina, se secciona el elevador del ano y la aponeurosis pélvica por el lado izquierdo hasta llegar á la vagina, abierta previamente; se cogen las gasas del taponamiento vaginal, se anudan con otra gasa estéril para absorber los líquidos que pudieran salir de la matriz á través de la sutura del cuello, se secciona hacia adelante la aponeurosis y las fibras del elevador al nivel de la sección vaginal anterior, lo mismo se hace hacia atrás, seccionando el peritoneo del Douglas al ras del intestino, invirtiendo la matriz hacia la derecha, como en el procedimiento de Kelly. Se completa la sección de la aponeurosis y del elevador, siguiendo el trazo de la porción vaginal derecha; se coge la uterina con una pinza y se extirpa la matriz con todo el tejido celular del parametrio; se liga la uterina derecha, se aproxima el corte vaginal posterior y el peritoneo rectal con el corte vaginal anterior y el peritoneo vesical; se hace pasar una doble gasa yodoformada á través de la vagina, valiéndose de la gasa estéril allí colocada; se ponen los extremos de la gasa de uno y otro lado sobre las regiones ureterales derecha é izquierda, se anudan los hilos que sostienen los cortes vaginal y rectal con su correspondiente peritoneo y con una sutura en bolsa de uno y otro lado se aproxima el peritoneo lateral, lo que constituye la peritonización pélvica.

Se cierra el vientre por el procedimiento propio del operador y que ya ha descrito, teniendo cuidado de abatir el epiplón con las asas intestinales, volviendo en sí la paciente al hacer la sutura intradérmica.

Se dió de alta curada el 4 del presente.

## TEMPERATURAS.

Primer día : 37 en la tarde y 37.6 en la noche.  
 Segundo día : 37.6 en la mañana, 37.5 en la tarde y 37.2 en la noche.  
 Tercer día : 37.4 en la mañana, 37.4 en la tarde y 38 en la noche.  
 Cuarto día : 37.6 en la mañana, 37 en la tarde y 37.3 en la noche.  
 Quinto día : 38 en la mañana, 37.7 en la tarde y 37.3 en la noche.  
 Sexto día : 36.8 en la mañana, 37.1 en la tarde y 37.2 en la noche.  
 Séptimo día : 36.6 en la mañana, 37.3 en la tarde y 37 en la noche.  
 Octavo día : 36.5 en la mañana, 36.8 en la tarde y 37.2 en la noche.  
 Noveno día : 36.5 en la mañana, 36.8 en la tarde y 37 en la noche.  
 Décimo día : 36.5 en la mañana, 37.4 en la tarde y 37 en la noche.  
 Décimoprimer día : 36.8 en la mañana, 37.2 en la tarde y 37.6 en la noche.  
 Decimosegundo día : 37 en la mañana, 37.2 en la tarde y 37.6 en la noche.  
 Décimotercero día : 37 en la mañana, 37.1 en la tarde y 37.4 en la noche.  
 Décimocuarto día : 37 en la mañana, 37.3 en la tarde y 37.2 en la noche.  
 Décimoquinto día : 36.5 en la mañana, 36.4 en la tarde y 36.4 en la noche.  
 Décimosexto día : 36.2 en la mañana, 36.4 en la tarde y 36.4 en la noche.

## P U L S O .

Segundo día : 105 por minuto.  
 Tercer día : 114 por minuto.  
 Cuarto día : 102 por minuto.  
 Quinto día : 96 por minuto.  
 Sexto día : 96 por minuto.  
 Séptimo día : 92 por minuto.  
 Octavo día : 93 por minuto.  
 Noveno día : 90 por minuto.  
 Décimo día : 80 por minuto.  
 Décimoprimer día : 88 por minuto.  
 Decimosegundo día : 84 por minuto.  
 Décimotercero día : 80 por minuto.  
 Décimocuarto día : 80 por minuto.

Décimoquinto día : 82 por minuto.

Décimosexto día : 84 por minuto.

Petra Castañeda, de 50 años, casada.  
 Diagnóstico : Metritis y anexitis tuberculosas.  
 Operada el 7 de febrero de 1903.  
 Cloroformización.—Apenas había tomado 10 gramos de cloroformo cuando le vino un síncope que fué eficazmente combatido con la respiración artificial y tracciones rítmicas de la lengua. Inhaló durante la operación 28 gramos de cloroformo. Laparotomía suprapúbica. Al seccionar el peritoneo se ve éste sumamente engrosado, granuloso, siendo las granulaciones del aspecto de las tuberculosas. El epiplón, cubierto de estas mismas granulaciones, adherido á todos los órganos genitales internos, se desprende y reseca en toda la extensión cubierta por ellas hasta cerca de su inserción al colon transverso. Prehensión y ligadura del ligamento infundíbulo pélvico, previo desprendimiento del prosalpinx derecho de sus adherencias al intestino y al peritoneo pélvico, prehensión del cuerno uterino y de la arteria uterina á este nivel, la misma operación con el ligamento redondo, sección y extirpación de este anexo, idéntica operación con el anexo izquierdo, que estaba menos afectado que el derecho, abertura del vértice del ligamento ancho izquierdo hasta tomar y ligar la uterina de este lado, desprendimiento de la vejiga seccionando el peritoneo del fondo peritoneal anterior invadido por las granulaciones sobre la vejiga misma, sección de la vagina por el fondo anterior, se toma el cuello y se divide la vagina al nivel de su inserción al cuello en el resto de su extensión estirando fuertemente sobre el cuello así desprendido, se toma la uterina y el ligamento redondo practicando después su ligadura. Sutura en bolsa de la vagina y sutura en surjete del peritoneo pélvico. *Toilette* peritoneal con gasas asépticas y sutura de la pared del vientre por procedimiento del Dr. J. Villarreal.

Se dió de alta el 2 de marzo de 1903.

## TEMPERATURAS.

Primer día : 36.4 en la mañana, 36.4 en la tarde y 38.8 noche.

Segundo día: 37 en la mañana, 37.7 tarde y 38 noche.

Tercer día: 37.7 en la mañana, 38.8 tarde y 38.7 noche.

Cuarto día: 38 en la mañana, 37.8 tarde y 37.7 noche.

Quinto día: 37.3 en la mañana, 38.1 tarde y 39 noche.

Sexto día: 37 en la mañana, 38 tarde y 38 noche.

Séptimo día: 37.4 en la mañana, 37.7 tarde y 38.3 noche.

Octavo día: 36.8 en la mañana, 37.4 tarde y 37.7 noche.

Noveno día: 36.4 en la mañana, 37.3 tarde y 37.1 noche.

Décimo día: 37.5 en la mañana, 37.4 tarde y 37.3 noche.

Décimoprimer día: 36.8 en la mañana, 37.4 tarde y 37.8 noche.

Décimosegundo día: 36.8 en la mañana, 36.4 tarde y 37.4 noche.

Décimotercer día: 36.6 en la mañana, 36.6 tarde y 37.1 noche.

Décimocuarto día: 36.6 en la mañana, 36.6 tarde y 36.4 noche.

Décimoquinto día: Los días siguientes tuvo temperatura normal.

#### PULSO.

Primer día: 112 por minuto.

Segundo día: 100 por minuto.

Tercer día: 100 por minuto.

Cuarto día: 100 por minuto.

Quinto día: 100 por minuto.

Sexto día: 100 por minuto.

Séptimo día: 108 por minuto.

Octavo día: 96 por minuto.

Noveno día: 96 por minuto.

Décimo día: 96 por minuto.

Décimoprimer día: 96 por minuto.

Décimosegundo día: 96 por minuto.

Décimotercer día: 96 por minuto.

Décimocuarto día: 96 por minuto.

\*

Se suspendió la sesión, con objeto de que el Sr. López Hermosa examinase á las enfermas. Vuelta á abrir, hizo uso de la palabra el Sr.

*Dr. López Hermosa.*—Refiriéndose á la primera enferma, dijo que no tiene un mes de operada y la cicatriz es ya muy sólida y no hay posibilidad de eventración. El Sr. Villarreal siguió un procedimiento clásico. El estado de la operada es muy satisfactorio y no hay huellas de reproducción. Con respecto á la enferma operada de tuberculosis genital y del epiplón, está gorda y restablecida. La insición fué ideal, no se percibe casi la cicatriz.

A. CHACÓN.

## OFTALMOLOGIA.

### EXTRACCION DE UN CISTICERCO SUB-RETINIANO.

Como tuve el honor de anunciarlo en la sesión pasada, me propuse operar al enfermito de cisticerco sub-retiniano en el ojo derecho, que presenté á ustedes esa misma noche: la operación se verificó el día 6 del presente, en el hospital Oftalmológico "Nuestra Señora de la Luz," y voy á dar cuenta á esta H. Academia de la técnica operatoria empleada así como del resultado obtenido.

Previa anestesia general por el éter y asepsia rigurosa, comencé por practicar la tenotomía del recto externo del ojo; en seguida pasé dos hilos de sutura por el extremo libre del músculo y la conjuntiva, fijando dichos hilos con una pinza Pean; después, con otra pinza de fijación, tomé el muñón del tendón insertado á la esclerótica y lo confíe al Dr. Ignacio del Valle para que, llevándolo hacia arriba y hacia adentro, quedara en el centro de la hendedura palpebral el segmento infero-externo anterior de la esclerótica correspondiente al lugar en que había localizado la presencia del cisticerco.

En esta situación practiqué una incisión meridiana en la conjuntiva, comenzándola á cinco milímetros del limbo corneal, dirigiéndola hacia atrás en una extensión de diez á doce milímetros: en el ángulo anterior de esta incisión, los vasos espiesclerales dieron alguna sangre que se detuvo por la presión con algodones empapados en solución de adrenalina al 1|3,000. Detenida la sangre procedí á la incisión de la esclerótica con el cuchillo de Graefe, dividiendo capa por capa en una extensión de ocho milíme-

# GACETA MEDICA DE MEXICO

PERIÓDICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO IV.

MEXICO, 1º DE AGOSTO DE 1904.

2ª SERIE.—NUM. 15.

## ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

*Sesión del día 20 de julio de 1904.*

*Presidencia del señor Doctor Nicolás Ramírez de Arellano.*

El Sr. Dr. Soriano por estar fuera de la Capital envió su trabajo de turno, al que dió lectura el segundo Secretario y lleva por título: "Bibliografía Médica Nacional.—1839 - 1840.—La Sociedad Filo-Médica."

A. CHACÓN.

## CLINICA INTERNA.

### INDICACION DE ALGUNOS PUNTOS OSCUROS EN LA HISTORIA DE LA FIEBRE AMARILLA.

No voy á exponer en este insignificante trabajo nada que tenga visos de pretensión referente á poner en duda lo que es hoy positivo respecto á la etiología de la fiebre amarilla, debido á los trabajos emprendidos por los médicos Recd, Carnoll, Agramonte y Leazar, cuyos trabajos fueron determinados por lo que imaginó Finley en 1881 y tuvieron éxitos felices para la ciencia al terminar el siglo XIX en la Habana, en donde observaciones y experimentos bien interpretadas las primeras y perfectamente emprendidos los segundos, dieron el excelente resultado que hoy todos conocemos. Esos investigadores deben estar satisfechos, pues su premio es la gratitud de la humanidad.

Tampoco quiero ocuparme de la *campaña* comenzada en el año pasado y dirigida por el Sr. Dr. Licéaga y que promete tener un resultado semejante al que ha obtenido en la isla de Cuba la autoridad sanitaria de ese país; campaña que

tiene que ser laboriosa y perseverante en la República Mexicana, por la diseminación de la plaga en diferentes lugares del litoral del Golfo y en el interior del territorio de la República. Lo que pretendo ahora es indicar ciertos espacios que todavía se encuentran sin llenar en el cuadro de la Historia natural de la expresada fiebre amarilla, que ha sido y es el terror de los que han tenido y tienen necesidad de pasar por las comarcas y poblaciones en las que es endémica ó que tengan que permanecer en alguna de ellas por más ó menos tiempo. En mi humilde concepto, esos puntos oscuros de dicha Historia deben ser aclarados, porque se refieren al primitivo origen, á la causa primera del nacimiento de la fiebre, que suponiéndola ya extinguida, podría volver á aparecer, si de nuevo se presentara la causa primera á que me he referido, si las circunstancias fuesen semejantes á las que hubo en el principio de la calamidad del Golfo de México.

Alguno de los historiadores antiguos de las Antillas pretendió librar á estas islas de la responsabilidad de haber dado al mundo esa funesta enfermedad, que era llevada por las embarcaciones con relativa frecuencia á países lejanos, que jamás habían sufrido esa calamidad; y para conseguir el fin que se propuso el narrador, aprovechó la confusión que en los siglos pasados, más que ahora, se ha hecho entre la fiebre amarilla y las fiebres palustres malignas que reinan en determinadas épocas en los países cálidos insalubres, de lo que resultó que no faltó quien afirmara que aquella enfermedad era originaria de Siam. Lo positivo y que no da lugar á duda fué, que se desarrolló una terrible epidemia en 1682 en la Martinica á consecuencia de que el navío "Oriflamme," que había salido de Siam, tocó al Brasil, en donde la fiebre amarilla hacía grandes estragos, y por eso con mucha justicia Fournier y Vaidy preguntaron entonces á Moreau de Saint-Méry, que fué quien contó

esa relación, ¿de dónde le vino el mal al Brasil? Lo cierto en la historia de esa fiebre es, que desde que empezó á ser conocida, la enfermedad ha recorrido la mayor parte de las costas orientales del Continente y de las islas americanas y ha ido á invadir varios de los puertos del Asia y de la Europa.

Luego que se conoció mejor la fiebre amarilla y que fué menos confundida con las fiebres palustres de los países cálidos y malsanos, pudo ya ser distinguida la emigración de aquella, cuando de uno de los puertos del Golfo de México, de las Antillas ó del Brasil partía alguna embarcación contaminada, que llevaba la enfermedad á alguno de los puertos lejanos y ha acontecido á veces, como fué en 1741, que después de affligir á muchas de las poblaciones de las costas orientales de la América, fué llevada á Málaga y la invasión se extendió hasta poblaciones cercanas. Con mayor ó menor celeridad, según eran las circunstancias que precedían ó coincidían con las invasiones de la fiebre en los pueblos que habían gozado antes de inmunidad, el mal se extendía hasta ciertos límites en todas partes y esto y otros hechos observados, determinaron la división en las opiniones de los médicos, y como sucedió respecto del cólera y respecto de la tuberculosis pulmonar, hubo, tratándose de la fiebre amarilla, quienes afirmaron que era contagiosa y otros que no lo era, y bien sabemos ahora que la razón de esta diferencia de juicios está en que siendo los hechos verdaderos, no podían, por el estado en que se encontraba á este respecto la ciencia, ser interpretados debidamente. Esta discordancia en las opiniones no subsistió por mucho tiempo y al fin se llegó á admitir generalmente la contagiosidad, imponiendo esta conformidad de pareceres, la prescripción obligatoria, en todas partes, de la desinfección de las personas y de las casas que se creyeran estar contaminadas ó fueran sospechosas, además de la cuarentena señalada en las leyes que han regido en todos los países para defender sus litorales amenazados. Los trabajos á que me he referido al principio de este escrito y los resultados de las observaciones que se hicieron al emprender esos trabajos, han modificado radicalmente el criterio para obrar eficazmente en contra del peligro de las invasiones de la plaga referida.

Para señalar lo que todavía no comprendemos en la cuestión de la etiología de la fiebre amarilla, me parece ser necesario recordar lo que se observa siempre que esta enfermedad llega é invade poblaciones que antes se habían visto libres de la calamidad ó las que no la tienen endémicamente. Si individuos enfermos ó incubados llegando de un lugar infectado, al detenerse en una población antes endémica, se decía, que quienes se enfermaban cerca de aquellos se habían contagiado; hoy se dice que son picados los enfermos antes de que se cumplan los cuatro primeros días de la enfermedad por el mosquito *stegomya fasciata* el que infecta después á las personas inmunes hasta entonces; enfermándose éstas, son á su vez picadas por otros moscos que llevan el mal á las casas vecinas y así sucesivamente hasta invadir á toda la población ó á determinados cuarteles. Constituida la epidemia de fiebre amarilla en un lugar, después de haber crecido como crecen las epidemias de otras enfermedades, aumentando progresivamente la morbilidad y la mortalidad, se estaciona luego durante un período más ó menos largo, para decrecer con rapidez y desaparecer completamente. Esto es lo que se ha observado en Córdoba y en Orizaba; sucedió también en Mazatlán cuando murió Angela Peralta, sin que aparecieran después de la epidemia casos esporádicos que indicaran radicación del mal. Lo mismo se ha observado en las invasiones de la fiebre amarilla que han sufrido Cádiz, Málaga, Marsella, etc., en los siglos pasados. Cuando en las ciudades ó poblaciones en las cuales no es endémica la repetida fiebre amarilla, ha sufrido la invasión, ha sido en la época del año en la cual es mayor el calor y llegado el invierno desaparece la enfermedad, es decir, que desapareciendo las condiciones propicias para el nacimiento y desarrollo de los gérmenes morbígenos, éstos cesan de existir seguramente en lo absoluto, y por tanto, no vuelven á verse enfermos hasta que por desgracia se presentan de nuevo las circunstancias que, como en otras veces, ha habido en contra de la salubridad y en pro del desarrollo de enfermedades que se hacen epidémicas, entre las cuales se encuentra la enfermedad de que me ocupo.

Según el modo de ver en la actualidad en lo que se refiere á la transmisión del "vómito negro," es de toda necesidad indispensable para

que el mal se propague en un lugar, que en presencia de un enfermo exista el mosco *stegomya*, único vector del germen morbígeno que adquiere al picar á un enfermo en alguno de los cuatro días primeros de la afección. Luego si á M. llega un individuo ya enfermo, pero con la condición de que lo esté desde hace á lo sumo tres ó cuatro días, y que empezando á caer enfermos del mismo mal vecinos de la población que se han encontrado cerca del enfermo recién llegado, la consecuencia que debemos deducir de esas premisas es que en M. hay *stegomyas* que se encargan de extender en forma de epidemia la fiebre amarilla en dicha población de M. Pero como se ha dicho que en los lugares en los que no es endémica esa enfermedad, si se desarrolla en ellos siempre es en las estaciones calurosas para cesar completamente en el invierno, si pasado éste no vuelve á haber después ningún caso de fiebre, estamos en derecho para afirmar que los moscos que últimamente se infectaron, mueren en el invierno, y por consiguiente por esto no vuelve á haber enfermos en el año siguiente? A este propósito, oigamos lo que dice el Sr. Dr. Matienzo, persona muy competente para juzgar debidamente lo que se diga respecto de la fiebre, pues es reconocida su experiencia y notoria su inteligencia. Refiriéndose á la epidemia que ha reinado en el año pasado en Tampico, indica: que los primeros casos se observaron en Abril, al fin del mes, empezando entonces á presentarse la enfermedad con carácter epidémico; la última defunción por fiebre amarilla que hubo en aquella ciudad fué el 27 de enero, desde cuyo día no volvió á presentarse ningún caso, ni llegado al puerto ningún enfermo procedente de otra población; no queda otra hipótesis, dice el Sr. Matienzo, dada la aparición simultánea ó casi simultánea de enfermos en diferentes rumbos de la ciudad, sin que hubiera habido en abril conexión alguna con el puerto marítimo que pudiera hacer pensar en la posibilidad de la infección á bordo por piquetes de mosquitos previamente infectados, no queda más que admitir la contaminación de los individuos, en los primeros casos, por mosquitos infectados desde enero. Agrega el Sr. Matienzo para que no haya dificultad en admitir el supuesto anterior, lo que ha pasado con moscos que se han observado para saber cuánto se prolonga la vida de estos animales, al conservarlos de manera que no haya

duda en la identidad de los que están en observación. El Dr. Matienzo puso en una probeta un mosco que duró 65 días. El Dr. Guiteras manifiesta que aunque para explicar la continuación de la fiebre amarilla en la Habana, de un año para otro, no era necesario suponer que la duración de la vida del mosquito fuera muy larga, porque siempre había antes en el invierno casos esporádicos que sirvieran para mantener la sucesión no interrumpida entre los casos del otoño y los de la primavera siguiente; en el Sur de los Estados Unidos no ha pasado lo mismo, porque allí cesaba completamente durante el invierno la manifestación por medio de casos esporádicos de la subsistencia de la causa de la enfermedad; pero como llegado el tiempo propio para el desarrollo de fiebre, volvían á darse casos de ésta, le ocurrió al Sr. Guiteras coger 18 mosquitos nacidos el día 10 de agosto de 1902 y que el día 5 picaron á un enfermo grave; se mataron 8 para estudiar las glándulas salivares y sus intestinos; de los restantes murió 1 á los 5 días, 1 á los 10 días, 2 á los 41, 1 á los 65, 1 á los 89, 1 á los 102, 1 á los 123, 2 á los 125 y 1 á los 154 días; se conservaron en pomos de vidrio y se mantuvieron con azúcar. Es seguro que en libertad podrán vivir más de los 154 días. (Informe del Sr. Dr. Matienzo, julio de 1903).

Ignoro si un mosco que habiendo picado á un enfermo de fiebre amarilla podrá, después de 150 días, transmitir el mal á un hombre inmune; pero si el Dr. Guiteras, que está en el campo de las experiencias y que es observador de juicio, se vale de la observación que ha hecho para poder explicar fundadamente la razón de la aparición de casos después de haber cesado durante el invierno y que son la manifestación de la subsistencia de la causa, teniendo en cuenta que los especialistas consideran hoy como condición *sine qua non* que existan, á la vez que enfermos, *stegomyas* que tomen en su sangre gérmenes que diseminen picando á las personas inmunes predispuestas, para que se desarrolle el mal epidémicamente en donde no se habían observado casos hasta que hubo venido de fuera el que trae la enfermedad, adquirida en el lugar de donde ha emigrado; se sabe, repite, el Sr. Guiteras el hecho, cuya observación enseña que hay moscos que contaminados con los últimos casos del verano anterior, se conservan abrigándose dentro de las habitaciones y aun entre el pasto

seco de los campos, esos animales deben ser, por tanto, los únicos responsables de los nuevos casos que aparecen en el principio del calor. Ya no es admisible en este tiempo alegar: que habitaciones y objetos que antes se suponían infectados por los enfermos de fiebre amarilla, que habían pasado la enfermedad en aquellos ó que hubieran tocado los otros, sean las causas de la nueva aparición de ella; bien sabido es que ya no se teme hoy más que al enfermo en los tres ó cuatro primeros días de su afección y á las *stegomyas* que se lleguen á él en ese tiempo, y no se teme más que á lo indicado, porque las experiencias hechas en la Habana han señalado lo que únicamente puede ocasionar la propagación de la fiebre amarilla; así es que sólo se podrá atribuir á los moscos contaminados con los últimos casos habidos al fin del otoño en una población que ha sufrido el vómito negro y que ha descansado de este mal en el invierno, los nuevos casos que aparezcan en la primavera.

El *stegomya* no es temible según lo que hoy se admite si no ha picado enfermos de fiebre amarilla; si él es indispensable para que esta enfermedad se extienda en una población epidémicamente, nada puede hacer en este sentido si no hay manantial en donde beba; pero al enfermo que ensució al mosco le vino su mal de otro enfermo por medio del mosco que le inoculó, y siguiendo la sucesión de los casos desde el enfermo que consideramos hasta el primero que hubo en el mundo y que sin género de duda no fué contaminado por moscos que no habían tenido en donde contaminarse; si consideramos el asunto de esta manera, tenemos que confesar que á pesar de todo lo que hoy sabemos, ignoramos todavía cuál es y dónde existe el semillero de donde salieran las generaciones que han propagado la fiebre tantas veces repetida, por las costas del Golfo de México, las Antillas, el Brasil y en sus emigraciones han afligido á España, á Francia é Italia.

El germen de la fiebre amarilla tan dañoso, tan terrible como es, sin embargo es de los más pequeños entre los microbios, tanto, que puede pasar por las más finas bujías de los filtros. Esta circunstancia de la posibilidad de su paso por los filtros, ha ocasionado dificultades casi imposibles de remover á los miembros de la Comisión francesa que ha ido al Brasil á investigar, valiéndose de experiencias y de observaciones

muy concienzudas, los medios de preservación y curación de mal tan perjudicial como es el vómito negro, porque si es posible por la persecución activa y eficaz del *stegomya* extinguir esa enfermedad en donde hay posibilidad de hacerlo, hay comarcas y poblaciones, que aún no pueden defenderse por medio de los recursos que prescribe hoy la ciencia y para estas poblaciones privadas por penuria ó incuria de los beneficios de que goza hoy la Habana, es necesario tanto el preservativo como el remedio; la dificultad, pues, que hay para experimentar con fruto, con lo pequeñísimo, es la causa de que no se haya llenado todavía esos espacios vacíos en el cuadro de la historia de la fiebre.

¿En Cádiz, en Málaga, en Córdoba, en Orizaba, etc., la especie *stegomya* ha existido siempre, ó ha sido importada en cada ocasión en que se ha desarrollado una epidemia en esas poblaciones? Hay cuestiones que los médicos no pueden contestar, porque los elementos con que se pudiera contar han desaparecido. ¿Quién va á demostrar que antes de la primera epidemia de Cádiz había ya aquel mosco en ese puerto? Me parece imposible; pero no lo es, afirmar que había de esos moscos al tiempo de la epidemia. En causas que se refieren á la historia de las epidemias, si las opiniones de los observadores legos, es cierto, pero que observan con atención por interesarles demasiado el mal que les aflige, no son pruebas plenas, si se les puede conceder algún valor para poder ser consignadas dignamente en la historia. Alguna vez, hablando con un distinguido abogado de Monterrey, me ha dicho: que la fiebre amarilla, si lo es, dice él, no es de 1903, ni de cuando fué Ismael Prieto á estudiarla en 1898; que ha reinado allí desde mucho tiempo atrás y ha sucedido siempre que el invierno es benigno y que no caen nevadas, en el verano siguiente se desarrolla la enfermedad; alguna otra persona originaria de aquella ciudad me ha referido lo mismo. Desconocido como es hasta ahora el microbio patógeno de la fiebre, no es posible en la actualidad aceptar ó negar en lo absoluto la aserción de esas personas de Monterrey, pues se carecería de la prueba positiva ó negativa que proporcionaría la técnica bacteriológica. La clínica podría conducirnos á la aproximación de la verdad en este asunto, pero por desgracia siempre que se trata de calamidades, de epidemias que amenazan al comercio y á

otros intereses privados ó públicos, sobrevienen pasiones que llegan á preocupar fatalmente á los mismos médicos. Ha acontecido con frecuencia, tratándose del cólera, de la peste, etc., al principio de las epidemias, que sobran en las poblaciones invadidas, personas que niegan tener encima la calamidad y entre las preocupados nunca faltan médicos que juzguen erróneamente ó no quieren producir alarma. Sea lo que fuere en lo que se refiere á Monterrey, habría que averiguar si el stegomya ha subsistido siempre en la comarca y si se pudiese probarlo habría motivo poderoso para considerar de valor la opinión de quienes juzgan no ser solamente de estos tiempos la fiebre amarilla en esa capital.

Otra dificultad ocurre para comprender la manera de extenderse una epidemia de aquella fiebre en lugares libres anteriormente de sus ataques. En aquellos tiempos, cuando no había quien se preocupara del mosquito, refiere Arejula en su "Breve descripción de la fiebre amarilla en Cádiz," que cuando la corbeta "El Delfín" partida de la Habana, llevó la fiebre á ese puerto, un gran número de familias huyeron al campo y á las poblaciones inmediatas y se extendió el mal en los alrededores de Cádiz; pero, esto es lo notable por no decir sorprendente, ahora entre nosotros, que sabemos un poco más en el particular que Arejula, otras familias que permanecieron en Cádiz, pero con firme resolución de no tener relación de ninguna clase con personas contaminadas, tuvieron dichas familias la fortuna de librarse del mal. Polloni observó también en 1803 en la epidemia que reinó en Liorna, que las familias que supieron aislarse, sin haber tenido necesidad de emigrar, se preservaron completamente. El mismo Arejula observó en Málaga en 1803 que el lunes era el día de la semana en el cual caían enfermos mayor número de individuos que en los días siguientes, á causa, según juzgaba ese autor, de que el domingo se reunían muchas personas en los templos.

Es de creer que en Cádiz, en Liorna y en los alrededores de esas ciudades ha de haber existido en esa época el stegomya que diseminó los gérmenes extendiendo la epidemia. Pero lo que no se puede explicar, ó mejor dicho, no comprendemos de qué manera se defendieron de los piquetes fatales, los individuos que se libraron

del mal, comunicándose rigurosamente del resto de la población; pero sí lograron no mantener relación alguna con las familias contaminadas, es absolutamente imposible que podamos creer que no hayan entrado y salido libremente á las habitaciones de aquellas afortunadas familias los stegomyas y si las personas que se vieron libres entonces no obstante la presencia de esos moscos, de sufrir la fiebre, por qué no enfermaron ó qué los preservó, si es cierto, y no hay razón para dudar de la buena fe de esos autores, en lo que refieren, es lo que no podemos decir.

Desde hace mucho tiempo se tiene por muy cierto que los que nacen en donde es endémica la fiebre amarilla, jamás llegan á padecer esta enfermedad, y ha sido tal la convicción en este sentido, que muchas de las cordobesas, de las jalapeñas y de las orizabeñas de recursos, procuran ir á pasar sus partos á Veracruz para que sus hijos gocen de inmunidad. Si sólo el haber nacido allí sin permanecer después en la ciudad más que durante el puerperio, es bastante para conferir esa inmunidad, es positivo, no me atrevo á afirmarlo; lo que sí nadie pone en duda es que los que han vivido en el puerto por tiempo prolongado, no padecen casi nunca por lo menos la fiebre grave. A excepción de todos aquellos que por su buena naturaleza cuentan con medios eficaces y seguros de resistencia, los médicos en lo general respecto de los otros individuos que no están en esas condiciones, no admiten que escapen de las enfermedades los naturales de Veracruz en lo absoluto; suponen que la mayoría de los nativos de allí han tenido la forma benignísima y por lo mismo en el porvenir ya gozarán de inmunidad; se puede deducir, de esto, que la fiebre de que se trata es como las eruptivas que en la inmensa mayoría de casos sólo se padecen una sola vez en la vida. Esta hipótesis es racional, pero carece por lo mismo que es hipótesis, de demostración positiva, pues ninguno podrá probar que tal calentura que padece aquel niño es la fiebre amarilla que le conferirá inmunidad indefinida para el porvenir. Por tanto, si es verdad que la mayoría de los que nacen en un país en donde el vómito es endémico, por su aclimatación tienen el privilegio de que jamás sufrirán la fiebre grave, no pudiéndose explicar satisfactoriamente esta inmunidad, por lo mismo es otro de los puntos obscu-

ros de la historia de la fiebre amarilla esta circunstancia. El asunto de que hoy me he ocupado es interesante. ¡Lástima que no haya yo sido capaz de tratarlo como lo merece!

Abril 13 de 1904.

JOSÉ OLVERA.

## CIRUGIA GENERAL.

### Modificaciones en la técnica de la raquicocainización y su aplicación á la cirugía ginecológica y abdominal.

Raquicocainizaciones practicadas en el Hospital Ginecológico "González Echeverría," de Julio de 1901 á Julio de 1903.

Hace dos años y medio que, al presentar á esta H. Corporación mi primer trabajo sobre la raquicocainización, expresaba la esperanza que me animaba de llegar, con este método, á extirpar sin dolor la matriz y aun los anexos enfermos sin necesidad de recurrir al cloroformo, disminuyendo así una de las causas de depresión y peligro en las intervenciones quirúrgicas; y ahora, señores, vengo á decirlos que los resultados obtenidos superan en mucho á mi ideal de entonces y que no son ya solamente las operaciones plásticas vagino-perineales, las vesicales, las ano-rectales, las uterinas y anexiales y aun la extirpación de los órganos genitales femeninos practicada por la vía vaginal, como ya lo he expresado en algunas comunicaciones orales hechas á esta Academia desde el año próximo pasado, sino que hasta los grandes tumores del vientre son factibles de tratarse por este método de anestesia sin accidentes ni peligros, modificándolo de la manera que indicaré más adelante.

Así he conseguido aumentar el anestésico, reducir y aun nulificar los accidentes, y llevar la anestesia hasta la parte inferior del tórax, prolongando su duración al grado de que los pacientes no sólo no sienten el dolor durante la operación, sino que la acción del anestésico se manifiesta después de ella, permaneciendo tranquilos y sin molestias, el organismo reparando el traumatismo desde el primer momento, sin que los movimientos intempestivos é involuntarios, causados por la basca ó el dolor, vengan á

perturbarlo en su benéfico proceso, que dará vida y salud al enfermo.

He llegado á uniformar los resultados y puede decirse que no hay persona que sea refractaria á la anestesia raquicocainica, y sólo el nervosismo exagerado ó la arterio-esclerosis avanzada pueden considerarse como contraindicaciones, en el sentido de que la pusilanimidad excesiva en el primer caso, estorba al operador, y de que la absorción del anestésico, en el segundo, y por tanto la anestesia, es muy lenta en producirse y aun en estos casos puede emplearse la raquicocainización si la importancia de la operación la requiere, porque la cantidad de anestésico general que hay que administrar es insignificante, el sueño anestésico tranquilo, se disipa pronto, persistiendo el efecto de la raquicocainización, que da tranquilidad y reposo al paciente, sin perturbar ninguna función.

Esta anestesia mixta experimentada en mi servicio y en mi clientela particular en cerca de doscientos casos, es de la mayor importancia para que en otra ocasión la trate más ampliamente, concretándome, por hoy, á referir lo que puede la raquicocainización en la cirugía ginecológica y abdominal.

Desde el mes de diciembre de 1900, que me ocupé, por primera vez, de referiros los resultados que había obtenido sobre esta cuestión de la raquicocainización, por entonces de actualidad, hasta la fecha, se han practicado en el Hospital Ginecológico González Echeverría 140 raquicocainizaciones y en ese lapso de tiempo la he empleado en mi práctica privada unas 60 veces, y el Dr. J. Velázquez Uriarte, mi asistente, la ha usado en unos treinta casos, total: 230 anestias cocaino-medulares, sin un solo accidente digno de tomarse en cuenta y con resultados excelentes, tanto en lo que se refiere á la anestesia operatoria y post-operatoria, cuanto á la marcha del traumatismo, tranquilidad del operado antes y después de la operación y á la recuperación de la salud.

En el Hospital Militar, su director, Dr. Fernando López, partidario convencido de este método de anestesia, y algunos de los muy instruidos médicos de ese establecimiento, han practicado gran número de raquicocainizaciones, sin haber tenido jamás accidente alguno que mereciera la pena de mencionarse.

El número de observaciones es ya de conside-

# GACETA MEDICA DE MEXICO

PERIÓDICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO IV.

MEXICO, 1º DE OCTUBRE DE 1904.

2ª SERIE.—NUM. 19.

## ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

ACTA NÚMERO I.

*Sesión solemne celebrada el día 1º de Octubre de 1904.*

*Presidencia del señor Secretario de Justicia e Instrucción Pública, Lic. D. JUSTINO FERNÁNDEZ.*

A las 7 y 5 minutos de la noche se abrió la sesión.

El Primer Secretario, Sr. Dr. D. Agustín Chacón, dió lectura á la Reseña de los trabajos del último año Académico de 1903 á 1904.

El señor Presidente, Dr. D. Nicolás Ramírez de Arellano, pronunció el discurso de clausura del propio año Académico.

A continuación se procedió á verificar las elecciones de los funcionarios siguientes: Presidente, Vicepresidente, Segundo Secretario, Bibliotecario, Miembros Propietarios y Suplentes de la Comisión de Estilo. Resultaron electos:

Presidente, Dr. D. Manuel Toussaint.

Vicepresidente, Dr. D. Francisco Vázquez Gómez.

Segundo Secretario, Dr. D. Joaquín Cosío.

Bibliotecario, Dr. D. Eduardo Vargas.

Miembros Propietarios de la Comisión de Estilo:

1º Dr. D. José María Bandera.

2º Dr. D. José Terrés.

3º Dr. D. Luis E. Ruiz.

Suplentes de la misma Comisión:

1º Dr. D. Aureliano Urrutia.

2º Dr. D. Gregorio Mendizábal.

3º Dr. D. José P. Gayón.

Conforme á lo dispuesto en el Reglamento, pasó á desempeñar las funciones de primer Secretario el Dr. D. Luis Troconis Alcalá, electo segundo Secretario en el año anterior.

Continúa fungiendo como Administrador de

la «Gaceta Médica» el Dr. D. Manuel S. Soriano, electo para el cuatrienio de 1903 á 1907.

Hechas las declaraciones correspondientes y así también la de haber quedado inaugurado el año Académico de 1904 á 1905, se dió por terminada la sesión solemne á las 8 y 30 minutos de la noche.

Concurrieron á ella los representantes de las Sociedades Científicas de la Capital, que fueron invitadas al acto, y los socios titulares Dres. Cosío, Chacón, Díaz Lombardo, Gaviño, González Urueña, Hurtado, López Hermosa, Macouzet, Mejía, Mendizábal, Montaña, Orvañanos, Prieto, Ramírez de Arellano N., Ruiz, Soriano, Suarez Gamboa, Terrés, Urrutia, Vargas, Vértiz, Villada y Villarreal.

El Primer Secretario,

L. TROCONIS ALCALÁ.

## RESEÑA DE LOS TRABAJOS DEL AÑO SOCIAL DE 1903 Á 1904.

SEÑOR MINISTRO:

SEÑORES:

Para terminar mis labores como Secretario, cargo con el que os servistéis honrarme, debo, en esta sesión, recordaros el contingente de trabajo con que cada uno de vosotros contribuyó en el año social que ayer expiró. Trataré de presentaros en una apreciación de conjunto, el resultado de vuestros esfuerzos, con objeto de poder darnos cuenta de lo que se ha logrado y de lo que aún queda por realizarse.

Datos de esta naturaleza son, á no dudarlos, necesarios para conducir con recto criterio las labores de una Sociedad Científica y para poder fijar sus tendencias.

Empezaré mi reseña por los trabajos de turno de las diferentes secciones y haré desde luego notar que el Reglamento no exige á los se-

ñores socios que en esta clase de trabajos se ocupen necesariamente, de algún asunto relativo á la sección á la que ellos pertenecen. Por este motivo, algunos de los señores Académicos hicieron su lectura sobre asuntos que no se relacionan con los de su sección y aun algunos de los trabajos no pueden referirse á ninguna de las consideradas en nuestros Estatutos. Así se explica por qué, al hablar de las memorias, las clasificaré según el asunto de que traten, siempre que este asunto esté comprendido en los de que se ocupa alguna de las secciones en que la Academia distribuye sus trabajos; pero de no ser así, tendré en cuenta únicamente, la sección que integra su autor.

La primera sección, según el orden en que están distribuidas, conforme al Reglamento, es la

*Sección de Física y Química médicas.*—Refiriéndome á ella, debo recordar que en la sesión del 16 de Marzo, nuestro nuevo consocio, el Sr. Dr. Emilio F. Montaña, presentó el espintariscopio, pequeño aparato que nos permitió apreciar algunas de las maravillosas propiedades del radium.

*Sección de Historia Natural médica.*—Nuestro socio correspondiente en Tampico, Dr. D. Antonio Matienzo, envió una «Nota acerca de la existencia del Uncinaria duodenalis en Tampico.» Se le dió lectura en la sesión del 25 de Noviembre del año pasado.

*Sección de Anatomía Normal y Patológica.*—El Sr. Dr. Aureliano Urrutia presentó un trabajo extraordinario, intitulado: «Algunas consideraciones anatómicas sobre el seno frontal.»

*Sección de Fisiología.*—El Sr. Dr. José María Bandera cubrió su turno de lectura con una Memoria sobre «El papel de las bacterias en la digestión.»

El Sr. Dr. Porfirio Parra, miembro de la misma sección, contribuyó, en su turno, con un trabajo sobre Patología General, ramo de la Medicina que no tiene en la Academia sección especial. El Sr. Parra, desde un punto de vista filosófico, se ocupó de «La Nosología.»

*Sección de Patología y Clínica médicas.*—Varios son los trabajos de esta laboriosa sección: De los de Reglamento, el primero leído, fué el del Sr. Dr. José Olvera, quien se ocupó de la Indicación de algunos puntos oscuros en la historia

de la «Fiebre Amarilla.» Como en su oportunidad lo haré notar, de la fiebre amarilla se trató en diferentes sesiones, principalmente por los Sres. Licéaga, Mendizábal y el socio correspondiente, Dr. Ricardo Ortega,

El trabajo del Sr. Dr. Jesús González Urueña se intitula: «Algunas consideraciones sobre la sífilis en México.» Suscitó una interesante discusión entre su autor y los Sres. Hurtado, Prieto y Chávez. El asunto sugirió al que habla una de las cuestiones para el concurso anual.

Igualmente discutida fué la Memoria del Sr. Dr. José Terrés, sobre «Epilepsia y Cuerpo Tiroideos.» Confirmaron las ideas del autor, los Sres. Parra y Cosío.

El título del trabajo del Sr. Dr. Gregorio Mendizábal es, «Algunas consideraciones acerca de la difteria en México.» Su importancia se infiere de su título.

Además de estos trabajos reglamentarios, el Dr. González Urueña leyó un extraordinario sobre «Un caso de dolor neuralgiforme de origen sífilítico, simulando la úlcera del estómago.»

El 16 de diciembre el Sr. Ramos comunicó un caso curioso de Histero-Traumatismo é hizo juiciosas reflexiones acerca de la Histeria.

En 3 de febrero el Dr. Hurtado refirió la muerte, casi repentina y diversamente explicada, de un enfermo que fué sífilítico y no se atendió con la energía necesaria.

*Sección de Patología, Clínica y Terapéutica Quirúrgicas.*—La preponderancia que hoy alcanza la Cirujía se hizo manifiesta por el contingente de esta sección que fué el más numeroso.

El Sr. Dr. Demetrio Mejía puso por título á su memoria, «Hernia umbilical extrangulada.—Elementos de diagnóstico.—Intervención.—Conclusiones.»

El Sr. Dr. Germán Díaz Lombardo se ocupó de las «Indicaciones de la prostatectomía en la hipertrofia de la próstata.»

«Un caso interesante de oclusión intestinal,» fué el asunto de la lectura del Sr. Dr. Domingo Orvañanos.»

Bajo el rubro de «Estadística Hospitalaria,» el Sr. Dr. Francisco Hurtado refirió, en su trabajo de turno, varios casos clínicos de su práctica y presentó á los enfermos á que en su memoria hizo alusión.

El Sr. Dr. Aureliano Urrutia leyó «Algunos apuntes de Cirugía Cerebral.»

El Sr. Dr. Eduardo García trató en su trabajo reglamentario, de la «Curación de la hernia inguinal no extrangulada, en el niño de poca edad.»

«Sarcoma desarrollado en el antro de Highmore, pasando á la cavidad bucal por los alveolos.—Operación.—Breves consideraciones sobre el caso.» Este título indica muy bien el asunto tratado por el Sr. Dr. Tobías Núñez en el trabajo con que llenó su turno de lectura.

El último trabajo presentado por la sección de Cirugía, lo fué el Sr. Dr. Ricardo Suárez Gamboa, al que denominó: «Un fragmento de mi artículo,» «Consideraciones generales sobre la historia de la Anestesia.»

Todas estas memorias fueron ampliamente discutidas.

Se hicieron, además, dos comunicaciones orales; una por el Sr. Hurtado, quien se refirió á la dificultad del diagnóstico de la supuración de las vísceras abdominales, haciendo notar el valor de la leucocitosis sostenida como signo de existencia de pus. La otra fué hecha por el Sr. Mejía; precedió á su trabajo de Reglamento ya mencionado y trató del mismo asunto que en ese trabajo, de la Hernia umbilical extrangulada.

Además de las enfermas presentadas por el Dr. Hurtado, de las que poco ha me ocupé, fueron traídos dos enfermos más; uno por el Dr. Montaña: Era un niño que arrojó por la uretra un cálculo de dimensiones desproporcionadas. El otro, pertenecía al Sr. Núñez y era un individuo á quien extirpó un sarcoma de la región pectoral, habiendo sido necesario sacrificar uno de los músculos grandes del mismo nombre que la región. Llamó la atención el Dr. Núñez sobre la conservación de los movimientos.

*Sección de Higiene Estadística Médica y enfermedades reinantes.*—Reflejo del interés que toman hoy día, Gobiernos y Corporaciones Científicas por las cuestiones de Higiene, fué el número y calidad de los trabajos con que contribuyó esta sección.

El Sr. Dr. Roque Macouzet inauguró las lecturas, ocupándose de la «Lactancia,» asunto cuyo interés es notorio para quien sabe la gran mortalidad que causa en la primera infancia la mala alimentación.

El Sr. Dr. Nicolás Ramírez de Arellano se

ocupó, en su trabajo de turno, de la «Profilaxis de la Malaria,» mal tan extendido en la República. Las conclusiones del trabajo de nuestro Presidente, por haberlo así aprobado la Academia, fueron transcritas á la Secretaría de Justicia é Instrucción Pública, la que se sirvió, á su vez, transcribirlas á las otras Secretarías de Estado, para su consideración.

Igual trámite se dió á la memoria del Sr. Dr. Fernando Zárraga, quien sostuvo como tema, «Las caballerizas, llamadas pensiones de caballos, deben de reputarse como establecimientos insalubres y alejarse del centro de la Ciudad.»

El Sr. Dr. Luis Ruiz leyó, en su turno, un trabajo intitulado «Higiene.—Algo acerca de la Prostitución.» La academia aprobó que este trabajo, suscripto por su autor, se transcribiese igualmente, á la Secretaría de Justicia é Instrucción Pública, para que, por los debidos conductos, llegase al Consejo Superior de Salubridad.

Otro de los miembros de esta sección, el Sr. Dr. Manuel S. Soriano, envió para su lectura, un trabajo de interés histórico, como se comprenderá por su título, «Bibliografía Médica Nacional. 1839-1840. La Sociedad Filo-Médica.»

*Comunicaciones.*—En la sesión del 17 de febrero, el Sr. Dr. Eduardo Licéaga relató, circunstanciadamente, la campaña emprendida para combatir la fiebre amarilla que tan gran incremento tomó, extendiéndose á poblaciones de la República en donde antes no se había presentado y aun á algunas de los Estados Unidos.

La comunicación del Sr. Licéaga, recogida por un taquígrafo, se publicó íntegra, en la «Gaceta Médica.»

El Sr. Dr. Ricardo Ortega, socio correspondiente en Ciudad Porfirio Díaz (Coahuila), estuvo presente en la sesión del 13 de enero, día en que le tocaba su turno de Reglamento. Dió lectura á unos apuntes, sosteniendo que la fiebre amarilla no es propagada solamente por los mosquitos. El Sr. Dr. Mendizábal sostuvo las mismas ideas.

El Sr. Ortega envió después su trabajo ya acabado, con el título de «Algunos datos sobre la etiología de la Fiebre Amarilla.» Se le dió lectura en la sesión del 16 de marzo.

*Sección de Obstetricia.*—El Sr. Dr. Luis Troco-

nis Alcalá contribuyó con una memoria, á la que puso por título, «Clínica de Obstetricia.—Notas complementarias de la historia de un caso de distocia fetal por hidrocéfalo.»

En la sesión del día 27 de enero, el Sr. Dr. Zárraga dió á conocer un instrumento, invención suya, formado por dos valvas vaginales y que sirve para evitar, durante el parto, la asfixia del niño, en presentación pélvica.

*Sección de Ginecología.*—De tiempo atrás, es sabido el empeño de esta sección por trabajar y hoy, como en años anteriores, su contribución fué de valor. Solamente haré notar la predilección de los Señores ginecólogos por las comunicaciones orales. Tan sólo se presentó un trabajo escrito, el del Sr. Dr. Julián Villarreal, que se ocupó de «Seis casos de injerto del ovario en la matriz.» El Sr. Villarreal presentó á una de las enfermas en quien ejecutó la mencionada operación.

Las primeras comunicaciones orales fueron las del Dr. Suárez Gamboa; una, el día 21 de octubre del año pasado, sobre el tratamiento de los fibromas de la matriz por la enucleación, conservando el útero y otra, sobre desviaciones uterinas, de las que se ocupó en la misma sesión.

En 4 de noviembre hizo otra comunicación, ocupándose de la tuberculosis genital, como se observa en México y en 8 de junio de este año relató la historia de una enferma que asistió en compañía del Dr. Ruiz Erdozain. Esta enferma tenía adeno-epitelioma de los dos ovarios, con la particularidad de que la matriz estaba sana. Refirió también, el Sr. Suárez Gamboa en el mismo día, un caso de fibroma pediculado en la matriz y embarazo. Extirpó el fibroma con éxito y la preñez llegó á su término normal.

El Sr. Dr. Villarreal hizo las comunicaciones siguientes: Enero 27. Sobre cáncer uterino.—Presentó á la enferma y la pieza anatómica.—Julio 13. Habló de sus operadas en los últimos 40 días y presentó á dos de ellas; una con epitelioma del cuello y otra con metritis y anexitis tuberculosas. Trajo cuatro piezas anatómicas, entre las que se contaba la de epitelioma y en la cual se podía comprobar la estructura del neoplasma.

El mismo cirujano presentó en diversas sesiones otras enfermas ú operadas, las que fueron

examinadas, á saber: De sarcoma reproducido en el parametrio; de endometritis crónica y fibromas en la cara anterior de la matriz, operada con éxito; de retroversión uterina é hidrosalpinx bilateral, á la que extirpó el anexo izquierdo y en la que practicó la resección parcial del ovario derecho; esta mujer dió á luz un niño á término.

El Sr. Dr. Hurtado, en 19 de junio, nos refirió la historia de una enferma que padeció paludismo en Yucatán. La operó de histerectomía, á causa de epitelioma uterino. Aunque el examen clínico de sus vísceras no reveló en ellas alteración, la enferma sucumbió á los cuatro días de operada, en un síncope; había tenido calentura y dispnea. La necropsia reveló diversas alteraciones en el hígado, el bazo y el riñón. La causa de la muerte se encontró en el pulmón que tenía lesiones semejantes á las que ha descrito Reynaud en la perineumonía contagiosa del buey.

Las discusiones de asuntos ginecológicos, en las que tomaron parte los Dres. Hurtado, Prieto, Suárez Gamboa y Villarreal, fueron siempre animadas y provechosas.

*Sección de Oftalmología.*—Todos los miembros de esta sección presentaron en su oportunidad, sus trabajos reglamentarios. El del Sr. Dr. Lorenzo Chávez, leído el 2 de marzo, se refirió á «Algunas observaciones sobre el cisticerco ocular.» Presentó al enfermo á quien aludió en su memoria. En la sesión siguiente leyó la relación de la operación intentada para extraer el cisticerco y el 6 de abril presentó al operado, siendo éste el primer caso en que se logra en México extraer un cisticerco subretiniano, conservando el ojo.

En 4 de mayo el Sr. Chávez tuvo la amabilidad de ocuparse del trabajo de Reglamento que el subscripto leyó en 18 de noviembre del año pasado. Con este motivo, se trató de la atropia acomodativa y se discutieron las ideas de Stevens, acerca de las alteraciones funcionales de los músculos de los ojos.

No habiendo podido el Sr. Dr. José Ramos asistir á hacer su lectura de Reglamento, por motivo de enfermedad, dió ese encargo al Sr. Dr. Montañón. «Un caso de quiste dermoide conjuntival,» es el título de su trabajo. Hablaron de él, los Sres. Chávez y Montañón, haciendo

do notar el último de los nombrados que, lo que más llamaba la atención del caso referido, era la implantación del quiste en el fondo de saco conjuntival y que en otros sitios no es tan raro el encontrar esta clase de quistes.

Nuestro socio correspondiente en la Habana, el distinguido oculista, Dr. D. Juan Santos Fernández, envió un importante trabajo sobre «La resistencia del ojo á las altas temperaturas de los cuerpos en su contacto.»

El título del trabajo de Reglamento del subscripto es «Miopia de los Hipermétropes.»

*Sección de Bacteriología.*—El Sr. Dr. José Galyón cumplió en su turno de lectura, presentando un trabajo sobre «El carácter especificativo del bacilo de Pfeiffer.»

*Sección de Farmacología y Farmacia.*—El Sr. Dr. Fernando Altamirano contribuyó con su trabajo intitulado «Nuevas observaciones sobre el plumbagín.»

Además de los trabajos de las secciones de que he hecho mención, debo ocuparme de algunas otras de sus labores:

El Dr. Hans Leyden, médico de la Embajada Alemana en Madrid, hizo investigaciones sobre el cáncer en España y desea que se emprendan semejantes en México. Por conducto de la Secretaría de Relaciones, la de Justicia é Instrucción Pública se impuso de los deseos científicos del Dr. Leyden y los comunicó á la Academia de Medicina. Esta corporación, después de haber oído el dictamen producido por la sección de Patología, Clínica y Terapéutica Quirúrgicas, aprobó que se organicen esos estudios y al efecto nombró una comisión que se está ocupando del asunto. La comisión está formada por miembros de las secciones de Patología y Clínica Médicas; Patología, Clínica y Terapéutica Quirúrgicas, é Higiene y Estadística Médica.

En el año social de 1902-1903 se abrió un concurso para cubrir una vacante en cada una de las secciones de Patología y Clínica Médicas, Física y Química Médicas y Bacteriología. El plazo para presentar las solicitudes feneció el 15 de noviembre de 1903. Optando á la vacante de la sección de Medicina, se recibieron tres solicitudes y tres memorias; para la de Física Médica, una solicitud, acompañada de la correspondiente memoria é igualmente una

solicitud y una memoria para la de Bacteriología.

Como resultado de este concurso, la vacante de Patología y Clínica Médicas fué cubierta por el Sr. Dr. Joaquín Cosío. Escribió sobre «El citodiagnóstico.» El Sr. Dr. Emilio F. Montañó ingresó á la sección de Física y Química Médicas. Su trabajo trató de «El Prisma.—Sus aplicaciones en Clínica.» El Sr. Dr. Ignacio Prieto fué nombrado socio en la sección de Bacteriología. Envío una memoria con el título de «¿El meconio es aséptico?»

El Señor Presidente declaró, poco ha, vacantes en las secciones que paso á enumerar: Anatomía Normal y Patológica, 1 vacante; Higiene Estadística Médica y enfermedades reinantes, 2 vacantes; Medicina Legal, 1 vacante. Se expidió la convocatoria correspondiente.

Está abierto igualmente un concurso para premiar al autor de la mejor memoria sobre cada una de las dos cuestiones que fueron propuestas por el Secretario y aceptadas por la Academia. Estas cuestiones son: 1ª ¿La sífilis, tal cual se desarrolla en la República Mexicana, difiere de la de Europa en sus manifestaciones, en sus consecuencias y en su gravedad? Si así acontece, señalar en que consisten las diferencias. 2ª ¿Qué alteraciones se encuentran en la orina en cada una de las enfermedades del hígado que se observan en México?

Quien mejor resuelva cada una de las cuestiones, recibirá \$300 y un sobretiro de su memoria, de doscientos ejemplares.

La Academia presentó en la última Exposición Universal de París, la colección de la «Gaceta Médica» y obtuvo premio de medalla de oro. Comisionado el Dr. Luis Ruiz, para recibirlo, entregó en la sección del 7 de octubre del año pasado, el diploma correspondiente y una medalla de bronce que representa á la de oro.

Concorre, igualmente la Academia á la Feria que se celebra en San Luis Missouri.

En resumen: Se leyeron 25 trabajos de Reglamento y 2 extraordinarios, de socios titulares. Los socios correspondientes enviaron 3 memorias y, para el concurso, optando á las vacantes, se recibieron 5 memorias. El número total de trabajos fué de 35. Los señores socios hicieron 14 comunicaciones orales, presentaron

en diversas sesiones, 13 enfermos ú operados, 5 piezas y 1 aparato.

Sesiones se verificaron: La solemne, de hoy hace un año, 39 ordinarias y 1 extraordinaria.

He concluido de manifestaros, señores Académicos, cuál ha sido el resultado de vuestros afanes en el año social que expiró. Si el número de trabajos fué un poco menor que en otros periodos, no debemos ver en esto, sino las naturales oscilaciones á que está sujeta la actividad colectiva. Quien conozca vuestro amor por el estudio, puede augurar que en el año que hoy empieza, las labores de la Sociedad se emprenderán, de nuevo, con actividad y vigor.

México, octubre 19 de 1904.

AGUSTÍN CHACÓN.

SEÑOR SECRETARIO DE JUSTICIA É INSTRUCCIÓN PÚBLICA.

SEÑORES:

El médico en el desempeño de su difícil profesión tiene múltiples deberes que llenar, figurando entre ellos como los más sagrados quizás, los que tiene para con la ciencia.

Siendo la Medicina uno de los ramos del saber humano que se encuentra en constante evolución, necesita el que se dedica á ella, estar siempre, hasta donde es posible, al corriente de los descubrimientos y de los adelantos que cada día se conquistan, y emprender además los estudios que le permitan sus inclinaciones, sus aptitudes y los elementos de que disponga, para procurar obtener algún progreso que pueda contribuir, directa ó indirectamente, ya en el perfeccionamiento de los medios á propósito para prevenir el desarrollo de las enfermedades, ya en los que deban emplearse para combatir las, una vez que han invadido al organismo humano.

Deberes son estos muy difíciles de desempeñar y respecto de los cuales el médico debe, por lo mismo, buscar los medios que con menor fatiga del espíritu, lo conduzcan al fin deseado, á la vez que lo alejen de los errores á que pu-

diera llegar en sus investigaciones personales.

Las sociedades médicas destinadas al cultivo de la ciencia son de suma utilidad para tales fines, porque ellas no sólo permiten el cambio mutuo de ideas, el aumento del caudal de conocimientos y la ilustración acerca de las dudas que pudieran tenerse, sino que también constituyen centros donde las nuevas ideas, los perfeccionamientos que se cree haber obtenido algunas veces, sometidos al crisol de la discusión, pueden ser depurados de cualquier error que entrañen, evitándose así entregarlos á la publicidad como hechos bien averiguados ó utilizarlos en la práctica, cuando acaso no sean sino una de tantas lucubraciones del espíritu humano, consecuencia de estudios y de experimentos mal conducidos ó de observaciones que no son del todo concluyentes.

Uno de nuestros eminentes médicos, el clínico más distinguido que ha tenido la Escuela de Medicina desde su fundación hasta nuestro días, el inolvidable maestro Dr. D. Miguel Jiménez, decía: que si concurría con rara asiduidad á las sesiones de esta Academia y á las de algunas otras sociedades científicas, era porque nunca le había sucedido que al terminar una sesión, no hubiera aprendido sin fatigarse algo nuevo para él ó recordado algo de lo que tenía olvidado.

El ilustre sabio y reconocido bacteriólogo alemán, el Dr. Roberto Koch, quizás no habría anunciado al mundo en 1890 el descubrimiento que creía haber hecho de la curación de la tuberculosis humana, si antes hubiera sometido sus experimentos, sus ideas y observaciones al criterio de los miembros de alguna ó de varias de las sociedades médicas de la culta y renombrada nación á que pertenece.

Las sociedades científicas desarrollan también el estímulo para el trabajo entre los asociados, y difundiendo, por medio de sus publicaciones, conocimientos muy variados, contribuyen al adelanto científico de las agrupaciones sociales y también á la ilustración general de los pueblos.

Guiados por estas ideas, inspirándose en sentimientos elevados de amor á las ciencias médicas y á nuestra querida Patria, deseosos de que se estudiaran mejor las enfermedades peculiares al suelo de la República, así como las variantes que presentan algunas de las otras

por razones de clima, de raza, de costumbres de nuestros compatriotas y de otras circunstancias que influyen en la sintomatología, en la marcha y en la gravedad de las enfermedades en general; teniendo también por mira que se conociesen mejor nuestra flora y nuestra fauna en sus relaciones con el arte de curar, pretendiendo, en fin, constituir la Medicina Nacional, es por lo que un grupo de médicos de la generación que acaba de extinguirse fundó esta Academia Nacional de Medicina, que se consideró desde luego como la primera de la República por la celebridad de los ilustres varones que la formaban, así como por el altruismo con que iniciaron sus importantísimas labores.

Nos legaron, por tanto, un precioso tesoro que con el transcurso de los años ha llegado á constituir un monumento, motivo de orgullo nacional, que felizmente ha podido resistir con energía el empuje de las olas del desaliento y de la apatía, que han hundido á otras sociedades en los mares tenebrosos del olvido. Vigorosa vemos llegar á la Academia Nacional de Medicina á los 40 años de su existencia y por eso nos reunimos hoy en esta sesión solemne, á la que dan un carácter excepcional y grato la presencia entre nosotros del ilustre Secretario de Justicia é Instrucción Pública y la de los representantes de varias de las sociedades científicas de la Capital, para celebrar con júbilo el fin del año académico que hoy termina,

Por el informe que nos acaba de leer el cumplido y laborioso señor Secretario, os habéis informado de que durante el último año transcurrido, las sesiones se verificaron de entera conformidad con el programa que se había aprobado, que los trabajos presentados no fueron escasos, refiriéndose la mayoría de ellos á asuntos de suma trascendencia, que hubo algunas discusiones muy interesantes y que en general se dió cumplimiento con todas las labores reglamentarias.

La «Gaceta Médica» se publicó con la mayor regularidad posible, porque si hay algún atraso en los números que debieran haber aparecido, se ha debido esto á causas enteramente ajenas á la Sociedad, que no ha sido posible remover hasta hoy.

Siendo en lo absoluto insuficiente el local destinado para el archivo de la Academia, se

solicitó del señor Director de la Escuela de Medicina nos permitiera ocupar para tal objeto un local más amplio del mismo establecimiento; nuestra solicitud fué obsequiada desde luego, pero necesitándose diversas obras de adaptación, no han podido realizarse por falta de los fondos necesarios y por esto es que permanece el archivo en condiciones que impiden poderlo utilizar.

La misma escasez de recursos pecuniarios hizo imposible realizar el gran deseo que tenía de que para esta sesión de aniversario estuviesen ya en el lugar de honor que les corresponde, los retratos de los Sres. Federico Semeleder, Manuel Carmona y Valle y Francisco Chacón, que fueron distinguidos Presidentes de la Academia. Son estas dos necesidades urgentes que juzgo podrán quedar satisfechas fácilmente en el transcurso del año académico que hoy se inaugura.

Tenemos que lamentar la pérdida durante el año de 1903 á 1904 de cuatro de nuestros queridos consocios. Los Sres. Agustín Reyes, Francisco Chacón, José Ramírez y Agustín Ruis Olloqui han desaparecido para siempre de entre nosotros, pero su memoria quedará imprecadera, porque fueron sabios, porque fueron honrados y porque consagraron sus energías al bienestar de la humanidad.

Debo también mencionar aquí la pérdida durante el año del Sr. Dr. Ignacio Alvarado, porque si murió no perteneciendo ya á la Academia, fué en otra época socio de los más ameritados y fué también obrero infatigable de la ciencia y maestro distinguido de la Escuela Nacional de Medicina.

Después de haberse satisfecho los requisitos reglamentarios, ingresaron á la Academia en el curso del año, como socios titulares, los Sres. Emilio Montañó en la sección de Oftalmología, Joaquín Cosío en la de Patología Médica é Ignacio Prieto en la de Bacteriología, habiendo comenzado ya á prestar muy importantes servicios.

Señor Secretario de Justicia é Instrucción Pública: gracias, gracias mil por la distinción que os habeis servido hacernos presidiendo esta sesión solemne; recibid nuestros humildes votos por vuestra felicidad y bienestar y servíos ser el intérprete de nuestra gratitud ante el Supremo

Gobierno por la protección que ha impartido siempre á esta Academia.

A vosotros, señores delegados, os suplico manifesteis á cada una de las corporaciones que aquí representáis, la alta estimación con que la Academia ha visto la cortesía que han tenido en nombraros para acompañarnos en esta fiesta, sencilla en verdad, pero grandiosa y elocuente por el hecho que conmemora.

Antes de abandonar el puesto de Presidente y de cederlo á la persona que deba sucederme, me permito, señores Académicos, daros las más expresivas gracias por la honra que tuvisteis á bien conferirme, la cual considero como el título de mayor gloria que he alcanzado en mi vida pública. Recibid igualmente mis fervientes votos porque cada día sean mayores el engrandecimiento y prosperidad de la Academia Nacional de Medicina.

México, octubre 1° de 1904.

N. R. DE ARELLANO.

## INDICACIONES DE LA PROSTATECTOMÍA

EN LA HIPERTROFIA DE LA PRÓSTATA.

Voy á ocupar por unos momentos la atención de la Academia, estudiando las indicaciones de la prostatectomía, operación que actualmente interesa mucho á la Cirugía Urinaria.

Para discutir las indicaciones de la prostatectomía creo conveniente establecer primero el pronóstico de esta intervención. Este, tiene que considerar primeramente la mortalidad, y en seguida la curabilidad de las lesiones y perturbaciones funcionales que produce la hipertofia de la próstata.

Consultando la estadística del Dr. Regino González y recordando los casos que he tenido en mi práctica, puedo decir que los datos estadísticos son favorables á la intervención, porque dan muy reducida mortalidad. Estudiemos y discutamos en seguida la importancia de las diversas causas que pueden producir la muerte y hacer por esto peligrosa la prostatectomía.

La primera de ellas es la edad del enfermo, pues siendo la hipertrofia enfermedad propia

de la vejez, sucede con frecuencia que personas de edad muy avanzada solicitan los beneficios de la intervención. Creo que la edad muy avanzada, es una contraindicación de la operación, aun cuando recuerdo que hay hombres cuya vigorosa constitución enmienda bastante los desperfectos de la edad.

La infección vesical es también un punto interesante para el pronóstico y debe ser considerada en dos momentos: 1º infección anterior á la operación; 2º infección posterior á ella. Si valorizamos la infección anterior á la operación, podemos decir que muy rara vez agrava el pronóstico de la operación misma y señalar, por el contrario, la benéfica influencia que la prostatectomía ejerce sobre la vejiga infectada; sin embargo, justo es decir que hay veces que la infección está tan avanzada y ha repercutido tanto sobre el estado general, que la única intervención posible es la canalización simple de la vejiga, sea por el perineo, sea por la región suprapúbica. Recuerdo á este propósito un enfermo que atendí este año y que murió por infección próstato-vesical, pues el examen de la orina indicaba suficiente integridad de los riñones. Seguramente que el estudio bacteriológico de la orina debe ilustrar y guiar la opinión á este respecto.

La infección desarrollada posteriormente, y consecutiva á la operación es uno de los mayores peligros, porque la prostatectomía pone á todo el organismo, pero principalmente al aparato génito-urinario en estado de receptividad á la infección. Como ejemplo de esto puedo recordar los casos de anuria post-operatoria llamada refleja, que tanto se han disminuído en estos tiempos por la acción de la asepsis y antiseptis. Sin asegurar que los cirujanos modernos no creen posible la infección consecutiva, sí creo que confían, con razón, en que la asepsia la disminuye en un tanto por ciento considerable.

El estado de los riñones de un prostático es otro factor importantísimo, pudiera llamarse esencial en el pronóstico de la prostatectomía. Este órgano puede encontrarse en estado normal ó patológico, estando constituido este último por: dilatación aséptica, dilatación séptica ó por nefritis de las llamadas médicas. Si hay una dilatación renal el pronóstico se agrava un po-

## ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

EXTRACTO DEL ACTA NÚM. 2.

Sesión del día 5 de octubre de 1904.

Presidencia del Sr. Doctor D. Manuel Toussaint.

Lectura reglamentaria por el Sr. Dr. Montaña.—  
Observaciones por el Sr. Dr. Ramos.—Memoria  
presentada al Concurso anual de 1903 á 1904.—  
Elección del Jurado correspondiente.—Lectura ex-  
traordinaria por el Sr. Dr. Urrutia.

El Sr. Dr. Montaña leyó su trabajo reglamentario titulado: "Algunas consideraciones sobre la patogénesis de los desprendimientos retinianos y su tratamiento."

El señor Presidente se sirvió indicar que si alguno de los señores socios presentes deseaba hacer uso de la palabra con motivo de esta lectura, podía verificarlo desde luego. Y en tal virtud el Sr. Dr. D. José Ramos pidió y le fué concedido dicho uso.

El Sr. Dr. Ramos.—Acabo de escuchar con atención y verdadero gusto el erudito trabajo que se ha servido leer el Sr. Dr. Montaña y que puede ser mirado como un estudio sintético de las causas de los desprendimientos de la retina. Ciertamente distan mucho los autores de haber llegado á un acuerdo unánime acerca de la patogénesis de estos desprendimientos. En la mayor parte de los casos la afección hay que reputarla incurable; á veces se impone la intervención operatoria y hay que efectuar la enucleación completa del ojo, para llegar á obtener un verdadero alivio en los casos de cáncer, por ejemplo.

El Sr. Dr. Montaña divide las causas en tres grupos, denominando al primero *despegamientos por impulsión*; al segundo *despegamientos por atracción*, y al tercero *despegamientos por dislocación*. Me parecen felices y adecuados los términos escogidos; las causas quedan así subordinadas á elementos de fuerza y la acción resulta meramente mecánica. Fácilmente se comprende tocante al primer grupo, cómo se opera el despegamiento de las membranas por interposición de un neoplasma, que allí nace y se desarrolla, ó por parásitos; entre los tumores hay que considerar las neoformaciones malignas, muy espe-

cialmente las cancerosas. El Sr. Dr. Montaña cita como elementos de diagnóstico el aumento de la tensión intraocular y la falta de oleaje de la membrana despegada.

Este desprendimiento de la retina considerado de tal manera, resulta muy sencillo de apreciar á primera vista; sin embargo, en la práctica puede tropezarse con serias dificultades para llegar á diagnosticarlo. Cuando se está enfrente del enfermo algunas veces se tropieza con positivas dificultades para establecer ese diagnóstico; al Sr. Dr. Montaña y á mí nos ha pasado (debe decirlo aquí con toda lealtad) que alguna vez nos hemos equivocado y el diagnóstico no ha llegado á hacerse sino *á posteriori*, después de la enucleación del ojo. Recuerdo á este propósito un caso que ví con el Sr. Dr. Chacón, digno profesor de la Clínica Oftalmológica en esta Escuela de Medicina; también lo vió el Sr. Dr. Montaña, Jefe de la misma Clínica. Se trataba de una pobre mujer, que vino de un Estado más ó menos lejano, con un desprendimiento total de la retina del ojo derecho; tenía una miopía de escasa importancia, nunca había acusado padecimiento alguno, no había habido traumatismo ni señales de que se hubiese presentado algún padecimiento ocular relativo á la coroides ó al cuerpo vítreo; en suma, nada había que explicara este desprendimiento de la retina. La mujer era joven, de buenas costumbres. Habría que convenir en llamar idiopáticos á los despegamientos retinianos de esta especie, supuesto que no se encuentra neoplasma alguno, parásito ú otra de las causas conocidas, á que poder achacar el desprendimiento. El verdadero conocimiento de la causa no había de encontrarse en este caso sino *á posteriori*, después de la enucleación del ojo enfermo. Ciertamente, en el caso que refiero juzgué que debía procederse á la enucleación antes que se comprometiera la visión del ojo izquierdo, por oftalmía simpática. Mi opinión se la comuniqué á los Sres. Dres. Chacón y Montaña y después de algunas discusiones, después de vacilar más ó menos, con justicia, se decidieron al fin á intervenir haciendo la enucleación del ojo; estudiado éste se encontró debajo de la retina un cisticercos contenido en su vesícula, que el Sr. Dr. Montaña conserva en su poder. Se ve, pues, por este ejemplo, que aún tratándose de un desprendimiento bastante avanzado de la retina, no se había podido

llegar á conocer la causa, porque la membrana había perdido su transparencia, la luz del oftalmoscopio no revelaba los contornos con la claridad apetecible; se obró entonces con verdadero interés práctico, más que con verdadero interés científico; se hizo la enucleación y nuestra conciencia quedó completamente tranquila, pues no fué un error de práctica esta falta de diagnóstico, que sólo se hizo *á posteriori*; si hubiésemos tenido en cuenta que la retina no estaba ondulada, que no había aumento de la tensión del ojo, á pesar de esto nos habría faltado un dato positivo, cual es el de haber distinguido á la luz del oftalmoscopio los caracteres de la vesícula del cisticerco; el diagnóstico es difícil á veces, porque no se cuenta con verdadera luz meridiana para hacerlo, los rayos del oftalmoscopio no pueden llegar allí.

El Sr. Dr. Montaña no habla al enumerar los síntomas que pueden apreciarse en los despegamientos de este primer grupo, de uno que es verdaderamente característico y nunca falta en los despegamientos debidos á neoplasmas; me refiero á lo que los franceses llaman *oeil de chat, chatoyant* (ojo de gato). Varias comunicaciones he hecho á la Academia de casos observados en México, en que he tenido ocasión de comprobar este signo á que los autores dan grande importancia. No hace mucho que operé en la Clínica á un enfermito que desde el principio de su afección tenía muy claro el signo del *ojo de gato*; el Sr. Dr. Chacón pudo comprobar conmigo la importancia de este signo: los enfermos que lo presentan tienen en la noche los *ojos fosforescentes, les brillan en la obscuridad*, como pasa con los ojos de los felinos, y esto puede notarlo cualquiera persona, aun cuando no sea muy observadora; el fenómeno puede comprobarse hasta en plena luz del día. Tiene gran importancia y significación el hecho. Recuerdo que hace algún tiempo presenté á la Sociedad Oftalmológica á un enfermo que se encontraba en estas condiciones; tenía su *ojo de gato*, característico, y la retina estaba parcialmente desprendida. Como éste podría citar otros varios; de manera que á los signos de que habla el Sr. Dr. Montaña yo añadiría el *aspecto de ojo de gato*, que tanto contribuye para ilustrar el diagnóstico. Así también habría que considerar con idéntica importancia la comprobación de otro signo físico, la *vasculización propia independiente de los vasos retini-*

*nos*, que serviría de mucho para ilustrar el diagnóstico diferencial de los despegamientos por neoplasmas y las coroiditis supuratorias con exudados por capas purulentas. Knapp, de Nueva York, dice que algunas veces es verdaderamente difícil, si no imposible, llegar al diagnóstico de estos desprendimientos parciales de la retina; recomienda que el reconocimiento se haga no con la luz de una lámpara, sino con la luz solar, y que así se llega á comprobar un reflejo amarillo dorado en los casos de neoplasma y una coloración grísea en los casos de exudados debidos á coroiditis supuratoria.

Sin embargo; el mismo Knapp confiesa que á veces no ha podido hacer el diagnóstico sino *á posteriori*, después de la enucleación del ojo. Tratándose de neoplasmas malignos urge desde luego proceder á la enucleación, á fin de no comprometer la visión del otro ojo. De todos los enfermos que he operado en estas condiciones debo hacer especial mención de una señora que ya lleva 8 á 9 años de haber sido sometida á esta intervención; hasta ahora no se ha reproducido el tumor; por el contrario hay otros, que después de 3 ó 4 años y á veces, á menor plazo, han tenido la desgracia de ver reproducido su neoplasma; por esto está justificado, tratándose de tumores malignos, intervenir lo más pronto posible.

En cuanto á los despegamientos debidos á parásitos ya son tan conocidos entre nosotros, que bien pueden ser mirados como vulgares; yo tuve la satisfacción de presentar á la Academia el primer hecho de esta especie diagnosticado en México durante la vida del ojo; después han venido otros muchos y en la actualidad ya es una historia muy conocida la del cisticerco del ojo; pero no son raros ciertamente los casos en que habiendo pérdida completa de la transparencia de la membrana, no se pueda ver el cisticerco y el diagnóstico entonces es dudoso.

Tocante á los despegamientos del segundo grupo, ó sea por *atracción*, juzgo conveniente manifestar que la miopía exagerada es factor de consideración y pueden estimarse en un 50 por ciento cuando menos los desprendimientos retinianos originados por esta causa. Son accesibles al tratamiento; podría citar algún enfermo á quien el vendaje compresivo le produjo excelentes resultados. Esto no obstante, hay que convenir en que comunmente, una vez origina-

do el despegamiento de la retina, va en aumento progresivo hasta comprometer la punción del órgano y requerir un tratamiento enérgico. Respecto del despegamiento retiniano debido á las maniobras que requiere la operación de Fouchkala, no es accidente muy común, pues dicha operación no es de las que diariamente se practican.

No es raro que el desprendimiento de la retina se produzca al extraer una catarata, habiendo fenómenos glaucomatosos, pues como fácilmente se comprende, la brusca salida del cristalino provoca el accidente, á causa de la hipertonia ocular.

Por lo que mira á los despegamientos retinianos que el Sr. Dr. Montañó considera en el tercer grupo bajo el nombre de despegamientos por *dislocación*, es conveniente hacer constar que los estudios histológicos de Cornil, citados por el Dr. Galezowski, han permitido comprobar la desgarradura de la zónula por donde se ha llegado á filtrar el humor acuoso, para efectuar el despegamiento.

Yo no me considero optimista, sino muy al contrario, pesimista, en punto al tratamiento de estas lesiones, que en la generalidad de los casos hay que reputarlas incurables.

De todos modos, felicito cordialmente al Sr. Dr. Montañó por su trabajo, que debe mirarse como perfectamente bien acabado y lejos de disentir de las opiniones por él expuestas con tanta brillantez en la memoria leída, me he permitido presentar estas cuantas observaciones que vienen á corroborar todo lo asentado.

*El Sr. Dr. Montañó.*—Dió las gracias más expresivas al Sr. Dr. Ramos por las frases benévolas con que se sirvió favorecerlo y así también por las luminosas ideas que á propósito de la lectura de su trabajo, tuvo á bien exponer con el lucimiento que sabe hacerlo.

Se dió cuenta con una Memoria presentada al Concurso de 1903 á 1904 y que viene obsequiando la segunda de las cuestiones de la Convocatoria expedida el 3 de julio de 1903.

Conforme al Reglamento y á las bases de la Convocatoria, se procede á la elección de cinco miembros propietarios y dos suplentes, que deben formar el Jurado que ha de juzgar la referida Memoria.

Resultaron electos por mayoría de votos, como próprietarios, los Sres. Dres. Mejía, Olvera,

Terrés, Cosío y Ramos, y como suplentes, los Sres. Dres. Toussaint y Orvañanos.

El Sr. Dr. Urrutia dió lectura á un trabajo extraordinario que lleva por título: "Algunos detalles de Medicina Operatoria relativos á la extirpación del maxilar superior." Presentó con relación á esta Memoria un ejemplar anatómopatológico y á un sujeto operado con buen éxito de quien hace mérito en dicha Memoria. El señor Presidente tuvo á bien nombrar á los Sres. Dres. González Urueña y Prieto para examinar al operado.

L. TROCONIS ALCALÁ.

## CLINICA INTERNA.

### UN CASO DE DOLOR SIFILITICO DE ORIGEN NEURALGIFORME SIMULANDO LA ULCERA DEL ESTOMAGO.

El 8 de abril último fui consultado por el Sr. D. porque la noche del 6 anterior, como á las 8, lehabía comenzado un dolor intenso en la región lumbar, sin causa aparente que lo explicase. El examen del enfermo del todo negativo, salvo la manifestación dolorosa señalada, me hizo pensar en una simple lumbalgia y en consonancia con esta suposición prescribí el tratamiento. En la noche del día 7 siguiente el dolor se pasó al epigastrio, no permitió el sueño y ya no dejó de presentarse con su misma localización, más ó menos fija, y *carácter nocturno* hasta el 29 en la noche, que desapareció por completo, debiendo deducirse sólo una remisión que tuvo del 22 al 25 y de la que después hablaré.

Toda la enfermedad se limitó á esta expresión dolorosa que cesaba casi por completo durante el día, traduciéndose en las noches, particularmente desde que el enfermo se acostaba, por una sensación de ardor ó de penosa vibración unas veces epigástrica, otras paraumbilical y algunas medioesternal. La exploración física y funcional permanecieron mudas, apenas si la palpación revelaba en la parte media de la región más alta del vientre un punto en que la presión era algo dolorosa y despertaba irradiaciones profundas semejantes, raras veces de sitio correspondiente raquídeo. La crisis dolorosa no tenía relación alguna ostensible con la cantidad ó calidad de los alimentos, ni con los perío-

# GACETA MEDICA DE MEXICO

PERIÓDICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO IV.

MEXICO, 15 DE NOVIEMBRE DE 1904.

2ª SERIE.—NUM. 22.

## ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

EXTRACTO DEL ACTA NÚM. 4.

*Sesión del día 19 de octubre de 1904.*

*Presidencia del Sr. Dr. D. Manuel Toussaint.*

*Lectura reglamentaria por el Sr. Dr. D. Roque Macouzet.—Presentación de un niño operado por el mismo señor Doctor.—Se nombra una Comisión para estudiarlo.—Dictamen de esta Comisión.—Comunicación oral por el Sr. Dr. Icaza.—Discusión.—Se prorroga el plazo de la última Convocatoria relativa á plazas vacantes.*

El Sr. Dr. D. Roque Macouzet cubrió su turno reglamentario con la lectura de una Memoria titulada: "Algunas consideraciones á propósito de los cálculos vesicales de los niños."

Con referencia á este trabajo presentó á un niño, á quien había operado recientemente, practicándole la talla hipogástrica. Exhibió también el cálculo que le fué extraído.

El señor Presidente se sirvió comisionar á los Sres. Dres. D. Eduardo R. García y D. Eduardo Vargas para que se dignaran examinar al operado. Mientras tanto se suspendió la sesión.

Vuelta á abrir de nuevo, se concedió el uso de la palabra al Sr. Dr. Vargas, quien á nombre de la Comisión expuso que habían examinado al niño presentado por el Sr. Dr. Macouzet. "La herida resultado de la operación, dijo, está casi totalmente cicatrizada; apenas se escapa por algún punto insignificante una gotita de orina, y eso muy de cuando en cuando. A este enfermito lo he conocido desde su llegada al hospital; tuve la satisfacción de ayudar al Sr. Macouzet á operarlo y posteriormente he seguido el curso de la curación hasta la fecha. Me permitiré añadir unas cuantas palabras tocante á la talla hipogástrica, que fué la operación practicada. Yo

me declaro partidario de semejante intervención en los niños; nunca tiene ésta los serios inconvenientes de la talla perineal, que aunque parece no ofrecer grandes dificultades, gracias á la pequeñez de la próstata en esta edad, sin embargo, determina frecuentemente la impotencia.

"Refiriéndome al caso particular que hoy nos ocupa, diré que el método operatorio seguido por el Sr. Dr. Macouzet es inmejorable: he tenido oportunidad de ver especialmente en este caso las grandes ventajas que resultan de dejar abierta la vejiga los primeros días; en la noche inmediata á la operación, se elevó la temperatura únicamente á 38 grados, para descender al día siguiente; no hubo la menor infiltración y esto contrasta con lo que se ve en los otros casos, en que se cierra desde luego la herida vesical; hay infiltración aun cuando se canalice la uretra; por esto considero más seguro el dejar abierta la herida. En el enfermo de que se trata todo siguió perfectamente, sin accidente alguno, hasta los 14 días después de la operación, en que ya pudo considerarse realizado el éxito."

*El señor Presidente.*—Tiene la palabra el Sr. Dr. Icaza para su lectura reglamentaria.

*El Sr. Dr. Icaza.*—Estaba de turno esta noche para presentar mi trabajo reglamentario; pero tengo la pena de manifestar que no pude disponer mi lectura á causa de múltiples atenciones que me lo han impedido; no me atrevo á solicitar una prórroga de 8 ni de 15 días para presentarlo, porque es casi seguro que tampoco podré hacerlo, por estar muy ocupado ahora con los exámenes. En tal virtud suplico á los señores Académicos se sirvan dispensarme; yo les ofrezco que en el curso del año tendré la satisfacción de leer algún trabajo extraordinario. Ya que se me concede el uso de la palabra, aprovecharé la oportunidad para decir algo á propósito de un asunto que considero muy importante; aún cuando no tenga ninguna novedad; me refiero al tratamiento de la laringitis diftérica ó *croup*; enfermedad infecto-contagiosa, que antes cau-

saba multitud de víctimas, que era el terror de las familias y con razón, porque su desenlace era casi siempre fatal; hoy, sin dejar de ser una enfermedad bastante seria, disponemos para combatirla de medios terapéuticos que dan resultados muy favorables en la mayor parte de los casos. Cuando era yo estudiante esta afección no se observaba sino raras veces y se le trataba con los vomitivos, los tónicos, el clorato de potasa, el azufre, que usaba mucho el Sr. Dr. D. Luis Muñoz, etc., etc.; tópicamente se usaba el ácido láctico, la papaina, el tanino y otros medicamentos; la medicina dosimétrica encarece mucho el uso de los gránulos de sulfuro de calcio; pero todo era inútil en muchos casos; los medios recomendados resultaban insuficientes y como último extremo se practicaba la traqueotomía, que sólo servía de consuelo, porque sus resultados eran generalmente retardar el desenlace funesto, pues los niños morían al fin por intoxicación ó por asfixia. Sin desechar los medios médicos, que pueden ser útiles para llenar diversas indicaciones, debemos felicitarlos en la actualidad tanto los médicos como las familias por el gran descubrimiento del suero antidiftérico, medio heroico para combatir el *croup*.

Recuerdo la primera ocasión que tuve de emplear este suero cuando estaba recién importado á México. Lo apliqué entonces en una niña recién llegada de Yucatán. Creía la mamá que se trataba de una simple laringitis sin importancia; pero al examinarle la laringe me encontré con unas membranas que me parecieron muy sospechosas. Dispuse que llamaran á nuestro muy sentido compañero el Sr. Dr. D. Ismael Prieto, quien hizo el examen bacteriológico de las falsas membranas, cultivos é inoculaciones, y confirmó por todos estos medios la naturaleza diftérica del padecimiento. No queriendo perder tiempo inyecté desde luego á la enfermita con dicho suero antes de la comprobación bacteriológica. Repetí las inyecciones en otros tres días y se consiguió la curación. Tuve otro caso semejante en uno de mis antiguos clientes, en la calle de Alfaro, en el cual empezó la difteria por las amígdalas propagándose á la faringe y más tarde á la laringe, ocasionando notable dificultad para respirar, ronquera y pérdida de la voz; había infartos ganglionares en el cuello. En esta vez, lo mismo que en la anterior, el Sr. Dr. Prieto comprobó el diagnóstico: se aplicaron al

niño las inyecciones de suero y el resultado fué admirable.

Mucho tiempo después, en diciembre del año pasado, tuve oportunidad de ver en la calle del Montepío viejo, en la familia de un abogado de Guanajuato, recientemente radicado en la Capital, á una niña de 8 meses de edad, que había tenido desde hacia tres días accidentes laríngeos cuya naturaleza diftérica no se había conocido. Ocurrió al Sr. Dr. González Fabela, quien por encontrarse al frente del servicio de bacteriología del Consejo Superior de Salubridad, tiene mucho hábito de hacer estas pesquisas; hizo el examen de las membranas y se confirmó el diagnóstico como en los casos anteriores. Pero antes de conocer el resultado del examen, se le inyectaron á la niña mil unidades de suero; se mejoró un tanto y 24 horas después se le repitió una inyección igual, más tarde se le puso otra tercera porque no se advertía notable cambio. Llamado en una noche el Dr. González Fabela, juzgó conveniente ocurrir al empleo de ciertos recursos médicos; pero como los accesos de asfixia se hacían cada vez más intensos, temió que se muriera la niña y quiso consultarme.

La situación era tan grave, que no obstante lo difícil de las circunstancias, por la carencia de un buen alumbrado, procedí á hacer la traqueotomía, merced á la cual la respiración pudo verificarse. Considerando que el alivio conseguido podía ser únicamente pasajero, juzgamos necesario insistir en el empleo de las inyecciones de suero y tuvimos la fortuna de que se salvara la niña; después de algunos días se le quitó la cánula y cerró la herida.

En este año una mujer pobre, pero muy amante de su hijo, se presentó en mi casa á la hora de comer, llevando en los brazos á un niño que se estaba asfixiando; tenía la garganta roja, sin ningún depósito apreciable. Remité inmediatamente al enfermo al hospital "Béistegui" recomendando que hicieran los preparativos necesarios para inyectarlo y operarlo. Poco después fuí al hospital, donde en efecto ya tenían preparado todo lo necesario mi estimado amigo y compañero, el Sr. Dr. Esparza, y el practicante Sr. Vega, sin anestesia alguna.

Ejecuté la traqueotomía; como la madre no entendiera bien las explicaciones que se le hacían para quitar la cánula, limpiarla y volverla á colocar, se arregló que permaneciera con su hi-

jo en el hospital hasta el día siguiente. Aunque el niño se mejoró mucho después de la operación, se le siguieron aplicando las inyecciones de suero, sin alcanzar por eso un alivio tan rápido como en los casos anteriores; todos los días llevaban al niño al hospital para observarlo y curarlo. Después de varios días, cuando ya vimos que respiraba perfectamente, quitamos la cánula, y como se advertiera que la respiración se hacía bien, ya no se le volvió á poner. A pesar de esto el estado general era malo; quedó el enfermito delicado; tenía alguna calentura, anorexia, diarrea y se enflaquecía. Doce ó catorce días después de la invasión de la enfermedad, al examinarle su garganta, se le encontró una pequeña membrana, lo cual me hizo pensar que aunque no tan aguda como al principio, la infección tendía á reaparecer, á la manera que después de un incendio en que todo parece concluido, se advierte que vuelve á reproducirse; entonces insistí en las inyecciones de suero y por este medio logré en pocos días el completo restablecimiento del niño. Estos 4 casos, unidos á otros análogos, son muy instructivos, pues nos enseñan que las estadísticas han cambiado; antes casi todos los enfermos de *croup* se morían y ahora puede decirse que usando el suero antidiftérico se salvan casi todos los que son atendidos oportunamente. Tenemos, además, un gran recurso en la operación de la traqueotomía por medio de la cual se combate la asfixia causada por la oclusión de la laringe, y se gana un tiempo precioso para que las medicinas puedan obrar eficazmente.

En las dos primeras observaciones, que muy someramente he referido se usó del suero antidiftérico en los principios de la enfermedad y fué suficiente para salvar á los enfermos; en los dos últimos se le aplicó tardíamente y hubo necesidad de recurrir á la traqueotomía y gracias á la feliz combinación de ambos medios, se consiguió también un resultado plenamente satisfactorio. Me parece conveniente recordar que el suero tantas veces mencionado obra no sólo como curativo, sino también como preventivo: en el caso de la niña operada en compañía del Dr. González Fabela, sucedió que había en la casa otros varios niños y tropezando con la dificultad de que ésta no era muy grande y no se contaba con otro lugar á donde aislarlos, se optó por el recurso de aplicarles inyecciones de 500 unida-

des, lo cual bastó para que ninguno se contagiara.

Estoy seguro que el Consejo Superior de Salubridad está pensando actualmente en la ejecución de algunos medios destinados á impedir la propagación de la difteria, así como en atender convenientemente los casos que ocurran entre la gente pobre. Algo he oído decir en estos días acerca de esto. Tal vez el Sr. Dr. Olvera nos pueda dar algunos informes. De todos modos, es de desearse que haya siempre á la disposición del público una buena cantidad de suero antidiftérico bien y recientemente preparado y que se aumente entre los médicos la confianza en una medicina que es tan eficaz.

Desearía oír la opinión de los señores académicos acerca de los asuntos que he tocado.

*El Sr. Dr. Macouzet.*—Me voy á permitir contestar alguna de las preguntas del Sr. Dr. Icaza: se ha establecido en el hospital de Maternidad é Infancia una sala destinada exclusivamente al tratamiento de la difteria; allí hay todo lo necesario, suero siempre reciente, médico, practicante y enfermeras destinadas á esa sala exclusivamente. Se ha procurado que esta sala esté aislada, hasta donde es posible, de las demás del establecimiento.

Con respecto á lo que se ha servido manifestar el Sr. Dr. Icaza, voy á hacer algunas observaciones que me ha suministrado la experiencia de estos enfermos. En primer lugar, la causa á que se debe el llegar tarde á tratar á estos enfermos es el querer esperar, para resolverse á obrar activamente, el resultado del examen bacteriológico de las falsas membranas. A este respecto tengo yo las mismas ideas que el Sr. Dr. Icaza, que tan luego como haya la primera sospecha, sin lugar á esperar el resultado positivo ó negativo del análisis bacteriológico, tiene el médico el deber de proceder á poner inmediatamente las inyecciones, que, por otra parte, no pueden ser nocivas; su empleo nunca puede producir exacerbación ninguna tocante al mal y cuando el suero es bueno y la inyección se hace en condiciones irreprochables, ni siquiera el inconveniente de la erupción escarlatiniforme de que se ha hablado, se comprueba. El efecto obtenido es verdaderamente teatral, se ve efectivamente á los niños renacer como por encanto, pasar de una situación terrible, en la cual comenzaban á presentarse algunos signos de pro-

pagación laríngea, á otra situación enteramente opuesta; á veces se les encuentra jugando al día siguiente. Otras sucede que no se administra en la inyección de suero toda la cantidad necesaria y esto depende de que la mayor parte de las personas emplean la cantidad sin fijarse en las unidades que representa; cantidades variables de líquido pueden representar las mismas unidades; no hay que guiarse por centímetros cúbicos, sino inyectar hasta la última gota del líquido contenido en el frasco, que tiene marcado el número de unidades inmunizantes, para tener así la seguridad de haber empleado todas las unidades que se deseaba; es un error decir que se ha puesto una inyección cuando se advierte por el pomo del suero usado que apenas se han inyectado la mitad ó las dos terceras partes del líquido, y tampoco debe medirse la inyección por jeringas; hay que hacer uso de toda la cantidad que venga en el frasco. Por otra parte, pasadas las primeras 24 horas, si no hay mejora notable, yo acostumbro en los casos de gravedad repetir la misma dosis en una segunda inyección, y generalmente no es necesario aplicar una tercera. Con esta práctica puede asegurarse que no se llega á perder un solo niño. En cambio, cuando se llega en los últimos días acontece entonces que ya hay asociación microbiana y muy poco ó nada se consigue modificar el estado del enfermo. En todos los casos recurro á un auxiliar poderoso, que es el agua oxigenada empleada de la manera siguiente: tomándola sin mezcla alguna para impregnar con ella un pedazo de algodón colocado en las extremidades de unas pinzas, me sirvo de este medio para frotar todas las partes ocupadas por las membranas, y como el agua oxigenada determina una gran cantidad de espuma, para arrastrar toda ésta empleo amplias irrigaciones hechas con agua hervida fría, con la cual se ha preparado una solución de agua oxigenada al 10 por ciento. No hago frecuentes curaciones, sino únicamente tres al día, tomando éste por espacio completo de 24 horas; en otros casos de mayor gravedad repito las curaciones cada tres horas.

A propósito de diagnóstico, me parece conveniente recordar dos datos de grande importancia, que nuestro inolvidable compañero, el Sr. Dr. Tejeda Guzmán, había ya comprobado: el uno es relativo al diagnóstico diferencial entre la angina pultácea y la diftérica; había hecho

notar que la membrana extraída de la angina pultácea y depositada en un vaso de agua, se disociaba completamente, mientras que en el caso de angina diftérica no había disociación de la membrana depositada, sino que caía al fondo del vaso; el otro es referente á la forma particular que afectan las falsas membranas en el caso de difteria, cuando se extienden hasta la úvula; se forma una especie de capuchón que envuelve este apéndice y las neomembranas se extienden á uno y otro lado, como las alas de un murciélago. Yo he podido comprobar la exactitud de estos signos.

Resumiendo lo dicho, puedo hacer constar que en casos de difteria conviene hacer un diagnóstico bacteriológico, pero no debe esperarse el resultado del examen para comenzar á obrar, inyectando el suero, porque de esta oportunidad depende el éxito final del caso.

Respecto á la intervención quirúrgica, hay necesidad de repetir lo mismo que se ha dicho tocante á la oportunidad en el empleo de las inyecciones del suero. Yo tengo en este particular otras ideas diversas de las del Sr. Dr. Icaza: cuando adquiero la convicción de que por dificultad respiratoria debo intervenir oportunamente, siempre procedo á hacer la entubación laríngea que en todos estos casos tiene para mí grandes ventajas comparada con la traqueotomía, alta, media ó baja; por otra parte, es una operación relativamente fácil, sencilla y ya ese es un motivo bastante para recomendarla, pues usándola de preferencia, siempre queda el recurso ulterior de la traqueotomía, si acaso aquella no diere resultado.

*El Sr. Dr. Olvera.*—Iba yo á contestar al Sr. Dr. Icaza las interpelaciones que se sirvió dirigirme; pero no haría más que repetir lo mismo que ha dicho el Sr. Dr. Macouzet. Corroboro lo expresado por éste tocante á la instalación de un servicio especial que se ha llevado al cabo en el hospital de Maternidad é Infancia.

Respecto á que luego que haya sospechas de difteria se deba proceder á poner las inyecciones, dejando para después la confirmación del diagnóstico, estoy enteramente de acuerdo con lo expuesto. Hay que aprovechar el tiempo en esta enfermedad, y esto es de suma importancia según acaban de referir los Sres. Dres. Icaza y Macouzet; pues está demostrado que la gravedad de la enfermedad va aumentando conforme

pasa el tiempo. Hace como 2 años que un hijo de un hermano mío, que tenía entonces un año, empezó á tener tos ronca *croupal*, una madrugada; me llamaron en la tarde del día en que había empezado á toser; fuí á verlo y encontré que tenía una placa en una de las amígdalas, me supuse que se trataba de difteria, y yo mismo fuí por el suero y le puse una inyección; al día siguiente la placa había caído, prueba evidente de que la enfermedad había sido combatida á tiempo; así, pues, está indicado obrar activamente desde el principio.

El establecimiento de la sala que ha dispuesto el Consejo es una medida muy útil, que redundará en provecho general, pues tan luego como se sospeche de algún caso entre la gente pobre habrá oportunidad de aislarlo, asilándolo convenientemente, poniéndole las inyecciones de suero, etc. Como preventivo se puede usar también el suero, muy especialmente en aquellos casos en que no es dable aislar convenientemente al enfermo, lo cual ocurre no pocas veces en la práctica. Recuerdo que cuando empezó á usarse entre nosotros el suero antidiftérico, todas las personas de una familia, que vivía en la Cerrada de la Moneda y que eran clientes del Sr. Dr. D. Manuel Carmona y Valle, fueron sometidas al uso de las inyecciones preventivas del suero, á consecuencia de existir entre ellas un niño atacado de difteria, que no pudo ser aislado convenientemente; las inyecciones preventivas obraron admirablemente bien; el hecho no se presta á duda alguna, porque el diagnóstico fué comprobado bacteriológicamente. Se ve, pues, que cuando se obra á tiempo, se evita la propagación de la enfermedad.

Ultimamente ha habido exacerbación del *croup* y la difteria, aunque dicha exacerbación resulta muy pequeña si se la compara con lo que á este respecto acontece en Europa ó en los Estados Unidos y también en algunas de nuestras poblaciones de la frontera Norte, particularmente las que son limítrofes de esta última Nación. Sin embargo, el hecho ha sido suficiente para llamar la atención del Consejo, que ha dictado medidas encaminadas á prevenir el desarrollo de una epidemia. Parece que el mal nos ha venido de Guadalajara, donde se han dado algunos casos de difteria y *croup*. No sé si será frecuente allá la enfermedad porque nada he sabido á este respecto.—Voy á referir un caso que me parece

digno de ser conocido por el incidente á que dió lugar: una vez tuve ocasión de atender á una niña con difteria faríngea comprobada bacteriológicamente; se le pusieron las inyecciones del suero de Behring y á la tercera inyección se logró que quedara limpia la garganta. Yo no he usado el agua oxigenada; pero sí he empleado con buen resultado el agua de cal y también los toques con salol; estos recursos me parecen eficaces y dignos de tenerse en cuenta. Me acuerdo que en el caso que refiero, después de haber observado semejante práctica, cesó la calentura, se limpió la faringe, como ya dije, y desapareció el infarto ganglionar del cuello. El hecho es notable, además, porque demuestra lo perjudicial que á ocasiones resulta el excesivo celo que ponen las familias en el cuidado y atenciones de los enfermos. Cinco días después de aquella mejora, le sobrevino á la niña una epistaxis muy abundante, á consecuencia de la cual quedó en un estado lamentable de anemia profunda. Recomendé á la madre que sujetara á la niña á un régimen tónico y reconstituyente usando una buena alimentación; el afán excesivo de procurar cuanto antes el restablecimiento de la niña hizo que la madre la sobrealimentara y le dió una taza grande de leche cada hora; lo cual trajo por resultado una congestión cerebral y la muerte. No me parece fuera de lugar tampoco referir aquí otro caso que, aunque en buena lógica, no merece gran valor por aquello de que *una golondrina no hace verano*, no deja sin embargo de revestir importancia, porque parece que en algunas familias hay cierta predisposición para adquirir tal ó cual enfermedad. Recuerdo que en los tiempos de la Invasión francesa hubo aquí muchos casos de difteria y que el Sr. D. Luis Muñoz empleaba el azufre para combatirla. Entonces tuve ocasión de ver á un niño de 4 años, que tenía el *croup* y sus placas diftéricas en la garganta; le administré el mercurio *intus et extra*; le sobrevino una otitis, á consecuencia de la cual quedó sordo, pero curó de la del *croup* y la difteria. Más tarde el niño se hizo hombre, se casó y sus dos primeros hijos padecieron el *croup* y fueron víctimas de él; los otros niños que vinieron después ya no experimentaron la misma enfermedad.

*El Sr. Dr. Icaza.*—Agradezco mucho á los Sres. Dres. Macouzet y Olvera que, accediendo á mi excitativa, se hayan dignado ilustrar el

asunto, exponiendo las ideas que profesan á este respecto. Me complazco en ver confirmadas las mías relativas á generalizar el pensamiento de la conveniencia y necesidad que hay de obrar oportunamente en los casos de difteria y *croup*, no dejando progresar la enfermedad, como ocurre desgraciadamente cuando se quiere contar antes con la confirmación bacteriológica del diagnóstico.

El Sr. Dr. Macouzet ha tratado un punto muy importante al encarecer el recurso de la entubación laríngea, que en su concepto ofrece muchas ventajas para ser preferida á la traqueotomía. Desearía que se sirviera decirnos si ha tenido algunos casos de *croup* en que la haya empleado. Yo ví practicar la entubación de la laringe en los Estados Unidos, en Boston, y de allá traje los instrumentos para hacerla. La he empleado con magnífico resultado en una niña hija de un compañero nuestro, la que tenía un edema de la glotis. En los casos de *croup* me ha dado miedo emplearla, porque he temido que las secreciones de la parte enferma y las falsas membranas, pudieran obstruir el tubo, y sobre todo porque después de la entubación se necesita dejar al lado del enfermo un ayudante competente para que en caso de asfixia sepa quitar el tubo y practicar la traqueotomía. Por otra parte, esta operación tiene la ventaja de dejar en reposo el órgano enfermo.

*El Sr. Dr. Macouzet.*—En contestación á lo que acaba de expresar el Sr. Dr. Icaza tocante á la entubación de la laringe, le diré que siempre que tengo la fortuna de asistir desde los primeros momentos un caso de *croup* practico la entubación, é invito al Sr. Dr. Icaza á que en todos los casos de difteria laríngea haga la entubación aun cuando hayan estallado los fenómenos de asfixia; esté seguro de que obtendrá un resultado favorable. La entubación de la laringe es una operación tan sencilla, que sólo requiere cierto hábito de hacerla y entonces puede ejecutársela con plena seguridad. Las familias la aceptan con menos repugnancia que la traqueotomía y ya ésta es una de las causas que deben hacerla preferible. Tan luego como se presenten los primeros síntomas de asfixia se debe hacer la entubación antes que la traqueotomía; ciertamente en la práctica nada de esto se ve. Por eso tengo empeño en la clínica, que es á mi cargo, en que la practiquen los alumnos, aunque sea en el cadá-

ver, y algunos de mis discípulos, que ya se han recibido y han tenido ocasión de practicarla, me aseguran que la han hecho con la misma facilidad que la ejecutaban en el cadáver. Para mí, es la operación de elección en los primeros momentos y no hay riesgo ninguno en decidirse á hacerla, pues si no da resultado, se puede ocurrir más tarde á la traqueotomía. En cuanto á que los tubos se obstruyan con las membranas y las secreciones de las partes enfermas, conviene asegurar que nada de esto se observa en la práctica. Yo invito formalmente al Sr. Icaza á practicar siempre la entubación desde los primeros momentos y estoy cierto que quedará satisfecho, como yo lo he quedado siempre. Cuando la ejecuto dejo á la cabecera del enfermo á un practicante de confianza, á quien recomiendo la vigilancia constante.

El señor Presidente hizo saber á la Academia que con motivo del retraso con que se ha estado distribuyendo la "Gaceta Médica," había sucedido que la convocatoria publicada últimamente para proveer las vacantes que ahora existen, no había circulado con la oportunidad debida, y en tal virtud el plazo concedido para la presentación de las solicitudes referentes, no podía ser contado de la manera que prescribía dicha Convocatoria. En consecuencia, juzgaba prudente consultar á la Academia que se sirviera acordar una nueva declaración, haciendo constar que el plazo para la remisión de las solicitudes se prorrogaba por un tiempo igual al del retraso experimentado.—La Academia acordó de conformidad, resolviendo que se prorrogara el plazo hasta el 26 inclusive de diciembre próximo y se hiciera la publicación correspondiente en el "Diario Oficial" del Supremo Gobierno y en uno de los diarios políticos de mayor circulación en la capital.

L. TROCONIS ALCALÁ.

## GINECOLOGÍA.

### SEIS CASOS DE INJERTO DEL OVARIO EN LA MATRIZ (OOFORO - HISTEROSTOMIA).

TÉCNICA DE ESTA OPERACION.

(CONCLUYE.)

En efecto, antes de que yo hubiera tenido oportunidad de hacer el primer injerto ovárico, había observado al igual de otros operadores

# GACETA MEDICA DE MEXICO

PERIÓDICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO IV.

MEXICO, 1º DE DICIEMBRE DE 1904.

2ª SERIE.—NUM. 23.

## ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

EXTRACTO DEL ACTA NÚM. 5.

*Sesión del día 26 de octubre de 1904.*

*Presidencia del Sr. Dr. D. Manuel Toussaint.*

*La Comisión encargada de estudiar al operado por el Sr. Dr. Urrutia emite su parecer.—El señor Presidente excita á los cirujanos presentes, invitándolos á referir los casos de su práctica semejantes al del Dr. Urrutia.—Opiniones de los Sres. Dres. Vázquez Gómez, Hurtado, Icaza y Núñez acerca de la extirpación del maxilar superior.*

*El señor Presidente.*—Tiene la palabra el Sr. Dr. Prieto para dar cuenta de la comisión referente al estudio del operado que se sirvió presentar el Sr. Dr. Urrutia en la sesión del día 5, al leer su trabajo extraordinario titulado: "Algunos detalles de medicina operatoria relativos á la extirpación del maxilar superior."

*El Sr. Dr. Prieto.*—Asociado al Sr. Dr. González Urueña, en compañía del cual recibí la honrosa comisión de estudiar al operado que se sirvió presentar á esta Academia el Sr. Dr. Urrutia, tuve la satisfacción de cumplir con ese cometido y ahora vengo á dar cuenta con el resultado de nuestro estudio. El operado por el Sr. Dr. Urrutia es un joven de 16 años, de constitución delicada, á quien le practicó la resección total del maxilar superior izquierdo, á consecuencia de un neoplasma maligno desarrollado en el antro de "Highmore." Presenta como huella de la operación una cicatriz visible en la mejilla izquierda, algo dolorosa, y así también está la cicatriz incompleta del paladar, que ha dejado una comunicación amplia entre la boca y la nariz. Tiene su infarto ganglionar en el cuello y hay epífora bastante notable. El Sr. Dr. Urrutia nos

manifestó que había procurado hacer la disección cuidadosa del canal nasal con el fin de conservar permeable la vía y evitar esta consecuencia operatoria desagradable. Sin embargo, no consiguió su objeto, supuesto que existe la epífora; la innovación no ha dado resultado. Recordaba asimismo el operador que hace algunos años era de regla en las intervenciones de este género practicar la entubación de la laringe con el aparato de "Trendelenburg," ó la traqueotomía previa, que todavía hoy es empleada por algunos cirujanos, y decía que no es necesario practicar estas operaciones preventivas, porque dando al enfermo la posición de Rose se evita la asfixia por la sangre que escurre de las heridas y, además, la hemorragia puede cohibirse siempre. Cada vez que he practicado yo la resección del maxilar superior, he seguido los pormenores de la técnica á que se refirió el Sr. Dr. Urrutia y, efectivamente, me ha bastado recurrir á la posición de "Rose," á un poco de algodón, agua caliente y gasa, para evitar que la sangre, por una parte, no fuera á obstruir las vías aéreas y conseguir, por la otra, que la hemorragia consecutiva á la operación no revistiese caracteres alarmantes. No ha sido necesario disecar el canal nasal. Estimo conveniente llamar la atención acerca del infarto ganglionar del cuello, por lo que toca al pronóstico del operado, y en cuanto á la comunicación establecida entre ambas cavidades, me parece que debe evitarse por medio de una sutura, la cual se vuelve á practicar, si es necesario. Para persuadirse, por último, de la permeabilidad de la vía lacrimal, habría sido necesario practicar el cateterismo del conducto.

*El señor Presidente.*—La resección del maxilar superior no es una operación rara entre nosotros, y ya que están presentes los Sres. Dres. Vázquez Gómez, Hurtado, Icaza y otros distinguidos cirujanos que, sin duda, han tenido ocasión de practicarla, sería muy conveniente que se sirvieran ilustrar con sus opiniones persona-

les el asunto, que de suyo reviste bastante interés. Yo me atrevo á excitarlos invitándolos á que se dignen referirnos los casos de su práctica semejantes ó idénticos al del Sr. Dr. Urrutia.

*El Sr. Dr. Vásquez Gómez.*—No tuve la satisfacción de estar presente á la lectura del trabajo del Sr. Dr. Urrutia; pero conozco al enfermo por él operado y he podido ver posteriormente la pieza anatómica constituida por el maxilar que se extirpó. El enfermo tenía, al parecer, un tumor maligno del seno maxilar, quizá un sarcoma, que al desarrollarse extraordinariamente, había llegado á salir por la abertura de la nariz; tenía el aspecto de un pólipa nasal, pero no de los mucosos, estaba muy vascularizado y presentaba una consistencia firme. Ocupaba toda la fosa nasal izquierda y era materialmente imposible, dadas sus dimensiones, localizar el sitio de su implantación. Algún compañero que lo había visto antes le había hecho varias cauterizaciones.

Practiqué la rinoscopia posterior y encontré libre el orificio nasal; en tal virtud no juzgué necesario practicar al tacto. La exploración por medio del estilete me enseñó que el tabique nasal estaba libre y me pareció que el tumor venía de arriba, entre los cornetes medio é inferior, ó de la parte externa; mas no me fué dable precisar con exactitud el sitio de su inserción. A fin de allegar mejores datos, quise extraer una parte del neoplasma, que estaba muy duro, bastante resistente al corte por la asa fría; hubo hemorragia de cierta consideración, la cual contuve con taponés mojados en solución de adrenalina al 1 por 1,000. Mandé practicar el examen histológico del fragmento; pero el resultado obtenido no fué satisfactorio, pues simplemente me contestaron que se trataba de un tumor glandular, sin entrar en más amplios pormenores. Continué, por lo tanto, en la misma ignorancia acerca de la naturaleza del neoplasma; pero á los 8 días de haber hecho aquella extirpación, para el análisis histológico, el tumor había crecido considerablemente y ya en atención á la forma y tamaño adquiridos, á su crecimiento rápido, á la edad del individuo y á otras circunstancias, pensé entonces que pudiera tratarse de un tumor maligno, quizá un sarcoma, implantado en la bóveda de la nariz ó en la pared externa de la fosa. Recomendé al enfermo al Sr. Dr. Urrutia, quien tuvo la bondad de hacerse cargo de él, para ope-

rarlo, y ya es conocido perfectamente el resultado de la intervención, supuesto que presentó á la Academia al enfermo y la pieza extirpada.

Hace como 8 días ví al operado y lo encontré, según acaba de decirlo el Dr. Prieto, con epífora y la comunicación naso-bucal; pero la primera no es muy notable y seguramente lo sería más, si no se hubiera hecho la disección del canal nasal; en cuanto á la comunicación naso-bucal es también muy pequeña y fácilmente remediable con la sutura de la mucosa y de la submucosa, como ya lo había indicado el Sr. Dr. Prieto. Respecto al infarto ganglionar del cuello debo decir que no me consta, porque no lo examiné; sólo ví al enfermo sin estudiarlo detenidamente y, por lo mismo, la opinión que pueda dar sobre el particular sería muy discutible; pero no creo que forzosamente indique aquel infarto la propagación del tumor. Como resultado estético de la operación, creo que la cicatriz tenderá á hacerse cada vez menos visible; que el hueso podrá quizá reproducirse, por tratarse de una resección subperióstica en un individuo bastante joven y que, al fin y al cabo, dicho resultado estético, si no llega á ser completo, sí habrá alcanzado ser lo menos defectuoso posible. Por lo que toca al resultado terapéutico, no se puede decir aún si sobrevendrá ó no la reproducción si los ganglios, que encontró el Dr. Prieto en el cuello, son el indicio cierto de dicha reproducción.

*El Sr. Dr. Hurtado.*—Hace 8 años se vacilaba aún si debían hacerse resecciones parciales ó totales del maxilar superior y el Sr. Dr. Licéaga era partidario del primer modo de proceder. Recuerdo á este propósito el caso de una señora que presentaba un ligero abultamiento en el lado izquierdo de la cara, sobre el maxilar superior; tenía también una saliente con aspecto de yema carnosa, que se veía á un lado de uno de los molares y decía la enferma tener dolor en ese punto; consultó con un dentista y le fué extraído el molar doloroso; mas como los dolores siguieran, le fueron extraídos algunos otros dientes; entonces se hizo aparente un verdadero tumor, que creció con notable rapidez. Esta enferma fué tratada por el Sr. Dr. Lavista, que le hizo algunas cauterizaciones; más tarde la vió el Sr. Dr. Licéaga y á petición suya se verificó una junta á la que concurrieron los Sres. Dres. Icaza, Bernaldez y el que habla. La mayoría opinó

porque se hiciera la resección parcial y yo, al contrario, opiné por la total; se intervino, al fin, parcialmente, escarbando lo mejor que se pudo y destruyendo toda la mucosa; pero, como se comprende, no es fácil estar seguro de hacer de esta manera una intervención radical y fructuosa; efectivamente, le sobrevino á la enferma la caquexia y murió, al fin, con la reproducción de su neoplasma. He operado algunos otros enfermos con resultados variables, dependiendo éstos del mayor ó menor avance del mal, de la naturaleza de los neoplasmas, de las condiciones de los enfermos, etc. Recuerdo que en la Clínica del Sr. Dr. Lavista casi nunca se obtuvieron resultados favorables con la resección completa. Terminaré diciendo que es indispensable hacer un diagnóstico histológico preciso y detallado, para poder obrar oportunamente; porque es común que tenga uno que intervenir en casos ya muy avanzados. Últimamente se han obtenido resultados verdaderamente halagadores en lo que respecta á la prótesis post-operatoria, como aconteció en un enfermo del Sr. Dr. Chacón, al cual se le colocó una pieza de aluminio, que remedió notablemente la situación.

*El Sr. Dr. Icaza.*—No voy á referirme al caso particular del Sr. Dr. Urrutia, porque no lo conozco; pero hablando en general, no me parece tan grave la operación como la considera el Sr. Dr. Hurtado; á mi juicio es una operación de grande aparato, pero que en las actuales circunstancias ya no reviste toda la trascendencia que tenía antes. La hemorragia y la asfixia, que son los accidentes inmediatos más temibles, se pueden combatir ventajosamente con los recursos de que dispone la técnica actual; para disminuir la primera, no es necesario ligar la arteria maxilar externa como se ha aconsejado, basta usar debidamente las pinzas de Péan, y taponos de gasa, y recurrir al empleo de una solución de adrenalina.

Para prevenir la asfixia por introducción de la sangre en las vías respiratorias acostumbraba, hace algunos años, ejecutar la traqueotomía previa empleando la cánula común y taponando la faringe, ó la especial de Trendelenburg, porque había leído que hay peligro en recurrir á la posición de Rose; pero desde una vez que puesta en un enfermo la cánula de Trendelenburg, se rompió su envoltura elástica y hubo necesidad de recurrir á la posición de Rose, quedé

muy satisfecho de su empleo; así es que esta posición no tiene los inconvenientes que se le han señalado, á saber: congestiones graves de la cabeza por repleción de las venas, dificultad para respirar, etc. Al menos no he visto semejantes accidentes y por lo mismo me parece que puede y debe emplearse en las operaciones que se hacen en las fosas nasales y la boca, cuando entra la sangre á la faringe, de donde se le extrae con taponos de algodón ó gasa puestos en pinzas.

Voy á citar un hecho reciente en que fué indispensable hacer la traqueotomía previa. Se trata de un enfermo que me recomendó el Sr. Dr. A. Aizpuru: el que tiene un tumor en una de las fosas nasales; es un joven de 14 ó 15 años, que fué tratado por el Dr. Garnault, quien tuvo á bien hacerle una extirpación por medio de una uña metálica; poco después el tumor creció notablemente y cuando yo lo ví ocupaba toda la fosa nasal del lado izquierdo, salía por la abertura de la nariz y estaba como estrangulado, al grado de tener alguna porción gangrenada, que exhalaba muy mal olor y por atrás llenaba la parte superior de la faringe comprimiendo el velo del paladar. El enfermo se asfixiaba y fué indispensable hacerle la traqueotomía, tanto para salvar la situación actual, como para que sirviera de preparación á la intervención ulterior, que se intentara sobre el neoplasma. Hace un mes que se ejecutó la traqueotomía; el enfermo fué á mi casa hace pocos días acompañado de su médico de cabecera y quedé muy complacido al ver cuánto se ha beneficiado con aquella intervención: está muy contento, respira con facilidad, ha aumentado 2 kilos de peso y el tumor mismo está muy disminuído en su tamaño, ya no sale al exterior ni hay parte gangrenada; el enfermo se siente muy bien, y hasta ha llegado á creer que la traqueotomía practicada ha sido suficiente para curarlo de una manera radical. La mejoría ha sido tan notable efectivamente, que he juzgado prudente esperar cierto tiempo á fin de ver si el alivio es todavía mayor, operar á este pobre joven en las mejores condiciones posibles.

Tocante á si las resecciones del maxilar superior deben hacerse parciales ó totales, pienso que todo depende de las circunstancias del caso particular, que siempre queda subordinado á la benignidad ó malignidad del padecimiento: en el caso de tumor benigno puede bastar la extir-

pación del tumor solo ; pero cuando éste es maligno, hay que hacer la resección no sólo del contenido, sino del continente, quitando todo el maxilar con su periostio, para asegurar así el resultado favorable.

*El Sr. Dr. Núñez.*—En los años que llevo de practicar la cirugía he visto que la resección total del maxilar superior y, con mucha más razón, la de los dos maxilares, siempre ha sido gravísima. He oído hablar de resultados ventajosos obtenidos en la resección de un solo maxilar ; en cambio sí puedo asegurar de éxitos obtenidos tratándose de resecciones parciales. Yo mismo he tenido oportunidad de verificar una de esta especie con motivo de un sarcoma del seno maxilar ; tuve la satisfacción de presentar al enfermo operado á esta Academia, haciendo del caso motivo de un trabajo especial. Las resecciones completas del maxilar las considero siempre mortales y en tal virtud, á mi juicio, hay que reputarlas como el descrédito de la cirugía. Desearía que se me mostrara un solo caso de resección completa del maxilar, seguida de buen éxito ; bastaría esto para que yo cambiara de opinión. Siempre he visto morir á estos operados por infección ó reproducción del tumor y recuerdo de un sujeto á quien ví morir por dolor, causa que no había yo visto señalada hasta entonces.

No empleo nunca la posición de Rose, porque sí creo que tiene sus inconvenientes. Prefiero siempre la traqueotomía previa y me parece ventajoso el empleo de la cánula de Trendelenburg. Obrando de esta suerte practico con toda confianza la oclusión de las vías superiores de un modo completo, el enfermo respira con toda calma y yo hago mi operación con absoluta confianza y seguridad. De tal modo operé al enfermo objeto de mi trabajo reglamentario, á que aludí hace un momento, y del cual presenté 2 fotografías, que daban idea completa de su situación anterior y posterior á la intervención.

Respecto á la hemorragia ocasionada por la operación, debo decir que realmente es abundante y principalmente sostenida por la terigomaxilar ; mas aquí conviene referir un detalle anatómico acerca de este vaso : la arteria está como envuelta en una atmósfera célulo-grasosa, á favor de la cual se retrae, y ya casi no es necesario ligarla ; eso no sucede, como es bien sa-

bido, con otras arterias del cuerpo, como las de la piel cabelluda, que permanecen siempre fijas y abiertas.

Me considero en el deber de manifestar que nunca he visto morir á los enfermos por hemorragia y sí por infección, por reproducción del tumor, por caquexia y, en un solo caso, por dolor, según ya he manifestado ; en este individuo se hizo la anestesia por la vía rectal y seguramente fué insuficiente ; el enfermo no tuvo ni asfixia ni gran hemorragia. Yo siempre procuro llevar la anestesia muy adelante, haciéndola completa, para no exponer á los enfermos á morir por dolor.

*El Sr. Dr. Vázquez Gómez.*—Conozco al enfermo cuya breve historia nos acaba de referir el Sr. Dr. Icaza ; hará como un año ó poco más que lo reconocí, por recomendación del Sr. Dr. Aizpuru, D. Rafael ; si mal no recuerdo, fué precisamente en los momentos en que este señor hacía un viaje á Europa ; no tengo presentes muchos pormenores ; pero sí puedo asegurar que al reconocer al enfermo me encontré un tumor que ocupaba la parte posterior y lateral izquierda de la naso-faringe, como del tamaño de un durazno, de base amplia, que deprimía el velo del paladar y por el tacto era fácil comprobar que no se movía, que era liso, terso y no estaba ulcerado ; me pareció entonces que estaba implantado en el apófisis basilar. Doy estos ligeros datos por si acaso resultasen útiles al Sr. Dr. Icaza, para la intervención que intenta llevar á cabo dentro de pocos días.

Por lo que mira á la posición de Ross, de que se ha hablado, juzgo conducente manifestar que soy decidido partidario de su empleo ; que la prefiero siempre y que la he empleado muchas veces con magníficos resultados. Recuerdo á este propósito lo que me aconteció con un enfermo que vino de Querétaro y á quien tuve que practicarle una traqueotomía baja : sobrevino en el curso de la operación una hemorragia tan abundante y tan violenta, que la sangre arrojada con fuerza y precipitación, salpicó las vidrieras de las ventanas y el techo de mi consultorio y para evitar la asfixia consiguiente á esta hemorragia tan abundante, hube de recurrir á la posición de Rose, merced á la cual fué posible cohibir la hemorragia, permitiéndome colocar un tapón de abajo arriba. El enfermo se bene-

fició con la traqueotomía y llegó á sobrevivir un año ó más.

Para extirpar los tumores laríngeos, antes de hacer la laringotomía, ejecuto la traqueotomía, pero no uso la cánula de Trendelenburg por estorbosa y complicada, y como generalmente no se la emplea sino muy de cuando en cuando, sucede que llega á alterarse el globo de caucho con el transcurso del tiempo y cuando se quiere utilizar el aparato resulta inservible en un momento dado. Hecha la traqueotomía previa y una vez puesta la cánula común, me sirvo de ésta para realizar la anestesia, coloco al enfermo en la posición de Rose; y de esta manera, sin hacer la oclusión de las fauces, evito la asfíxia consecutiva al paso de la sangre á las vías respiratorias.

*El Sr. Dr. Icaza.*—Agradezco al Sr. Dr. Vázquez Gómez las noticias que se ha servido suministrarme con respecto á la implantación del tumor en el enfermo á que me referí hace un instante; sin duda que me servirán de mucho si acaso llego á realizar la intervención operatoria que tengo proyectada.

Respecto á lo que ha expresado el Sr. Dr. Núñez, manifestando que hasta ahora no ha tenido oportunidad de ver un operado de resección completa, que haya conseguido sobrevivir á semejante intervención operatoria, le diré que yo no solamente los he visto, sino que aun he tenido ocasión de operar á varios con muy buen éxito; pero como ya dije anteriormente, esto depende en la generalidad de los casos de la naturaleza del neoplasma, y aquí, como en todas las otras intervenciones, sucede que se obtiene la curación si el tumor es benigno y, al contrario, en condiciones de malignidad, el pronóstico tiene que ser muy reservado; no hay que olvidar á este respecto las célebres palabras del Sr. Lavista que decía que *era muy ingrata la cirugía de los cánceres.*

L. TROCONIS ALCALÁ.

EXTRACTO DEL ACTA NÚM. 6.

*Sesión del día 9 de noviembre de 1904.*

*Presidencia del Sr. Dr. D. Manuel Toussaint.*

*Lectura reglamentaria por el Sr. Dr. Bandera.—Relación de un caso clínico en confirmación de la doctrina expuesta.—Lectura reglamentaria por el Sr. Dr. Cosío.—Observaciones por el Sr. Dr. Ramos.—Primera lectura del dictamen relativo á la Memoria presentada al Concurso anual de 1903 á 1904.*

*El Sr. Dr. Bandera.*—Se sirvió leer su trabajo reglamentario titulado: "Fisiología. Entero-kí-nasa y Secretina."

*El señor Presidente.*—En corroboración de la doctrina expuesta por el Sr. Dr. Bandera en el trabajo que acaba de leer, voy á permitirle referir un caso que tuve oportunidad de observar cuando estuve en Berlín últimamente. Vi operar al Sr. Dr. Körte á una enferma en quien se había hecho el diagnóstico de estenosis del canal colédoco, sin precisar la causa; no se sabía si la estenosis era debida á estrechez cicatricial ó á compresión. Se hizo laparotomía y se encontró una neoformación cuyo origen no explicó por cierto el operador; era una masa fibrosa cicatricial, que procedió á quitar inmediatamente. Abrió en seguida el duodeno hasta la ámpula de Water encontrando un tejido escleroso; reseco la ámpula y al operar, interesó el canal pancreático. Con el fin de que éste no quedara libre, le introdujo una sonda cuya extremidad sacó al exterior, después de haberla pasado por el canal colédoco, fijado al intestino, previa sutura, y por la abertura de la coledocotomía. ¡Operación realmente difícil en la cual obtuvo éxito un operador tan hábil! La sonda permaneció unos tres días comunicando directamente con el canal pancreático y así fué como pudo obtenerse, sin mezcla de jugo intestinal, en estado de pureza, el jugo pancreático, que fué recogido por un médico ayudante, que se propuso hacer las siguientes experiencias: puesto dicho jugo en presencia de la carne ó de otras substancias albuminoides, era incapaz de digerirlas; no así ocurría con los hidrocarburos, que sí eran digeridos. Pero si al jugo pancreático se le mezclaba jugo intestinal, entonces sí eran digeridas las substancias albu-

minoideas.—El caso es muy interesante considerado desde el punto de vista terapéutico; porque la enferma curó; le quedó una fistula del canal colédoco, que fué cerrando poco á poco. La observación es importante, como he dicho, porque ella ha permitido comprobar experimentalmente la doctrina relativa al papel fisiológico que desempeñan los jugos intestinal y pancreático.

El Sr. Dr. Cosío leyó su trabajo reglamentario titulado: "Trastornos psíquicos de la Neurastenia."

Con motivo de esta lectura solicitó y obtuvo el uso de la palabra

*El Sr. Dr. Ramos.*—La neurastenia no es una enfermedad nueva; era ya conocida desde hace mucho tiempo; el nombre actual sí es nuevo, pues es bien sabido que se le ha designado con diferentes denominaciones, tales como debilidad irritable, neuropatía cerebro-cardíaca, neurosis, etc.—Aun la pretendida anemia cerebral es neurastenia para algunos autores. Beard no fué seguramente el creador de la neurastenia, como entidad morbosa; pero sí tuvo el gran mérito de acopiar todos los documentos relativos á distintos padecimientos que se confundían con la astenia nerviosa; los ordenó, segregó lo que no pertenecía á la neurosis é hizo una buena descripción de la neurastenia. Su libro es memorable y se puede decir que desde que se publicó aumentaron notablemente las investigaciones referentes á dicho padecimiento. Pero si la neurastenia no es nueva, en cambio sí es un hecho que ahora es mucho más frecuente que antes. Esto es debido á las condiciones especiales de la vida moderna, al afán de sobresalir en las ciencias, en las artes y en las finanzas; al deseo vehemente de hacer dinero, etc. Si, por otra parte, se compara la fuerza física de nuestros antepasados, con la de las generaciones actuales, se notará gran ventaja en favor de aquellos. Esta disminución en la energía física, es otra razón para el desarrollo de la neurastenia y de aquí el afán de las sociedades modernas para fortalecerse por medio de la gimnasia, que se ha implantado en casi todos los establecimientos de educación. Las causas múltiples, que antes se señalaban, entre otras, las que ha indicado Glenard, no se consideran ya como tales, sino como contingentes ó acompañantes de la neurosis. Lo característico, lo propio de la neurastenia, es la debili-

dad nerviosa, unida á la excitabilidad exagerada; por más que esto parezca paradójico, no es sino lo que pasa fisiológicamente, es decir, que mientras más responden las neuronas á una causa excitante, ligera, mientras son más irritables, su agotamiento sobreviene más pronto, á causa de su alteración funcional. Por lo mismo, hay muchas causas que traen este estado de cosas; las principales son las psíquicas, influyendo también el traumatismo, las infecciones y las intoxicaciones; todas obran debilitando las neuronas y excitándolas. La neurastenia no es tan común en los sabios, en los pensadores, y sí lo es en los banqueros, financieros y jugadores de bolsa. La raza judía es la más predispuesta á la neurastenia, tal vez por herencia; pero más bien por el género de ocupaciones que tienen los representantes de dicha raza; pues es bien sabido que son los acaparadores de las riquezas mayores. Los neurasténicos son, como dice Charcot, muy minuciosos para todo lo que se relaciona con su padecimiento; son, como él les llamaba, los enfermos de los papelitós, consultan muchos médicos y nunca quedan satisfechos de ser tratados y atendidos debidamente. Es común que estos desgraciados tengan ciertos trastornos en la coordinación de sus movimientos, padecen de astacia abasia, ó de cierta forma de ataxia, semejante á la de los que sufren una lesión de los cordones posteriores; pero se diferencian de éstos en que si se les presenta un peligro imprevisto pueden escapar de él, desapareciendo en seguida la incoordinación temporalmente, echando á correr para evitar el peligro; lo que no pueden hacer los verdaderos tabéticos. Tanto los neurasténicos como los histéricos tienen abulia y amnesia y por esto parecen mentirosos, caprichosos, inconsecuentes, etc. Charcot y otros autores han discutido si el histero-traumatismo es sólo de naturaleza histérica, si es una asociación de esta neurosis con la neurastenia, ó si constituye, como creen otros, una enfermedad distinta. Esto indica la relación tan estrecha que existe entre estos padecimientos y que en los dos hay debilidad de las neuronas. En México es relativamente frecuente la neurastenia, y sobre todo, la de causa genital, por pérdidas seminales. Estos infelices neurasténicos son los que consultan principalmente á los charlatanes y curanderos, que les ofrecen curarlos radicalmente, por medio de procedimientos nuevos ó por especifi-

cos infalibles. Todos los días se ven anuncios en los periódicos ofreciendo hacer tales milagros; los neurasténicos se hacen ilusiones más que otros enfermos y ocurren á todos estos explotadores, hasta que se llegan á convencer de la rebeldía de su mal; porque en realidad muy excepcionalmente se curan estos enfermos, logrando tan sólo alguna mejoría. Las psicosis son por fortuna raras en los neurasténicos y casi siempre hay antecedentes hereditarios; pero no es común que se trate de la herencia homóloga, sino de la heteróloga. Vale la pena estudiar la neurastenia en México para conocer sus caracteres especiales, si es que los tiene, y sobre todo, para intentar su curación, ya que los medios puestos hasta hoy en uso no dan resultados satisfactorios; en efecto, muy poco ó nada se consigue con los antiespasmódicos, la electricidad y la sugestión hipnótica ó extra-hipnótica.

*Dr. Cosío.*—Doy las gracias al Sr. Dr. Ramos por las ampliaciones que se ha servido hacer á mi trabajo y desco también, como él, que se estudie la neurastenia en México, sobre todo en lo que respecta al tratamiento.

Se dió primera lectura al dictamen del Jurado á cuyo estudio pasó la Memoria presentada al Concurso anual de 1903 á 1904 y que fué remitida obsequiando la segunda de las cuestiones propuestas en la Convocatoria de 3 de junio de 1903.

L. TROCONIS ALCALÁ.

EXTRACTO DEL ACTA NÚM. 7.

*Sesión del día 16 de noviembre de 1904.*

*Presidencia del Sr. Dr. D. Manuel Toussaint.*

*Lectura por el Sr. Dr. Soriano.—Segunda lectura, discusión y votación del dictamen relativo á la Memoria presentada al Concurso anual de 1903 á 1904.—Dispensa otorgada al Sr. Dr. Malda.*

El Sr. Dr. Soriano se sirvió dar lectura á una nota, en la cual bajo el título de "El suero anti-alcohólico," transcribió á la Academia el estudio y observaciones que con idéntico título publicó el socio correspondiente, Dr. Enrique Acosta, en "La Crónica Médico-Quirúrgica," de la Habana.

El relator del Jurado, á cuyo estudio pasó la Memoria presentada al Concurso anual de 1903 á 1904 y que fué remitida obsequiando la segunda de las cuestiones propuestas en la Convocatoria de 3 de julio del año próximo pasado, se sirvió dar segunda lectura al dictamen correspondiente.—Puesto á discusión en lo general, sin ella fué aprobado.—En lo particular, la Academia tuvo á bien aprobar asimismo la primera de las conclusiones del dictamen, que á la letra dice: "No es de concederse el premio que señala la Academia al autor de la Memoria titulada "Fiebre Remitente Coli-Bacilar."—La segunda y última de las conclusiones, antes de ser aprobada, dió lugar á una ligera discusión promovida por el Sr. Dr. Zárraga, quien se sirvió excitar á los señores miembros de la Comisión, á fin de que se dignaran ilustrar á la Academia acerca de la conveniencia de publicar ó no la Memoria relativa.—El Sr. Dr. Ramos, á nombre de la Comisión, tuvo á bien explicar con entera claridad que la Memoria absolutamente resolvía la cuestión propuesta y que por excesiva delicadeza la Comisión no había querido plantear en sentido tan afirmativo la conclusión de que se trata, esperando que la Academia con entera libertad se sirviera resolver acerca de ese punto lo que estimase más conveniente.—En vista de esta explicación, que fué debidamente estimada por el Sr. Dr. Zárraga, la proposición resultó votada negativamente, resolviendo: "Que no se publique en la "Gaceta Médica" la mencionada Memoria asunto del dictamen."

La Secretaría dió cuenta con una proposición suscrita por los Sres. socios Dres. Zárraga, Soriano, Villarreal, Macouzet, Núñez, González Urueña y el que habla, solicitando en favor del Sr. Dr. D. Gabriel Malda, aspirante á una de las plazas vacantes, á que se refiere la Convocatoria última de 20 de julio próximo pasado, la dispensa del tiempo que le falta para completar los seis años que requiere la fracción tercera del artículo 50 del Reglamento.—Tomada en consideración, la Academia resolvió en escrutinio secreto conceder la dispensa pedida.—La Secretaría cuidará de transcribir esta resolución al interesado.

L. TROCONIS ALCALÁ.

# GACETA MEDICA DE MEXICO

PERIÓDICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO IV.

MEXICO, 15 DE DICIEMBRE DE 1904.

2ª SERIE.—NUM. 24.

## ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

EXTRACTO DEL ACTA NÚM. 8.

*Sesión del día 23 de Noviembre de 1904.*

*Presidencia del Sr. Dr. D. Manuel Toussaint.*

*Lectura reglamentaria por el Sr. Dr. Orvañanos.—Presentación de dos operadas por el Sr. Dr. Villarreal.—Se nombra en comisión al Sr. Dr. Prieto para reconocerlas.—Discusión.—El Sr. Dr. Macouzet presenta á un niño operado de cálculos vesicales.—Se nombra al Sr. Dr. Núñez para examinarlo.—Opinión del comisionado.*

*El señor Presidente.—Tiene la palabra el Sr. Dr. Orvañanos para su lectura de reglamento.*

*El Sr. Dr. Orvañanos leyó una Memoria titulada: "De algunos accidentes causados por los tranvías eléctricos."*

*El señor Presidente.—Tiene la palabra el Sr. Dr. Villarreal para presentar á la Academia á dos operadas.*

*El Sr. Dr. Villarreal.—Presento á esta Corporación dos enfermas operadas recientemente.—La 1ª á que voy á referirme, tenía un epitelio-ma del cuello de la matriz con infarto de los ganglios ilíacos é invasión de la parte superior del intestino recto. Al intervenir lo hice según el procedimiento que he descrito ya varias veces ante esta docta Academia; pero como quiera que en el caso actual ha habido algunas particularidades, motivadas por la resección del intestino, me permito describir la operación con todos sus pormenores. La paciente se encontraba en un estado de destrucción y aniquilamiento extraordinarios, á consecuencia de las hemorragias frecuentes originadas por la enfermedad. Hoy, al contrario, después de dos meses de la intervención á que fué sometida, goza de cierta salud y bienestar notables, que realmente con-*

trastan con su situación anterior. (Leyó en seguida la observación del caso clínico.—Véase á continuación de la presente acta). Concluida la lectura, el Sr. Dr. Villarreal se sirvió trazar en el pizarrón un esquema para explicar cómo hizo la sutura intestinal, después de la resección; refirió cómo dispuso los tres planos de suturas para cerrar el intestino; el primer plano fué constituido por una sutura perforante en surjete; el segundo, por otra sutura sero-serosa, también en surjete, que vino á ocultar cuidadosamente el primer plano; y el tercero asimismo por sutura sero-serosa, pero de puntos entrecortados, para reforzar el segundo plano. Y á pesar de que en estos tres planos de suturas quedó comprendida la pared intestinal en un espesor de 8 milímetros, se evitó el estrechamiento por el arbitrio de la sección oblicua realizada en cada uno de ambos cabos intestinales.

La 2ª es una antigua enferma tratada por uno de nuestros cirujanos: al operarla, le hice extirpación del anexo derecho, punción de microquistes é hysteropexis abdominal. Esto no obstante, la enferma no consiguió el alivio de sus padecimientos; muy al contrario, aumentando éstos de día en día, vino á verme y después de haberla tenido cuatro meses en tratamiento, como advertiera yo que aumentaba el volumen de un quiste ovárico del tamaño de un limón, que presentaba en el lado izquierdo, le propuse operarla. Y, efectivamente, la operé haciéndole dilatación y raspa uterina, para corregir la endometritis; traquelorrafia bilateral, por los desgarreros del cuello y extirpación del quiste referido por medio de la celiotomía vaginal anterior, conservándola una pequeña correhuela del ovario; véscico-fijación y perineorrafia para corregir un ligero prolapsus. Todo esto se hizo mediante la raquicocainización y así también se practicó la extirpación de la cicatriz deformante y dolorosa—un verdadero keloídes—que llevaba encima del pubis y que me obligó á hacer una vasta autoplastia del plano céltulo-cutáneo de la

pared del vientre, llevando la disección, por uno y otro lado, hasta las espinas ilíacas y, por arriba, hasta el ombligo. La sutura de la extremidad inferior de las insiciones laterales con la parte media de la incisión transversa, la hice con alambre de plata y la sutura intradérmica con crines de Florencia. Ha pasado más de un mes de la operación y todavía pueden verse las crines enquistadas en la dermis, que fueron puestas con el objeto de sostener los planos, superficialmente, para evitar el ensanchamiento de la cicatriz, que ahora es lineal y casi imperceptible.

Dió á conocer las piezas anatómo-patológicas referentes á estas operadas.—1ª Matriz voluminosa con cuello abultado, fungoso y señales de cauterización; collarete vaginal de cuatro centímetros; las arterias, las venas y el tejido celular del parametrio; los ligamentos anchos, las trompas y los ovarios y siete ganglios, el mayor de los cuales tenía el tamaño de una nuez y los demás el de una almendra.

2ª Porción de piel y tejido celular correspondientes á la pared anterior del vientre, de forma triangular, con una base como de seis centímetros y ocho de altura. En la parte media del colgajo se ve la cicatriz deforme, abultada, negruzca, como de unos cinco centímetros en su mayor extensión vertical, por tres en el sentido transversal; los bordes de la piel seccionada están sanos en apariencia.

*El señor Presidente.*—El Sr. Dr. Prieto tendrá la bondad de examinar á estas operadas y se servirá dar cuenta á la Academia con el resultado de su examen.—Mientras tanto se suspende la sesión.

Abierta de nuevo, se concedió el uso de la palabra al

*Sr. Dr. Prieto.*—He estudiado á las dos operadas presentadas por el Sr. Dr. Villarreal. En cuanto á la primera, me es satisfactorio aplaudir su conducta por la oportunidad de la intervención y lo delicado del caso; puesto que la pieza que nos ha mostrado, requirió una amplia brecha para su extracción, y como el mal había invadido el intestino, todo esto hizo mucho más difícil la ejecución operatoria. Por tal motivo, es digno de aplauso. Mas hay un pequeño detalle que me permito criticar en la sutura intestinal, que el operador llama perforante; para mí, esa sutura es peligrosa; es como si se hiciera una

herida continua formada por puntos y siendo perforante interesa, sin duda, la mucosa intestinal; precisamente en esto radica el peligro. Habría necesidad de hacerla procurando salvar completamente la mucosa; con esto y el doble surjete exterior sería irrefutable.

En cuanto á la segunda enferma, es una vieja conocida que por el nuevo padecimiento, el quiste diagnosticado por el Dr. Villarreal, solicitó una segunda intervención. A pesar de esto aun no está sana, acusa dolor y presenta leucorrea, fenómenos que indican que su infección gonocócica no se ha remediado todavía. Perteneció al grupo de esas enfermas inveteradamente infectadas, que hay que tratar no una, sino varias veces, procurando respetar sus funciones, ya que en esta época nos hemos adueñado de la cirugía.

*El Sr. Dr. Villarreal.*—Agradezco al Sr. Dr. Prieto los términos benévolos con que se ha servido favorecerme.—Refiriéndome á la crítica que ha hecho de la sutura, que yo llamo perforante, no sé por qué le preocupa al grado de llamarle extraordinariamente la atención. Como sutura perforante única, indudablemente que resultaría peligrosa; pero no fué eso lo que se hizo en esta paciente. Me valí de la perforante continua como de una armazón, procediendo tal cual lo hace Czerny y ejecutando al mismo tiempo coprostasis y facilitando la colocación de los puntos sero-serosos á la Lambert, ya en surjete, ya entrecortados. (Se dirigió al pizarrón, en el cual trazó un esquema para ilustrar mejor sus conceptos).—Primitivamente, continuó, se hacía la unión del intestino cabo á cabo, por puntos perforantes, y sobrevenían fracasos constantemente, hasta que Lambert discurrió su punto sero-seroso, y desde entonces empezaron á registrarse los buenos éxitos. Así, pues, una sutura perforante del intestino oculta por otra sero-serosa á la Lambert, es evidentemente menos peligrosa que la de Lambert sola, dejando libres los labios de la sección intestinal.

En cuanto á la segunda objeción hecha por el Sr. Dr. Prieto y que fué referente á la otra de mis operadas, juzgo conveniente aclarar, que si la enferma no está en realidad completamente curada, como quiere el Sr. Dr. Prieto, sin embargo, no cabe duda que ahora puede entregarse á faenas de su oficio (cocinera), que antes no podía desempeñar, y ya esto indica que está no-

tablemente aliviada.—Pero yo no la he traído á la Academia con tal motivo, sino para hacer ver el resultado de la vasta autoplastia que se le hizo en la pared del vientre, con motivo del keloides cicatrizal. Llamaba yo á este propósito la atención de los señores académicos señalando la no reproducción del keloides y el trazo lineal obtenido en la cicatriz post-operatoria; me referia al resultado estético alcanzado; y acerca de todo esto nada se ha servido indicar el Sr. Dr. Prieto.

*El señor Presidente.*—Tiene la palabra el Sr. Macouzet para presentar á un niño operado recientemente.

*El Sr. Dr. Macouzet.*—Voy á tener el gusto de presentar á la Academia á un niño operado de cálculos vesicales, siguiendo la misma técnica que en el caso anterior, del cual di cuenta al leer mi trabajo reglamentario. Este nuevo caso servirá para reforzarle.

El niño á quien me refiero, tiene seis años de edad, y tanto en este caso como en el otro, á que aludí en mi referido trabajo, fué muy notable la facilidad con la cual, por medio del tacto rectal y la palpación abdominal combinados, se consiguió reconocer no sólo la existencia de los cálculos, sino también su número, pues en el presente caso he podido diagnosticar que había dos, uno grande y otro más pequeño. De igual manera que en el caso anterior usé el catéter metálico como guía; operé por la vía suprapúbica, fijando la vejiga por puntos de sutura á las paredes abdominales y canalizando después con tubos paralelos. A los ocho días se quitaron las suturas, habiendo logrado conseguir magnífico resultado. Hoy tengo el gusto de presentar al operado completamente sano.

*El señor Presidente.*—Ruego al Sr. Dr. Núñez que se sirva examinar al niño presentado por el Sr. Dr. Macouzet.

*El Sr. Dr. Núñez.*—El niño que se ha servido presentar á la Academia el Sr. Dr. Macouzet y que acabo de examinar, tiene, como ya se ha dicho, seis años de edad y una buena constitución y goza actualmente de perfecta salud. Examinando la pared anterior del vientre, se le encuentra sobre la línea media la huella de una cicatriz, como de tres á cuatro centímetros, que al tomarla entre los dedos se comprueba estar formada no sólo por las paredes del vientre, sino también por parte de la vejiga que, según se

indicó, fué suturada á la pared abdominal anterior. El niño puede orinar perfectamente, no se queja del menor dolor; el éxito ha sido, pues, satisfactorio y no ha lugar á temer una reproducción de los cálculos, porque el niño no arroja en la actualidad arenillas que pudieran hacerlo sospechar. Por todo esto felicito sinceramente al Sr. Dr. Macouzet.

L. TROCONIS ALCALÁ.

Beatriz González.—Casada, 37 años de edad; recomendada por el Dr. Gazano, ingresa al Hospital Ginecológico para curarse de un epitelio-ma vegetante del cuello, que invade un poco los fondos vaginales posterior y derecho. Se opera el 10 de Septiembre de este año con raquicocainización (0'03 de cocaína) y cloroformo (30'00).

Cauterización del cuello con termocauterío. La coliflor era muy grande y la matriz fija. Se circuncide la vagina en su parte media, se desprende y se la disecciona hasta más allá de los fondos vaginales. Se taponan con gasa yodoformada la porción cruenta así como la hoquedad del cuello hecha por el termocauterío. Se pone á la enferma en posición de Trendelenbourg y se practica la laparotomía suprapúbica, llevando la incisión hasta el ombligo; se rechazan los intestinos hacia el diafragma. Empezando á sentir la paciente (había pasado hora y media de practicada la inyección), se ministra cloroformo.

Hecha la exploración del recinto pélvico, se encuentran invadidos los ganglios ilíacos de uno y otro lado, así como el intestino en el lado derecho del fondo de Douglas. Se desprenden ambos anexos y se hace la ligadura del ligamento infundíbulo-pélvico y ligamento redondo de uno y otro lado, comenzando por el derecho; se abre el ligamento ancho de este lado, se busca el uréter, se sigue hasta su embocadura en la vejiga, pasando debajo de la uterina y del arco fibroso que la contiene. Se coge la uterina del lado derecho con una pinza, se repite esta operación del lado izquierdo; se sustituyen estas pinzas con ligaduras. Se seccionan el peritoneo vesical sobre la vejiga misma y la hoja posterior de los ligamentos anchos, razando el intestino. Separando hacia adelante la vejiga, se llega á la incisión de la vagina principiada por abajo. Se coge una de las gasas que taponaban este órgano y, anudando una gasa estéril, se la pasa del peritoneo á la vulva, para evitar que los

líquidos vaginales caigan á la cavidad serosa. Seccionando ambos ligamentos úterosacros, se desprende hacia atrás la vagina hasta llegar al corte vaginal y, seccionando lateralmente el parametrio al ras de los uréteres, así como la aponeurosis perineal superior y músculo elevador del ano, se llega á desprender la matriz con ambos anexos y la mitad de la vagina. En seguida se descubren los ganglios situados sobre la región iliaca externa del lado izquierdo, se desnudan de su cápsula y, cuidando la arteria y la vena, se les extirpa. Igual cosa se hace en el lado derecho.

Viendo que la placa cancerosa que invadía el intestino medía de ocho á diez centímetros de diámetro mayor vertical y de cuatro á cinco en el transversal, se hace la resección de esta placa, avanzando sobre el intestino sano, haciendo la coprostasis con los dedos en el cabo superior sano. Como la pérdida de substancia avanzó sobre la porción del intestino desprovista de serosa, quedó sólo un puente de intestino al nivel de la porción mesentérica. Con un punto de seda se aproximan las extremidades del eje mayor de la doble elipse dejada por la resección intestinal y con un surjete perforante hecho con seda delgada se cerró de uno y otro lado de dicho punto la cavidad del intestino y con otros dos surjetes sero-serosos á la Lambert, también con seda delgada situados á uno y otro lado del punto medio antes citado, se ocultó la sutura precedente, terminando este tiempo de la operación con puntos de refuerzo de seda entrecortados, colocados cada cuatro milímetros.

Se hace un lavado peritoneal amplio con suero caliente colocando un espejo á través del trayecto vaginal hasta la vulva. Se retira el espejo y secado el recinto pélvico, se pasa por la vagina una doble gasa yodoformada, cuyas extremidades se colocan en las regiones ureterales. Con un punto de sutura se aproxima el recto (encima de la sutura de restauración de la resección intestinal), el corte vaginal posterior, el anterior y el peritoneo vesical; y con dos suturas en bolsa, una de cada lado de la precedente, se aproxima el peritoneo de los ligamentos anchos y de la fosa iliaca, quedando así todas las superficies cruentas cubiertas por el peritoneo: (peritonización y tabicamiento peritoneal de la pelvis). Sutura del vientre por mi procedimiento.

#### TEMPERATURAS:

Primer día.—A. M. 36'3.—P. M. 38'.

Segundo día.—A. M. 37', 38'.—P. M. 37'5.

Tercer día.—A. M. 37'5.—P. M. 38'.

Tuvo temperaturas variando entre 38'4 y 38'6, que fué la más alta, doce días después de operada, descendiendo hasta llegar á la normal.

#### PULSO.

Primer día.—112 por minuto, débil, regular.

Segundo día.—104 id., id., id., id.

Tercer día.—112 id., id., id., id.

Catorce días después de operada comenzó á tener el pulso más fuerte, variando entre 100 y 120 por minuto, hasta el día en que se la dió de alta.

Al cuarto día de operada se le movió un poco el tapón vaginal y se le retiró al décimo, cambiándolo por otro, haciendo antes un lavado bastante amplio de solución félica débil; se repite esta curación nueve días después. Evacuó por primera vez, previa la administración de 40 gramos de aceite de ricino el noveno día posterior á la operación.

Se quitó el hilo de plata del vientre el 28 de septiembre, dándosela de alta el 30.

México, noviembre 23 de 1904.

J. VILLARREAL.

## CLINICA INTERNA.

### TRASTORNOS PSIQUICOS EN LA NEURASTENIA.

La neurastenia ó astenia nerviosa es una neurosis caracterizada por la inferioridad funcional del sistema nervioso, bien sea del cerebro, de la médula ó de los aparatos nerviosos viscerales y periféricos.

Ya no se confunde su nombre con los de eretismo nervioso, histerismo, histericismo, neurosis proteiforme, neurosis por agotamiento, caquexia nerviosa, nervosismo, debilidad irritable, irritación espinal, neuropatía cerebro-cardíaca, enfermedad fin de siglo, neurosis americana; etc., nombres con los cuales se han designado,