

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-

tros, hasta poner á descubierto la coroides. En seguida el Dr. Enrique Graue, sirviéndose de dos finos ganchos de estrabismo de Stevens, separó los labios de la esclerótica; tomé entonces un pliegue de la coroides y lo corté con las tijeras. Al hacer la sección, salió una pequeñísima cantidad de líquido color amarillo sucio (líquido sub-retiniano) y formó hernia en la parte anterior un cuerpecito amarillo con el aspecto de exudado retino-coroideo, el cual corté.

En este momento se presentó una gota de humor vítreo que seccioné con las tijeras y procedí á la introducción de una cucharilla de Taylor, con la cual extirpé la vesícula del cisticercos que hoy presento á ustedes. Durante esta última maniobra no se perdió una sola gota de humor vítreo. Después de examinar la vesícula,— en la cual se distingue perfectamente el punto blanco correspondiente á la cabeza y cuello del animal— coloqué un punto de sutura atravesando toda la pared correspondiente, en cada lado de la esclerótica y de la conjuntiva: con sólo este punto quedó perfectamente afrontada la herida esclerótica; sin embargo, para mayor seguridad de oclación perfecta, puse de cada lado otro punto de sutura interesando únicamente la conjuntiva y el tejido episcleral. Con la sutura del tendón recto externo se terminó la operación quedando el ojo con la tensión que tenía antes de operarse y con su forma natural, no hundido como sucede cuando hay pérdida de vítreo, en una operación de catarata por ejemplo.

Como se ve, la extracción no pudo haber sido más feliz: á la primera introducción de la cucharilla de Taylor, se deslizó sobre ella la vesícula del cisticercos y en toda la operación la pérdida de vítreo no pasó de una sola gota, es decir, fué casi nula.

La mayor parte de los operadores han hecho uso de unas pinzas para coger la vesícula que con frecuencia se escapa, y en esas tentativas es en las cuales se pierde una cantidad más ó menos grande de vítreo; de ahí el mayor número de los fracasos.

En las discusiones sostenidas en la Sociedad de Oftalmología el año de 1902, indiqué las ventajas de usar de un gancho, que hace presa más fácilmente que las pinzas; sin embargo, recordando la facilidad con que he practicado la extracción de algunas cataratas en su cápsula, sin pérdida de vítreo con la cucharilla de Taylor,

me ocurrió usaría en este caso y el éxito obtenido me obliga á recomendarla de preferencia al gancho ó á las pinzas.

El otro medio que indiqué en esa misma ocasión para disminuir hasta donde fuese posible la pérdida de vítreo, que es la parte capital para el éxito operatorio, fué el de practicar la tenotomía de uno de los rectos oculares: muchos autores la han usado en casos de cisticercos alojados en el segmento posterior del ojo para hacer accesible la región en que se encuentran. En mi caso, siguiendo las ideas de los autores, no hubiera sido necesaria, pero de acuerdo con las que expusiera, la practiqué por reconocerle dos ventajas: la primera es, que suprimiendo la acción del músculo que se corta, la contracción de los otros músculos en los accesos de basca, por ejemplo, durante la anestesia general, estando abierta la esclerótica, debe ser mucho menos poderosa y por lo tanto menor la pérdida de humor vítreo que de ello pudiera resultar. La segunda es, que basta sostener el globo ocular por el cabo del tendón unido á la esclerótica, para tener fijo el órgano en la posición conveniente sin hacer presión sobre él como sucede fácilmente cuando se usa de la pinza de fijación. Es muy difícil mantener en aducción forzada el globo ocular por largo tiempo sin ejercer presión que ocasione la salida del humor vítreo, pues las pinzas se apoyan sobre el mismo ojo, mientras que con la tenotomía, esa posición el ojo, por decirlo así, viene á ser natural y no expone á presiones peligrosas mantenerlo cogido con pinzas del extremo tendinoso; en este caso las pinzas no apoyan sobre el globo del ojo, quedan distantes de él, no hay peligro de que lo compriman.

Obtenido ya el éxito quirúrgico, me resta dar cuenta é informaré oportunamente sobre la marcha que sigan las lesiones retino-coroideas, ya existentes antes de la operación.

La cirugía ha dado cuanto de ella podía esperarse: la expulsión del huésped destructor del órgano; ahora toca á la medicina, muy pobre por cierto en recursos, si no remediar los daños ya causados, al menos evitar su avance.

La historia de algunas operaciones practicadas en Europa, muy semejantes á la que nos ocupa, nos hace esperar un feliz resultado. Hasta hoy, cuarto día de la operación, no se ha presentado el menor accidente; el ojo operado dis-

tingue con claridad los dedos de la mano; esto nos indica que cuando menos conservará la vista que tenía.

Me he permitido ocupar la atención de ustedes, largamente, describiendo en todos sus detalles la operación llevada á término, por ser ella la primera que se practica en México y muy probablemente en toda la América. Ni en los autores americanos, ni en las revistas oftalmológicas de los Estados Unidos, de Cuba y de Centro y Sud América, hemos visto mencionado un solo caso de extracción de un cisticercos de la retina ó del cuerpo vítreo, conservando el globo ocular y la visión que tenía antes de la intervención quirúrgica.

México, marzo 9 de 1904.

DR. LORENZO CHÁVEZ.

BACTERIOLOGIA.

¿EL MECONIO ES ASEPTICO?

Trabajo que para optar á la vacante de la Sección de Bacteriología, en la Academia Nacional de Medicina, presenta

IGNACIO PRIETO.

La docta Corporación á quien tengo el honor de dirigirme, ha tenido á bien tratar de definir el papel que desempeña el meconio en los padecimientos que forman el cuadro de las enfermedades infecciosas. Punto de alto interés sobre el cual la literatura médica es poco abundante y que es urgente dejar definido siquiera sea por lo frecuente, pudiéramos decir, por lo diario, que este producto está en contacto de las lesiones vulvares, vaginales y uterinas, cuya infección hace el puerperio complicado y difícil. Pudiera muy bien suceder que el meconio sembrara sus gérmenes sobre las múltiples y necesarias heridas, que el paso del feto provoca y causa en la vulva, vagina y cuello, y que esta siembra diera margen á infecciones ora remediabiles por sólo el esfuerzo de la naturaleza, ora remediabiles sólo por los medios con que la terapéutica se ha enriquecido desde la época de Lister hasta la fecha.

Y esto es tanto más de temerse, cuanto que

sabemos bien que apenas existe alguna dificultad aun dominable por los esfuerzos naturales, en el progreso y salida del feto, éste expulsa el meconio y era de pensarse si esta casi necesidad tendría influencia más ó menos directa en el desarrollo de los padecimientos infecciosos que aquejan á la madre. En medio de las ideas reinantes sobre microbismo era preciso llegar á una conclusión sobre el particular. Y no son por cierto los trabajos de Escherich (1885), bien anteriores en esta época que todo cambia y se renueva; porque aunque averiguado en su tiempo que no existían elementos bacterianos en el meconio y que después que el niño se alimentaba existían el bacilo del colon y el lacteus, trabajos que identificaron por primera vez el bacillus coli; pero en esta fecha ni él ni sus contemporáneos dieron importancia al coli, que clasificaron como saprófito, no pudiendo, por consiguiente, designarle un papel en la Patología humana. La revisión, pues, se impone y creo que estas son las razones porque la sabia Corporación que me dispensa el honor de recibir mis trabajos ha querido remover la cuestión. Imbuído en estas ideas hemos procurado hacer el análisis microbiano del meconio, recogiéndolo cuidadosamente del feto acabado de nacer y procurándolo de la cavidad del recto para sembrarlo en los medios de cultivo ordinarios. La técnica que seguimos, los resultados positivos y negativos que pudimos demostrar, nos dan confianza en nuestro proceder para afirmar ante nuestro honorable é ilustrado auditorio las pocas conclusiones á que hemos llegado.

I

Recogiendo el meconio se sembraba en caldo y gelatina en placa. Los ejemplares que pudimos recoger fueron diez: siete de niño recién nacido y tres de dos, cuatro y cinco horas después del nacimiento.

Las siembras de caldo fueron colocadas en la estufa á 37 grados y conservadas ahí durante setenta y dos horas. Esto lo hicimos en los días transcurridos del 8 al 24 de octubre. Todas las siembras del meconio correspondientes al niño acabado de nacer fueron negativas, tanto las que se practicaron extrayendo el producto del interior de la cavidad del recto, como las que cosechamos del orificio anal, cuando al nacer se te-