

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 pólipos 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, si 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 v 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 asfixia 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 canceres.*

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-kina 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 permitirme 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.