

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. Montañó 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 foseas 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 mosquito 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.