

SEGUNDA SERIE.—AÑO DE 1905.

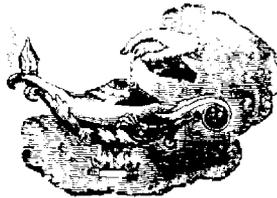
GACETA MEDICA

PERIODICO

DE LA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MEXICO.

TOMO QUINTO.



MEXICO

TIPOGRAFÍA Y LITOGRAFÍA DE JUAN AGUILAR VERA Y COMPAÑÍA (S. EN C.)

Calle de Santa Clara número 15.

1905

GACETA MEDICA DE MEXICO

PERIÓDICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO V.

MEXICO, 1º DE ENERO DE 1905.

2ª SERIE.—NUM. 1.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

EXTRACTO DEL ACTA NÚM. 9.

Sesión del día 30 de noviembre de 1904.

Presidencia del Sr. Dr. D. Manuel Toussaint.

Lectura reglamentaria por el Sr. Dr. Díaz Lombardo.—Atenta excitativa al Sr. Dr. Toussaint, para que se sirva ilustrar el asunto.—Contestación del Sr. Dr. Toussaint.—Pormenores de técnica operatoria en la intervención quirúrgica de los abscesos hepáticos abiertos en los bronquios.

El Sr. Dr. Díaz Lombardo cubrió su turno respectivo con la lectura de una memoria titulada: «Algo relativo al tratamiento quirúrgico de los abscesos hepáticos abiertos en los bronquios.»

Al terminar su lectura, el Sr. Dr. Díaz Lombardo dirigió atenta excitativa al señor Presidente, rogándole que dijera algo sobre el particular; pues, según tenía entendido, el Sr. Dr. Toussaint, al hacer el estudio microscópico de los productos recogidos en el sujeto clínico de quien se habló, había encontrado algo interesante con respecto á parásitos. Así también se permitió interpellarlo, á fin de conocer su opinión respecto de la importancia pronóstica que en semejantes casos tenga el examen bacteriológico.

El señor Presidente.—Correspondiendo con gusto á la excitativa del Sr. Dr. Díaz Lombardo, voy á referirme al caso á que ha aludido. El resultado del examen practicado, así como algunas apreciaciones hechas con motivo del caso, constan publicados en el *Boletín del Instituto Patológico*. Si mal no recuerdo, en el caso de que se trata había yo encontrado *balantidio*. El papel patógeno de este parásito parece estar demostrado por los estudios de Dehio y Wanaach, de San Petersburgo. Estos autores y otros han descrito *colitis difteroides* producidas por el

balantidio. Recuerdo á este propósito un caso muy importante, referente á una enferma del Sr. Dr. Altamirano, á la cual ví en compañía de los Sres. Dres. Mejía é Icaza. Padeecía colitis, y habiendo hecho el examen de las materias fecales, encontré numerosos *balantidios*. Dehio describe como especial un cuadro clínico, al hablar de estas colitis úlcero-membranosas, producidas por el *balantidio*; pero este cuadro no es exclusivo de dicho parásito, supuesto que en las colitis de amibas y otros gérmenes, se le encuentra también. En cuanto á la interpellación que se ha servido hacerme el Sr. Dr. Díaz Lombardo, solicitando mi opinión respecto de la importancia pronóstica, que para estos casos tenga el examen bacteriológico, le manifestaré con sumo gusto que los elementos figurados que hasta hace poco habían sido tomados por celdillas hepáticas verdaderas, no son ciertamente tales celdillas hepáticas, aunque sí son ciertamente elementos celulares. Cuando el absceso hepático comunica con el intestino, las amibas que se encuentran en el pus no tienen valor alguno, porque habitualmente existen en el tubo intestinal. Si el pus procede de los bronquios, cuando el absceso se ha abierto por esta vía, la presencia de amibas en este caso sí tiene cierto valor diagnóstico, pero no específico. En algunos derrames pleurales ó ciertos esputos se ha encontrado estos parásitos, sin que hubiera absceso hepático. Generalmente, toda colección de pus que no comunica con cavidad alguna visceral, no es muy rica en bacterias; pero al contrario, cuando esta comunicación existe, sí hay abundancia de bacterias en el pus; por esta razón, cuando se trata de absceso hepático en comunicación con el intestino, aunque el pus sea rico en bacterias (*streptococcus*, *bacillus coli*, etc.), no tiene este dato valor alguno. La presencia de estos gérmenes en el pus, no es una razón para establecer un pronóstico fatal. Por lo tanto, la importancia pronóstica del examen

bacteriológico no es tan grande que pueda fundarse exclusivamente en ella el juicio clínico. Juzgo conducente hacer alguna referencia al aspecto microscópico del pus hepático. Se había creído que era patognomónica la coloración chocolate de esta especie de pus; pero esto no es verdad, porque hay productos purulentos de otras vísceras con la misma apariencia, sin que en el caso haya habido padecimiento hepático ninguno. Yo tuve oportunidad de observar esto en un caso clínico perteneciente al Sr. Dr. Caraza, y en el cual se trataba de un absceso del bazo. Lo que sí me parece que tiene algún valor, aunque muy relativo y pasajero, es el aspecto viscoso que presenta el pus hepático: hace hebra, como si fuera una solución gomosa.

Terminó el Sr. Dr. Toussaint interpellando á su vez al Sr. Dr. Díaz Lombardo, á fin de que se sirviera decir algunas palabras con respecto á la técnica operatoria que convenga usar en casos semejantes al que ha referido en su trabajo.

El Sr. Dr. Díaz Lombardo.—Doy las gracias más expresivas al Sr. Dr. Toussaint por la bondadosa deferencia con que se ha servido atender á mi excitativa. Correspondiendo á sus deseos, me es muy satisfactorio manifestarle que en el caso á que me refiero en mi trabajo, abrí una amplia ventana costal y conseguí penetrar por entre el diafragma y el pulmón, caminando siempre por la cara convexa del diaframa, hasta encontrar la fistula. Desgarré las adherencias que existían entre el pulmón y el diafragma, porque no eran muy resistentes, y canalicé con gasa el foco comprendido entre la fistula hepática y la brónquica. Cuando las adherencias no son muy anchas, pero sí bastante resistentes, se puede hacer la ligadura del trayecto fistuloso por medio de un hilo, que se consigue pasar por detrás de las adherencias, usando de una aguja curva. Cuando las adherencias son anchas y resistentes, se hace primeramente punción del absceso, y en seguida incisión amplia, porque en este caso la fistula misma indica claramente la localización del foco. Como se trata de una inflamación crónica, que ha formado adherencias entre la cara convexa del hígado y la correspondiente del diafragma, no hay peligro que temer por el derramamiento del pus en la cavidad abdominal. Por esta razón no es

urgente hacer la sutura de los bordes de las heridas hepática y diafragmática; cosa que, por otra parte, es muy difícil de realizar, dada la profundidad á que se tiene que trabajar en estas circunstancias. En el caso que he referido en la memoria que acabo de leer, el enfermo había tenido un gran derrame seroso de la cavidad pleural, consecutivo á la intervención operatoria. Seguramente este individuo habría podido resistir muy bien la consecuencia señalada, á no haberse encontrado tan agotado por el mucho tiempo que tuvo su absceso abierto en los bronquios. Me tomé la libertad de interpellar al Sr. Dr. Toussaint, solicitando las luces de sus conocimientos, porque hasta ahora no he encontrado nada en el campo de la Bacteriología, que pudiera servir para ilustrar el diagnóstico y pronóstico de estas afecciones.

Para terminar, me permitiré llamar de nuevo la atención de los señores académicos sobre la importancia que, á mi juicio, tiene en todos estos casos el tiempo transcurrido entre el establecimiento de la fistula y la época de la intervención, porque, indudablemente, mientras menor sea dicho tiempo, mayores probabilidades de buen éxito tendrá la intervención.

L. TROCONIS ALCALÁ.

EXTRACTO DEL ACTA NÚM. 10.

Sesión del día 7 de diciembre de 1904.

Presidencia del Sr. Dr. D. Manuel Toussaint.

Una rectificación muy importante al acta núm. 9.—Iniciativa del señor Presidente acerca de la conveniencia de señalar anticipadamente un punto á discusión, cuando no haya materia científica emanada de memorias escritas ó comunicaciones verbales.—Discusión.

Se dió lectura al acta del anterior, que fué aprobada previa la rectificación iniciada por el señor Presidente, en el sentido de que no recordando con precisión el caso á que había hecho referencia el Sr. Dr. Díaz Lombardo, creyó que era otro en que había encontrado *balantidío*, particularmente en las paredes del intestino grueso; pero consultando después la observación, que consta publicada en el *Boletín del Ins-*

tituto Patológico, pudo rectificar que el caso de referencia es otro muy distinto y más interesante, si se quiere, porque los parásitos encontrados inducían á pensar que se trataba de un protozooario del grupo de los coccidios. La descripción de este parásito, así como las alteraciones anatómicas encontradas, por una parte, en el hígado, y, por otra, en el intestino grueso, están descritas en el núm. 8 del tomo 1º del *Boletín del Instituto Patológico*, 2ª época (de marzo de 1903 á febrero de 1904).

El señor Presidente se sirvió presentar formal iniciativa á los señores socios, para que en lo de adelante, siempre que no hubiese materia científica suficiente, proporcionada por trabajos escritos ó comunicaciones verbales, para poder ocupar útilmente el tiempo consagrado á las sesiones, se ocurriera al arbitrio de señalar un punto interesante de discusión, que fuera conocido anticipadamente de los señores socios, de una sesión á otra, con el fin de que todos tuvieran oportunidad de consultar sus apuntes y refrescar así las notas relativas, para encontrarse en aptitud de poder traer al debate el contingente de la experiencia propia, todo lo cual redundaría en provecho de la discusión. Para señalar el punto, se podría recurrir á uno de éstos dos modos: ó bien á la elección, nombrando así á alguno de los socios, para que se sirviera desarrollar el tema que juzgase más adecuado, ó bien facultando á la Mesa para formular la cuestión. Terminó manifestando sus deseos de conocer á este respecto la opinión de los señores académicos.

Con tal motivo se suscitó una interesante discusión entre los Sres. Dres. Cosío, Bandera, Toussaint, Mendizábal, García y Prieto, resolviéndose desde luego que la Mesa presentara la cuestión, sin necesidad de formular varias que fueran sometidas á sorteo. En tal virtud, el señor Presidente tuvo á bien proponer el siguiente tema: «Tumores desarrollados en las extremidades de los huesos largos.» Entró en algunos pormenores conducentes á ilustrar el punto, llamando la atención acerca de lo difícil que es diagnosticar tales tumores, que han sido designados con el nombre de *pulsátiles* por la Escuela francesa.

El punto pareció muy restringido á los señores académicos; y deseando que el tema esco-

gido resultara más amplio, se continuó á este respecto la discusión, manifestando el Sr. Mendizábal la conveniencia y ventaja que resultaría de fijar mejor para el objeto esta otra cuestión médico-quirúrgica: «Abscesos del hígado.» El Sr. Dr. García se sirvió indicar este otro tema: «Razón causal de la mortalidad infantil;» descendiendo á ciertos detalles, á fin de hacer ver que la discusión relativa podría resultar más provechosa. Amplia y suficientemente discutidas las tres cuestiones propuestas, se uniformó, por fin, la opinión en favor de la señalada por el Sr. Dr. Mendizábal, resolviéndose que en la primera oportunidad próxima, para el caso de no haber asunto científico que fuera motivado, según se ha dicho, por trabajo escrito ó por comunicación verbal, que diese materia suficiente para sostener la discusión, se pondría al debate el tema siguiente: «Abscesos hepáticos, considerados desde sus múltiples puntos de vista.»

L. TROCONIS ALCALÁ.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

Por acuerdo del señor Presidente, tengo la honra de remitir á Ud. el oficio que la Junta Central de Bosques dirigió á esta Academia Nacional de Medicina, para que la Sección de Higiene, de la cual es Ud. digno Presidente, haga el estudio de la referida comunicación y rinda á esta Academia el dictamen respectivo, para transcribirlo á dicha Junta.

Protesto á Ud. las seguridades de mi muy atenta consideración.

México, diciembre 22 de 1904.—El Secretario, *L. Troconis Alcalá*.

Al Sr. Dr. D. Manuel S. Soriano, Presidente de la Sección de Higiene.—Presente.

*Junta Central de Bosques.—México, D. F.
Núm. 105.*

Ha quedado enterada con satisfacción esta Junta, por el atento oficio de fecha 14 del mes próximo pasado, de la excelente acogida que ha dispensado esa Academia á la invitación que se le dirigió para que se sirviera secundarla en sus labores, á efecto de lograr la conservación y repoblación de bosques en el país.

GACETA MEDICA DE MEXICO

PERIÓDICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO V.

MEXICO, 15 DE ENERO DE 1905.

2ª SERIE.—NUM. 2.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

EXTRACTO DEL ACTA NÚM. 11.

Sesión del día 14 de diciembre de 1904.

Presidencia del Sr. Dr. D. Manuel Toussaint.

Lectura por el Sr. Dr. López Hermosa.—Discusión.

—El Sr. Dr. Villarreal presenta á dos operadas.

—Se nombra una comisión para estudiarlas.—Declaración de una vacante en la Sección de Farmacología y Farmacia.

El Sr. Dr. López Hermosa leyó una Memoria titulada: «¿Cuál es la conducta que se debe seguir en la distocia por hidrocefalia?» A continuación expuso verbalmente que, en contra de su propósito, no le había sido posible reunir todas las observaciones relativas al asunto; que sólo iba á dar lectura á una de ellas, como en efecto lo hizo; y que, con respecto á las de los otros tres casos, juzgaba conveniente manifestar: que en todos había procedido á hacer la perforación de la cabeza, seguida de la versión; consiguiendo así que la desocupación de la matriz se efectuara con entera facilidad y los puerperios fueran apiréticos; habiendo quedado las interesadas perfectamente restablecidas.

El Sr. Dr. Olvera.—Voy á hacer simplemente una pregunta al Sr. Dr. López Hermosa; no trato de juzgar su trabajo, porque no me considero competente. Mi pregunta es relativa á la Estadística: si no he entendido mal, el Sr. Dr. López Hermosa hace referencia en la Memoria que acaba de leer á los casos de hidrocéfalo cuya gestación ha llegado al término, y, así considerado el asunto, es posible que el número de observaciones sea pequeño; pero yo creo que, considerado el asunto en general, atendiendo especialmente al malogramiento del producto de la concepción por causa de hidrocefalia, el número

de los casos resulta mucho mayor. Yo estoy al tanto de esto, porque constantemente, al compulsar los datos para la formación de las estadísticas de mortalidad que se llevan en el Consejo, veo los diagnósticos, y con frecuencia encuentro anotados los casos de aborto por hidrocéfalo; así, pues, resultaría evidentemente cierta la afirmación del Sr. Dr. López Hermosa, acerca de ser reducido el número de los casos de hidrocéfalo, si se atiende únicamente á aquellos cuya gestación ha llegado al término; pero ya no sería así, sino al contrario, mucho mayor el número de los casos observados, si se atiende á la frecuencia con que el hidrocéfalo aparece como factor de la interrupción de la preñez.

El Sr. Dr. López Hermosa.—Tiene mucha razón mi distinguido compañero, el Sr. Dr. Olvera; pero yo no me he referido á la hidrocefalia por causa de aborto, sino simplemente á los obstáculos que ella opone á la expulsión fetal. La hidrocefalia, ciertamente, es rara al término de la gestación; así lo indican las estadísticas de Mme. Lachapelle, Charpentier, Mérriman, etc., y lo corroboro en los pocos casos que he podido observar. Tiene mucha razón el Sr. Dr. Olvera: como factor de aborto, la hidrocefalia no es rara; pero yo no la he considerado desde este punto de vista.

El Sr. Dr. Troconis.—Juzgo muy interesante la observación que ha dado motivo al estudio que se ha servido presentarnos el Sr. Dr. López Hermosa; y tan importante la considero, que voy á permitirme entrar á este respecto en algunas consideraciones. No hace mucho tuve la satisfacción de leer ante esta docta Academia la observación de un caso de hidrocéfalo, que fué publicada en la GACETA MÉDICA, y que ha sido el punto de partida de una serie de trabajos que aun no he terminado y que me propongo desarrollar en varios artículos. El año pasado tuve ocasión de leer también, aprovechando mi turno reglamentario, una Memoria

bastante extensa, que ha sido recientemente publicada en la GACETA; he tratado en ella dos puntos relativos á esta cuestión de la distocia por hidrocefalo: el primero, referente á la cuestión de frecuencia, y el segundo, á la de etiología; proponiéndome estudiar más adelante ciertas anomalías que, como la espina bífida, suelen complicar el hidrocefalo congénito y el diagnóstico y tratamiento de esta última afección. Si enumero todos estos puntos, es para llamar la atención de mis apreciables consocios en el sentido de la amplitud con que he considerado el asunto. La Memoria publicada últimamente encierra algunas ideas originales tocante á la etiología, y el Sr. Dr. Bandera, que está aquí presente, y que tuvo oportunidad de conocer en todos sus pormenores estas ideas, porque, como miembro en turno de la Comisión de Estilo, se sirvió corregir las pruebas de mi trabajo, cuando se estaba publicando; tuvo la amabilidad de felicitarme con tal motivo. Mis ideas están muy lejos de las que hasta ahora han expresado los autores en el particular: ellos han dado y tomado en que el hidrocefalo es una enfermedad, y, á la verdad, no hay que considerarlo así: la Teratogenia nos suministra luces suficientes para considerar la cuestión de otra manera. Si hemos de atenernos á las investigaciones de Dareste sobre Teratogenia experimental, que son, sin duda, muy interesantes, ya no hay razón para estar considerando el hidrocefalo como una enfermedad, sino como una anomalía de la organización, susceptible de explicarse por un trastorno de la evolución embrionaria; y, aunque no hay datos positivos y directos para hacer descansar afirmativamente este concepto, en cambio abundan, con relación á las llamadas *hidropesías del eje cerebro-espinal*, los hechos ciertos é irrecusables, que pueden servir de firme apoyo para sostener esta idea. Desde el año de 1865, Dareste llamó la atención de los sabios acerca de la filiación legítima de la hidropesía embrionaria, que parcial ó totalmente transforma al embrión en una bolsa serosa y transparente. Este hecho teratogénico, que pone un hasta aquí á la evolución del embrión, hiriéndolo de muerte, reconoce por causa una alteración de los islotes sanguíneos. Experimentalmente ha llegado Dareste á demostrar que cuando se detiene el desarrollo de las islas de san-

gre del embrión, y no llegan á formarse, por lo tanto, los prolongamientos anastomóticos que las unen entre sí, no hay penetración de las hemacias en el centro circulatorio, y el líquido que nutre al embrión se conserva en el estado de *plasma incoloro*. Por consecuencia de todo esto se destruyen las celdillas mesodérmicas, y, sobreviniendo la muerte más ó menos rápida del embrión, queda éste transformado en una masa amorfa y transparente.

Los anencéfalos, los seudencéfalos y los exencéfalos, por otra parte, son también hechos teratogénicos ya bien averiguados, cuya filiación, legítimamente establecida, los hace derivar de un detenimiento de desarrollo. Se sabe que todos estos tipos de monstruosidades provienen de la compresión total ó parcial de las vesículas encefálicas. Y, á semejanza de estos hechos, y con el auxilio de las luces que á este respecto emiten los trabajos experimentales de Dareste, es fácil concebir la idea de que el hidrocefalo más bien pueda tener un origen del mismo orden, y no esa filiación hipotética que le dan los autores, asignándole por causa la tuberculosis, el alcoholismo, la sífilis, etc. Tal es la primera de las consideraciones que he juzgado conveniente hacer tocante al trabajo del Sr. Dr. López Hermosa; porque al hablarnos de la etiología del hidrocefalo, abunda en las ideas de los autores á las cuales acabo de referirme, y le asigna un papel muy importante á la tuberculosis como factor etiológico.

Hay otros dos puntos que, aunque ligeramente, voy á tocar también ahora, permitiéndome hacer otras dos observaciones á propósito de la lectura del Sr. Dr. López Hermosa. Me refiero al diagnóstico y al tratamiento. Respecto al diagnóstico del hidrocefalo, pienso que no es tan fácil, tan sencillo, como nos lo ha pintado; muy al contrario, juzgo que á ocasiones es realmente difícil, y á veces imposible, llegar á este respecto á asentar una proposición afirmativa; hablo, al menos, de aquellos casos en que la exploración clínica se efectúa mediante los recursos que habitualmente se ponen en juego para llegar al diagnóstico; me refiero, muy especialmente, á la adquisición de un dato positivo en los últimos días del embarazo, ó en los primeros momentos del trabajo del parto. Y tan cierto es esto, que observadores muy competentes, como

Tarnier, Budin, etc., no han podido en algunos casos llegar á hacer este diagnóstico. Yo debo declarar aquí con toda ingenuidad, que en el caso á que aludi hace un momento, único que me ha sido dado observar hasta ahora, no llegué á formarme concepto verdadero del hidrocéfalo, sino después de haber cometido algunos errores.

En cuanto al tratamiento, me ha llamado mucho la atención que, una vez hecho el diagnóstico del hidrocéfalo, se deba proceder en seguida á practicar una versión por maniobras externas, con el fin de llevar al estrecho superior el polo pélvico del feto. ¿Pero esto que se propone el Sr. Dr. López Hermosa, es fácil de realizar? ¿Cómo se va á hacer girar dentro de la cavidad de la matriz un hidrocéfalo, enteramente á nuestro arbitrio? Si la actitud fetal, y, por ende, la presentación y hasta la posición están subordinadas á las leyes del acomodamiento, yo no entiendo cómo es posible, en el caso del hidrocéfalo, contravenir estas leyes! Porque es indudable que cuando, en los casos de hidrocéfalo, el polo cefálico queda situado abajo, es porque la cavidad uterina presta más amplitud hacia ese límite para alojar cómodamente la voluminosa cabeza del feto; y todo esto sin tomar en cuenta que, generalmente, el hidrocéfalo se complica de hidropesía del amnios, lo cual quiere decir distensión exagerada de la cavidad uterina. Y aun cuando no haya esa complicación, por el hecho del hidrocéfalo voluminoso, la distensión uterina existe, y el peligro real de una rotura, principalmente en el segmento inferior de la matriz, es cosa que no debe perderse de vista. Dice el Sr. Dr. López Hermosa que en el caso clínico que ha motivado el estudio que se sirvió leernos, después de practicada la evacuación del líquido por perforación de la cabeza, procedió á hacer la extracción del producto, mediante la versión por maniobras internas. Voy á permitirme recordar algo acerca del hecho clínico mencionado. Yo ví á la embarazada, no en el momento de su entrada á la Casa de Maternidad, ni cuando la estudió por primera vez el Sr. Dr. López Hermosa, quien, sea dicho de paso, después de algunas tentativas para realizar la extracción del producto (según podrá informarnos el Sr. Dr. Cosío, que estuvo presente, y á quien yo excito, á fin de que se sirva hacer las rectificaciones conducentes), aplazó su inter-

vención definitiva para el día siguiente. Ví á esta mujer en la mañana de tal día, cuando acababan de hacerse otras tentativas infructuosas; aun estaba bajo la influencia del cloroformo. Tenía un vientre colosal, verdaderamente gigantesco, y, al contemplarlo, me sobrevino la idea de que en el caso había la complicación referida del hidroamnios, ó, acaso, un producto muy desarrollado, con una gran placenta, ó todo esto junto. ¡Tan grande, tan inmenso así era el vientre, cuyas paredes estaban edematosas! Cuando después supe que en la tarde de ese día, á renglón seguido de haber puncionado la cabeza para vaciar el líquido, había hecho el Sr. Dr. López Hermosa la versión podálica, para extraer el producto, con franqueza debo declararlo: me pareció esto muy irregular. Y yo pregunto ahora: ¿es permitido intentar la versión en un caso semejante? Pues con igual franqueza volveré á declarar que no debe hacerse. Imitar esa conducta en idénticas circunstancias, es exponer á la mujer á una rotura uterina, con todas sus horribles consecuencias. Yo no quería hacer esta declaración, porque siempre huyo de suscitar contrariedades, que á veces degeneran en disgustos personales; mas como aquí tratamos los asuntos de buena fe, me he resuelto al fin á hacer sin ambages esta declaración, promoviendo que se discuta el asunto con entera amplitud.

Para terminar, me permitiré decir, por último, que, una vez realizada la punción, la perforación de la cabeza, para evacuar el líquido, con el basiotribo—que, entre paréntesis, es un poderoso instrumento reductor, inventado precisamente para romper los huesos de la base del cráneo en todos aquellos casos que imperiosamente exigen recurrir á ese arbitrio, para reducir el volumen de la cabeza, cuando existe desproporción entre ésta y el canal pélvico—¿por qué razón, ya que no se echó mano de otro perforador, como el de Blot, verbigracia, sino del gran perforador del basiotribo, no se aplicó este instrumento con el fin de hacer presa sólida de la cabeza, para arrastrar así el producto? Porque una de las grandes ventajas del basiotribo consiste precisamente en esto: en hacer una buena y sólida presa de la cabeza fetal, pudiendo entonces, con su ayuda, realizar fácil y totalmente la expulsión. Así lo he hecho algunas ocasiones, quedando siempre maravillado del

resultado obtenido, muy especialmente en los casos de distocia por tetania uterina.

El Sr. Dr. López Hermosa.—Me felicito de haber tratado tan interesante asunto, y positivamente me alegro de que el Sr. Dr. Troconis haya despertado una discusión que, sin duda, resultará muy provechosa. Por ahora me concretaré á decir que yo pienso exactamente como el Sr. Dr. Troconis: la verdadera etiología de la hidrocefalia está todavía por estudiarse, y así es como lo digo en mi trabajo, donde solamente señalo la coincidencia de la hidrocefalia con la tuberculosis de los progenitores. Desde luego, si tomamos en consideración lo que es enfermedad, habrá que convenir en que la hidrocefalia es una alteración profunda del encéfalo, suficientemente caracterizada para poderla distinguir de otras afecciones. Yo convengo en que las causas hasta ahora invocadas son hipotéticas, y ninguna de las señaladas ha venido á ser real y positivamente comprobada por la experiencia. Viniendo al segundo punto, el del diagnóstico, no diré que sea muy fácil, pero tampoco es tan difícil, como lo asienta el Sr. Dr. Troconis. Basta recordar que, en las presentaciones del vértice, la cabeza solamente deja de encajarse en la pelvis, cuando hay estenosis verdadera del canal, ó simplemente estrechez relativa, por falta de proporción entre las dimensiones del canal y las del producto de la concepción; ó por inserción viciosa de la placenta en el segmento inferior, etc.; pero, fuera de estas condiciones, cuando, tratándose de una presentación de vértice, se advierte por la exploración digital que no hay estrechez alguna, y, sin embargo, no se encaja la cabeza, por su tamaño *desproporcionado*, lo que, por otra parte, puede llegar á revelar la palpación atentamente ejecutada, entonces hay que referir la causa á la hidrocefalia. Así es como mis practicantes han podido hacer el diagnóstico en este caso, y los Sres. Dres. Cosío y Sánchez, personas inteligentes, que no se dedican especialmente á la Obstetricia, sobre todo el Sr. Dr. Cosío, que se ha consagrado con notable aprovechamiento á la Medicina interna, establecieron este diagnóstico desde luego, asegurando que se trataba de un caso de hidrocefalia. Se ve, por todo esto, que no hay muchas dificultades para llegar al diagnóstico: el tacto digital, una verdadera ex-

ploración manual, con la cual se consigue á veces apreciar muy aproximadamente las dimensiones, son arbitrios con el auxilio de los cuales no es difícil realizar el diagnóstico. En el presente caso se trataba de una joven que había llegado al término de su embarazo. La partera, persona muy competente, al reconocerla advirtió que la cabeza no estaba encajada, y pensó que pudiera tratarse de una inserción viciosa de la placenta. Hizo que me llamaran para aclarar el punto; pero cuando estudié el caso, ví que la cabeza era sumamente voluminosa, y, por medio de la palpación y del tacto, concienzudamente practicados, me di cuenta de su exagerado tamaño, y diagnosticué antes del parto la hidrocefalia.

Tocante á la tercera cuestión, sin duda alguna que, cuando el feto se presenta transversalmente, está indicado corregir esta actitud, intentando una versión por maniobras externas, porque es imposible que en aquellas condiciones pueda verificarse la expulsión, á no ser que se trate de condiciones muy excepcionales. Por eso yo, en casos análogos, siempre que hay movilidad del feto, intento la corrección por maniobras externas. Claro es que si el feto se presenta por el vértice, y la cabeza está notablemente desarrollada, no sería muy fácil desalojarlo del segmento inferior, que, como es la parte más delgada de la matriz, estaría expuesto á estallar; convendría, por lo mismo, respetar esa situación, y eso es lo que yo he hecho. Respecto al caso de que se trata, aquí está precisamente el Sr. Dr. Cosío, que puede decir que, una vez realizada la punción y evacuado el líquido, me fué muy fácil hacer la versión por maniobras internas, para conseguir la extracción del producto, y realmente se trataba de un feto muy desarrollado. Yo quería haberlo presentado á la Academia, y con este fin supliqué al señor Dr. Mesa Gutiérrez que tuviera la bondad de prepararlo convenientemente para el objeto; pero por la enfermedad de este señor profesor no ha sido posible lograr tal deseo.

Volviendo al asunto, diré que, practicada la punción, salió una gran cantidad de serosidad; y como la cabeza estaba muy alta, no fué posible tomarla con el basiotribo, que, como ha dicho muy bien el Sr. Dr. Troconis, es un instrumento precioso, que realiza perfectamente el

ideal de reducir los huesos de la base del cráneo y proporciona la inmensa ventaja de hacer una sólida presa, cuando se tiene la precaución, después de haber enterrado el perforador directamente en los huesos de la base, de armar la rama chica, para tomar entre ésta y el perforador la porción correspondiente de la cabeza, colocando después la rama grande, para acabar de concluir la trituración. Pero aquí no era posible ejecutar todo esto, porque la cabeza estaba muy alta, de tal manera alta, que no era posible alcanzarla. No obstante lo voluminoso del feto (generalmente no llegan las dimensiones de los fetos á término, sino á 45, y raras veces á 50 centímetros, y aquí llegaba á 65, siendo exageradas las dimensiones de la cabeza), no tuve ninguna dificultad para realizar la versión por maniobras internas; tan luego como hice la punción y di salida al líquido, inmediatamente introduje mi mano, para tomar los pies, y rápidamente hice la extracción. Por lo demás, hay una cosa muy clara, que habla muy alto en el presente caso: el resultado obtenido; esta mujer, á los trece días fué dada de alta, y su puerperio se hizo con una regularidad fisiológica. No es el primer caso que he tratado de esta manera; siempre he obtenido resultados satisfactorios. El mismo Prof. Tarnier es partidario de la versión por maniobras internas, aun para aquellos casos en que se trata de úteros tetanizados por la administración imprudente de la ergotina. Tocante á los peligros de las desgarraduras, hay que convenir en que esos son los escollos naturales con que tropieza el partero en los casos de esta especie.

El Sr. Dr. Cosío.—Yo no había querido aún hacer uso de la palabra, pues esperaba que lo hicieran antes personas mucho más versadas que yo en esta clase de asuntos. Al tomar participación en el debate, simplemente voy á limitarme á dar cuenta de la razón en que nos apoyamos para enviar esta enferma al hospital y decir con toda claridad cuál fué la mira que nos propusimos.

A la enferma la había visto ya el Sr. Dr. Sánchez; tenía dos días de estar en trabajo de parto, y como éste no avanzara se imaginó que necesitaría de alguna intervención. Entonces me vieron á mí, y aunque el Sr. Dr. Sánchez no me dijo nada respecto á su opinión, no me fué

realmente difícil llegar al diagnóstico: pensé que se trataba de un hidrocéfalo y así pude comprobarlo introduciendo la mano hasta tocar la cabeza y las fontanelas y suturas bastante amplias; había entre uno y otro parietal una faja blanda como de 7 á 8 centímetros. Como el feto era de término y estaba vivo, comprendimos desde luego que era imposible que por las vías naturales se verificara espontáneamente la expulsión, dado el volumen desproporcionado de la cabeza. Y, en tal virtud, discutiendo el caso, llegamos á convenir en la necesidad y conveniencia de recurrir á algún procedimiento que permitiera salvar la vida del niño, conservando al propio tiempo la de la madre; ningún otro recurso más apropiado que la laparotomía, mediante la cual podría consumarse la intervención realizando la operación cesárea clásica, la amputación de Porro ó alguna otra que estuviera indicada. Nuestro objeto principal al enviar á la enferma al hospital, fué colocarla en condiciones apropiadas, poniéndola en manos hábiles para realizar esta intervención.

Cuando la enferma llegó á la Maternidad, el feto estaba vivo; mas como se dejó pasar algún tiempo y más tarde ya había sucumbido, la situación cambió completamente. Antes me había parecido que era debido intervenir con el fin de asegurar la vida del producto: así le hablé yo al Sr. Dr. López Hermosa manifestándole sinceramente mi opinión; mas él me dijo que no valía la pena recurrir á una intervención tan seria para sacar un hidrocéfalo que poco había de vivir, porque los niños atacados de esta enfermedad, realmente no sobreviven mucho. Pero al fin y al cabo, objetaba yo, se trata de seres que tienen vida y hay que considerarlos de la misma manera y bajo las propias condiciones que á un niño normal.

En lo que respecta al tratamiento, que posteriormente se propuso seguir y practicó el Sr. Dr. López Hermosa, debo decir que efectivamente, perforada la cabeza con el perforador del basiotribo, salieron como tres litros de líquido; pero no fué posible en verdad hacer una aplicación del basiotribo, porque la cabeza había quedado inaccesible.

Mas hay algo que á mí sí me extrañó mucho y que á fuer de ingenuo debo referir aquí. No

trato de hacer un reproche; estoy muy lejos de esto; pero sí me extrañó, como ya dije, que el Sr. Dr. López Hermosa, cuando todavía vivía el producto, antes, naturalmente, de haber hecho la punción, hubiera pretendido realizar la versión podálica. El intentó ejecutarla; pero no pudo consumarla, por el desmesurado volumen de la cabeza. Repito que al decir esto no trato de hacer un reproche; simplemente señalo el dato que me causó mucha extrañeza. La punción que practicó después, y también la versión consecutiva, las ejecutó perfectamente, sobre todo, la última fué hecha con relativa facilidad.

Debo advertir que cuando examiné los parietales del niño, al través de la vía vaginal, me llamó mucho la atención que, además de encontrarlos separados por una zona blanda y tensa, distendida por el líquido, estuvieran los huesos sumamente desarrollados, mucho más grandes que lo que son al estado normal. Y este fué otro de los motivos que me hicieron pensar en la conveniencia de recurrir á la intervención por el vientre: era natural pensar en vista de ese dato, que aún después de hecha la punción, todavía no fuera posible extraer la cabeza por las dimensiones exageradas de los huesos.

Si he entrado en estos pormenores, ha sido con el objeto de llamar la atención de mis apreciables consocios hacia otro punto, que no se ha tocado aquí, que me parece muy importante y digno, en consecuencia, de ser considerado en este debate. Me refiero á la cuestión relativa á la oportunidad de intervenir, respetando la vida del feto, ó en otros términos: si dados los recursos operatorios de que ahora se dispone, será conveniente esperar en estos casos á que el feto muera para poder intervenir, respetando únicamente la vida de la madre.

El Sr. López Hermosa.—Efectivamente, cuando la enferma llegó á la Maternidad, el niño en realidad estaba vivo. Yo entonces traté de estudiar el caso con entera conciencia, procurando llegar á establecer mi diagnóstico con toda certidumbre. Pero con suma lealtad debo decir aquí, que ni entonces ni ahora he sido partidario de intervenir en los casos de esta naturaleza, como le parecía á mi ilustrado compañero, el Sr. Dr. Cosío, que debería hacerse. Considerando que estos niños no viven, pues según las estadísticas de Churchill, en 60 casos de hidro-

céfalos, 41 niños nacieron muertos, 11 murieron poco después y algunos sobrevivieron 4 días; teniendo en cuenta que aún en estos casos se trataba de hidrocéfalos de medianas dimensiones, que han podido nacer sin necesidad de intervención alguna; viendo los desastrosos resultados que dan estas estadísticas, me ha parecido que no debía tomarse en consideración la vida del niño. Si en el caso de que se trata juzgué prudente esperar, fué por la razón de que aún no era tiempo de ejecutar la punción: el cuello no estaba dilatado ni era dilatable, tenía apenas como tres centímetros de diámetro, y era natural esperar á que la dilatación se completara ó el cuello se pusiera dilatado.

Yo procuré que estuvieran presentes los Sres. Dres. Sánchez y Cosío, cuyos antecedentes honrosos y relevantes virtudes son tan conocidos, porque quería discutir con ellos libremente el caso. Sin duda alguna que en otras circunstancias, tratándose de una intervención verdaderamente justificada, hubiera valido la pena de crear una vía artificial para asegurar toda una vida; habria yo procedido á crearla: la sinfiseotomía es recurso que permite en trances apurados, cuando se han practicado ya todas las medidas comparativas del canal y de la cabeza, en casos que ésta alcanza ciertas dimensiones, ampliar los límites de una estenosis pélvica relativa, para poder verificar la extracción. Allí están como muy favorables las estadísticas de Morisani y los estudios de Farebeuf y Cocq y otros, que son perfectamente conocidos del Sr. Dr. Troconis.

Rota la bolsa de las aguas é infectada la cavidad amniótica, ya no era prudente en manera alguna crear una vía artificial que, en las condiciones en que se hallaba la enferma, habría servido para determinar una infección muy seria y comprometer así su vida. Al menos si el niño hubiera sido viable, tal es mi convicción íntima, habría valido la pena intentar tales recursos. Por lo demás, recuerdo haber expuesto con entera franqueza estas ideas, que envuelven toda una convicción sana y sincera, á mis apreciables compañeros, los Sres. Dres. Cosío y Sánchez y á alguna otra persona, que se dignó acompañarnos, y todos se manifestaron conformes con este parecer.

El Sr. Dr. Olvera.—En esta cuestión hay algo

muy serio que conviene dejar perfectamente deslindado. No sé si algunos de nuestros compañeros habrán visto por las calles de esta capital á una mujer con una gran cabeza; pues esa mujer era hidrocéfala congénita, desde muy pequeña tenía la cabeza sumamente grande; es de pensar que su madre tuvo un parto muy laborioso, y el hecho es que pudo vivir y llegar hasta la edad adulta. Pero hay otra cuestión mucho más delicada tocante al estado civil de la persona. Supongamos que se hubiera tratado en el caso de una viuda rica con un heredero póstumo: si el niño hubiera vivido, sin duda que habría sido el heredero de la fortuna del padre, y en caso de fallecimiento, con solo probar que había vivido cortos instantes, habría resultado heredera la madre. ¿Qué habría hecho entonces el Sr. Dr. López Hermosa?

En mi concepto hay que atender á la resolución conveniente de esta cuestión, que sin duda debe ser tratada con el mayor juicio posible.

El Sr. Dr. Cosío.—Hago uso de la palabra para contestar al Sr. Dr. López Hermosa, que en cuanto á la operación, que á nuestro juicio convenía ejecutar en el caso de que se trata, el Sr. Dr. Sánchez y yo no hicimos más que exponer sinceramente nuestras opiniones; él no las aceptó, no las juzgó prudentes, y una vez que la enferma estaba ya en sus manos, nosotros no eramos más que simples espectadores, no podíamos ni debíamos oponernos á lo que él hiciera. Nuestra principal idea fué consultarle, y habríamos deseado ciertamente que antes de proceder, mejor dicho, antes de haber dejado morir al niño, se hubiera consultado ampliamente cuál era el plan de conducta que debía adoptarse.

Es de tomarse en seria consideración lo que acaba de indicarnos el Sr. Dr. Olvera, y no sólo en casos análogos, sino aun tratándose de un niño que sólo sobreviviera 24 horas, estaría justificado siempre intervenir conforme á un programa cuya mira principal fuera la conservación de esa vida. El Sr. Dr. López Hermosa obró en el caso conforme á razones que juzgó muy atendibles. Cada cual obra siempre según su leal saber y entender.

El Sr. Dr. Bandera.—Yo desearía saber qué hubiera hecho el Sr. Dr. López Hermosa, si en lugar de haber sido este caso en la Maternidad,

como fué, hubiera pasado en una casa particular, en el seno de una familia cristiana. ¿Cómo hubiera procedido? ¿Mataba al hidrocéfalo? ¿O cuál hubiera sido la conducta por él observada? Porque en estos casos el precepto de los cristianos es terminante: «no matarás.»

El señor Presidente.—Permítame el Sr. Dr. López Hermosa aclarar antes este punto, que considero muy importante. En las estadísticas por él referidas, se alude á hidrocéfalos nacidos espontáneamente ó por intervención operatoria? Es conveniente, á mi juicio, dejar aclarado el punto, para no introducir confusiones.

El Sr. Dr. López Hermosa.—Contesto gustoso la interpelación del señor Presidente, diciendo que los datos consignados en las estadísticas se refieren á partos de hidrocéfalos que se verificaron espontáneamente. En cuanto á las observaciones que se ha servido presentar el señor Dr. Olvera, juzgo prudente manifestar que, si él, que es un médico de extensa práctica, que cuenta con muchísima experiencia, supuesto que ha pasado la mayor parte de su vida entre una extensa y numerosa clientela, solamente habla de un caso de hidrocéfalo, que ha sobrevivido hasta llegar á la edad adulta, eso quiere decir que no son nada comunes los casos de esta especie; y téngase en cuenta que un solo caso nunca puede servir para sentar reglas generales de conducta. Por otra parte, si el parto de este hidrocéfalo, á que se ha referido el Sr. Dr. Olvera, aunque laborioso, se llegó á verificar espontáneamente, eso mismo está indicando que las condiciones de la cabeza no eran muy exageradas, y que, con dificultades muy superables, pudo realizarse la expulsión del producto; luego el hidrocéfalo, en este caso, era compatible con la vida. Yo he hablado de la punción de la cabeza, como el mejor de los arbitrios para vaciar el líquido en ella contenido, y así disminuir el volumen exagerado de esa porción fetal, que era obstáculo invencible á la extracción por las vías naturales. No desconozco, ciertamente, que, en la actualidad, la operación cesárea, bajo los perfeccionamientos que se han adquirido en la técnica operatoria, y contando con los adelantos conquistados en los procedimientos de anestesia, nos da hoy, en efecto, resultados extraordinarios, que antes no se habían obtenido; y, contando con tales recursos, en los casos en que

está indicada, claramente convendría, sin duda, ir á sacar del vientre de la madre á un niño que no ha de vivir. Se comprende muy bien que, en semejantes circunstancias, sea racional exponer á la madre á los peligros á que naturalmente se la expone en una intervención de esta naturaleza; pero cuando se tiene la seguridad de que el niño no ha de sobrevivir sino unos cuantos minutos, no es racional, así me parece, exponer la vida de la madre, haciéndola correr todos los peligros de una intervención tan seria, y mucho menos cuando se corre el inminente riesgo de operar en una cavidad ya infectada. Respecto á la interpelación que se ha dignado hacerme nuestro ilustrado consocio el Sr. Dr. Bandera, contestaré á este distinguido profesor, con entera lealtad, que, si el caso hubiera ocurrido en una casa particular, como yo respeto las ideas de todo el mundo, y más en el seno de una sociedad tan católica como la nuestra, habría hecho lo que hago siempre en la Maternidad en los casos que lo requieren: pues, bautizar antes al niño. En el caso de que se trata no fué factible el bautismo, porque ya había muerto; pero si no hubiera sido por esta circunstancia, antes de ejecutar la punción, se le podía haber bautizado, porque, como lo sabe muy bien el ilustrado señor Prof. Bandera, las aguas bautismales muy bien pueden hacerse llegar hasta la cavidad uterina. Se me pregunta qué conducta seguiría yo en la calle en casos análogos? Pues sencillamente reuniría á varios ilustrados compañeros, discutiría con ellos el asunto, y, una vez tomada la resolución más conveniente, á nuestro juicio, presentaríamos en seguida, bajo la forma de proposición concluyente, nuestra opinión al jefe de la familia, á fin de que él se sirviera resolver lo que estimara más conveniente. Así es que yo vuelvo á insistir en lo que ya he dicho repetidas veces: la Terapéutica se impone en los casos de esta naturaleza; hay que preocuparse de salvar la vida de la madre, ya que la del niño no la podemos tomar en consideración, por las pocas probalidades que tiene de vida.

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

El Sr. Dr. Villarreal.—Como ya es avanzada la hora, y se trata de dos operadas de importancia, me excuso de hablar acerca de ellas con la extensión que deseara, reservando hacerlo más de-

talladamente en la sesión próxima. Una de ellas está embarazada y su gestación ha alcanzado ya el octavo mes; á ésta le extirpé un tumor del ovario, cuando su embarazo llegaba al sexto mes. A la otra le hice una histerectomía vaginal total, por fibromiomas múltiples. Las consideraciones relativas á estas enfermas las expondré, como ya dije, en la sesión próxima. Mientras tanto, suplico á la Mesa se sirva nombrar una Comisión que examine á las operadas.

El señor Presidente.—Ruego á los señores doctores Macouzet y Prieto que tengan la bondad de examinar á las operadas presentadas por el señor Dr. Villarreal; sirviéndose dar cuenta con el resultado del examen en la sesión próxima.

En uso de sus atribuciones reglamentarias, el mismo señor Presidente tuvo á bien declarar que existía una vacante en la Sección de Farmacología y Farmacia, acordando que la Secretaría expidiera desde luego la convocatoria respectiva.

L. TROCONIS ALCALÁ.

TERAPEUTICA

EL SUERO ANTIALCOHOLICO.

Hace algún tiempo viene mencionando muy superficialmente la prensa los estudios emprendidos acerca del tratamiento de la embriaguez habitual por las inyecciones del suero antialcohólico.

Nuestro estudioso consocio correspondiente en la Habana, Dr. Enrique Acosta, parece haber sido el primero que en la capital referida emprendió serios estudios sobre este asunto, y no había querido dar á conocer sus observaciones personales sino hasta que estuvieran comprobadas.

De seis se compone la primera serie, y vamos á dar cuenta de ellas, pues asunto tan importante y de tantísima trascendencia bien merece seguirlo en todos sus detalles y en todos sus pormenores, hasta concederle ó negarle la palma del éxito.

Antes, daremos una idea de cómo se obtiene el suero antialcohólico y cuáles son sus efectos, dejando su descripción la misma que el Dr.

GACETA MEDICA DE MEXICO

PERIÓDICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO V.

MEXICO, 15 DE FEBRERO DE 1905.

2ª SERIE.—NUM. 4.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

EXTRACTO DEL ACTA NÚM. 12.

Sesión del día 21 de diciembre de 1905.

Presidencia del Sr. Dr. D. Manuel Toussaint.

Comunicación oral por el Sr. Dr. Díaz Lombardo.

—Discusión.—Se discute asimismo el tema relativo á los abscesos hepáticos considerados desde sus diferentes puntos de vista.

Dr. Díaz Lombardo.—Voy á dar cuenta á la Academia de un caso de *decorticación* del riñón. Se trata de un enfermo de la sala del Sr. Dr. Saloma, enfermo que estaba atacado de nefritis parenquimatosa; tenía edemas generalizados subcutáneos y viscerales, principalmente, peritoneal y pulmonar. La orina contenía cilindros hialinos y grasos así como albúmina en la proporción de 10 por 1,000. El estado general del enfermo era alarmante; se le practicó primeramente la punción abdominal y á los 2 días la *decorticación* de uno de los riñones. El Sr. Dr. Saloma hizo un nuevo análisis de la orina y encontró la albúmina disminuída hasta 1 por 1,000 y menor cantidad de cilindros. Los edemas disminuyeron notablemente, tanto los superficiales como el pulmonar, sólo la ascitis se reprodujo. Durante 20 días el enfermo se mantuvo en el mismo estado, le propuse hacer la *decorticación* del otro riñón; pero rehusó aceptarla. Poco después se agravó y murió de insuficiencia renal. Confié el examen histológico de los dos riñones al Sr. Dr. Toussaint, á quien le suplico tenga la bondad de informarnos acerca del resultado de dicho examen. Como se sabe, la *decorticación* del riñón ha estado en boga hace

algún tiempo, después pareció olvidarse y hoy vuelve á practicarse de nuevo. Creo que es un buen recurso para tratar el gran riñón blanco así como también para los accidentes urémicos consiguientes.

El Señor Presidente.—Por circunstancias especiales, entre otras, el cambio de local del Instituto Patológico y el estar en período de vacaciones, no me ha sido posible hacer el examen de los riñones á que se refiere el Sr. Dr. Díaz Lombardo. Seguramente será muy importante, puesto que se puede hacer la comparación entre uno y otro y establecer las diferencias y modificaciones que ambos hayan experimentado. Se podrán advertir los cambios atribuibles á la extirpación renal, la tendencia á la curación, así como las lesiones propias del otro órgano que no fué operado. Hay que recordar que transcurrieron más de 20 días entre la operación y la muerte del enfermo; acaso sea posible darse bien cuenta de las ventajas obtenidas. Ofrezco, por lo mismo, practicar el examen que se me ha encomendado y dar cuenta con el resultado obtenido. En el caso especial del Sr. Dr. Díaz Lombardo creo que estaba bien indicada la operación, porque ésta debe practicarse con la esperanza de obtener mayores beneficios en la forma de nefritis parenquimatosa, como era el caso en el enfermo citado.—Me permitiré preguntar á los señores socios presentes si son de opinión que hay que tener siempre en cuenta el estado de los riñones cuando se practica alguna operación en otro órgano y se hace necesario, con tal motivo, administrar cloroformo; porque es bien sabido que se presentan fracasos inesperados, que no se pueden explicar por la operación misma ni por sus consecuencias directas, y en semejante resultado fatal influye

muy probablemente el mal funcionamiento de los riñones. Recuerdo de una operación que se hizo para extirpar un sarcoma de la extremidad inferior de la tibia, el enfermo murió durante la intervención, y hecha la autopsia, se encontró una alteración de los riñones. Pienso que es indispensable conocer el estado de los riñones antes de intervenir quirúrgicamente; y no tan sólo desde el punto de vista clínico, practicando las investigaciones usuales, para saber si hay albúmina, elementos renales, etc.; sino tratando de averiguar también el estado funcional del órgano, por medio de la crioscopia, el coeficiente urotóxico, y, especialmente, la permeabilidad del filtro renal, por medio de la floridzina ó el azul de metilena; recursos todos con el auxilio de los cuales se conseguirá llegar á conocer el estado de la suficiencia renal.

Dr. Bandera.—He practicado miles de cloriformizaciones, pero ninguna para operar sobre el riñón, y jamás he visto accidente alguno. La *decorticación* es operación nueva relativamente y no he tenido ocasión de anestesiar enfermos que padecieran de las vías renales.

Dr. Díaz Lombardo.—Evidentemente que debe el cirujano asegurarse del estado que guarda el riñón antes de intervenir. No conozco ningún caso cuyo resultado fatal pueda atribuirse al mal estado del riñón, tal vez sea esto debido á que muchas veces no se practican autopsias y por lo mismo se desconocen las alteraciones de estos órganos. En dos casos se practicó el examen de la orina, buscando albúmina; pero no se estudió la suficiencia del riñón, habiendo muerto ambos enfermos con síntomas de insuficiencia urinaria. Cuando se opera en los órganos urinarios mismos, sobrevienen lesiones renales muy frecuentemente, pero tal vez en la mayoría de los casos había ya alteración previa de esos órganos.

Dr. Cosío.—Aun cuando mi práctica en este sentido es reducidísima, sí puedo citar el caso siguiente: Se trataba de un enfermo de cerca de 80 años, prostático, y que aparentemente no padecía del riñón. Este enfermo lo conocía desde hacía unos cuantos días y fui llamado para

dar salida á la orina que se había retenido; durante 2 ó 3 días le hice varios cateterismos y solicité el concurso de los Sres. Dres. Regino González y Leopoldo Castro; el canal se había vuelto infranqueable y se pensó en hacer la prostatectomía, pero por circunstancias especiales se recurrió á la operación de Poucet y á la canalización de la vejiga con tubos de Perier. Todo parecía marchar bien, la orina salía con facilidad; pero se presentaron síntomas de insuficiencia renal y el enfermo murió. Es probable, casi seguro, que el enfermo padecía ya del riñón y que la intervención sólo influyó como causa determinante.

Dr. Niñez.—He atendido en el hospital Juárez numerosos enfermos de blenorragia, de cistitis y de pielitis ascendente, en los cuales he intervenido quirúrgicamente y no he visto malos resultados.

El Sr. Presidente.—La cuestión en mi concepto es importante. Si se trata de lesiones renales, generalmente se investiga si hay albúmina y elementos del riñón; pero casi nunca se estudia la suficiencia del aparato y ésta puede ser tan sólo relativa y aparente, siendo así que basta el trastorno originado por el cloriformo, para acabar con esta suficiencia relativa y hacer terminar el caso de una manera desastrosa. Por lo mismo opino que siempre debe hacerse la crioscopia y el examen de la permeabilidad renal.

El mismo señor Presidente se sirvió excitar á los señores socios, á fin de que se dignasen considerar el tema relativo á los abscesos hepáticos juzgados desde sus diferentes puntos de vista.

Dr. Díaz Lombardo.—Refiriéndome á los abscesos hepáticos abiertos en los bronquios, prefero, como ya lo he dicho, la intervención quirúrgica precoz; pero como la opinión á este respecto no es uniforme, deseo oír el parecer de los señores socios presentes sobre si en estos casos debe operarse ó si hay que limitarse tan sólo al tratamiento médico.

Dr. Vázquez Gómez.—No he tenido ocasión de operar abscesos hepáticos abiertos en los bronquios, porque me dedico poco relativamente á la Cirugía general; sin embargo, creo poder de-

cir algo sobre el asunto. Anteriormente era de regla no tocar los abscesos hepáticos cuando se habían abierto en los bronquios. Hoy la cosa ha cambiado y en mi concepto se presentan dos casos: ó bien se ve al enfermo oportunamente y entonces debe operársele, ó por el contrario se le ve cuando el mal ha avanzado demasiado y entonces la indicación es dudosa. Soy partidario de la intervención precoz, porque el individuo estará menos debilitado y las adherencias formadas serán menos resistentes y gruesas que si el padecimiento ha durado más tiempo. Por supuesto que no hablo de los casos en que hay derrame pleural, porque éstos son por lo común tan graves, que no dan tiempo para intervenir. Además, operándose desde luego, hay la ventaja de que una vez abierto el absceso y encontrada la fistula de comunicación, se puede aislar ó reseca más fácilmente, ó bien poner tapones con gasa, ó despegar el pulmón haciendo una verdadera neumotomía y avivar la fistula, cerrando la comunicación definitivamente, aislando las dos cavidades. Por otra parte, el absceso hepático se tratará por los medios ordinarios. He sabido de dos casos en los cuales bastó el simple tapón para obtener la curación. Si, por el contrario, se deja abandonado á la naturaleza á un enfermo de absceso hepático abierto en los bronquios, queda en condiciones fatales, porque estando la abertura muy alta, jamás puede vaciarse por completo el foco y la cicatrización será problemática, el enfermo se debilitará más cada día hasta agotarse. Por último, creo que en caso que haya adherencias extensas, se debe hacer una verdadera *decorticación* para liberar á la entraña pulmonar, á fin de que pueda retraerse, bastando tan solo esto para interrumpir la comunicación entre las dos cavidades.

Dr. Núñez.—No tengo práctica suficiente en lo que respecta á la cuestión. He visto operar 3 ó 4 casos, todos con malos resultados; he oído hablar de uno ó dos más en los cuales el resultado fué favorable. Creo que aun haciendo la intervención precoz, no se debe esperar el obtener feliz éxito, porque es común que la entraña hepática esté de tal manera destruída que

sea incompatible la vida. He hecho varias autopsias en casos de abscesos hepáticos y me he encontrado numerosos focos pequeños de supuración, que han llegado á juntarse para formar uno solo de grandes dimensiones, que comprendía casi todo el tejido de la glándula.— En casos de herida penetrante doble, torácica y abdominal, al través del diafragma, por donde hace hernia el epiplón ó el estómago, si dicha herida está infectada, como acontece casi siempre, es muy difícil obtener resultado favorable. Este hecho lo he comprobado innumerables ocasiones y creo que las condiciones de un absceso hepático abierto en los bronquios son semejantes á las de estas heridas, porque en uno y otro caso comunican las dos cavidades al través del diafragma y en ambos la vía está infectada. Opino que esta es la razón que puede explicar los malos resultados que he podido observar de abscesos hepáticos abiertos en los bronquios.

Dr. Bandera.—He visto operar al Sr. Dr. Urrutia varios abscesos hepáticos con buen resultado; pero se necesitan, como condiciones indispensables, obrar prontamente y abrir amplia brecha en el momento de intervenir. Anteriormente no se operaban los abscesos hepáticos y recuerdo que el Sr. Dr. Jiménez sólo practicaba la punción, obteniendo frecuentemente buenos resultados. En el estado actual de la ciencia creo que tocante á abscesos hepáticos, el papel del médico debe limitarse únicamente á diagnosticarlos y pasar en seguida el caso al cirujano, para que intervenga. Yo tengo la costumbre de obrar así y constantemente después de hacer el diagnóstico del caso, remito al paciente á un cirujano.

Señor Presidente.—Voy á recordar un dato anatómico muy importante. Los abscesos á que se refiere el Sr. Dr. Núñez, son diferentes de los abscesos tropicales ó grandes abscesos hepáticos y su mecanismo de producción es distinto. Los abscesos múltiples son de tres clases: unos son pihémicos y en ellos la infección se hace por la arteria hepática; se comprende que pueda haber en el pulmón, como en otros órganos, abscesos metastáticos de esta clase, pero son

independientes de los del hígado y no comunican entre sí. Otros abscesos múltiples y pequeños se hacen por infección al través de la vena porta; tales son los descritos por Dieulafoy, con el nombre de *hígado apendicular*, indicándose con esta palabra el punto de origen de la infección. Hay otros abscesos múltiples producidos por lesiones de las vías biliares, principalmente, la colelitiasis, que trae consigo la inflamación y la infección no solamente de la vesícula sino también de los canales gruesos y de los canalículos biliares intrahepáticos; en este último caso vienen á formarse los abscesos llamados areolares. Todos estos abscesos múltiples no comunican sino muy excepcionalmente con el pulmón y sólo puede haber en los piohémicos concomitancia, tanto en lo que al hígado mira como en lo que al pulmón respecta. Hay otro dato anatómico importante y es que las adherencias entre la pleura diafragmática y la base del pulmón aumentan más cada día y se hacen tan resistentes á la acción del bisturí, que cuesta mucho trabajo seccionarlas y, para desprender el pulmón, hay que desgarrar el tejido subpleural, y si las adherencias son muy viejas, se desgarrará entonces el pulmón ó el diafragma; lo cual, como se comprende, tiene inconvenientes; mientras que si el foco es reciente, las adherencias son débiles y dejan pasar el dedo ó el bisturí con entera facilidad. Las adherencias extensas al derredor del túnel de comunicación, tienen la ventaja de fijar el pulmón é impedir que se retraiga y que se forme un neumotórax.

Dr. Prieto.—Habiendo variado la técnica de la operación de los abscesos hepáticos, soy de opinión que debe operarse en la generalidad, pero no en todos los casos. Hay en efecto abscesos inofensivos hasta cierto punto, poco sépticos y que sólo se manifiestan por fenómenos locales, dolor y tumefacción; pero que no se acompañan de fenómenos generales; en estos casos basta la simple punción y casi siempre curan. Cuando la intervención propiamente quirúrgica está indicada, opino que debe ser pronta y precisa; pero, tratándose de enfermos agotados, como los que vemos en el hospital San

Andrés, la operación no es en manera alguna inocente. Yo trato siempre de encontrar el sitio exacto del absceso y hago allí la incisión, y si no puedo determinar con exactitud el sitio, practico entonces una incisión paralela al borde costal é inmediatamente abajo de él, para poder explorar la glándula. Esto mismo puede hacerse en los abscesos abiertos en los bronquios, llevando la mano por la cara convexa del órgano y evitándose la resección de varias costillas, detalle que prolonga la operación y aumenta el peligro por infección de la pleura.

Dr. Díaz Lombardo.—Yo tengo la costumbre de precisar siempre el sitio del absceso por medio de una punción exploradora; pero generalmente hago la resección de la pared costal, para alcanzar mejor la fistula brónquica; procedí de esta manera en el caso que estudió el Sr. Dr. Toussaint. Juzgo, por otra parte, que la resección costal no es grave de por sí y que si evita casi siempre la infección abriendo una vía amplia en la cavidad pleural. En un enfermo, que estaba muy agotado, me concreté primeramente á hacer una simple incisión y cuando se repuso algo, practiqué la resección costal, para tratar la fistula brónquica. Hay que tener presentes ciertos casos especiales en los cuales no se encuentra el foco de supuración por medio de la exploración clínica y sin embargo existe; es entonces muy pequeño y á pesar de esto comunica con los bronquios; esto es debido al sitio de estos abscesos, que están localizados en la cara convexa del hígado; crían adherencias con el diafragma, con la pleura, y se abren, por fin, en los bronquios. En estas circunstancias es indispensable abrir la cavidad torácica. Por último, recuerdo el caso de un absceso pequeño abierto en el pericardio.

Dr. González Uruena.—Es muy importante hacer el diagnóstico de absceso hepático, porque los errores que se cometen algunas veces son de lamentables consecuencias. Sé de un enfermo que tenía un gran absceso de la convexidad, este absceso era acuminado y hacía saliente en la cavidad torácica, y se confundió con una afección pulmonar. Otro absceso de la convexi-

dad se tomó por tuberculosis pulmonar, porque la exploración física indicaba macidez en la parte inferior del tórax, disminución de las vibraciones y había, además, calentura, sudores y tos; los signos físicos se encontraban únicamente en un espacio reducido formando foco. Se perdió mucho tiempo con este enfermo y fué tratado como tuberculoso; se le sobrealimentó y se le administraron lavativas de creosota. Como se comprende, uno y otro tratamiento resultan perjudiciales, el primero, porque se da más trabajo á la glándula hepática para contribuir á la digestión del exceso de alimento y las lavativas creosotadas, porque tienden á irritar la mucosa del recto y á favorecer el transporte de nuevos gérmenes hasta el hígado. Otro caso es el de una señorita en quien se diagnosticó pleuresía: tenía tos, dolor y frotamiento pleurales, según el médico que la atendía; pero lo que había realmente era un absceso de la convexidad; se perdió el tiempo con esta enferma y, por fin, se perdió también la vida.

L. TROCONIS ALCALA.

HIGIENE PÚBLICA

ALGUNAS MEDIDAS PARA LA LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS.

MEMORIA
PRESENTADA Á LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA POR EL

DR. JESÚS E. MONJARÁS.

MEXICO, 1904.

Entre las enfermedades que diezman á la humanidad, á la hora actual no hay ninguna que cause más males que la tuberculosis, particularmente en su localización pulmonar. En los países civilizados puede atribuírsele seguramente un séptimo del total de las defunciones. Sin embargo, las investigaciones estadísticas que se han emprendido para conocer los estragos que hace el bacilo de Koch en los diversos países, han demostrado en estos últimos años una tendencia ligera á la disminución. México ha entrado en esta faz de la evolución, como pue-

de verse por las copias siguientes, que tomamos de la «Defensa contra la tuberculosis,» por el Sr. Dr. E. Licéaga:

MORTALIDAD general y mortalidad por tuberculosis en la ciudad de México, de 1869 á 1903.

Años.	Mortalidad general	Mortalidad por afecciones tuberculosas	Proporción por 100.
1869	7,447	369	4'95
1870	7,733	412	5'32
1871	7,640	425	5'56
1872	8,172	484	5'92
1873	6,971	632	9'08
1874	8,453	601	7'10
1875	7,217	556	6'13
1876	10,390	621	5'97
1877	12,242	813	6'64
1878	10,161	785	7'72
1879	10,223	807	7'89
1880	9,455	808	8'54
1881	9,687	781	8'05
1882	11,523	962	8'34
1883	12,047	919	7'64
1884	12,083	958	7'92
1885	13,067	1,058	8'09
1886	13,102	1,158	8,83
1887	18,200	1,152	8,72
1888	13,218	1,154	8'73
1889	15,426	1,124	7'93
1890	16,851	1,364	8'09
1891	14,303	1,270	8'87
1892	16,320	1,595	9'77
1893	19,509	1,787	9'15
1894	15,532	1,446	9'30
1895	14,050	1,338	9'52
1896	15,406	1,518	9'85
1897	16,201	1,569	9'68
1898	18,067	1,531	9'47
1899	17,783	1,703	9'57
1900	18,438	1,860	10'08
1901	21,743	2,013	9'25
1902	19,461	1,907	9'79
1903	17,035	1,654	9'70

Según el Dr. Jorge F. Keene, de Rhode Island, el tributo anual que los Estados Unidos pagan á esta calamidad es de 100,000 de sus habitantes.

El mundo entero se sacrifica ante esta terri-

GACETA MEDICA DE MEXICO

PERIÓDICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO V.

MEXICO, 15 DE MARZO DE 1905.

2ª SERIE.—NUM. 6.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

EXTRACTO DEL ACTA NÚM. 13.

Sesión del día 28 de diciembre de 1905.

Presidencia del Sr. Dr. D. Manuel Toussaint.

Lectura por el Sr. Dr. Prieto.—Observaciones.—Comunicación oral por el Sr. Dr. Suárez Gamboa.—Discusión.—La Secretaría anunció que había fenecido el plazo que con relación á la Convocatoria de 20 de julio último, se amplió por acuerdo de 19 de octubre próximo pasado.—Aspirantes á las plazas.—Se integra la Sección de Medicina Legal.

El Sr. Dr. D. Ignacio Prieto leyó su trabajo reglamentario titulado: «Laparotomía exploradora.»

El Sr. Dr. Suárez Gamboa.—He escuchado con atención el trabajo del Sr. Dr. Prieto, y, francamente, encuentro en él ideas bastante avanzadas. Pero voy á permitirme hacer una ligera observación, sin que se entienda por ella que quiero modificar esas ideas tan llenas de sentido clínico. Simplemente trato de exponer mi opinión acerca de lo que se debe entender, á mi juicio, por laparotomía exploradora, sin parar mientes por hoy en la incisión abdominal para el tratamiento de las carcinosis de esta región, que, por otra parte, no ha dado aun todo el resultado apetecible. La designación de exploradora referente á laparotomía me parece que sale sobrando, porque no hay una laparotomía que no sea realmente exploradora; al acto de la exploración por laparotomía le asentaría mejor ser designado «exploración por medio de laparotomía;» con esta designación quedarían comprendidos todos los casos diversos que se pueden observar y que habría lugar á reunir en dos grupos, uno de carácter urgente y otro de carácter lento; más bien, del orden mé-

dico. No quiero detenerme en otras consideraciones, porque mi intención no ha sido más que precisar el sentido de las palabras «laparotomía exploradora.»

El Sr. Dr. Prieto.—El uso, que es el juez, ha autorizado la palabra «exploradora,» y todo el mundo sabe á qué atenerse cuando lee este término. Bien es que toda laparotomía es exploradora; pero no podemos llamar lo mismo á la que se practica con el diagnóstico hecho y á la que se ejecuta para definir la causal de un padecimiento cuyos síntomas nos preocupan. Aun hay más, la modificación propuesta valdría únicamente entre nosotros, es decir, dentro de un pequeño círculo. Respecto á la mejoría de las carcinosis por la intervención, la manera de juzgarla es personal. Es indudable que el Sr. Dr. Suárez Gamboa ha tropezado con casos poco felices; pero yo siempre he visto una mejoría más ó menos marcada como consecuencia de la intervención.

El señor Presidente.—Tiene la palabra el Sr. Dr. Suárez Gamboa para una comunicación.

El Sr. Dr. Suárez Gamboa.—He pedido la palabra para una comunicación sobre un asunto de importancia, y lamento que los ilustrados miembros de la Sección de Ginecología, que otras veces se han dignado atenderme, al referirme á la misma materia, no estén presentes ahora que voy á hablar de los «tumores de la matriz en caso de embarazo.» Este punto ha sido muy debatido y los médicos todavía no están de acuerdo sobre el particular. Mis ideas, sin embargo, están fijadas acerca de la superioridad de la laparotomía sobre los métodos vaginales. Creo que se debe operar el tumor de la matriz, especialmente del 5º al 6º mes. Existen en la Academia observaciones de operaciones hechas por mí con buen éxito en mujeres embarazadas; la última que cité provocó una discusión con el Sr. Dr. D. Manuel Gutiérrez, quien acabó por convenir en que tumores

de la matriz en casos de útero grávido, tales como el fibroma, deben ser operados, y que aquellos tumores del cuerpo que no ponían obstáculo al parto, ni en peligro la vida de la mujer, no debían operarse. En cambio los tumores voluminosos del segmento inferior del útero, sí se deben operar.

Hoy les traigo á Udes. una pieza, que aun que está demasiado clara, quiero hacer de ella un esquema en el pizarón (lo hace). Es una enferma de la clientela del Sr. Ramírez de Arellano, que me hizo el favor de verme para que la operáramos juntos; esposa de un ingeniero muy conocido en México. Su primer embarazo fué normal; sin embargo, el vientre parecía muy distendido por tumores que le daban el aspecto de un embarazo de gemelos. Se presentó el parto, vino la expulsión del producto y de la placenta, y todo entró en orden.

El Sr. Dr. San Juan diagnosticó en este caso fibroma del fondo de la matriz (que efectivamente existe, como pueden Udes. verlo en la pieza), quería operar á la enferma; pero la familia estuvo vacilante. En un segundo embarazo hubo una hemorragia que expuso bastante la vida de la enferma. En esta vez fué llamado el Sr. Dr. Ramírez de Arellano y diagnosticó un parto complicado. El nacimiento se pudo realizar bien. El puerperio fué largo y difícil. Algún tiempo después se presentaron accidentes de peritonitis generalizada debidos á la gangrena y fusión icorosa del tumor. Operamos de toda urgencia á la enferma, que actualmente está salvada. Puede verse en la pieza adjunta el tumor gangrenado y los estragos que en la matriz hizo la infección. El proceso gangrenoso pareció deberse en este caso al trastorno producido por la subinvolución en el pedículo.—Por lo expuesto se puede juzgar acerca de la necesidad y conveniencia de la intervención oportuna en casos análogos.

El Sr. Dr. López Hermosa.—La observación que nos ha traído el Sr. Dr. Suárez Gamboa es en extremo interesante; el diagnóstico fué hecho con toda precisión y la intervención quirúrgica con tal oportunidad, que la enferma hubiera muerto si no se le opera tan hábilmente.

El Sr. Dr. Suárez Gamboa recordará de algunos casos que á la Academia presentó nuestro nunca bien sentido Maestro, el Sr. Dr. D. Fran-

cisco de P. Chacón, especialmente, el de una mujer con un quiste operado al cuarto mes de la gestación, que parió felizmente; siendo de notar la particularidad que los vómitos incoercibles, que tuvo esta paciente, desaparecieron tan pronto como fué operada.—En un caso de anexitis operé á una mujer durante su embarazo al cuarto mes y la gestación continuó su marcha, sin que fuera molestada en lo más mínimo, y dió con felicidad á luz una niña, que hasta la fecha vive. Este es un caso que se puede presentar como prueba elocuentísima de la bondad de la intervención abdominal, sin preocuparse de la existencia de la gestación; en lo que estoy conforme con el Sr. Dr. Suárez Gamboa. Igual conducta debe observarse tratándose del cáncer, siempre que éste se preste á la operación, ya sea para prolongar la vida de la mujer ó para salvar la del niño.

Por último, voy á referir el caso de una enferma, para la que fuí consultado por el Sr. Dr. Gallegos; tenía un fibroma en el segmento inferior de la matriz y estaba en el sexto mes de su embarazo. Vino el parto y vimos con satisfacción el tumor disminuir enteramente y desaparecer.

El Sr. Dr. Suárez Gamboa.—Me alegro que el Sr. Dr. López Hermosa sea partidario de la intervención quirúrgica en los casos de embarazo complicado de fibromas. El hecho que yo presento habla muy alto en favor de la intervención; yo quiero que conste en el acta, que en mi concepto, los fibromas intramurales de la matriz, aunque no pongan obstáculo mecánico directo al parto, constituyen, sin embargo, un peligro de muerte para la mujer grávida.

El señor Presidente.—Me permito hacer una ligera observación á las ideas emitidas por el Sr. Dr. Suárez Gamboa, á propósito de la gangrena del tumor que se ha servido presentarnos.

Dijo que era un tumor intramural insertado á la parte alta de la matriz por un pedículo; esos tumores no tienen pedículo, mas sí ofrecen ciertas particularidades anatómicas por virtud de las cuales se les puede extirpar con cierta facilidad. Intimamente relacionado el fibroma con el tejido circunvecino, se hizo insuficiente la nutrición á causa de la retracción uterina consecutiva al parto. No es difícil comprender así el proceso.

El Sr. Dr. Suárez Gamboa.—Si yo usé la palabra «pedículo» fué para explicar que el tumor estaba unido al resto del útero por un punto principal. Es indudable que estos tumores no tienen pedículo y estoy de acuerdo con el Sr. Dr. Toussaint, la gran mayoría de las veces tienen una atmósfera celulosa, que se aprovecha para enuclearlos.

Yo utilicé la palabra pedículo, llamándole así al punto por donde estaba insertado el tumor, y que es el mismo por donde penetraban los vasos; ha sido una ligereza mía llamarle á esto pedículo, pues no lo tienen los tumores intramurales. Hay otro elemento en mi exposición, la fijeza de la matriz, y sobre todo, que no quedan estos tumores inactivos durante el embarazo y el parto, sino que también sufren modificaciones que pueden ser desde el simple reblandecimiento hasta la gangrena.

El suscrito Secretario hizo constar que el 26 del mes en curso expiró el plazo que, para la admisión de las solicitudes referentes, se amplió por acuerdo de 19 de octubre próximo pasado, mandando hacer una nueva publicación de la Convocatoria de 20 de julio último, relativa á proveer una vacante en cada una de las Secciones de Anatomía Normal y Patológica y Medicina Legal y dos en la de Higiene y Estadística Médica. Que obsequiando dicha Convocatoria, se habían recibido en la Secretaría dos solicitudes de los Sres. Dres. D. Jesús E. Monjarás y D. Manuel Uribe Troncoso, acompañadas respectivamente de una Memoria y los documentos requeridos, optando á las vacantes en la Sección de Higiene; otras dos solicitudes y Memorias juntamente con los demás documentos, de los Sres. Dres. D. Gabriel M. Malda y D. Juan Velázquez Uriarte, optando á la vacante en la Sección de Anatomía; y, por último, cuatro solicitudes y Memorias, etc., de los Sres. Dres. D. Angel Hidalgo, D. Juan Peón del Valle, D. Ricardo E. Cicero y D. Ignacio Fernández Ortigosa, optando á la vacante en la Sección de Medicina Legal.—A las Secciones correspondientes para los efectos de Reglamento.

Conforme á lo prevenido en la frac. II, art. 6º, se procedió á elegir un miembro para integrar la Sección de Medicina Legal, resultando electo por mayoría de votos el Sr. Dr. D. José María Bandera.

L. TROCONIS ALCALÁ.

BIOGRAFIA.

EL SR. DR. JOSE RAMIREZ.

SEÑORES ACADÉMICOS:

Conceptúo como uno de los más felices acontecimientos de mi vida científica y como un alto honor, tanto mayor cuanto menos merecido, el haber sido designado por vuestros votos para ocupar un lugar en esta docta Sociedad, tan prestigiada por su abolengo como por su historia y por la numerosa serie de conquistas que en el terreno de las ideas, así como en el de los hechos, ha logrado alcanzar, dando páginas de gloria á la medicina nacional.

Los que como yo conocemos los anales de la Academia desde su fundación y hemos estudiado en ellos su desenvolvimiento y sus progresos, al llegar por primera vez á este recinto á donde tantas voces autorizadas y eminentes se han dejado oír, experimentamos la impresión de hallarnos en el antiguo hogar de familia nobilísima, adonde se han sucedido las generaciones de nuestros mayores, de aquellos que nos formaron un nombre con su esfuerzo y nos dejaron con la obra de su labor activa y fecunda, un ejemplo que imitar y una tradición de trabajo y de constancia que proseguir á través de las eventualidades de un porvenir seguramente mucho más sereno y luminoso para nosotros que lo fué para ellos.

Nosotros mismos no apreciamos, en efecto, en todo su valor las dificultades numerosas que tuvieron que vencer los padres de esta Academia para dejarnos el valioso legado que hemos recibido, ni creo que los progresos de la medicina en México hayan sido tampoco apreciados entre nosotros y en el extranjero, en la alta medida en que deben serlo. Las páginas de la "Gaceta Médica" son elocuente testimonio de lo que valían aquellos hombres como Jiménez, Hidalgo Carpio, Lucio, Rodríguez, Carmona, etc., y podemos decir con orgullo que, aunque poco seguramente como productor, sí como asimilador y como utilizador, México ha ocupado siempre en nuestra ciencia, uno de los primeros lugares entre los países más adelantados de América, desde la época misma en que los demás comenzaban á iniciarse apenas en este género de estudios.

El Sr. Dr. Suárez Gamboa.—Si yo usé la palabra «pedículo» fué para explicar que el tumor estaba unido al resto del útero por un punto principal. Es indudable que estos tumores no tienen pedículo y estoy de acuerdo con el Sr. Dr. Toussaint, la gran mayoría de las veces tienen una atmósfera celulosa, que se aprovecha para enuclearlos.

Yo utilicé la palabra pedículo, llamándole así al punto por donde estaba insertado el tumor, y que es el mismo por donde penetraban los vasos; ha sido una ligereza mía llamarle á esto pedículo, pues no lo tienen los tumores intramurales. Hay otro elemento en mi exposición, la fijeza de la matriz, y sobre todo, que no quedan estos tumores inactivos durante el embarazo y el parto, sino que también sufren modificaciones que pueden ser desde el simple reblandecimiento hasta la gangrena.

El suscrito Secretario hizo constar que el 26 del mes en curso expiró el plazo que, para la admisión de las solicitudes referentes, se amplió por acuerdo de 19 de octubre próximo pasado, mandando hacer una nueva publicación de la Convocatoria de 20 de julio último, relativa á proveer una vacante en cada una de las Secciones de Anatomía Normal y Patológica y Medicina Legal y dos en la de Higiene y Estadística Médica. Que obsequiando dicha Convocatoria, se habían recibido en la Secretaría dos solicitudes de los Sres. Dres. D. Jesús E. Monjarás y D. Manuel Uribe Troncoso, acompañadas respectivamente de una Memoria y los documentos requeridos, optando á las vacantes en la Sección de Higiene; otras dos solicitudes y Memorias juntamente con los demás documentos, de los Sres. Dres. D. Gabriel M. Malda y D. Juan Velázquez Uriarte, optando á la vacante en la Sección de Anatomía; y, por último, cuatro solicitudes y Memorias, etc., de los Sres. Dres. D. Angel Hidalgo, D. Juan Peón del Valle, D. Ricardo E. Cicero y D. Ignacio Fernández Ortigosa, optando á la vacante en la Sección de Medicina Legal.—A las Secciones correspondientes para los efectos de Reglamento.

Conforme á lo prevenido en la frac. II, art. 6º, se procedió á elegir un miembro para integrar la Sección de Medicina Legal, resultando electo por mayoría de votos el Sr. Dr. D. José María Bandera.

L. TROCONIS ALCALÁ.

BIOGRAFIA.

EL SR. DR. JOSE RAMIREZ.

SEÑORES ACADÉMICOS:

Conceptúo como uno de los más felices acontecimientos de mi vida científica y como un alto honor, tanto mayor cuanto menos merecido, el haber sido designado por vuestros votos para ocupar un lugar en esta docta Sociedad, tan prestigiada por su abolengo como por su historia y por la numerosa serie de conquistas que en el terreno de las ideas, así como en el de los hechos, ha logrado alcanzar, dando páginas de gloria á la medicina nacional.

Los que como yo conocemos los anales de la Academia desde su fundación y hemos estudiado en ellos su desenvolvimiento y sus progresos, al llegar por primera vez á este recinto á donde tantas voces autorizadas y eminentes se han dejado oír, experimentamos la impresión de hallarnos en el antiguo hogar de familia nobilísima, adonde se han sucedido las generaciones de nuestros mayores, de aquellos que nos formaron un nombre con su esfuerzo y nos dejaron con la obra de su labor activa y fecunda, un ejemplo que imitar y una tradición de trabajo y de constancia que proseguir á través de las eventualidades de un porvenir seguramente mucho más sereno y luminoso para nosotros que lo fué para ellos.

Nosotros mismos no apreciamos, en efecto, en todo su valor las dificultades numerosas que tuvieron que vencer los padres de esta Academia para dejarnos el valioso legado que hemos recibido, ni creo que los progresos de la medicina en México hayan sido tampoco apreciados entre nosotros y en el extranjero, en la alta medida en que deben serlo. Las páginas de la "Gaceta Médica" son elocuente testimonio de lo que valían aquellos hombres como Jiménez, Hidalgo Carpio, Lucio, Rodríguez, Carmona, etc., y podemos decir con orgullo que, aunque poco seguramente como productor, sí como asimilador y como utilizador, México ha ocupado siempre en nuestra ciencia, uno de los primeros lugares entre los países más adelantados de América, desde la época misma en que los demás comenzaban á iniciarse apenas en este género de estudios.

Os doy, pues, las gracias más expresivas, señores, por haberme dado un lugar entre vosotros, asociándome tanto á vuestra obra de progreso, como á la tarea de continuar las tradiciones de esta nobilísima Institución, que ha sido la primera en nuestro país y esperamos ardentemente continuará siéndolo por muchos años todavía.

Honrar á los que nos han precedido es seguramente honrarse á sí mismo, por eso la Academia con elevada iniciativa prescribe á sus nuevos miembros la tarea de hacer la biografía y el elogio de sus antecesores, poniendo de relieve su personalidad y su valer científicos.

Ese grato deber tócame realizar en estos momentos en la persona de mi antecesor el sabio y modesto Dr. José Ramírez. Su prematura muerte es motivo de justo duelo para la ciencia nacional, que esperaba de su talento, de su vasta instrucción y de la muy completa preparación que á sus aptitudes había tenido ocasión de dar, frutos mucho más numerosos y sazonados que los que produjo, y que de manera tan palmaria demostraron su gran valía científica.

El Dr. José Ramírez nació en México el 12 de noviembre de 1852, siendo hijo del Lic. D. Ignacio Ramírez, el escritor y el patriota que tan grandes servicios prestó al país, y del que heredó el tranquilo y recto criterio, la imparcialidad y el sereno amor á la justicia. Terminados sus estudios preparatorios ingresó á la Escuela Nacional de Medicina, obteniendo su título profesional á los 22 años de edad, el 9 de febrero de 1875.

El 9 de diciembre de 1876 fué nombrado Conservador y Preparador del Museo de Anatomía Patológica de la Escuela N. de Medicina y poco después profesor interino de Historia Natural en la Escuela N. de Agricultura, plaza que entró á desempeñar como propietario en marzo de 1881.

En noviembre de 1884 fué nombrado por el Gobierno representante de México en la Exposición de Nueva Orleans, Estados Unidos, y estando en esa ciudad se le comisionó para que pasara á Nueva York y Washington á estudiar la organización de los jardines botánicos y los museos zoológicos, comisión que desempeñó muy satisfactoriamente y que sin duda acrecentó y fijó su especial predilección por el estudio de la

botánica, en la que tanto había de descollar después.

En 1886 fué nombrado Preparador de Zoología del Museo Nacional y al año siguiente quedó como profesor propietario de la cátedra de zoología de la Escuela N. de Agricultura.

Dos veces estuvo en París representando á nuestro país como Jefe de grupo en las Exposiciones Internacionales que tuvieron lugar en esa ciudad los años de 1889 y 1900. Durante la primera recibió la comisión de estudiar el carbón, el mal rojo y el cólera de las gallinas en el Instituto Pasteur, estudio al que se dedicó con el empeño y actividad que lo caracterizaban.

En julio de 1890 fué nombrado Jefe de la Sección Primera del Instituto Médico Nacional, siendo uno de los miembros fundadores de la Institución. En este puesto se dedicó con especial empeño á la clasificación de las variadas especies de plantas que pueblan nuestro suelo, llegando á obtener como clasificador botánico un puesto prominente.

Escribió numerosas memorias y monografías, siendo de citarse entre otras las siguientes:

Sinonimia vulgar y científica de varias de las plantas de Nueva España, de M. Sessé y J. Mocino; *Descripción de una nueva especie de Pterestemon*; *La Mocina Heterophylla, Nuevo género de las papayáceas*; *Una nueva especie de Casimiroa (Casimiroa pubescens)*; *una especie nueva de Erythroxylon y un dato morfológico de sus hojas*; *El Peyote. Anhalonium Lecinii y Anhanium Williamsii, etc., etc.*

Hizo la descripción botánica de las 51 plantas que forman los tres primeros tomos de los *Datos para la Materia Médica Mexicana* y de otras once que corresponden al tomo IV de la misma obra, actualmente en prensa.

Escribió además una memoria especial sobre las Aristoloquias y dejó apenas principiada la formación de una Carpología.

En julio de 1891 recibió el nombramiento de Secretario del Consejo S. de Salubridad, en cuyo cargo fué asiduo é incansable colaborador del Sr. Dr. D. Eduardo Licéaga, Presidente de la Corporación, debiendo citarse especialmente su cooperación en la formación del Código Sanitario vigente y el estudio de las disposiciones dictadas para combatir la peste bubónica que apareció en Mazatlán á fines del año de 1902 y

que terminó en mayo de 1903, gracias principalmente á la ciencia y los esfuerzos del Dr. Licéaga, hábilmente secundado por el Dr. Ramírez.

En octubre de 1893 la Sociedad Francesa de Higiene lo distinguió nombrándolo socio extranjero; en febrero de 1901 el gobierno francés le concedió la condecoración de Caballero de la Legión de Honor y, por último, el Museo de Historia Natural de París lo eligió el mismo año miembro Corresponsal, demostrando así el alto aprecio en que eran tenidos en la culta Francia sus conocimientos y su laboriosidad.

En agosto de 1902 presentó su candidatura á una plaza vacante en la Sección de Higiene y Estadística Médica de esta Academia, enviando una memoria interesantísima que lleva por título: "La mortalidad en la ciudad de México en el año de 1900," en la que con gran acopio de estadísticas demostró la enorme mortalidad que correspondería á la ciudad de México de ser exacto el último censo, indicando que á su juicio las cifras debían quedar reducidas á una proporción mucho menor si se toma como base de la población de la capital la cifra de 500,000 habitantes.

En 20 del mismo mes fué elegido el Sr. Ramírez miembro titular de la Academia, pero desgraciadamente sus ocupaciones del Consejo y su viaje á Europa para asistir al Congreso Internacional de Higiene, de Bruselas, en 1903, no le permitieron traer á esta docta Sociedad el contingente de ciencia y de experiencia que todos aguardaban de su infatigable y metódica actividad.

Fué miembro, además, de la Asociación Americana de Salubridad Pública, leyendo en la reunión que tuvo lugar en la ciudad de México el año de 1892 una memoria, escrita en colaboración con el Sr. Dr. M. Toussaint, titulada: "Algunos datos para el estudio bacteriológico de las aguas potables de la ciudad de México." Asistió también á la reunión de la misma Asociación que tuvo lugar en Ottawa, Canadá, en 1898, y después á la Convención Sanitaria Internacional que se celebró en Washington en 1902, en cumplimiento de una de las recomendaciones de la segunda Conferencia Internacional Americana que se reunió en México en 1901-1902.

El Dr. Ramírez perteneció también á la So-

ciudad Científica "A. Alzate," en calidad de miembro honorario; fué miembro titular de la Sociedad Mexicana de Historia Natural, de la de Geografía y Estadística, del Ateneo Mexicano de Ciencias y Artes y participó de las labores del Congreso de Americanistas reunido en París en 1900.

Perteneció al Ayuntamiento de la capital desde 1896 á 1903, prestando á esa Corporación útiles y valiosos servicios.

La muerte del Dr. Ramírez tuvo lugar el 11 de abril de 1904 á consecuencia de un cáncer de la vejiga que le había sido diagnosticado en París por el Dr. Albarrán después de una operación exploradora.

Quedaría incompleta mi reseña de la vida del Dr. Ramírez si no bosquejara su personalidad moral, aunque sea á breves rasgos, para hacer resaltar especialmente un hecho que no es común entre nosotros: su amor por la ciencia pura y su constancia y energía para el trabajo, que hicieron de él un notabilísimo botánico y un higienista muy distinguido. De carácter severo y al parecer adusto, era en el fondo amable y comunicativo. Su honradéz, su modestia y sus virtudes como jefe de familia, le formaron una personalidad social distinguidísima, estimada y apreciada por todos. ¡Como él necesita la patria muchos hijos!

México, febrero 8 de 1905.

M. URIBE TRONCOSO.

OFTALMOLOGIA.

DOS PALABRAS SOBRE LAS CONJUNTIVITIS GRANULOSAS.

La conjuntivitis granulosa no es una entidad patológica. Las conjuntivitis granulosas constituyen un género de enfermedades cuyas especies no han podido ser diferenciadas, por dificultades inherentes á su estudio. De este género, el tracoma y el catarro ocular de primavera son las especies mejor conocidas. El catarro vernal, al que el Sr. Dr. Carmona y Valle denominó periquerato-conjuntivitis, exuberante, ha sido ya discutido en esta Academia y no insistiré, por el momento, más en él.

GACETA MEDICA DE MEXICO

PERIÓDICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO V.

MEXICO, 1º DE ABRIL DE 1905.

2ª SERIE.—NUM. 7.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

EXTRACTO DEL ACTA NÚM. 14.

Sesión del día 4 de enero de 1905.

Presidencia del Sr. Dr. D. Manuel Toussaint.

Primera lectura del dictamen de la Sección de Higiene acerca de una consulta de la Junta Central de Bosques.—Continúa la discusión sobre el tratamiento de los abscesos hepáticos.

Se concedió la palabra al relator de la Comisión de Higiene, Dr. D. Luis E. Ruiz, quien leyó el dictamen referente á la opinión que de la Academia solicita la Junta Central de Bosques. Quedó de primera lectura.

El señor Presidente dijo que aun cuando ya se habia tratado en alguna sesión anterior de los abscesos hepáticos, de ninguna manera podía considerarse agotado el asunto; y principalmente seria de interés lo que se refiere á los abscesos del hueco epigástrico. Que si alguno de los señores socios presentes queria usar de la palabra con dicho objeto, podía hacerlo.

El Dr. Díaz Lombardo.—Se divide el tratamiento de los abscesos hepáticos en el hueco epigástrico, en lo que respecta á la técnica operatoria, en dos partes: Primera.—Si hay adherencias y, con mayor razón, si éstas son extensas y fijan la pared abdominal con la glándula hepática, el manual es muy sencillo y equivale á una simple debridación.—Segunda.—Si no hay adherencias, varían los detalles según los operadores. Unos hacen la incisión de la pared abdominal y suturan ésta con la glándula hepática antes de abrir el foco; otros hacen la incisión del hígado y practican la sutura después, y otros, por último, hacen la operación en dos tiempos, practican primeramente la incisión abdominal y, á las 24 ó 48 horas, abren el hígado

y lo suturan con las paredes del abdomen. Este método es seguramente el menos quirúrgico y el menos seguido en México. El Dr. Díaz Lombardo rechaza por completo este procedimiento y el que practica siempre es el de abrir la pared abdominal, hacer inmediatamente la incisión del hígado y en seguida la sutura de éste con la pared abdominal; teniendo cuidado de introducir rápidamente el dedo en la herida hepática y aplicar ésta á la pared abdominal, no hay peligro de que se derrame el pus en el peritoneo. Haciendo, por el contrario, la sutura previa, puede desgarrarse algunas veces la víscera y derramarse el pus en el peritoneo, ó bien puede salir el pus por uno de los puntos de sutura. A pesar de que la incisión está en un punto desfavorable para la canalización, ésta se hace bien sea con tubos, sea con gasa aséptica ó antiséptica. Hay que operar, como ya dijo á propósito de los abscesos hepáticos abiertos en los bronquios, lo más pronto posible y, á este respecto, recuerda el caso que ya citó de un enfermo, que entró á su servicio después de pasada la hora de visita; el enfermo murió en la noche y al día siguiente la autopsia reveló un absceso de la convexidad del hígado abierto en el pericardio.

El Sr. Dr. Toussaint dijo que habia un punto interesante en lo que se refiere al lugar en donde debe practicarse la incisión de los abscesos del hueco epigástrico, así como también eran de tenerse en cuenta las consecuencias de la abertura de dichos abscesos, porque cuando la glándula está hinchada y aumentada de volumen si llega y sobrepasa al hueco epigástrico; pero cuando se retrae, después que el foco se ha vaciado y se ha hecho la cicatrización, pueden cambiar y de hecho cree que cambian las relaciones de las dos heridas, lo cual puede originar algunos contratiempos. Que si el absceso está en la convexidad se puede hacer lo que indica el Sr. Dr. Díaz Lombardo; pero en los abscesos de la cara cóncava las cosas tienen que variar y

que de todas maneras las consecuencias son frecuentemente desfavorables. Recuerda un caso de absceso hepático en el epigastrio y sin adherencias; se hizo la incisión del abdomen, se llegó al peritoneo, se hizo la sutura de la glándula con la pared abdominal, se abrió el absceso y se dió salida al pus; el enfermo marchó bien durante algunos días y después sucumbió. Cree que el hígado se retrajo y por esta causa hubo desgarradura de la herida hepática y derrame de pus á la cavidad peritoneal ó bien este pus tuvo salida por un punto de sutura. Pregunta qué se debe hacer en estos casos y agrega que acaso sería conveniente hacer la operación en dos tiempos como para la extirpación de los quistes del pancreas, caso en el cual se abre la pared del vientre hasta el peritoneo, exclusive, se canaliza y, luego que se forman adherencias, se abre el quiste.

El Sr. Dr. Prieto manifestó que el punto que está al debate es delicado y de importancia y que la estadística de los abscesos del hígado situados en la concavidad es muy desconsoladora, tanto por las relaciones que presentan estos abscesos con las vísceras abdominales, como por los peligros que ha expuesto el Sr. Dr. Toussaint; cree que el cirujano debe siempre huir de la cara inferior de la glándula y atacar por la cara convexa, aún cuando se tenga que dividir en todo su espesor; de esta manera se evitarán, en gran parte, las complicaciones señaladas y la cicatrización se hará con menos contratiempos. Que los abscesos hepáticos en el epigastrio son causa de zozobras para el cirujano, porque las relaciones de órganos importantes como el nervio frénico, el pericardio, el tronco celiaco, el estómago hacia abajo, hacen aflictiva la sintomatología, y, ya operados, la presión abdominal tiende á romper la sutura practicada. Por esta razón opina, como ya lo dijo, que se deben de abrir por la cara superior ó convexa.

El Sr. Dr. Vértiz dijo: que no había tenido la fortuna de oír los debates anteriores, pero que podía decir algo sobre el asunto á discusión; que en los hospitales Béistegui y Juárez había operado muchos abscesos hepáticos situados en diversas porciones de la glándula y que en uno de sus trabajos reglamentarios que leyó en esta Academia, trató el asunto, habiendo tenido ocasión de referirse á los abscesos hepáticos en los tuberculosos. Terció entonces en la discusión el

Sr. Dr. M. Toussaint, y al contestarle alguna alusión, le dijo que había visto la coincidencia de tales abscesos hepáticos en los tuberculosos. Con respecto al tratamiento, desde aquella vez se opuso á la práctica de la punción, por creerla nociva. Recuerda un caso cuya pieza anatómica existe en el Museo Anatómico-patológico: se hizo una simple punción con una aguja capilar y esto originó una hemorragia en el peritoneo, que acabó con la vida del enfermo. El Sr. Dr. Vértiz, desde el momento en que descubre el pus, hace una incisión amplia siguiendo el borde superior de una costilla hasta que llega al foco, vacía éste, casi siempre reseca una, dos ó mas costillas, y pone un tapón, por último, con gasa yodoformada; si el absceso es pequeño, se limita á poner un tapón de gasa sin hacer resección costal. Este procedimiento da tan buenos resultados, que cree que ha echado por tierra el aforismo de que no debían abrirse los abscesos hepáticos que comunican con los bronquios. Una casualidad vino á descubrir el resultado tan feliz que da este procedimiento de rellenar el foco con gasa. Se trataba de un enfermo con absceso del hígado, al cual operó en el hospital Béistegui, poniéndole la curación de Lister, que era la que entonces se empleaba; en la noche sobrevino una hemorragia abundante y el Sr. Dr. Felipe Ruiz Esparza la cohibió rellenando el foco con gasa yodoformada, haciendo el tapón ligeramente compresivo: la hemorragia se contuvo, el enfermo siguió bien y algunos días después, cuando se quitó el tapón, se notó con gran sorpresa que el foco se había reducido mucho y que la cicatrización avanzaba con rapidez, habiendo curado el enfermo en poco tiempo. Otro enfermo también del hospital Béistegui (cuyo nombre recuerda, Eligio Chaparro), tenía un enorme absceso del hígado, y en la pared abdominal se le veía muy desarrollada la circulación venosa superficial formando una verdadera cabeza de Medusa; se abrió el absceso y salió un pus de tal manera fétido, que el Sr. Dr. D. Francisco de P. Chacón y el Sr. Dr. Vértiz se vieron precisados á dirigirse violentamente á la ventana de la sala de operaciones, para respirar aire puro; el Sr. Dr. Ruiz Esparza se puso tan pálido, que parecía que le iba á dar un síncope y el entonces practicante Sr. Javier Hoyo, se puso tan rojo, que hacía temer que le sobreviniera una congestión. El foco era enorme, se rellenó

con gasa, la cicatrización se hizo muy rápidamente, el enfermo curó y ha sobrevivido muchos años. Este procedimiento de rellenar con gasa le ha dado al Sr. Vértiz brillantes resultados tanto en los abscesos simples del hígado, como en los comunicados con los bronquios. El Sr. Dr. Ramírez de Arellano, aquí presente, es testigo de uno de estos buenos éxitos.

El Sr. Dr. Macouzet refirió dos hechos, que le llamaron mucho la atención; el primero era relativo á un sacerdote de Chihuahua, que tenía un absceso hepático abierto en los bronquios; se le hizo una punción y salió pus; al día siguiente se le practicó una incisión de la pared abdominal, abriéndose también la glándula hepática, y se encontró el foco vacío, no habiéndose obtenido nada de pus; esto lo explica, como algunos autores, diciendo que los abscesos en estas condiciones suelen vaciarse y llenarse alternativamente. El segundo caso es el de un alto empleado de policía, al cual se practicó también una punción con resultado positivo y al día siguiente se practicaron varias sin obtener una sola gota de pus y se prescindió de operarlo.

El Sr. Dr. Díaz Lombardo preguntó al Sr. Dr. Toussaint si en los casos á que ha hecho referencia, se hizo la sutura ó únicamente la canalización con gasa ó con tubo. El Sr. Dr. Díaz Lombardo se declaró partidario de la canalización con gasa, porque con ésta se hace mayor resistencia y se refuerzan las paredes del foco, mientras que haciéndola con tubos viene la retracción y no es raro que sobrevengan desgarraduras.

El señor Presidente dijo que en el caso que mencionó, practicó la canalización con tubos gruesos en la parte más declive. No cree que haya retracción propiamente dicha del tejido hepático, puesto que la viscera no tiene tejido que goce de esta propiedad, y es de opinión que las vísceras vecinas son las que ejercen influencia sobre el hígado operado, comprimiéndolo ó desviándolo, según el estado de mayor ó menor tensión que guardan. Respecto al segundo caso del Sr. Dr. Macouzet, en el cual se obtuvo pus en la primera punción y no en las siguientes, cree que esta circunstancia no debía haber hecho aplazar la operación, tanto más cuanto que las adherencias habían indicado el lugar del foco y por lo mismo el sitio donde debía practicarse la operación.

El Sr. Dr. Macouzet dijo que en el segundo caso que relató, se aplazó la operación por circunstancias especiales.

El Sr. Dr. Vértiz manifestó que los abscesos situados en el epigastrio no son de pronóstico tan grave como se decía antes, y que, por el contrario, cicatrizan con rapidez. Ha observado varios casos de esta clase en el hospital Béistegui y la curación se ha obtenido en veintinueve ó treinta días. Cuando se canalizaron los abscesos con tubos, la cicatrización fué menos rápida que cuando se recurrió á los tapones de gasa. Citó otros tres casos de abscesos hepáticos situados enteramente en el lado izquierdo y que podían ser tomados como de origen esplénico; él diagnosticó, sin embargo, absceso hepático y operó con buen éxito. Hay otros abscesos situados en la parte posterior del tórax que dan lugar á errores de diagnóstico; uno de estos casos sirvió de tema para la tesis profesional del Sr. Dr. Francisco Vázquez Gómez; se trataba de una enferma del hospital Béistegui, en el servicio del Sr. Dr. Francisco de P. Chacón, la cual tenía un absceso en botón de camisa, que se hacía aparente inmediatamente á la derecha de la columna vertebral. Esta enferma fué operada con buen éxito.

El señor Presidente dió las gracias á los señores socios por haberse servido obsequiar la invitación que les hizo para tratar de este asunto tan importante de los abscesos hepáticos, y dijo que se ha podido ver en el curso de la discusión que hay en México ideas que difieren de las de Europa y que son originales de nuestro país al grado que casi podíamos formar escuela. Que como este punto lo propuso el Sr. Dr. Mendizábal, y no estaba presente este señor, es muy probable que tenga algo que decir sobre el particular y por esta razón no estimaba prudente que se diera por suficientemente discutido el punto, que se volvería á tratar cuando estuviera presente el Sr. Dr. Mendizábal.

J. Cosío.

EXTRACTO DEL ACTA NÚM. 15.

Sesión del día 11 de enero de 1905.

Presidencia del Sr. Dr. D. Manuel Toussaint.

Segunda lectura del dictamen de la Sección de Higiene relativo á una consulta de la Junta Central de Bosques.—Comunicación oral por el Sr. Dr. Toussaint.—Discusión.

El señor Presidente.—Tiene la palabra el relator de la Sección de Higiene para dar segunda lectura al dictamen relativo á la consulta que se sirvió hacer á esta Academia la Junta Central de Bosques.

El Sr. Dr. Ruiz dió segunda lectura al mencionado dictamen, que puesto á discusión en lo general, sin ella fué aprobado. Así también se puso á discusión cada una de las 10 proposiciones finales con que termina el dictamen, resultando aprobadas sin debate alguno.—Transcribase á la Junta Central de Bosques como resultado de su comunicación relativa.

El señor Presidente.—Me voy á permitir ocupar brevemente la atención de la Academia con la relación (que me parece es de mucha importancia) de un caso que tiene interés desde el punto de vista de la patología. Desgraciadamente desde el punto de vista práctico se pierde en la masa común de los casos que pasan inadvertidos.

El caso á que me refiero no es reciente; hace como dos años y medio ó tres que fué observado en el hospital de San Andrés, en el servicio de clínica de que es Jefe el Sr. Dr. D. Antonio Loeza.

Se trataba de una mielitis bastante curiosa por cierto, en lo que se refiere á la manera como se desarrolló y las partes que interesó. Antes de describir las alteraciones observadas, referiré brevemente lo que recuerdo de este caso. Los datos me fueron proporcionados por el Sr. Dr. Loeza.

Se trataba de un albañil que tenía antecedentes alcohólicos, como sucede con frecuencia entre las gentes del bajo pueblo. Un día, sin que se hubiera embriagado, al pasar por un caño, no queriendo mojarse, puso los pies alternativamente sobre las piedras que allí había, sintió que le faltaba el equilibrio y cayó. En esta caída

no se pegó sobre la columna vertebral ni cayó sentado ni hubo algo que pudiera atribuirse á traumatismo en la columna. No pudo levantarse y si no lo quitan de ahí quizá se ahoga en el charco este desgraciado. Lo recogieron y lo llevaron á su casa. No podía hacer ningún movimiento con los miembros inferiores, y con los superiores algunos, pero con dificultad. Al día siguiente la parálisis había aumentado y más tarde ya hubo dificultad para respirar. En este estado lo remitieron al hospital y el Sr. Dr. Loeza pudo comprobar, al examinarlo, lo siguiente: después de mucha insistencia, se logró que ejecutara movimientos de flexión con los dedos; pero fuera de éstos no hacía ningún otro: la respiración era dificultosa: los reflejos estaban debilitados, tanto los superficiales como los profundos.

Como el enfermo parecía sufrir con los exámenes repetidos, no quisieron molestarlo más y la exploración de la sensibilidad al dolor sólo pudo hacerse de un modo parcial. Este fué el cuadro á su ingreso al hospital. Empezó á tener dificultad en la defecación y respecto de la emisión de la orina parece que no se hacía con regularidad. En este estado duró algo más de 24 horas, y murió sin que hubiera habido elevación de temperatura ni producción de escaras. Este es el cuadro clínico, poco más ó menos.

En el Instituto Patológico se hizo el examen necrópsico. Se abrió el raquis y se procedió á estudiar la médula haciendo en ella cortes transversales. Lo primero que se observó, á la simple vista, en la región cervical, fué que había hacia los cordones posteriores un cambio de coloración, que consistía en la presencia de dos manchas rojas; una de éstas correspondía al cordón del lado derecho y tenía poco más de un milímetro de diámetro, y la que estaba en el lado izquierdo, menos de un milímetro; pero ambas eran perceptibles á la simple vista. Eran dos focos hemorrágicos y aquí aparece lo notable del caso: el derecho ocupaba casi toda la región cervical desde el principio de la médula, á la altura del tercer par, hasta el nivel del primero ó segundo dorsal, es decir, que comprendía varios segmentos. Por este solo hecho había razón para considerar que se trataba de una hemorragia tubaria. El otro foco era menos extenso. Había otra alteración que se advertía á la simple vista: era un enrojecimiento difuso que ocupaba la subs-

tancia gris, más particularmente en los cuernos anteriores; en los posteriores se notaba algo; sólo con lente podía percibirse que era el enrojecimiento debido á la dilatación de las ramas dependientes de la arteria espinal anterior. Pero los ramitos dilatados no solamente se observaban en los cuernos anteriores, sino también hacia la parte interna de los cuernos posteriores; en la externa no había esa dilatación.

Endurecida la médula y practicados cortes histológicos de las diversas regiones, que fueron sometidos á los métodos usuales de coloración, pudo observarse lo siguiente. En la preparación que tengo el gusto de presentar á los señores Académicos se ven perfectamente las hemorragias, advirtiéndose en el campo del microscopio la substancia gris, comprendiendo los dos cuernos posteriores, y en plena substancia blanca dos huecos ovalados que corresponden á los focos hemorrágicos. En el contorno de ambos huecos se puede percibir la presencia de sangre. La localización de estos focos es curiosa; en el foco más grande se advierte este detalle: el cuerno respectivo está rechazado á la derecha, lo cual da por resultado que este cuerno tenga una concavidad dirigida hacia adentro. Con más aumento se encuentran otras hemorragias; son difusas y están constituidas por foquitos reunidos los unos á los otros. Estas hemorragias difusas no sólo se observan en la región cervical, sino también en la dorsal, tanto en la porción superior como en la media. Puede verse que está interesado el cuerno llamado lateral. En esta otra preparación observada con más aumento se ve claramente que los focos tubarios están formados por una mezcla de glóbulos rojos teñidos de negro y de elementos nerviosos enteramente cambiados en su estructura; también se ven focos irregulares que no son tan grandes como los otros y que están alrededor de ellos. Además de estos hay otros detalles de importancia: los vasos sanguíneos están alterados; sus paredes engrosadas y hialinas en algunos puntos y en su cavidad trombus hialinos también; en las vainas linfáticas de algunos capilares existen glóbulos rojos. Hay también alteraciones inflamatorias en la substancia gris: las celdillas están considerablemente degeneradas; en los cuernos anteriores se ve que los grupos no conservan sus caracteres normales; faltan cel-

además hay *chromatolisis*. Estas alteraciones aparecen más marcadas en la región cervical, pero existen igualmente en la región dorsal.

Para no fatigar demasiado la atención de ustedes, dejaré la cuestión anatómica y pasaré á la clasificación. Difícilmente se encuentra un caso que presente tan completo el cuadro de la poliomielitis aguda: la aparición rápida de la parálisis invadiendo los cuatro miembros, los trastornos de la sensibilidad y, por último—aunque no tan acentuados—los del recto y la vejiga, eran suficientes para decir que se trataba de una hemorragia aguda. Sólo había otro supuesto: la hemorragia; pero es sabido que una hemorragia intramedular es una lesión de carácter inflamatorio.

El examen microscópico reveló lo siguiente: había lesiones inflamatorias localizadas en la substancia gris; la inflamación afectaba mayor escala los cuernos anteriores; en consecuencia, fijándose en este detalle, podía considerarse como *poliomielitis*, no siendo obstáculo para este supuesto la edad del individuo, porque se sabe que no sólo en los niños se la encuentra sino también en los adultos.

Los trabajos de P. Marie han demostrado que una de las lesiones principales (y más general tanto en el niño como en el adulto) es la *vascular*, que en este caso parecía ser la más importante. Las hemorragias observadas ya en el cuerno lateral, ya en el posterior, no eran contraposición con esta idea. Así queda clasificada esta lesión si no se tuvieran en cuenta los otros detalles que se han visto en el estudio anatómico: el proceso inflamatorio no se limita exclusivamente al cuerno anterior, sino que afecta al posterior; y hay hemorragias en la substancia blanca de los cordones posteriores. Entonces resulta cualquiera de estas dos cosas: ó la lesión de la poliomielitis no se localiza sólo en los cuernos anteriores, ó el caso presentado es una poliomielitis. La Escuela alemana sostiene que la lesión llega hasta los cuernos posteriores. Pero queda el segundo punto: la presencia de hemorragia tubaria en la substancia blanca. ¿Cuál es su origen? O sucede que se interesan los vasos en una extensión muy considerable que la que comunmente se advierte en la poliomielitis, ó hay algunos ramos de

ber sido el origen de dicha hemorragia tubaria. Este último supuesto parece aceptable, porque el foco del lado derecho llega hasta la raíz del cuerno posterior, hasta donde suelen observarse ramitas del sistema espinal anterior y algo semejante pasa con el del otro lado. De modo que, sin que esto sea evidente, sí parece probable que el foco hemorrágico dependa de la ruptura de estas ramitas. Por esto puede ser una polio-mielitis apoplética con hemorragia tubaria.

Este es el caso que someto á la consideración de los señores Académicos.

El señor Secretario.—Está á discusión el caso del señor Presidente.

El Sr. Dr. Vértiz.—El caso del señor Presidente es de grandísima importancia desde todos los puntos de vista, principalmente desde el de la Anatomía patológica. El señor Presidente ha insistido mucho sobre el diagnóstico; pero subsiste á pesar de todo la misma obscuridad que consiste en el hecho mismo, en el caso clínico. Otro punto interesantísimo es el etiológico—¿cómo sobrevino el caso? Indudablemente que no por caída, puesto que, según dice el señor Presidente, ésta fué una caída vulgar, no fué de gran altura, ni sobre las nalgas. El hecho de que se trate de una persona del bajo pueblo, que se fija muy poco en lo que le pasa, porque además de su mala educación es alcohólica, trae una dificultad más: ¿este individuo se cayó una sola vez ó se cayó otras veces más y esto vino á producir la hemorragia? Esto contribuye á hacer más obscura la etiología. Hace algún tiempo sobrevino una mielitis á uno de nuestros más ilustrados compañeros, quien á pesar de haber experimentado varias caídas no lo había confesado hasta que sobrevino la parálisis que lo obligó á ponerse en cura. Pues bien, habría que comparar las circunstancias de la caída en uno y en otro caso. Este es interesantísimo, pero sumamente obscuro. La parte que está muy bien estudiada es la *anatómica*, pero la *etiológica* queda sumida en la obscuridad.

El señor Presidente.—Encuentro justificado lo que dice el Sr. Dr. Vértiz y abundo en sus opiniones. Ya se señaló y describió la lesión en su localización; ahora ¿cómo se explican los síntomas? El dominante, que es la parálisis, es debido á la lesión de las grandes celdillas de los

gias tubarias en el seno de los cordones posteriores. Respecto de los trastornos del recto de la vejiga, se pudiera objetar que no encuentran su explicación con las lesiones descritas, porque ambos órganos tienen centro funcional en el hinchamiento lumbar de la médula. Pero esta objeción no tiene gran valor, porque de dichos centros medulares parten fibras nerviosas que siguen los cordones posteriores para alcanzar los centros nerviosos encefálicos. La prueba se tiene en los trastornos de este género que ocurren en los enfermos presa de ictus apoplético.

Respecto á la observación del Sr. Dr. Vértiz de si este individuo antes del golpe que se refiere en la historia clínica, no sufrió algunos otros es posible que los haya sufrido; pero no creo que éstos pudieran explicar la hemorragia. Cuando llegan á producirse las hemorragias espinales en los adultos, la lesión extramedular es considerable, y por tanto muy perceptible. Hay que eliminar en el presente caso el origen traumático.

L. TROCONIS ALCALÁ.

ANATOMIA QUIRURGICA.

Algunas consideraciones sobre el uréter desde el punto de vista de la Anatomía Quirúrgica.

TRABAJO PRESENTADO Á LA ACADEMIA N. DE MEDICINA, OPTANDO Á EL LUGAR VACANTE EN LA SECCIÓN DE ANATOMÍA NORMAL Y PATOLÓGICA

POR EL DR. GABRIEL M. MALDA.

El uréter, palabra derivada del griego que significa orina, es la parte del conducto excretor del riñón que se extiende de la pelvis al bajo fondo de la vejiga. En el curso de esta larga travesía el uréter pasará sucesivamente por la cavidad abdominal, la fosa iliaca interna, la excavación pélvica y la pared de la vejiga. Los puntos de unión que ha despertado su paso por estas regiones son el fundamento de su descripción topográfica. Consideránsele cuatro porciones correspondientes: porción abdominal ó lumbar, porción iliaca, porción pélvica y porción vesical. Su trayecto abdomineo iliaco lo repre-

GACETA MEDICA DE MEXICO

PERIÓDICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO V.

MEXICO, 1º DE JUNIO DE 1905.

2ª SERIE.—NUM. 11.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

EXTRACTO DEL ACTA NÚM. 18.

Sesión del día 1º de febrero de 1905.

Presidencia del Sr. Dr. D. Manuel Toussaint.

El Sr. Dr. Monjarás ocupa la vacante que dejó por fallecimiento el Sr. Dr. D. Ismael Prieto y hace el elogio de éste.—Lectura del socio correspondiente, Sr. Dr. D. R. Ortega.—Comunicación oral por el Sr. Dr. Villarreal.—El Sr. Dr. Prieto da cuenta con el resultado del examen de los enfermos presentados por el Sr. Dr. Villarreal en la sesión del 14 de diciembre próximo pasado.

El señor Presidente se sirvió presentar al nuevo Académico, Sr. Dr. D. Jesús E. Monjarás, concediéndole el uso de la palabra para cumplir con la prescripción reglamentaria, frac. IV, art. 70. En tal virtud, el Sr. Dr. Monjarás leyó el elogio y biografía de su antecesor, el Sr. Dr. D. Ismael Prieto.

El segundo Secretario dió lectura á una Memoria del socio correspondiente en Monterrey, Sr. Dr. D. Ricardo Ortega, que lleva por título: «Curación rápida de los abscesos.»

El señor Presidente concedió en seguida el uso de la palabra al Sr. Dr. Villarreal, quien se expresó en los siguientes términos:

El Sr. Dr. Villarreal.—Por las múltiples atenciones de la Academia en sus últimas sesiones, no había tenido ocasión de hablar acerca de las enfermas que en la sesión del 14 de diciembre próximo pasado había presentado, y que fueron reconocidas por los Sres. Dres. Prieto y Macouzet, nombrados por la Mesa con tal objeto. Ahora lo haré, aunque brevemente, por ser ya la hora muy avanzada. Entrego á la Secretaría las historias clínicas de las pacientes, para su publicación oportuna. (Véanse á conti-

nuación de la presente acta). La primera enferma era una nulípara, fué operada por una masa fibromatosa más grande que los dos puños, haciéndole una extracción total por la vagina. Sin entrar en detalles relativos á la dificultad de la operación, haré notar que la enferma vino ya completamente curada á la Academia al 140 día de la intervención; su cicatriz vaginal siendo ya firme, empezó á sentarse desde el 80 día; tuvo una convalecencia bastante rápida. Caso es éste que viene demostrando que, cuando es posible, debe intervenir por la vía vaginal, que da más seguridades á la paciente, proporcionándole un alivio más rápido. El segundo caso, se refiere á una extirpación del quiste del ovario, practicada en una paciente que se encontraba en el 60 mes de la preñez; el tumor era extremadamente móvil, del tamaño de la cabeza de un niño de 8 años; había ciertas posiciones del tumor, abajo y á la derecha, en que parecía venir á colocarse inmediatamente debajo de la piel. La extrema movilidad y la longitud del pedículo hacían que la enferma experimentase frecuentemente dolores y molestias tales, que llegó á resolverse á buscar en una operación seria el ahorro de sus penas. Estas consideraciones y el temor de que pudiera interrumpirse su preñez me decidieron á intervenir, haciéndole una laparatomía lateral sobre el lado derecho, tanto para encontrar más fácilmente el pedículo del tumor cuanto para corregir al mismo tiempo la eventración considerable que había á este nivel y que permitía sentir tan superficialmente el tumor. Los detalles de la intervención constan en la observación que he entregado á la Secretaría. Solamente haré notar que la incisión fué muy grande, abriendo desde un principio la vaina del recto; que el tumor en virtud del tamaño de la incisión, pudo ser extirpado sin punción previa; que su pedículo fué cogido entre dos ligaduras respetando el ligamento redondo; que la sutura de la pared del vientre fué hecha

conforme á mi procedimiento especial, surjete músculo-aponeurótico-peritoneal con alambre de plata, cogiendo una grande extensión de la aponeurosis del transverso y oblicuos y fibras musculares del transverso y pequeño oblicuo, así como también del recto, que había quedado descubierto desde el principio de la operación; consiguiendo de esta manera reforzar la pared del vientre. Se terminó la operación con un surjete intradérmico con crin de Florencia. La anestesia practicada con tres centigramos de cocaína inyectados en el espacio aracnoideo-lombar, fué completa. Como seguramente pudieron observarlo los Sres. Dres. Prieto y Macouzet, la cicatriz obtenida era lineal, firme y resistente; el embarazo continuó su curso y la operada quedó en excelentes condiciones de salud. Ahora tengo la satisfacción de anunciar que ha dado á luz con toda felicidad un niño á término, á los tres meses después de la intervención operatoria.

Por idénticos motivos á los expresados, no fué posible presentar tampoco á la Academia á otras dos operadas, que vinieron con ese objeto desde la sesión pasada. Una de ellas no ha podido concurrir esta noche; de la operación me ocuparé someramente. Era portadora de una voluminosa masa fibromatosa, que simulaba un embarazo llegado al sexto mes. Tiene de particular este caso, que la histerectomía supra-vaginal que se le practicó fué hecha bajo la raquiánestesia, y que la sutura de la pared del vientre, ejecutada conforme á mi procedimiento, permitió sentar á la operada al octavo día y levantarla al décimo, facilitándole así la convalecencia sin retirar la sutura sino hasta el 170 día.

La otra operada, que está presente, es interesante por más de un concepto. Es una nulípara con vagina muy estrecha, que tenía un quiste del paraovario derecho, que simulaba por su tamaño y volumen un embarazo á término; teniendo además una endometritis crónica y la matriz retrovertida y adherente por la pelvi-peritonitis plástica, crónica también.—Dada la práctica que tengo en las intervenciones vaginales y á fin de hacer una operación completa, sin maltratar mucho á la paciente, me decidí á intervenir por esta vía, previa raquiánestesia cocainica. Hice la dilatación y raspa uterina, la celiotomía vaginal anterior; mi ayudante, el Sr.

Dr. Velázquez, empujó el tumor hacia abajo, y guiándome con el dedo, lo puncioné con un trocar grueso, logrando evacuar nueve litros y medio de un líquido transparente. Cogí la bolsa con una pinzas de forcipresura, y tirando de ella poco á poco, conseguí sacarla al exterior; pero como se llenara completamente la vagina, tuve necesidad de continuar haciendo tracciones sobre la bolsa, para llegar hasta la matriz, desprenderla de sus adherencias, librar al anexo izquierdo de las que había contraído con el peritoneo pélvico, y forzando más la dilatación del canal, sacar matriz y anexo hasta la vulva, puncionar los microquistes de este último y reducirlo. Sin dejar de hacer tracciones sobre la bolsa quística, pude llevar á la vulva el ovario derecho esclerosado, hipertrofiado y quístico, que por tal motivo juzgué inútil conservar; pasé una asa de *catgut* al ligamento infundíbulo-pélvico muy profundamente y con grandes dificultades, por estar ocupada la vagina con la bolsa susodicha y la matriz. Antes de seccionar este ligamento, hice la ligadura y sección del cuerno uterino derecho, respetando el ligamento redondo. Hecha la sección del ligamento infundíbulo-pélvico, extirpé el tumor; hice la vesicofijación y la sutura de la herida vaginal que, por lo laborioso de la intervención, se complicó con un desgarró del fondo anterior. Terminé colocando un tapón de gasa. La anestesia fué completa. La operada comenzó á sentarse al cuarto día y se levantó al sexto. Ha venido á la Academia al noveno día con su herida ya cicatrizada.

El Sr. Dr. Villarreal acompañó á estas descripciones las piezas anatómicas correspondientes y tres fotografías estereoscópicas de la última operada. La bolsa quística representa un tumor voluminoso como de diez litros de capacidad, surcado por la trompa uterina hipertrofiada y alargada, cuyo pabellón sumamente extendido llega hasta el ovario, que también está hipertrofiado, y además, escleroso y quístico, según se dijo. El tumor revestido de peritoneo, solamente queda descubierto abajo, en la porción correspondiente al pedículo seccionado y allí se ven los vasos, arterias y venas.

El Sr. Dr. Prieto.—Las enfermas que el Sr. Dr. Villarreal ha presentado y que tuve la honra de examinar en compañía del Sr. Dr. Macou-

zet, son bien importantes, tanto por la enseñanza que dan, como por los problemas que de su estudio se desprenden. Es la primera, una operada por útero miomatoso, en quien la operación fué oportunamente practicada y curada en la extensión de la palabra. Dominaban la sintomatología, las metrorragias abundantes y sostenidas que esta enferma presentaba, y todavía, por la palidez de sus mucosas, por la débil tensión y frecuencia de su pulso, se puede presumir hasta qué grado fueron abundantes y peligrosas las pérdidas que la intervención vino á remediar. Como quiera que según la historia de la enferma, no había habido antes fenómenos dolorosos, lo probable es que no existieran adherencias peritoníticas, y la operación por la vía vaginal fuera hasta cierto punto fácil, á pesar del tamaño relativamente grande que presentaba la masa morbosa. De la segunda operada, podemos decir, que la extirpación de los cistomas ováricos durante el embarazo es una cuestión ya resuelta desde los tiempos de Oldshausen y es de práctica corriente; puesto que se debe recordar que durante el embarazo, los anexos entran en descanso y cualquiera intervención en ellos apenas cambia su modo de ser.

Un detalle sí me había llamado poderosamente la atención, y es el sitio que ocupa la incisión que se practicó para la extracción del quiste. Con efecto, siendo para-mediana, divide los músculos de la pared en el peor sentido, haciéndolos perder su resistencia, y no es posible por esta incisión lateral, explorar, como es de buena ginecología, el anexo del otro lado; precepto terminante puesto por Van Velits y Veit; porque la observación ha confirmado que no sólo en las producciones cancerosas donde es de absoluta necesidad la extirpación de ambos ovarios, sino aun en los tumores benignos, como es el caso de que se trata, estamos en la obligación de examinar atentamente el estado del otro ovario y aun se ha aconsejado dividirlo en todo su espesor para cerciorarse de su estado y obrar en consonancia. Los datos clínicos que el Sr. Dr. Villarreal nos ha dado, explican bien por qué la incisión fué lateral; pues tenía que remediar la eventración que presentaba la enferma precisamente en ese lugar, y lo sensible es que no haya podido informarse del estado del otro ovario. Termino aplaudiendo la conducta del Sr.

Dr. Villarreal, por la brillante y buena ejecución de sus casos.

El Sr. Dr. Villareal.—No me preocupé de explorar el otro ovario, porque estando el que operé muy degenerado, era imposible suponer que hubiera podido producir el óvulo que se fecundó. Por el contrario, era seguro que la gestación ya bien avanzada, se debía á un producto del otro ovario, que sin duda estaba en buenas condiciones, á lo menos de función.

El señor Presidente.—Me permito suplicar á los Sres. Dres. D. Demetrio Mejía y D. Ignacio Prieto, que se sirvan proceder á examinar á la operada, que ha tenido la bondad de presentarnos el Sr. Dr. Villarreal; reservándose á dar cuenta con el resultado en la sesión próxima.

L. TROCONIS ALCALÁ.

OBSERVACIÓN I^a

Juana Castañeda—36 años—casada. Ingresó al Hospital Ginecológico el 19 de octubre de 1904 á curarse de una afección, que consistía en fibromiomas pequeños murales y subperitoneales, y uno grande, de la matriz, formando una masa tan grande como la cabeza de un feto á término, y anexos escleroquísticos.

Se operó el 17 de noviembre de 1904, con cocaína (0.03) y cloroformo (12 gramos).

Al hacer la exploración de la cavidad uterina, se encuentra ésta y las paredes de la matriz sembradas de tumores pequeños, además del tumor grande.

Se hace la amputación circular del cuello; se da cloroformo, porque la enferma, que es extremadamente nerviosa, empieza á quejarse, habiendo transcurrido media hora de la inyección. Al hacer la amputación del cuello se descubre el tumor; se implanta en él un tirabuzón; se vacía la porción que comprende el tirabuzón; se cogeluego con pinzas y se enuclea el tumor, que es del tamaño de una naranja; así se reduce la masa de la matriz. Se desprende hacia adelante la vejiga; hacia atrás el recto, sin abrir los fondos; se rechazan las bases de los ligamentos anchos; se abre el fondo peritoneal anterior y se luxa la matriz, que está cubierta de un verdadero racimo de fibromiomas subperitoneales y algunos murales, formando una masa más gran-

zet, son bien importantes, tanto por la enseñanza que dan, como por los problemas que de su estudio se desprenden. Es la primera, una operada por útero miomatoso, en quien la operación fué oportunamente practicada y curada en la extensión de la palabra. Dominaban la sintomatología, las metrorragias abundantes y sostenidas que esta enferma presentaba, y todavía, por la palidez de sus mucosas, por la débil tensión y frecuencia de su pulso, se puede presumir hasta qué grado fueron abundantes y peligrosas las pérdidas que la intervención vino á remediar. Como quiera que según la historia de la enferma, no había habido antes fenómenos dolorosos, lo probable es que no existieran adherencias peritoníticas, y la operación por la vía vaginal fuera hasta cierto punto fácil, á pesar del tamaño relativamente grande que presentaba la masa morbosa. De la segunda operada, podemos decir, que la extirpación de los cistomas ováricos durante el embarazo es una cuestión ya resuelta desde los tiempos de Oldshausen y es de práctica corriente; puesto que se debe recordar que durante el embarazo, los anexos entran en descanso y cualquiera intervención en ellos apenas cambia su modo de ser.

Un detalle sí me había llamado poderosamente la atención, y es el sitio que ocupa la incisión que se practicó para la extracción del quiste. Con efecto, siendo para-mediana, divide los músculos de la pared en el peor sentido, haciéndolos perder su resistencia, y no es posible por esta incisión lateral, explorar, como es de buena ginecología, el anexo del otro lado; precepto terminante puesto por Van Velits y Veit; porque la observación ha confirmado que no sólo en las producciones cancerosas donde es de absoluta necesidad la extirpación de ambos ovarios, sino aun en los tumores benignos, como es el caso de que se trata, estamos en la obligación de examinar atentamente el estado del otro ovario y aun se ha aconsejado dividirlo en todo su espesor para cerciorarse de su estado y obrar en consonancia. Los datos clínicos que el Sr. Dr. Villarreal nos ha dado, explican bien por qué la incisión fué lateral; pues tenía que remediar la eventración que presentaba la enferma precisamente en ese lugar, y lo sensible es que no haya podido informarse del estado del otro ovario. Termino aplaudiendo la conducta del Sr.

Dr. Villarreal, por la brillante y buena ejecución de sus casos.

El Sr. Dr. Villarreal.—No me preocupé de explorar el otro ovario, porque estando el que operé muy degenerado, era imposible suponer que hubiera podido producir el óvulo que se fecundó. Por el contrario, era seguro que la gestación ya bien avanzada, se debía á un producto del otro ovario, que sin duda estaba en buenas condiciones, á lo menos de función.

El señor Presidente.—Me permito suplicar á los Sres. Dres. D. Demetrio Mejía y D. Ignacio Prieto, que se sirvan proceder á examinar á la operada, que ha tenido la bondad de presentarnos el Sr. Dr. Villarreal; reservándose á dar cuenta con el resultado en la sesión próxima.

L. TROCONIS ALCALÁ.

OBSERVACIÓN 1ª

Juana Castañeda—36 años—casada. Ingresó al Hospital Ginecológico el 19 de octubre de 1904 á curarse de una afección, que consistía en fibromiomas pequeños murales y subperitoneales, y uno grande, de la matriz, formando una masa tan grande como la cabeza de un feto á término, y anexos escleroquísticos.

Sé operó el 17 de noviembre de 1904, con cocaína (0.03) y cloroformo (12 gramos).

Al hacer la exploración de la cavidad uterina, se encuentra ésta y las paredes de la matriz sembradas de tumores pequeños, además del tumor grande.

Se hace la amputación circular del cuello; se da cloroformo, porque la enferma, que es extremadamente nerviosa, empieza á quejarse, habiendo transcurrido media hora de la inyección. Al hacer la amputación del cuello se descubre el tumor; se implanta en él un tirabuzón; se vacía la porción que comprende el tirabuzón; se cogeluego con pinzas y se enuclea el tumor, que es del tamaño de una naranja; así se reduce la masa de la matriz. Se desprende hacia adelante la vejiga; hacia atrás el recto, sin abrir los fondos; se rechazan las bases de los ligamentos anchos; se abre el fondo peritoneal anterior y se luxa la matriz, que está cubierta de un verdadero racimo de fibromiomas subperitoneales y algunos murales, formando una masa más gran-

de que los dos puños. Se hace la ligadura del ligamento redondo derecho, dejando los cabos largos; entonces se consigue atraer un poco el ligamento infundíbulo-pélvico derecho, que también se liga. Pasando el dedo índice izquierdo por la base del ligamento ancho, se liga la uterina y se separa la matriz de sus inserciones. Al ligar y seccionar el ligamento ancho, se coge el peritoneo del fondo de Douglas.

Se liga el ligamento infundíbulo-pélvico izquierdo y ligamento redondo correspondiente, dejando los cabos largos; se coge con pinzas el cabo periférico de la útero-ovárica, y se termina con la ligadura de la uterina, como en el lado derecho, seccionando el peritoneo de Douglas. Con dos puntos de sutura se aproximan el corte vaginal anterior, peritoneo vesical, corte vaginal posterior y peritoneo de Douglas. Sobre una tira de gasa yodoformada, puesta con catgut sobre la sutura de los cortes vaginales, se anudan los cabos de los pedículos vasculares, aproximando así dichos pedículos y los peritoneos vesical y rectal, haciendo la clausura del piso pélvico y asegurando al mismo tiempo la canalización del parametrio y tejido celular de la pelvis.

Temperatura.—Primer día, en la noche, 36°5; segundo día: mañana, 36°4; noche, 37°3; tercer día: mañana, 37°4; noche, 36°3. La temperatura más elevada fué de 37°4.

Se cambia la curación el noveno día, estando todo cicatrizado y el catgut reabsorbido.

Pulso.—Primer día 96 pulsaciones por minuto; débil, regular; segundo día, 80 pulsaciones por minuto; débil, regular. Los días siguientes variaba el pulso entre 84 y 90.

Se dió de alta el 28 de noviembre de 1904, once días después de operada.

México, enero 11 de 1905.

OBSERVACIÓN 2ª

La Sra. X. se presentó á mi consulta particular, á fines de septiembre próximo pasado, solicitando ser operada de un tumor que ella se sentía en el vientre, y que la molestaba á medida que su embarazo avanzaba; encontrándose en esa fecha á fines del sexto mes de su preñez. El tumor que atormentaba á la paciente era en extremo móvil, pasando del lado de

recho, donde se encontraba, hasta más allá de la línea media sobre el globo uterino, formando un relieve tan marcado, que se le distinguía en todos sus detalles á la simple vista; siendo su volumen el de una esfera de 18 á 20 centímetros de diámetro y su consistencia líquida. En ciertas posiciones se le sentía distintamente, al grado de no parecer cubierto más que por la piel, sobre todo, en la parte inferior del borde externo del recto anterior del lado derecho, y sobre la región del anillo inguinal del mismo lado.

Las molestias, dolores y atirantamientos que el tumor hacía experimentar á la paciente, y que amenazaban interrumpir su embarazo, me hicieron intervenir, para quitar la causa de estos males.

El 2 de octubre último, en mi Sanatorio, previa raquicocainización, practiqué en la paciente una laparatomía lateral sobre el borde externo del recto anterior derecho; tanto porque esta incisión me aproximaba más al sitio del pedículo del tumor, cuanto porque me proponía remediar la eventración que existía á ese nivel, y que permitía sentir el tumor, como ya he dicho, cual si estuviera debajo de los tegumentos. La incisión fué grande, porque grande era la eventración, y la llevé desde tres ó cuatro dedos encima del nivel del ombligo, hasta cerca del pubis, abriendo al mismo tiempo la vaina del recto anterior. Llegado al peritoneo, se presentó el globo uterino turgente, rojo vinoso y con los plexos venosos del ligamento ancho excesivamente desarrollados. Con una ligera presión que mi ayudante, el Dr. C. Zavala, ejerció sobre el hipocondrio derecho, se presentó el tumor en el campo de la operación; é introduciendo la mano en la cavidad abdominal, con ligero esfuerzo, la incisión siendo muy amplia, pude hacer la eventración del quiste sin puncionarlo. El pedículo, que era muy largo (de 0.15 á 0.20), fué cogido entre dos ligaduras, una para el infundíbulo-pélvico, y otra para el cuerno uterino y ligamento útero-ovárico, respetando el ligamento redondo. En este momento se colocó una gasa estéril debajo del pedículo y encima del globo uterino, para defender la cavidad peritoneal de la sangre que pudiera dar la sección de las gruesas venas del pedículo. Las ligaduras ligamentarias fueron cubiertas por una sutura en bolsa de la parte alta del ligamento ancho. La sutura de la pared del vientre se hizo

según mi procedimiento: surjete con alambre de plata del plano peritoneo-músculo-aponeurótico del recto anterior con el peritoneo músculo-aponeurótico del transverso y oblicuos, que fué cogido en una gran porción, á fin de reducir en algo la cavidad del vientre y reforzar en mucho la sutura; un surjete intradérmico cerró la piel. Los tres centigramos de clorhidrato de cocaína inyectados en la aracnoide lumbar fueron suficientes para producir la anestesia y llevar á feliz término la intervención.

A los 18 días salía del Sanatorio la paciente. Dos meses después la presenté ante esta II. Corporación; los Dres. Prieto y Macouzet la examinaron y pudieron comprobar que el embarazo seguía su curso; que la cicatriz lineal situada sobre el flanco del lado derecho era firme y resistente; que la pared del vientre presentaba una tonicidad cercana de la normal, y que el estado de la enferma era desde todos los puntos de vista satisfactorio. De buen color, media de carnes; la mirada viva y el andar y porte de persona sana.

Después, han pasado seis semanas del día en que la paciente fué presentada á la Academia, y dos de haber dado á luz con toda felicidad una niña á término.

OBSERVACIÓN 3ª

Lorenza Lara — 44 años — viuda. Ingresó al Hospital Ginecológico el 16 de noviembre de 1904. Se le diagnosticaron fibromiomas uterinos múltiples. Se operó el 5 de enero de 1905, con cocaína (0.803). No se sacó líquido céfalo-raquídeo. Laparatomía suprapúbica del pubis al ombligo. Se implanta un tirabuzón en uno de los tumores subperitoneales, que se desgarraron al hacer tracciones sobre él, y eso obligó á coger la masa fibromatosa con la mano, haciendo su eventración de esta manera. Se ligan los ligamentos infundíbulo-pélvico y redondo izquierdos, y cuerno uterino correspondiente, seccionando los ligamentos hacia adentro de las ligaduras. Se repite esta operación al lado derecho; se liga la uterina al nivel del istmo del cuello; y seccionando el peritoneo del fondo vesico-uterino, se secciona de izquierda á derecha el cuello, formando un colgajo anterior y otro posterior, ligando la uterina del lado opuesto, estirando la masa fibromatosa hacia la derecha. Sutura del cuello y sutura en bolsa de los liga-

mentos anchos; sutura del vientre por mi procedimiento.

La masa fibromatosa era del tamaño de la cabeza de un niño de 12 años.

Se sienta la enferma al octavo día, y al décimo se levanta. Se le retira la sutura á los 17 días de la operación.

La temperatura más alta fué de 37°9; el pulso, de 92 pulsaciones por minuto; variando después entre 80 y 72.

Se dió de alta el 25 de enero de 1905.

Febrero 1º de 1905.

OBSERVACIÓN 4ª

Juana Vega — 24 años — doncella. Ingresó al Hospital el 5 de diciembre de 1904. Se le hizo el diagnóstico de quiste del ovario y retroversión uterina adherente. Fué operada el 14 de enero de 1905, con cocaína (3 centigr.) y cloroformo (8 gramos). No se sacó líquido céfalo-raquídeo.

Dilatación y raspa uterina; celiotomía vaginal anterior; se siente el quiste muy alto; rechazándolo hacia abajo, se punciona con un trócar grueso, que se guía con el dedo; se vacía el quiste, retirando 9½ litros de líquido transparente y claro, como agua de fuente. Guiando unas pinzas con el dedo, se coge la pared del quiste al nivel de la punción, y se empieza, poco á poco, á sacar al exterior, hasta llegar al nivel del pedículo, constituido por el ligamento ancho del lado derecho, atrás del que se encontraba el ovario de este lado hipertrofiado y esclero-quístico; se procede á concluir el desprendimiento de la matriz y del anexo izquierdo, que están adheridos y al mismo tiempo es difícil traerlos al exterior, por la estrechez de la vagina y por estar ocupada gran parte de ella por la bolsa quística. Sin embargo, se consigue sacarlos al exterior; se puncionan los micro-quistes del ovario y se reduce el anexo. Volviendo al lado derecho, se liga el cuerno uterino y el ligamento infundíbulo-pélvico; se extirpa el quiste, que contenía aún unos 500 gramos de líquido; se aproxima, con una sutura en bolsa, la parte alta del ligamento ancho. Vesico-fijación, sutura del peritoneo vesical con el de la cara anterior del útero, y se aplican con puntos de catgut las porciones de vejiga y matriz desprendidas; colporrafia anterior.

Se sienta al cuarto día de la operación; al sexto se levanta, y á los once días se le da de alta.

Temperaturas.—La más alta fué de 37°8, y á los seis días tuvo la normal.

Pulso.—92 al minuto.

Secretario,

L. TROCONIS ALCALÁ.

TERAPEUTICA QUIRURGICA

Algunas palabras acerca del diagnóstico y tratamiento del cáncer del estómago.

SEÑORES ACADÉMICOS:

Entre los temas que diariamente acrecientan las llamadas fronteras de la Medicina y de la Cirugía, uno de los más estudiados, á la vez que más debatidos, es el tratamiento del cáncer del estómago. Desde que Billroth y su escuela enseñaron la manera como puede operarse en el estómago, por razón de padecimiento canceroso del órgano, se hizo palpable extraordinario movimiento por parte de los cirujanos, llegando á creerse en la posibilidad de la curación de este mal; y se trabajó con tal ahínco, que algunos operadores llegaron á contar la extirpación total del estómago entre las intervenciones quirúrgicas ejecutadas y justificables, con la mira de proporcionar al enfermo algún beneficio.

Tratándose de manipulaciones quirúrgicas tan atrevidas, natural es que se buscara, antes de emprenderlas, el diagnóstico más ó menos preciso. De esta manera, á la vez que se ha perfeccionado la técnica de las operaciones en el estómago, se han ensanchado los medios de exploración para estudiar dicho órgano; y gracias á las observaciones de Leube, de Boas, etc., se puede, en gran número de casos, establecer con facilidad dicho diagnóstico.

Hay, sin embargo, en esta cuestión del diagnóstico y tratamiento del cáncer del estómago, algo que la vuelve difícil y delicada, á pesar de todos los adelantos á que acabo de hacer alusión. Este algo es la oportunidad con que debe ser formulada, tanto por el internista como por el cirujano, la indicación para intervenir con los medios quirúrgicos en condiciones capaces de poder ofrecer al paciente probabilidades de curación. En efecto, cuando se habla del tratamiento del cáncer del estómago, claro es que se debe tener en cuenta, en primer lugar, la posibilidad ó probabilidad de curación radical, y que las aplicaciones paliativas, tanto médicas

como quirúrgicas, deben ocupar el segundo término, y ser empleadas, por decirlo así, á más no poder.

Considerado el asunto desde este punto de vista, pueden dividirse los casos en varias categorías, en las cuales la fórmula diagnóstica debe tener su correlativo manual terapéutico.

El primer grupo puede formarse con los casos más fáciles, mejor conocidos, y que son, por decirlo así, los que constituyen el material principal de la mayor parte de las estadísticas. En los casos de este género, los síntomas están manifiestos de tal manera, que no cabe duda respecto de la naturaleza del padecimiento: la edad del enfermo, los dolores, la dilatación del estómago, la insuficiencia del órgano, acompañada de anaclorhidria, y por último, la presencia de tumor epigástrico, forman un conjunto, cuya causa reconoce, al primer golpe de vista, hasta el menos ejercitado. Este cuadro clínico, que, como es bien sabido, corresponde al carcinoma del píloro, ha sido el que ha dado lugar á las primeras intervenciones quirúrgicas; cuando se presenta completo, la indicación quirúrgica es precisa, ó, más bien dicho, lo ha sido hasta hace poco y raro sería el médico que, en tales circunstancias, se opusiera á que fuese puesta en práctica la laparatomía.

Si el diagnóstico es fácil en los casos que han sido mencionados, y la indicación no dudosa, los resultados por los medios quirúrgicos no corresponden del todo á las esperanzas, pues que al lado de algunos éxitos brillantes, en los cuales no ha habido recidiva después de varios años, hay otros en que la muerte ha sido la consecuencia inmediata de la operación, ó bien la reproducción del neoplasma, y la caquexia rápida se ha desarrollado en el curso de pocos meses. Si se comparan el número de resultados favorables con el de los que no lo son, se tiene una mortalidad bastante alta, que Kelling no estima en menos de 25 á 50 por ciento. La lectura cuidadosa de las observaciones que forman las estadísticas, da cuenta y razón de las diferencias que se encuentran en los resultados de diversos operadores; pues mientras que algunos cuentan una mortalidad en relación con lo antes dicho, hay otros, como Mikulicz, que, en catorce casos seguidos, solamente tuvo uno de muerte, y Kocher, dos en 22. En efecto, en algunos pacientes el tumor carcinomatoso ocupaba solamente la porción del antro píloro, inmediata al anillo; y, con un volumen relativamente pequeño cerraba por completo la abertura del píloro, produciendo en su mayor grado los síntomas de la estrechez de este órgano. En otros

GACETA MEDICA DE MEXICO

PERIÓDICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO V.

MEXICO, 15 DE AGOSTO DE 1905.

2ª SERIE.—NUM. 16.

MEDICINA LEGAL MILITAR.

ENFERMEDADES SIMULADAS

OBSERVADAS

EN EL EJÉRCITO MEXICANO.

(CONTINUA.)

DESIGUALDAD DE LONGITUD DE LOS MIEMBROS INFERIORES QUE CAUSEN CLAUDICACION NOTABLE.

Con el enunciado condicional de esta causa de inutilidad queda muy limitado ya el grupo de individuos por desecharse; con relativa frecuencia se observan individuos que al ser llamados ante el médico que debe reconocerlos si están ó no inútiles para el servicio de las armas, se presentan cojeando como si existiese acortamiento de alguno de los miembros inferiores y alegando esta causa de inutilidad como consecuencia de padecimientos articulares, traumáticos ó más raramente inflamatorios, fracturas viciosamente consolidadas, reumatismo muscular, ciática, afecciones de la columna vertebral, etc., etc. Por esto se ve la necesidad de medir con cuidado y por comparación los dos miembros inferiores. En una claudicación real y un poco antigua, sería muy sorprendente no demostrar diferencias de longitud y adelgazamiento de una de las piernas.

Al andar, la impresión que dejara en el suelo el pie del lado enfermo sería menos marcada que la opuesta, supuesto que el cuerpo toma su punto de apoyo instintivamente sobre el lado sano y el miembro enfermo es siempre llevado hacia adelante. Además, los simuladores en el momento que suben á la cama, apoyan indistintamente el peso del cuerpo sobre cualquiera de los dos miembros, en tanto que el verdadero enfermo sería raro que subiese primero su

miembro sano, dejando que el lado enfermo soportase todo el peso del cuerpo.

La verdad es que todos estos signos no podrían dar una seguridad completa acerca de si la simulación existe; muchos errores han sido ya cometidos y esto nos demuestra la necesidad de rodearse del mayor número posible de argumentos.

Otra de las causas de inutilidad muy frecuentemente alegadas por los reemplazos durante su reconocimiento médico, es la dificultad en el movimiento de alguno de sus miembros por la existencia de cicatrices que les provocan dolor al entrar en funciones el miembro sitio de la cicatriz. La base de sus decisiones la encontrará el médico militar en la exploración del miembro y de la cicatriz; si se trata de una cicatriz de extensión tal que no abarque toda la circunferencia del miembro y si esta cicatriz no gana en profundidades más allá del tejido celular ó solamente la piel, podrá pensarse ya con fundamento en la simulación. Se agregarán á estos datos la situación topográfica de la cicatriz; si se encuentra por ejemplo en el trayecto de algún nervio, raro sería que no se pudiera encontrar parálisis del movimiento ó de la sensibilidad en la esfera de distribución del nervio interesado ó que se observaran alteraciones tróficas cutáneas ó adelgazamiento de los músculos. Si la cicatriz ha contraído adherencias con las masas musculares, deberá observarse estiramiento de la cicatriz y de la piel cuando á estos músculos se les impriman movimientos pasivos de manera de tenderlos ó alargarlos.

Un vez que se haya tenido la convicción de que la cicatriz es profunda y adherente á músculos ó á nervios, bastará el conocimiento topográfico de la región, la exploración del funcionamiento que es peculiar á cada músculo ó grupo de músculos, la apreciación de las perturbaciones nerviosas en sus diversas manifestaciones estesódicas, cinesódicas, tróficas ó vaso-

motoras, y el libre juego de los huesos en sus relaciones articulares en los casos de adherencias huesosas, para poder discernir hasta qué punto las prolongaciones fibrosas de la cicatriz han limitado ó aniquilado el funcionamiento regular de los miembros é imposibilitado los movimientos indispensables al servicio militar. Las cicatrices superficiales que permiten los movimientos activos y comunicados de los músculos; los que no han comprendido en su proceso de formación algún ramal nervioso; las que dejan completa libertad al armazón huesoso, no serán motivo de inutilidad y creo que con plena conciencia se puede firmar en estos casos la filiación del soldado.

No he hecho mención de la condición especial que el Reglamento prescribe á las cicatrices designándolas con el carácter de suficientemente extensas que impidan los movimientos que el servicio militar requiere; porque la extensión de las cicatrices no es susceptible de simularse ni exagerarse, y el médico llamado á rendir su juicio pericial en el reconocimiento de un candidato al ejército, podrá apreciar fácilmente hasta qué punto puede una cicatriz, de dimensiones á la vista, impedir las funciones especiales del órgano ú órganos situados abajo de ella, sin que entre como factor de necesaria eliminación la mala fe del reemplazo.

ENFERMEDADES PROVOCADAS Ó SOSTENIDAS Y MUTILACIONES VOLUNTARIAS.

Este grupo de enfermedades es muy reducido en nuestro ejército y estoy en la creencia de que en todos los ejércitos sucede casi lo mismo; es natural que se tropiecen con grandes dificultades, mucho mayores á no dudar, cuando se quiere hacer nacer una enfermedad con su cuadro sintomático perfecto, que cuando hay el propósito de fingir la que no se tiene; lo primero trae consigo sufrimientos físicos para lo cual no se tiene por lo general la energía casi salvaje que requiere; para la segunda no se necesita más que sangre fría y habilidad. La enfermedad provocada puede dejar y á veces deja de hecho, males irremediables y el padecimiento simulado no deja tras sí consecuencia alguna de orden patológico que lamentar; además de esto, si un soldado se provoca una enfermedad ó pretende

inutilizarse para el servicio del ejército, su acción apreciada por los que le rodean y ostensible para sus jefes, cae desde luego bajo la acción de la justicia, se ordena el levantamiento de una acta y se turna al Juez Militar respectivo. El Código militar castiga severamente los actos ó intentos de inutilización con 4 ó 10 años de prisión y pérdida del tiempo de servicios prestados; todo esto será suficiente para demostrar la rareza de los padecimientos provocados por nuestros soldados.

El medio que generalmente ponen en práctica los individuos de tropa para provocar la inutilización, y casi podría decirse el único observado en estos últimos años, consiste en dispararse un tiro del maüser sobre una de sus manos, más comunmente la izquierda en la porción de cuatro á uno. Algunas ocasiones se hacen el disparo adaptando una correa ó cordel cualquiera al llamador y estirando con el pie dicha correa para provocar la caída del martillo y el disparo subsecuente; la mano destinada á sufrir la acción del proyectil la aplican sobre la extremidad libre del cañón del arma, conservando ellos la estación de pie ó las más veces permaneciendo sentados. Solamente sé de un solo caso en el que fueron lesionados dos dedos de la mano izquierda, el medio y el anular, al nivel de las articulaciones falangino-falangetianas; en las otras observaciones la bala ha perforado la mano penetrando por su cara palmar entre el tercero y cuarto metacarpiano ó entre el segundo y tercero; en un caso aislado fué interesada la articulación metacarpo-falangiana del dedo medio, el cual se perdió posteriormente por falta de su sostén huesoso y de los tendones que le ponían en movimiento. Como hecho curioso de hacer mención, debo citar que por lo general no han conseguido los soldados el objeto que perseguían; las fracturas de los metacarpianos bajo la acción del proyectil, es cierto que son conminutas, que numerosos fragmentos huesosos son desprendidos; que generalmente hay ruptura de algún tendón exterior; que los lombricales ó interhuesos dorsales y palmares son desgarrados y que igual suerte corre alguno de los flexores. Pero por lo general solo un metacarpiano es fracturado, el tercero las más veces; las esquirilas que están débilmente adheridas se desprenden, pero las mayores y más

importates quedan en el fondo de la herida y bajo la acción de los cuidados de asepsia, se ven pronto cubrirse de llemas carnosas, cicatrizan y se consolidan; es de regla que un solo tendón extensor y uno de los flexores superficial y profundo respectivamente son los atacados y destruidos correspondiendo al metacarpiano fracturado y los músculos interhuesosos lombriales sufren en forma parecida, pero siempre en menores proporciones. Se revela con esto que por lo común un solo dedo es el perdido, supuesto que la pérdida de las funciones de un dedo equivale, según el reglamento, á su ausencia; pero como en nuestras prescripciones, la pérdida de un dedo de la mano izquierda, excepto el pulgar, no inutiliza para el servicio de las armas, los soldados en el caso supuesto, no habrán alcanzado el fin que se proponían; así es que sufrirán las molestias y dolores más ó menos prolongados é intensos que acarrearán sus curaciones, sufrirán en las prisiones militares los años de reclusión que en Consejo de Guerra se le sentencien y después de extinguida su condena saldrán al servicio comisionados en alguno de los cuerpos de la guarnición ó foráneos, empezándose á contar desde ese momento su tiempo de servicios como soldados.

No obstante las desiguales condiciones que les están reservadas, puede calcularse, para la fuerza que radica en la Plaza de México, un contingente de 5 á 6 individuos por año, que recurren á este necio expediente para substraerse al servicio de las armas.

No es este el único móvil que los impulsa á perforarse la mano descargando su arma, hay otras causas de órdenes diversos que los impulsan á esta mutilación. Uno de estos hombres me refería que había disparado sobre su mano por temor al castigo que debería imponerle el cabo del cuartel porque había extraviado sus zapatos con los que era de su obligación presentarse á la revista de aseo de ese día sábado; algunos otros, quizá la mayoría, bajo la influencia del alcohol sin dar una razón satisfactoria de los motivos que les hayan urgido; otro, soldado al parecer cumplido y pundonoroso, había sido sometido á un castigo que no pudo cumplir porque su dignidad se lo impedía; el mayor número han tenido motivos fútiles, más bien, pudiera decirse, pretenden disculpar ó justifi-

car su proceder con objeto de amenguar la pena á que deberán ser sentenciados por sus intentos de inutilización, persiguiendo casi todos como ideal obtener su separación del ejército.

No tengo noticias de que este género de mutilaciones se haya observado en los ejércitos extranjeros con la frecuencia que entre nosotros, ni que persigan los fines que nuestros soldados anhelan; se refiere como caso notable que un general francés se disparó un balazo en un dedo con objeto de obtener una condecoración que obtuvo, haciéndose pasar como herido en campaña; este hecho es verdaderamente excepcional en Europa y entre los jefes y oficiales de nuestro ejército, lo que nos revela su pundonor y delicadeza muy digna de todo elogio. Sin embargo, uno que otro caso raro no deja de formar excepción á este concepto general y con este propósito me permitiré relatar brevemente una observación que pude seguir al través de sus diferentes fases. Un mayor perteneciente á corporación científica, acepta y firma un compromiso con la Secretaría de Guerra para servir cuatro años en asuntos de su profesión aplicada á la clase militar; después de dos años transcurridos, encuentra mejor acomodo en el mismo género de trabajo profesional pero en el orden civil, solicita una licencia temporal durante la cual adquiere el convencimiento práctico de las ventajas que le reporta el cambio y eleva un oficio de inutilidad para el servicio de las armas por encontrarse enfermo de un padecimiento del ano. Son nombrados los doctores Ross y Manuell para informar acerca de la inutilidad aludida y dan su dictamen asegurando que no existe enfermedad alguna en la región precitada y que el mayor X está útil para el servicio de las armas. Insiste este jefe elevando una nueva solicitud en la que pide otro reconocimiento facultativo y somos nombrados el Dr. Gutiérrez y yo para practicarlo; encontramos escoriada y muy sucia de materias fecales la piel perianal, se asea la región con cuidado y de modo muy aparente se ve á dos centímetros á la izquierda del ano un punto desprovisto de piel, rojo y ulcerado que da fácil paso á un estilete explorador que avanza hasta la mucosa del recto á cuatro centímetros arriba de la extremidad inferior y terminal del intestino, esto es: el mayor X tenía una fistula anal completa que se rehusaba

á curarse quirúrgicamente. Las fistulas del ano incurables son consideradas en el Reglamento como una causa de inutilidad, y esta fístula era incurable desde el momento que el tratamiento operatorio era rechazado por el enfermo. (Nota segunda. Art. 366. Anexo.)

En este caso los doctores Ross y Manuell, médicos competentes y honorables á no dudarlo, habían examinado prolijamente la región anal y no habían encontrado sino exulceraciones de la piel, dependientes de la completa incuria de ese mayor; en nuestros exámenes encontramos el Dr. Gutiérrez y yo una fístula completa y excesivamente clara, adquirimos informes de que á otras personas no había comunicado nunca tener este padecimiento, no obstante que por fundados motivos podrían saberlo y tomando en consideración que había especialísimo interés en adquirir su baja por inutilidad, debido á que iba en pos de mejor retribución, vino la sospecha de la formación de la fístula, enfermedad provocada muy fácil de efectuar desde el momento que la cocaína inyectada con mediana habilidad ó algún otro anestésico utilizado, puede extinguir el dolor de la formación de la fístula. Como era indispensable probar este hecho delictuoso y se carecía de medios probatorios, este mayor fué dado de baja por la causa alegada, ganando la Corporación á que pertenecía la separación de un miembro bien poco honorable.

En los cuarteles y en las prisiones, principalmente, se observan con frecuencia relativa, soldados que se provocan ulceraciones de las piernas con la aplicación de papel manteca ó papel nitrado. La superficie de la piel que ha sufrido la acción cáustica de dicha substancia presenta una coloración amarillenta en algunas porciones y negruzcas en otras; su forma es casi circular, de bordes muy regulares, generalmente situada en el tercio medio de la pierna y en su cara externa, teniendo predilección por la pierna del lado derecho que les presenta más fácil acceso; un septenario más ó menos después de la provocación de la escara, se desprenden todos los tejidos mortificados que comprenden todo el espesor de la piel y más raramente también el tejido celular subcutáneo, apareciendo una superficie sangrienta, tomentosa, irregular, en donde se perciben frangmentos de tejido

celular y una verdadera membrana piogénica con secreción peculiar. La supuración establecida francamente tiene tendencias á disminuir rápidamente, limpiándose la superficie ulcerosa por efecto de las curaciones antisépticas y de los cuidados de limpieza. La evolución general de estas ulceraciones es muy variable, dependiendo sobre todo de la extensión en superficie y de su profundidad; en términos muy generales se puede calcular el proceso completo hasta su cicatrización, en cuatro ó cinco semanas; pero este lapso de tiempo es generalmente aumentado por la intervención del simulador que desprende sus curaciones, destruye la película cicatricial é infecta su úlcera. Con objeto de evitar estos retardos que aumentan la permanencia del simulador en el Hospital, se acostumbra marcar la venda después de aplicada sobre la curación, advirtiendo al soldado que si no cuida su apósito, pasará en el calabozo el tiempo que requiera la cicatrización de su úlcera hasta la curación. Por lo común no hay necesidad de recurrir á estos medios extremos y curan con la rapidez propia de estas pérdidas de substancias.

No creo haber tratado todos los casos de simulación posible; como antes he indicado, me he concretado á analizar las enfermedades anotadas en el cuadro que al fin presenta el Reglamento del Cuerpo Médico Militar, ciñéndome en cuanto es posible al orden en que están ahí agrupadas y solamente en raras ocasiones he incluido algún padecimiento que aunque no inutilice para el servicio de las armas, requiere la confinación á la cama ó al menos la permanencia del soldado en las salas del Hospital.

Es natural que sea muy restringido mi estudio, porque he querido limitarme á los casos prácticos, los que más frecuentemente observamos en los hospitales militares, los que han sido presenciados por mis compañeros y principalmente os que en mi reducida experiencia he tenido oportunidad de tratar.

Hace más pequeño este mal perjeñado trabajo, la circunstancia de ser menor el número de padecimientos que el soldado mexicano simula, en relación con las del soldado europeo, que más instruído en general, halla más basto campo á sus ficciones y las presenta más cercanas á la verdad, despojándolas de las vulgari-

dades y preocupaciones que han echado tantas raíces entre nuestra baja clase social, que es la que da el mayor contingente de individuos de la clase de tropa. Entre nosotros las simulaciones son menos bien presentadas, más burdas, menos variadas; casi podría decirse que los simuladores propiamente dichos son en número muy reducido y que la mayoría de las veces son más bien exageraciones de algún padecimiento existente. Es de notarse también que en el transcurso de diez á doce años, parece que las enfermedades simuladas ó exageradas tienden á disminuir en nuestro ejército, sin que me figure que llegará época en que desaparezcan del todo; en cambio podría asegurarse que á la expectativa de las grandes guerras el número de casos de enfermedades falsas aumentaría de modo considerable en relación directa á la proximidad del peligro.

El asunto que he tratado en este ligero opúsculo, ha sido ya extensamente estudiado por varios autores extranjeros y lo creo por esto desprovisto de novedad y de interés; sin embargo de esto, me ha decidido á abordarlo, la consideración de que no hay en nuestra literatura patria, que yo sepa, ningún escrito relativo á la simulación de enfermedades observadas en nuestras tropas; observaciones aisladas, recuerdos de la práctica de algunos médicos militares, muchos casos sólo conocidos en relatos conocidos de una conversación aislada, pero nada que condense la experiencia obtenida, que ordene y agrupe las simulaciones, que las estudie en sus formas y aspectos más comunes, que dicte los consejos más adecuados para sorprenderlas y quizá para evitarlas, y por estas razones la labor que representa el estudio de este ramo de Medicina Legal, ya de suyo muy pesado para mis pobres fuerzas, llega necesariamente á haberse ímprobo é incompleto. Se resiente este escrito de la falta de documentaciones que le harían de mayor veracidad y darían más fuerza á las conclusiones; este defecto es inherente á la ausencia de datos publicados y á que nuestros compañeros no han consignado los casos que corresponden á sus observaciones personales. Además, por no hacer muy recargado este trabajo, más monótono y pesada su lectura, no he querido citar cada uno de los casos que las varias oportunidades me han

permitido conocer y que conceptuaba como triviales y poco ilustrativas; las observaciones ya citadas han sido escogidas entre las diferentes que por algún medio han llegado á mi conocimiento, tomando las que me parecieron de mayor importancia; así se verá, por ejemplo, que á propósito de las úlceras provocadas, no cito observación alguna, no obstante el número ya respetable de las que en el Hospital Militar hemos podido atender y de las que se me han referido y que pertenecen á la práctica de otros médicos, por figurarme su relato de importancia nula.

Los apuntes que aquí consigno no llevan la menor intención de ilustrar en algo el asunto de que tratan; no son más que una serie de anotaciones que habrán cumplido su misión si logran siquiera medianamente iniciar el estudio de uno de los ramos de Medicina Legal entre nosotros.

México, diciembre de 1904.

A. HIDALGO.

CIRUGÍA GINECOLÓGICA

Antes de entrar en materia, indicaré someramente el objeto de la presente recopilación anatómica.

En el transcurso de siete años consecutivos que tengo de haber dedicado mis actividades al estudio y práctica de la ginecología, al lado del bien conocido Dr. Julián Villarreal, se han presentado distintos problemas de los que, bajo la labor infatigable y sostenido estudio del citado doctor se han resuelto quizá una gran parte.

En esta tarea científico-quirúrgica, me ha sido fácil, por una feliz coincidencia, compenetrarme de los temas por resolver y entre éstos se halla el que es objeto de este trabajo.

En efecto, las histerectomías abdominales por cáncer producían una mortalidad mayor que por otros padecimientos, y en la actualidad, al menos en el Hospital "González Echeverría," es casi semejante á la de las otras histerectomías. La razón que, en nuestro concepto, es preponderante, entre otros detalles de técnica operatoria, estriba en saber cuidar el uréter, principalmente al hacer

GACETA MEDICA DE MEXICO

PERIÓDICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO V.

MEXICO, 1º DE OCTUBRE DE 1905.

2ª SERIE. Núms. 19, 20 y 21.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

ACTA NÚM. I.

Sesión solemne del día 1º de octubre de 1905.

Presidencia del señor Subsecretario de Instrucción Pública y Bellas Artes, Lic. D. Ezequiel Chávez.

A las 7 y 25 minutos de la noche se abrió la sesión.

El señor Secretario 1º Dr. D. Luis Troconis Alcalá, leyó la reseña de los trabajos académicos verificados durante el año social de 1904 á 1905.

El Sr. Dr. D. José Ramos, leyó un trabajo titulado: «La Luz y el sentido luminoso.»

El Sr. Dr. D. Manuel Toussaint, pronunció su discurso de clausura del año académico, dando las gracias al señor Subsecretario por haber presidido dicha sesión.

El señor Subsecretario de Instrucción Pública y Bellas Artes declaró clausurado el año académico de 1904 á 1905 é inaugurados los trabajos del nuevo año social de 1905 á 1906.

Ocupando la Presidencia el Sr. Dr. D. Francisco Vázquez Gómez, se procedió á la elección de los funcionarios siguientes:

Vicepresidente, 2º Secretario, Bibliotecario 3º, 4º y 5º miembros de la Comisión de Estilo, y sus suplentes; resultando electos respectivamente, los Sres. Dres. D. Fernando Zárraga, D. Roque Macouzet, D. Eduardo Vargas, D. José Mª Bandera, D. Tomás Noriega, D. Gregorio Mendizábal, D. Ricardo Suárez Gamboa, D. Porfirio Parra y D. José P. Gayón; con lo que terminó la sesión á las diez y media de la noche, habiendo asistido los Sres. Dres. Bulman, Cicero, Chávez, Gayón, González Urueña, López Hermosa, Malda, Macouzet, Monjarás, Montaña, Noriega, Núñez, Orvañanos, Prieto,

Ramírez Arellano, Ramos, Soriano, Suárez Gamboa, Toussaint, Troconis Alcalá, Vargas, Vázquez Gómez, Villada y Zárraga.

Concurrieron, representando á las Corporaciones que en seguida se expresan, las personas siguientes:

Academia de Legistas.—Lic. Isidro Rojas.

Consejo Superior de Salubridad.—Dr. Alfonso Ruiz Erdozain, Dr. Joaquín Huici.

Cuerpo Médico Militar.—Teniente Coronel, Dr. Ricardo E. Manuell, Mayor Dr. Martín Sánchez, Capitán 1º Dr. Francisco Huacuja.

Escuela de Medicina.—Dr. Manuel Gallegos, Dr. José Gama.

Parasitología Agrícola.—Sr. Anselmo Meraz.

Sociedad Astronómica.—Sr. Antonio Revilla, Sr. Perfecto Nieto.

Sociedad Farmacéutica Mexicana.—Dr. Juan E. Hernández, Dr. Enrique L. Abogado.

Sociedad de Geografía y Estadística.—Sr. Manuel Carrasco, Lic. Isidro Rojas.

Sociedad «Pedro Escobedo.»—Dr. Eduardo Lamicq, Dr. Enrique L. Abogado. Dr. Manuel Flores García, Dr. Salvador Vega Limón.

Sociedad Río de la Loza.—Sr. Flavio Guillén.—El Secretario, J. Cosío.

RESEÑA

DE LOS TRABAJOS

DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

DURANTE EL AÑO ECONOMICO DE 1904 A 1905.

Señor Subsecretario de Instrucción Pública y Bellas Artes:

Señor Presidente de la Academia:

Señores:

«Si parece natural á persona entrada en años el que de vez en cuando vuelva la vista á los pasados días que cintilan entre las brumas del tiempo como fúlgidas estrellas; si suele el rico

«propietario complacerse al ver sobre sus cultivos campos rico tapiz de espigada mies que al soplo de la brisa finge amarillentos lagos, cuyo menudo oleaje el sol salpica con polvo de oro y de plata; si á todo trabajador recrea el recuerdo de pretéritas fatigas, al saborear los frutos que le produjeron ellas; si hasta el náufrago repasa en su memoria con orgullo y complacencia sus pasadas horas de angustia, de lucha y de dolores, ¿qué extraño es que una asociación consagrada á los estudios científicos, tras penoso caminar por el quebrado terreno en que comprometió sus pasos, vuelva con la luz de sus recuerdos hacia aquellos campos que hizo por fecundizar, y se deleite, con delectación que es provechosa, en las robustas espigas brotadas de sus observaciones propias, en las lozanas plantas que llevan flores perfumadas y delicados frutos, y hasta en los grandes obstáculos contra los cuales chocó su empeño, hiriéndole en sus nobles propósitos y comprometiendo sus ilusiones á desconsolador naufragio?»

«Tales, señores, nuestra situación del momento con gran tosquedad bosquejada por mi vieja pluma.» Así decía, con verdadera corrección y elegancia hace hoy precisamente veintitún años nuestro ilustre colega y venerado maestro, el Sr. Dr. D. Manuel Domínguez, al comenzar la Reseña de los trabajos académicos habidos durante el año de 1883 á 1884. Y yo he querido recordar ahora en circunstancias idénticas estas memorables palabras con el doble propósito de rendir, primeramente, pleito homenaje de respetuosa consideración, amor y gratitud al viejo y cariñoso Mentor de la juventud médica y de amparar, además, con tan brillante y poderosa égida la Reseña que por precepto reglamentario tengo obligación de presentar en esta solemnidad acerca de los trabajos realizados en el año que hoy termina. En tal concepto, señores, prosigo repitiendo con el maestro: «Hecho hecho alto, como para cobrar aliento en la peregrinación emprendida, y es oportuno que ahora, antes de empuñar nuevamente el báculo de la fe y la alforja de la constancia, indispensables ambos para llegar al término, recorramos en conjunto con mirada retrospectiva el terreno que anduvimos.»

«Allí lo tenéis con las bellezas que le habéis

«impreso: obras son de vuestro genio, producto de vuestro trabajo, las flores en botón y los frutos ya maduros que representando están los progresos de las ciencias médicas, y que ofreciéndose vienen como seductor halago á las generaciones siguientes, ó como bálsamo de consuelo para nuestros semejantes enfermos.»

Atendiendo á las Secciones diversas en que para su debida organización se estimó conveniente dividir esta Academia, voy á clasificar los títulos de las Memorias originales que fueron presentadas durante el año, agrupando en cada una de las referidas Secciones, todos los trabajos relativos, sin omitir las comunicaciones verbales, las discusiones que se suscitaron y los informes que se rindieron por las Comisiones respectivas. Cuidaré de hacer constar asimismo y de la propia manera, las exhibiciones de enfermos y piezas patológicas. Mas al proceder á hacer esta rápida enumeración por el orden indicado, evitaré descender á prolijos pormenores, ya que en las actas de las sesiones verificadas durante el año, constan con todos sus detalles los asuntos que en ellas fueron ventilados.

Condensaré, por último, en brevísimo resumen, todo lo que se haya efectuado como trabajo real y útil durante el año, para tratar después, siquiera sea someramente, lo que á nuestros asuntos económicos haga referencia.

*
*
*

FÍSICA Y QUÍMICA MÉDICAS:

Pertenece á esta Sección la Memoria original que, acompañando á atenta comunicación, remitió á la Academia el distinguido socio correspondiente en Nueva York, Sr. Profesor J. Mount Bleyer, para llenar su turno de lectura. La Memoria se titula: «Analogía entre los colores y la música.» Se dió cuenta con ella en la sesión de 21 de Junio y se acordó pasarla á nuestro apreciable consocio, el Sr. Dr. D. Tobias Núñez, para que se sirviera hacer la versión del inglés al español.

ANATOMÍA NORMAL Y PATOLÓGICA.

Con fecha 20 de julio de 1904 la Academia expidió la Convocatoria declarando una plaza va-

cante en esta Sección. Por acuerdo de 19 de octubre siguiente, se resolvió prorrogar el plazo para la remisión de las solicitudes hasta el 26 de diciembre inclusive. Y correspondiendo á los términos de la Convocatoria, fueron presentadas oportunamente dos Memorias, acompañadas de las solicitudes y demás documentos requeridos. Las Memorias eran pertenecientes al Sr. Dr. D. Juan Velázquez Uriarte, la primera, que lleva por título: «Algunas consideraciones acerca del ligamento ancho,» y la segunda, al Sr. Dr. D. Gabriel M. Malda. Esta última tiene por título: «Algunas consideraciones sobre el uréter desde el punto de vista de la Anatomía Quirúrgica.» Vino acompañada de siete preparaciones anatómicas, una acuarela y un dibujo.

En consonancia con lo dispuesto por el Reglamento, pasaron estos trabajos al Presidente de la Sección para los efectos de la Convocatoria, y en la sesión celebrada el 8 de marzo del año en curso se le dió primera lectura al dictamen que, con respecto á los aspirantes y sus Memorias, tuvo á bien rendir la mencionada Sección. El 15 del mismo mes de marzo se le dió segunda lectura y se puso á discusión en lo general. Hicieron uso de la palabra, en contra, el Sr. Dr. Noriega, y en pro, el Relator de la Comisión, Sr. Dr. Vázquez Gómez. Sin lugar á discutirlo en lo particular, por carecer de conclusiones ó proposiciones finales, se procedió, de acuerdo con la prevención reglamentaria, fracción III, art. 6º, á verificar la elección del candidato, resultando nombrado por mayoría de votos el Sr. Dr. D. Gabriel M. Malda.

FISIOLOGÍA.

En la sesión verificada el 9 de noviembre de 1904, el Sr. Dr. D. José María Bandera llenó su turno reglamentario con la lectura de una Memoria titulada: «Fisiología. Euterokinasa y Secretina.» Con motivo de esta lectura el Sr. Dr. Toussaint relató, en corroboración de la doctrina expuesta, un caso clínico que tuvo oportunidad de observar cuando estuvo en Berlín últimamente.

El Sr. Dr. D. Porfirio Parra se sirvió leer con fecha 10 de mayo una interesante y bien escrita Memoria, que tiene por título: «¿A qué

fenómeno normal corresponden las alucinaciones?»

PATOLOGÍA Y CLÍNICA MÉDICAS.

El primero de los trabajos que deben figurar en esta Sección está representado por la Memoria original que, obsequiando la segunda de las cuestiones enunciadas en la Convocatoria de 3 de junio de 1903, fué remitida á la Academia. La segunda cuestión decía así: «La fiebre llamada remitente por algunos médicos mexicanos, y fiebre tifoidea é infección intestinal por otros, y que se observa con frecuencia en la Capital de la República, es una enfermedad específica, propia de nuestra Nación; ó bien es un padecimiento común de los descritos en los libros de Patología Europeos?» Tenía asignado un premio de \$500.00. Conforme al Reglamento y á las bases de la Convocatoria, al dar cuenta con el trabajo enviado en la sesión de 5 de octubre del año próximo pasado, se procedió á nombrar el Jurado respectivo, que quedó formado por los Sres. Mejía, Olvera, Terrés, Cosío y Ramos, como propietarios; y como suplentes, los Sres. Toussaint y Orvañanos.

El Jurado rindió su dictamen en la sesión de 9 de noviembre, siendo ésta considerada como la primera lectura. La segunda se verificó el 16 del mismo mes. Aprobado en lo general, también lo fué tocante á las conclusiones, que eran dos. 1ª No es de concederse el premio que señala la Academia al autor de la memoria titulada: «Fiebre remitente colibacilar.» 2ª No se publica en la «Gaceta Médica» la mencionada Memoria, asunto de este dictamen.

Para cubrir su turno reglamentario el Sr. Dr. D. José Ramón Icaza, hizo á la Academia una comunicación verbal en la sesión de 19 de octubre acerca del tratamiento de la laringitis diftérica ó crup. El interés promovido por esta comunicación, se tradujo en el debate que á este respecto sostuvieron luminosamente los Sres. Macouzet, Olvera y el autor de la comunicación, haciendo uso de la palabra cada uno de ellos varias veces.

El Sr. Dr. Cosío leyó en 9 de noviembre una Memoria, cuyo título es: «Trastornos psíquicos de la neurastenia,» la cual dió motivo al Sr. Dr. D. José Ramos para ilustrar el asunto con docetas y atinadas observaciones.

En 11 de enero, el Sr. Dr. Toussaint ocupó la atención de la Academia refiriendo un caso de grande interés desde el punto de vista de la Patología, si bien desgraciadamente desde el punto de vista práctico venía á perderse en la masa común de los hechos que pasan inadvertidos. Se trataba de una mielitis bastante curiosa en lo que se refiere á la manera cómo se desarrolló y las partes que interesó. Acompañó á su exposición oral varias preparaciones histológicas, que contribuyeron á ilustrar notablemente el hecho, revelando que *había lesiones inflamatorias localizadas en la substancia gris y que la inflamación afectaba en mayor escala los cuernos anteriores. En consecuencia, fijándose en tal detalle, podría clasificarse el caso como POLIOMIELITIS, no obstante la edad adulta del individuo, si no se tuvieran en cuenta los otros detalles del examen anatómico, á saber: que el proceso inflamatorio no se localizaba exclusivamente al cuerno anterior, sino que afectaba también al posterior; Y QUE HABÍA HEMORRAGIAS EN LA SUBSTANCIA BLANCA DE LOS CORDONES POSTERIORES. Entonces resultaba una de estas dos cosas, ó que la lesión de la POLIOMIELITIS NO SE LOCALIZABA Á LOS CUERNOS ANTERIORES ó que el referido caso NO ERA UNA POLIOMIELITIS. Así razonaba el preopinante al considerar el hecho clínico, y después de hacer algunas reflexiones tocante á la presencia de hemorragia tubaria en la substancia blanca, llegaba á suponer aceptable la idea de que esta hemorragia estaba subordinada á la rotura de algunos vasitos de los ramos del sistema espinal anterior. El hecho, en tal concepto, podía ser tomado como una *poliomielitis apoplética con hemorragia tubaria.**

Con motivo de esta comunicación se abrió un debate interesante entre los Sres. Toussaint y Vértiz.

El 22 de febrero, el Sr. Dr. D. Luis E. Ruiz presentó á la Academia para llenar su turno de lectura, la observación de «Un caso de tétanos.»

El Sr. Dr. Zárraga hizo referencia en la sesión del 3 de mayo de un caso clínico perteneciente al Sr. Dr. D. Gabriel M. Malda. Se trataba de una enferma á quien, para ser sometida á una operación ginecológica (según la interesada referencia), se le hizo previamente la *raquicocainización*. Que consecutivamente la enferma había venido presentando fenómenos de parálisis completa de la motilidad en el miembro infe-

rior derecho, menos acentuados en el izquierdo, y perturbaciones de la sensibilidad; parálisis vesical y rectal con la retención de la crina y de las materias fecales, como era consiguiente. El Sr. Dr. Zárraga había considerado el caso con cierto interés particular que le había hecho estimar como prudente el someterlo al estudio y deliberación de sus compañeros; pues no era la primera vez que se advertían estos y otros fenómenos serios á consecuencia de la *raquicocainización*. Este medio de anestesia, en su concepto, no dejaba de tener peligros; sobre este punto ya se había promovido una discusión interesante en el seno de la sociedad médica «Pedro Escobedo.» Concluyó pidiendo el nombramiento de una comisión que examinara á la enferma. Fueron comisionados, al efecto, los Sres. Dres. Núñez y Gutiérrez. La enferma concurrió á la Academia y fué examinada por los señores comisionados. El hecho dió lugar á una discusión entre los Sres. Zárraga, González Uruña y Núñez.

En las sesiones de 31 de mayo y 7 de junio, el Sr. Dr. Toussaint tuvo á bien indicar la conveniencia de discutir el diagnóstico y tratamiento de la Colelitiasis desde estos dos puntos de vista: 1° Diagnóstico. ¿Cómo se presenta la colelitiasis entre nosotros? ¿Es fácil confundirla con otro padecimiento? 2° Tratamiento de la colelitiasis, una vez que se la ha diagnosticado, tanto médico como quirúrgico. ¿Cuáles son sus resultados y establecer los términos de comparación?

Habló extensamente acerca de estos dos puntos, ocupando la atención de la Academia en la primera de las sesiones indicadas. Continuó en la segunda hablando del propio tema, deteniéndose en lo relativo al diagnóstico; planteando y resolviendo las objeciones que en su concepto pudieran presentarse.

Por tal motivo se suscitó una larga discusión, en la cual tomaron parte los Sres. Toussaint, Núñez y Vértiz.

El Sr. Dr. D. Tomás Noriega leyó ante la Academia, el 14 de junio, una erudita Memoria bajo el título: «Natura medicatrix,» que dió ocasión al Sr. Dr. D. Porfirio Parra, para hacer algunas juiciosas observaciones acerca de la connotación y denotación de las voces naturaleza y naturaleza medicatrix.

En la sesión verificada el 5 de julio, el Sr. Dr. D. Eduardo Vargas leyó una Memoria denominada: «Vómitos incoercibles con acetone-mia como complicación de la escarlatina» y el que habla presentó á la consideración de la Academia, la exposición razonada proponiendo los temas para el concurso anual de 1905 á 1906, en cumplimiento de lo establecido en la frac. VII del art. 19 del Reglamento. Fué ésta una primera lectura. La segunda se verificó en la sesión del 12 de julio. Entonces se abrió el debate, que continuó hasta la sesión del 19 del propio mes. En el sentido indicado por la discusión, se modificaron los temas que, al fin, resultaron aprobados bajo la forma siguiente:

«1° Diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar. Medidas que conviene adoptar para impedir la propagación de la enfermedad.»

«2° Frecuencia de la lepra en la República Mexicana. ¿Qué tipos clínicos se observan más comunmente y cuáles son las medidas conducentes para evitar la propagación del mal?»

Se asignaron como premios para la solución de estas cuestiones, dos cantidades de \$500.00 y se expidió desde luego la Convocatoria relativa.

En las discusiones tomaron parte los Sres. Monjarás, Núñez, Ruiz, Vázquez Gómez, Cicero, Macouzet, Cosío, González Urueña, Montañón, Soriano y el que habla.

El 12 de julio, el Sr. Dr. Olvera dió lectura á un trabajo titulado: «¿Qué valor tiene el dolor como signo para el diagnóstico de las enfermedades de los órganos del vientre?»

Y en la sesión del 26 del mismo julio, el que habla leyó la Memoria remitida por nuestro socio correspondiente en Veracruz, Sr. Dr. D. Manuel S. Iglesias, la cual fué denominada por su autor: «Someras consideraciones sobre la propagación de la fiebre amarilla conforme á los últimos datos científicos.»

Esta lectura dió oportunidad para estimar algunas observaciones presentadas por los Sres. Dres. Macouzet y Cicero.

PATOLOGÍA, CLÍNICA Y TERAPÉUTICA
QUIRÚRGICAS.

Como trabajo extraordinario, se sirvió presentar el Sr. Dr. D. Aureliano Urrutia, en la se-

sión del 5 de octubre, el que lleva por título: «Algunos detalles de medicina operatoria relativos á la extirpación del maxilar superior.»

Acompañó un ejemplar anatomo-patológico y presentó al sujeto clínico operado con buen éxito, de quien hizo mérito en la Memoria. Fueron comisionados para reconocer al operado, los Sres. Dres. D. Jesús González Urueña y D. Ignacio Prieto. Cumplieron su cometido, y en 26 de octubre, el Sr. Dr. Prieto presentó el dictamen respectivo, que consta publicado en el acta de la fecha, y con motivo del cual, hubo ocasión, á excitativa del señor Presidente de la Academia, para conocer las opiniones de los cirujanos presentes en dicha sesión; en la discusión promovida hicieron uso de la palabra los Sres. Dres. Vázquez Gómez, Hurtado, Icaza y Núñez.

El Sr. Dr. D. Roque Macouzet aprovechó su turno reglamentario para leer una Memoria, á la cual puso por título: «Algunas consideraciones á propósito de los cálculos vesicales de los niños.» La lectura tuvo lugar el 19 de octubre. Presentó á un niño operado recientemente, de talla hipogástrica y exhibió el cálculo que le había extraído. La mesa comisionó á los Sres. Dres. D. Eduardo R. García y D. Eduardo Vargas, para examinar al operado.

El Sr. Dr. Vargas, relator de la Comisión, decía, á propósito del método operatorio seguido por el Sr. Dr. Macouzet, que «en el presente caso había tenido la oportunidad de ver las grandes ventajas que resultan de dejar abierta la vejiga los primeros días; en la noche inmediata á la operación, se elevó la temperatura á 38° para descender al día siguiente; no hubo infiltración, y por esto se advierte el contraste que hay entre éste y los otros casos en que se cierra desde luego la herida vesical. El operado siguió perfectamente, sin accidente alguno, hasta los 14 días después de la operación en que ya pudo considerarse asegurado el éxito.»

«De algunos accidentes causados por los tranvías eléctricos.» Fué la denominación bajo la cual presentó su lectura reglamentaria el 23 de noviembre el Sr. Dr. D. Domingo Orvañanos.

En esa misma sesión, el Sr. Dr. Macouzet se dignó presentar á la Academia á un niño á quien había operado recientemente por cálculos ve-

sicales. Le hizo la talla suprapúbica y la *vesicofijación* á las paredes del vientre, estableciendo la canalización de la cavidad con tubos paralelos. Dió á conocer los cálculos extraídos, y el Sr. Dr. Núñez, á quien la mesa nombró para reconocer al niño, informó acerca de él favorablemente, felicitando al operador.

«Algo relativo al tratamiento quirúrgico de los abscesos hepáticos abiertos en los bronquios,» se llama la Memoria que el Sr. Dr. D. Germán Díaz Lombardo leyó á la Academia el 30 de noviembre, para cubrir su turno respectivo. Al terminar la lectura, dirigió atenta excitativa al señor Presidente, rogándole que digera algo sobre el particular, porque tenía entendido que al hacer el estudio microscópico de los productos recogidos en el sujeto clínico, de que había hablado, el Sr. Dr. Toussaint había encontrado algo interesante. Agregó que iba á permitirse interpellarle también acerca de la opinión que se hubiera formado con respecto á la importancia pronóstica del examen bacteriológico en semejantes casos.

El Sr. Dr. Toussaint se dignó corresponder á la excitativa, manifestando que, si mal no recordaba, había encontrado en el caso, *balantidio*, parásito cuyo papel patógeno parece estar demostrado por los estudios de Dehio y Wanach, de San Petersburgo. Recordó algún otro caso importante, y en cuanto á la interpelación relativa á la importancia pronóstica del examen bacteriológico en casos semejantes, manifestó que los elementos figurados que hasta hace poco habían sido tomados por celdillas hepáticas verdaderas, no son tales celdillas hepáticas, aunque sí son ciertamente elementos celulares. «Cuando el absceso hepático, prosiguió, comunica con el intestino, las amibas que se encuentran en el pus no tienen valor alguno, porque habitualmente existen en el tubo intestinal. Si el pus procede de los bronquios, cuando el absceso se ha abierto por esta vía, la presencia de amibas sí tiene cierto valor diagnóstico; pero no específico. En algunos derrames pleurales ó en ciertos esputos, se han encontrado estos parásitos sin que hubiera absceso hepático. Generalmente, toda colección de pus que no comunica con cavidad alguna visceral, no es muy rica en bacterias; pero, al contrario, cuando esta comunicación existe, sí hay abundancia de

bacterias en el pus; por esta razón, cuando se trata de absceso hepático en comunicación con el intestino, aunque el pus sea rico en bacterias, no tiene este dato valor alguno. La presencia de estos gérmenes en el pus no es una razón para establecer un pronóstico fatal. La importancia pronóstica del examen bacteriológico no es tan grande que pueda fundarse exclusivamente en ella el juicio clínico.» Hizo alguna referencia al aspectomacrosκόpico del pus hepático, desechando la *coloración chocolate* como patognomónica y dándole algún valor, aunque muy relativo y pasajero, al aspecto viscoso del dicho pus hepático.

El Sr. Dr. Toussaint interpelló á su vez al Sr. Dr. Díaz Lombardo para que se sirviera decir algo con respecto á la técnica operatoria que fuera más conveniente usar en los casos semejantes al referido en su trabajo.

Correspondiendo á la excitativa, el Sr. Dr. Díaz Lombardo describió el manual operatorio conforme al cual había procedido al intervenir en el enfermo, asunto de la Memoria presentada.

En la sesión de 7 de diciembre, el señor Presidente de la Academia se consideró obligado á rectificar el hecho referido con motivo de la lectura del Sr. Díaz Lombardo; pues había padecido una equivocación. El caso de referencia era muy distinto y más interesante, si se quiere, que el señalado, porque los parásitos encontrados inducían á pensar que se trataba de un protozario del grupo de los *coccidios*.

El mismo Sr. Dr. D. Germán Díaz Lombardo hizo una exposición oral en la sesión del 21 de diciembre, refiriéndose á un caso clínico de *decorlicación* del riñón. El señor Presidente habló de la importancia de esta operación en la forma de nefritis parenquimatosa y promovió una discusión entre los circunstantes, tratando de averiguar la causa de esos fracasos inesperados, que no se pueden explicar por la operación misma ni por sus consecuencias directas, y que en su concepto están subordinados probablemente al mal estado de los riñones. Con tal motivo habló de la conveniencia y necesidad de conocer el estado de estos órganos antes de intervenir quirúrgicamente; y eso no tan sólo desde el punto de vista clínico, sino también desde el punto de vista funcional del ór-

gano, averiguando el coeficiente urotóxico y la permeabilidad del filtro renal.

Tomaron parte en tan interesante discusión, los Sres. Dres. Bandera, Díaz Lombardo, Cosío, Núñez y Toussaint.

En esta misma sesión se discutió el tema relativo á los abscesos hepáticos considerados desde sus diferentes puntos de vista. Dieron á conocer sus opiniones á este respecto, los Sres. Dres. Díaz Lombardo, Vázquez Gómez, Núñez, Bandera, Toussaint, Prieto y González Urueña.

El Sr. Dr. D. Ignacio Prieto llenó su turno con la lectura de una Memoria, á la cual denominó: «Laparotomía exploradora.» La lectura se verificó el 28 de diciembre y dió motivo para una discusión con el Sr. Suárez Gamboa.

El 4 de enero continuó la discusión sobre el tema de los abscesos hepáticos, considerando especialmente los que se coleccionan hacia el hueco epigástrico.

En la sesión de 1º de febrero, por disposición del señor Presidente, el segundo Secretario dió lectura á una Memoria del socio correspondiente en Monterrey, Sr. Dr. D. Ricardo Ortega, á la cual puso por título: «Curación rápida de los abscesos.»

«El cáncer del píloro desde el punto de vista de la terapéutica quirúrgica,» se denomina la Memoria que leyó el Sr. Dr. Urrutia en la sesión celebrada el 15 del mismo febrero y con la cual llenó su turno respectivo. Dió lugar á una interesantísima discusión con los Sres. Toussaint, Ramos, Villarreal y Suárez Gamboa.

El 22 del propio mes de febrero, el Sr. Dr. D. Demetrio Mejía se sirvió leer una Memoria que ampara el siguiente título: «Algunos apuntes para la historia de las laparotomías. Fracasos inesperados. Errores de diagnóstico.»

El Sr. Dr. D. Eduardo R. García remitió para su lectura, que fué despachada en 1º de marzo, una Memoria con este título: «Algunas consideraciones acerca de las fracturas de la extremidad inferior del radio.»

El 15 de marzo, el Sr. Dr. D. Francisco Hurtado consultó las opiniones de los presentes acerca de un hecho clínico cuyo sujeto estaba representado por una mujer asilada en la sala á cargo del Sr. Dr. Godoy en el Hospital General. Delineó á grandes rasgos la situación que guardaba la enferma, resumiendo sus con-

ceptos bajo el diagnóstico de hepatitis sobreaguda. Se juzgaba desesperado el caso y se creía que sin garantizar el éxito, podía apoyarse la idea de una intervención.

Los Sres. Díaz Lombardo, Prieto, Olvera y Toussaint dieron á conocer sus opiniones acerca del hecho bosquejado por el Sr. Hurtado.

Su turno correspondiente cubrió el Sr. Dr. Núñez, leyendo el 17 de mayo una Memoria que dice así: «Inflamación de las vainas tendinosas de los flexores de los dedos de la mano. Su marcha, su pronóstico y su tratamiento. Importancia que tiene para el práctico el conocer estas lesiones, aun cuando no se dedique á la cirugía, para no echarse responsabilidades que es incapaz de aceptar, por no tener la práctica suficiente para tratar estas lesiones.»

El 31 de mayo volvió á tratarse el tema de los abscesos hepáticos. Usaron de la palabra, con ese motivo, los Sres. Mendizábal, Toussaint, Núñez y el que habla.

El Sr. Dr. Gayón presentó como trabajo reglamentario, el 21 de junio, una Memoria, cuyo título dice: «Algo acerca de los fosfatúricos.»

El Sr. Dr. Toussaint intituló la Memoria que leyó en la sesión del 5 de julio: «Algunas palabras acerca del diagnóstico y tratamiento del cáncer del estómago.»

El contingente de la Sección de Patología, Clínica y Terapéutica quirúrgicas, cuenta en su activo las comunicaciones hechas, respectivamente, por los Sres. Urrutia, Villarreal, Macouzet y Vértiz, en las sesiones de 26 de abril, 24 de mayo y 26 de julio último, respectivamente.

La del Sr. Dr. Urrutia fué lectura extraordinaria de una Memoria escrita bajo el título siguiente: «Algo de Anatomía Quirúrgica.—La articulación coxofemoral en los niños.» Lectura que promovió una discusión entre los Sres. Vargas y el autor.

La del Sr. Dr. Villarreal fué relativa á un enfermo que padecía aneurisma en el hueco poplíteo. El autor había dibujado de antemano el esquema correspondiente en el encerado, y á él se refirió, al hacer la descripción del caso.

La del Sr. Dr. Macouzet sirvió para dar á conocer á la Academia el procedimiento empleado por el Dr. Avelino Gutiérrez, de Buenos Aires, en los casos de Osteomielitis crónica,

para practicar la secuestrotomía. Dijo que de este medio se había valido últimamente para operar á dos niños en el Hospital General, y ofreció presentar á la Academia en el próximo período de sesiones, á los dos enfermitos. Para aclarar algunos de los puntos referidos hicieron uso de la palabra los Sres. Dres. Toussaint, Núñez y el autor de la comunicación.

Por fin, la que en el orden verbal, á su vez, expuso el Sr. Dr. Vértiz en esta misma sesión, para suplir en cierta manera la falta de su trabajo escrito. Tomando por fundamento varios casos pertenecientes á nuestros más ilustrados cirujanos y algunos otros, de su propia práctica, trazó la línea de conducta á que debe sujetarse la intervención quirúrgica en los casos de aneurisma difuso del hueso popliteo.

HIGIENE, ESTADÍSTICA MÉDICA Y ENFERMEDADES REINANTES.

Los trabajos de esta Sección se inauguraron el 21 de diciembre con la iniciativa presentada por la Junta Central de Bosques, promoviendo el estudio de lo concerniente á la conservación de arboledas y plantación de árboles en lo que se relaciona con las cuestiones de higiene.

El 4 de enero, la Comisión rendía su dictamen á este respecto, el cual fué considerado como de primera lectura. La segunda se verificó en la sesión del día 11 del propio mes y, sin lugar á discusión alguna, tanto en lo general como en lo particular, fué aprobado este dictamen, que se acordó transcribir á la Junta Central de Bosques. Corre impreso en la «Gaceta Médica» y también fué publicado en el Boletín Oficial del Consejo Superior de Gobierno del Distrito Federal.

La Junta Central de Bosques dirigió á la Academia atenta comunicación con la cual se dió cuenta en la sesión del 8 de Febrero. Acusaba recibo del dictamen de la Sección de Higiene; agradecía la remisión y estimaba fundadas y conducentes al objeto que se ha propuesto las diversas resoluciones con que el dictamen termina y que concuerdan con varias de las que á esa Junta han servido de base para sus trabajos subsecuentes; las tomaba en consideración y procedía á estudiar los medios para llevarlas á efecto.

Con relación á la Convocatoria de fecha 20 de julio de 1904, que la Academia expidió, declarando dos vacantes en esta Sección de Higiene, se presentaron dos solicitudes acompañadas de las Memorias y documentos exigidos, que fueron pasadas al personal de la Sección, para su estudio y dictamen, de acuerdo con los términos de la repetida Convocatoria, cuyo plazo se prorrogó, según se dijo ya, hasta el 26 de diciembre inclusive, por acuerdo de 19 de octubre.

La comisión rindió su dictamen en la sesión de 18 de enero, considerándose ésta como la primera lectura. La segunda se llevó á efecto en la sesión siguiente, la del día 25, en la cual se discutió el dictamen en lo general y en lo particular, votándose en seguida las proposiciones finales referentes á la admisión de los candidatos y á la publicación de sus trabajos en la «Gaceta Médica.»

De esta manera ingresaron á la Academia, formando parte de la referida Sección de Higiene, los Sres. Dres. D. Jesús E. Monjarás y D. Manuel Uribe Troncoso.

El trabajo presentado por el Sr. Dr. Monjarás se titula: «Higiene pública. Algunas medidas para la lucha contra la tuberculosis.»

El del Sr. Dr. Uribe Troncoso es relativo á «Higiene Escolar. La higiene de la vista en las escuelas.»

El Sr. Dr. D. Eduardo Licéaga concurrió á la Academia á llenar su turno reglamentario en la sesión del 15 de febrero, leyendo una *Memoria*, que es la segunda, «acerca del plan de campaña que se ha adoptado para la extinción de la fiebre amarilla en la República Mexicana.» Acompañó á su Memoria varios cuadros estadísticos relativos á la morbilidad y mortalidad por fiebre amarilla en varias poblaciones de la República, durante los años de 1903 y 1904; el resumen de los trabajos llevados al cabo por el Consejo Superior de Salubridad, desde el mes de septiembre de 1903 hasta diciembre inclusive de 1904, con el objeto de extinguir dicha enfermedad; y la mortalidad habida en Veracruz durante los años de 1902, 1903 y 1904, estableciendo una comparación entre las cifras de la mortalidad general y la ocasionada por la fiebre amarilla. Exhibió otros cuadros gráficos muy interesantes y un pequeño modelo repre-

sentando la choza ó jacal que es la habitación más comunmente usadas por las personas pobres en diversos lugares de la República y la cual á ocasiones constituye por sí sola el único patrón á que se han sujetado para levantar todas las existentes en una población.

De aquí la importancia que el Consejo Superior de Salubridad le ha dado á la desinfección de esta clase de habitaciones, y el Sr. Dr. Licéaga usó el modelo mencionado para mostrar cómo se realiza sencillamente la operación de desinfectar estas chozas.

El Médico Veterinario extranjero, D. Silvio J. Bonansea, por conducto del Sr. Dr. Villada, remitió á la Academia un trabajo cuyo título es como sigue: «Lucha contra la tuberculosis. La leche y la carne del ganado vacuno en la ciudad de México, en relación con la tuberculosis en el hombre.» Se dió cuenta con él en la sesión de marzo 1º y se acordó que pasara á la Sección de Higiene para los efectos de Reglamento; en 17 y 24 de mayo, respectivamente, se verificaron las lecturas primera y segunda del dictamen relativo, cuya única conclusión fué como sigue: «No es de publicarse íntegro el trabajo del Sr. Bonansea; pero sí debe publicarse el dictamen de la Comisión que contiene un resumen de aquél.» En tales términos, resultó aprobado por la Academia este dictamen.

En la sesión del 26 de abril, el Sr. Dr. D. J. González Urueña leyó su trabajo de turno: «Higiene escolar. Necesidad de fundar en México un Dispensario-Escuela para niños tiñosos.» Y en la de 24 de mayo, ya citada, leyó el Sr. Dr. Soriano su trabajo de turno, al cual le dió por título: «Origen de las cañerías de barro para la distribución de las aguas potables en la ciudad de México.»

MEDICINA LEGAL.

La repetida Convocatoria de 20 de julio de 1904, por la cual se sirvió declarar esta Academia que había una vacante en la Sección de Medicina Legal y que, según se ha dicho, prorrogó el plazo para la admisión de las solicitudes relativas hasta el 26 inclusive de diciembre último, fué debidamente obsequiada por varios solicitantes. Los Sres. Dres. D. Ricardo E. Cicero, D. Juan Peón del Valle, D. Angel Hidalgo

y D. Ignacio Fernández y Ortigosa concurrieron como aspirantes á la citada plaza, enviando sus Memorias y demás documentos relativos.

La del Sr. Dr. Cicero fué la siguiente: «¿Se deben aplicar los principios de la responsabilidad civil y penal á la trasmisión de la Sífilis?»

La del Sr. Dr. Peón del Valle desenvolvió este tema: «Los alcohólicos crónicos y nuestro Código Penal.»

El Sr. Dr. Hidalgo consideró las «Enfermedades simuladas observadas en el Ejército Mexicano.»

Y el Sr. Dr. Fernández Ortigosa tituló su trabajo: «Algunas investigaciones médico-legales basadas en el examen del sistema huesoso. El crimen de Copalillo.»

En 29 de marzo se dió primera lectura al dictamen de la Sección, que fué integrada por el Sr. Dr. D. José María Bandera, de acuerdo con la prescripción reglamentaria relativa y en 5 de abril volvió á ser leído, por segunda vez, procediéndose entonces á elegir al candidato. Resultó electo el Sr. Dr. Cicero.

OBSTETRICIA.

Dos son las Memorias que bajo este rubro fueron presentadas á la Academia para llenar los turnos de lectura de 14 de diciembre y de 8 de marzo.

El Sr. Dr. López Hermosa cubrió el primero con el siguiente trabajo: «¿Cuál es la conducta que se debe seguir en la distocia por hidrocefalia?» Esta lectura dió lugar á una prolongada discusión entre los Sres. Olvera, Cosío, Bandera, Toussaint, López Hermosa y el que habla.

«Clínica de Obstetricia. Historia de una necroscopia. Ligeras reflexiones.» Fué el título que el que habla dió á su trabajo de turno leído en la sesión de 8 de marzo, al cual acompañó 8 fotografías.

GINECOLOGÍA.

Muy importantes fueron los trabajos de esta Sección realizados por los Sres. Villarreal, Prieto, Suárez Gamboa, Mejía, Hurtado y López Hermosa.

En 23 de noviembre presentó el Sr. Villarreal 2 enfermas á quienes había operado recientemente. La primera tenía epiteloma del cuello

de la matriz con infarto de los ganglios ilíacos é invasión de la parte superior del intestino recto. Leyó la observación del caso clínico, y concluida la lectura, trazó en el encerado un esquema para explicar cómo había hecho la sutura del intestino, después de la resección.

La segunda operada había pasado antes por manos de alguno de nuestros cirujanos más distinguidos, quien, al operarla, le había hecho extirpación de uno de los anexos, punción de microquistes é histeropéxis abdominal. La enferma no se aliviaba de sus padecimientos; al contrario, aumentaban de día en día. Por eso ocurrió al Sr. Villarreal, quien después de 4 meses de tratamiento, resolvió operarla, y en efecto la operó, haciéndole dilatación y raspa uterina, para corregir la endometritis; traquelorrafía bilateral, por las desgarraduras del cuello y extirpación de un quiste ovárico izquierdo por medio de la celiotomía vaginal anterior, conservándole una pequeña correhuela del ovario; *vesicofijación* y perineorrafía, para corregir un ligero prolapso. La operación se hizo bajo la influencia de la *raquianestesia*, aprovechando la cual se verificó también la extirpación de un queloides que la enferma llevaba encima del pubis y que requirió una vasta autoplastia. Describió las piezas anatómo-patológicas referentes á estas operadas.

Comisionado el Sr. Dr. Prieto para examinar á estos sujetos clínicos, procedió á hacerlo desde luego y rindió su dictamen inmediatamente, promoviendo con tal motivo una discusión con el Sr. Villarreal.

En la sesión de 13 de diciembre presentó el mismo Sr. Villarreal otras dos operadas de importancia, una de ellas en estado interesante, su gestación llegaba al 8° mes; alcanzaba el 6°, cuando le hizo la extirpación de un tumor del ovario. La otra fué operada de histerectomía vaginal total, por fibromiomas múltiples. Fueron nombrados los Sres. Macouzet y Prieto para reconocer á estas operadas.

El 1° de febrero volvió á hacer uso de la palabra el Sr. Villarreal para referirse á las enfermas de que había dado cuenta el 14 de diciembre próximo pasado y que fueron reconocidas por los Sres. Prieto y Macouzet, como acaba de verse. Habló asimismo de otras dos operadas, una de las cuales no había podido concurrir á

la sesión. Se refirió á ella expresando que le había hecho histerectomía supravaginal, por una masa fibromatosa, que simulaba un embarazo llegado al 6° mes. La otra operada, nulípara, de vagina muy estrecha, tenía un quiste en el paraovario derecho, que simulaba por su tamaño y volumen un embarazo á término; padecía, además, una endometritis crónica y la matriz estaba retrovertida y adherente, por la pelviperitonitis, plástica, crónica también.

Acompañó á sus descripciones las piezas anatómicas respectivas y tres fotografías estereoscópicas de la última operada.

El Sr. Dr. Prieto dió cuenta en esta misma sesión del resultado del examen que había practicado en compañía del Sr. Dr. Macouzet estudiando á las operadas que presentó el Sr. Villarreal el 14 de Diciembre próximo pasado.

Los Sres. Mejía y Prieto quedaron con el encargo de proceder á examinar á la nueva operada que había presentado en esta sesión el Sr. Villarreal.

El Sr. Dr. Suárez Gamboa se ocupó en la sesión de 28 de diciembre en una comunicación oral relativa á los tumores de la matriz en caso de embarazo: mostró una pieza anatomopatológica á la cual se refirió también por medio de un esquema en el encerado. La relación del caso dió margen á una discusión entre los Sres. López Hermosa, Toussaint y Suárez Gamboa.

Gran parte de la sesión celebrada el 18 de enero fué consagrada á la comunicación oral, que el mismo Sr. Suárez Gamboa destinó con relación á una enferma que había operado hacía más de año y medio y á la cual acababa de ver últimamente. Le había extirpado los dos anexos, trompas y ovarios; no habiéndole suprimido la matriz, por encontrarse entonces en tan delicado estado, que temió comprometer la vida de la interesada si se empeñaba en realizar esa extirpación. Cinco meses después de operada esta señora, volvió á menstruar de nuevo y el fenómeno se presenta con regularidad cada 26 ó 28 días. Seis meses hacía que estaba menstruando perfectamente bien. La consideración del caso motivó una discusión interesante, en la cual tomaron parte los Sres. Villarreal, Altamirano, Prieto y Suárez Gamboa.

En 8 de febrero volvió á ocupar la atención de la Academia el Sr. Suárez Gamboa, para re-

ferir un caso clínico interesante, no tan sólo desde el punto de vista ginecológico, sino también, en general, desde el punto de vista médico. Se trataba de un caso de embarazo en mujer ya de edad y con matriz fibromatosa. Acompañó á su descripción la pieza patológica relativa, y, además, trazó un esquema en el encerao, para explicar con mayor claridad ciertos detalles acerca de la situación que el tumor guardaba en la matriz.

La exposición del hecho dió lugar á un importante debate entre el autor de la comunicación y los Sres. Villarreal y Toussaint.

Los Sres. Prieto y Suárez Gamboa recibieron el encargo de examinar en esta misma sesión á la operada, á quien se refirió someramente el Sr. Dr. Villarreal en la de 1º de febrero en curso y que había venido esta noche á la Academia con ese objeto. Rindieron su dictamen el 1º de marzo.

En 22 de febrero los Sres. Mejía y Prieto rindieron su informe acerca de la operada, que presentó el Sr. Villarreal el 1º del propio mes, y el informe dió motivo á una discusión con el Sr. Villarreal.

«Un nuevo caso de fibromiomas uterina complicada de preñez» fué el título bajo el cual presentó su lectura reglamentaria el Sr. Suárez Gamboa en la sesión del 12 de abril.

Por último, el 21 de julio el Sr. Villarreal cubrió su turno respectivo dando lectura á un trabajo titulado: «Quiste gigante multilocular adherente del ovario operado por la vía vaginal. ¿Hay ventajas en operar por la vagina los quistes ováricos?» Presentó á las enfermas operadas, que dieron materia para este trabajo y acompañó á su descripción 12 fotografías, y el señor Presidente de la Academia nombró á los Sres. Hurtado y López Hermosa para que se sirvieran reconocer á dichas operadas. En la misma sesión los comisionados dieron cuenta con el resultado de su encargo.

OFTALMOLOGÍA.

Los trabajos que con referencia á esta Sección se verificaron durante el año fueron los siguientes:

«Algunas consideraciones sobre la patogénesis de los despegamientos retinianos y su tra-

tamiento.» Leído por el Sr. Dr. Montaña en la sesión del 5 de octubre, mereció las felicitaciones más calurosas de parte del Sr. Ramos, que en corroboración de lo asentado por el autor, adujo varias observaciones.

«La estovaina en nuestra práctica oftalmológica.» Trabajo del socio correspondiente en la Habana, Sr. Dr. D. Juan Santos Fernández, recibido de manos del autor por el Sr. Dr. D. José Ramos, á su paso por aquella ciudad y que por él fué entregado á la Academia en la sesión de 25 de enero. La Memoria fué leída por el Sr. Dr. Montaña el 8 de febrero. Con motivo de la lectura hizo uso de la palabra el Sr. Dr. Mendizábal, presentando algunas observaciones relativas al interés que el nuevo producto encierra.

El Sr. Dr. D. Lorenzo Chávez en interesante comunicación verbal dió cuenta á la Academia el 22 de febrero del curso que había seguido la catarata producida por la acción del rayo en el enfermo que había presentado á la Academia hacia dos años. Acompañó á su descripción un croquis que representaba los diversos estados de la catarata y tuvo la satisfacción de traer al enfermo que ya había recobrado la vista por completo.

Los Sres. Dres. Montaña y Uribe Troncoso examinaron el caso clínico y dieron cuenta con el resultado de su estudio en la sesión del 1º de marzo.

«Dos palabras sobre las conjutivitis granulosas.» intituló el Sr. Dr. Chacón su trabajo de reglamento, leído en la sesión del 22 de marzo.

El Sr. Dr. D. José Ramos hizo uso de la palabra con motivo de este trabajo y contestó, además, la interpelación de su estimable colega, al mencionar la Memoria que presentó y leyó dicho Sr. Prof. Ramos en el Congreso Pan Americano, que acababa de celebrarse en Panamá. La exposición del Sr. Dr. Ramos revistió todo el interés de una extensa y magistral comunicación sobre el tracoma, que fué escuchada con verdadero interés.

Secundando estas ideas, el Sr. Dr. Uribe Troncoso se refirió á otros dos puntos muy interesantes, suscitados por la lectura del Sr. Chacón: «1º ¿Es raro el tracoma en México? 2º ¿A qué es debida esta rareza?» Consideró, por último, si la enfermedad era patrimonio de los ex-

tranjeros ó de los nacionales. Cerraron la discusión los Sres. Chacón y Ramos con juiciosas y atinadas observaciones.

«Algunos fenómenos oculares paradójicos de naturaleza histérica y su valor diagnóstico.» Fué el título que dió á su trabajo de reglamento el Sr. Dr. Ramos al presentarlo en la sesión del 19 de julio. El autor se sirvió traer á la Academia algunos aparatos ideados por él y construídos por artesanos mexicanos. Hizo funcionar ante sus colegas y el público asistente dichos aparatos que, á semejanza del conocido disco de Newton, consisten también en discos giratorios, que llevan sectores coloridos con los colores complementarios, y que se ponen en movimiento rápido por medio de una manija, ó merced á una peonza sobre la cual son colocados.

Los Sres. Montaña y Chacón felicitaron al Sr. Ramos por tan importante trabajo.

El Sr. Dr. D. Lorenzo Chávez hizo uso de la palabra en la sesión del 26 de julio, para referir el caso de una señorita inglesa, á la cual había operado con buen éxito en el Hospital de la Luz, de un cisticerco en el cuerpo vítreo del ojo derecho. Presentó á la Academia el instrumento de que se había valido para la operación y concluyó diciendo que desgraciadamente en México era muy frecuente el cisticerco en el ojo; lo cual se debía no sólo al abuso de la alimentación con la carne de puerco, sino también á la contaminación de las aguas potables con huevos de *tenia solium* y que son consumidas sin previa filtración.

BACTERIOLOGÍA.

El Médico Veterinario extranjero D. Silvio J. Bonansea, envió á la Academia, por conducto de nuestro apreciable consocio, el Sr. Dr. Altamirano, una Memoria denominada: «La neu-moenteritis infecciosa ó cólera de los cerdos en México.» La Memoria fué entregada á la Secretaría el 18 de enero, y aunque por su título debió haber sido sometida al estudio de la Sección de Veterinaria, no pudo llevarse á efecto el acuerdo, por carecer la Academia del personal relativo, y como el asunto para ser juzgado requería conocimientos especiales de Bacteriología, por abundar en datos á este respecto, la

Mesa resolvió pasar á esta última Sección el referido trabajo.

El 12 de abril se dió primera lectura al dictamen de la Sección de Bacteriología acerca del trabajo; en abril 26 se despachó la segunda, y sin discusión se aprobó en lo general y en lo particular dicho dictamen, que concluía proponiendo que se publicara el trabajo del Sr. Bonansea, por ser una recopilación somera y compendiosa de las ideas reinantes sobre *Hog-Cólera*.

En las sesiones de 10 y 17 de mayo fué leído el dictamen que la Sección de Bacteriología rindió á propósito de la consulta que el señor Director de la Escuela Nacional de Medicina se sirvió hacer á la Academia, con fecha 5 de abril anterior, transcribiendo el informe que, acerca del uso del suero anti-diftérico por algunos médicos del Saltillo, le había dirigido el Sr. Dr. D. Juan Cabello y Siller. Puesto al debate resultó aprobado sin objeción alguna, acordándose transcribirlo íntegro al señor Director de la Escuela Nacional de Medicina.

Cierra el contingente de la Sección la Memoria escrita que, á título de comunicado extraordinario, leyó á la Academia el 26 de julio el Sr. Dr. Cicero. El autor la intituló: «Nota sobre el maravilloso descubrimiento del microbio de la Sífilis por el Prof. Schaudinn, de Berlín. Confirmación del descubrimiento por el Dr. Metchnikoff, del Instituto Pasteur, de París.»

Con motivo de tan interesanté lectura hicieron uso de la palabra los Sres. Toussaint y Parra.

FARMACOLOGÍA Y FARMACIA.

A la Sección de este nombre corresponden los trabajos que voy á enumerar: 1º «El suero antialcohólico.» Lectura extraordinaria del Sr. Dr. Soriano, verificada el 16 de noviembre. Transcribió el estudio y las observaciones que bajo el mismo título publicó el Sr. Dr. D. Enrique Acosta, socio correspondiente en la Habana, en la «Crónica Médico-Quirúrgica» de dicha ciudad. 2º «Contribuciones para codificar las dosis de las substancias peligrosas que deben despachar los farmacéuticos.» Trabajo reglamentario presentado por el Sr. Dr. Altamirano en la sesión del 18 de enero. A moción del autor y con beneplácito de la Academia, pa-

só este trabajo á la Sección respectiva, que fué debidamente integrada por los Sres. Lasso de la Vega y González Urueña; asociados éstos al Sr. Dr. Mendizábal, único miembro titular, formaron la Comisión encargada de estudiar, juntamente con el Sr. Dr. Altamirano, la mejor manera de llevar al cabo la iniciativa que entraña el trabajo. Se nombró como suplente de la Comisión al Sr. Dr. D. Manuel Villada, que al fin presidió la Comisión, substituyendo al Sr. Lasso, que se excusó por enfermedad.

En los días 19 y 26 de julio se leyó el dictamen correspondiente cuyas conclusiones fueron aprobadas sin lugar á discusión alguna. Ellas implican las resoluciones siguientes:

«Primera. Que se haga un sobre tiro del trabajo acompañado del dictamen para repartirlo profusamente entre todos los médicos del país.»

«Segunda. Que se les suplique á éstos que remitan al Secretario de la Academia sus observaciones personales sobre los distintos medicamentos, rectificando ó ratificando con su propia experiencia lo que en la citada Memoria se dice acerca de ellos.»

«Tercera. Erijase en permanente la Comisión que suscribe el dictamen para que, unida con el Sr. Dr. Altamirano, estudie y clasifique las observaciones recibidas, con las cuales formará oportunamente el Código Farmacéutico Nacional.»

Con fecha 1º de enero se publicó la Convocatoria para cubrir una plaza vacante en la Sección de Farmacología y Farmacia. En abril 5 se dió cuenta á la Academia de haber expirado el plazo fijado por dicha Convocatoria y se presentó la solicitud que, con una Memoria y los otros documentos requeridos, elevó el Sr. Dr. D. Francisco Bulman á la Corporación, presentándose como aspirante á la plaza señalada. De acuerdo con la prescripción reglamentaria, se integró la Sección, eligiendo al Sr. Dr. D. José Ramos con tal objeto. En las sesiones de 3 y 10 de mayo se le dió primera y segunda lectura al dictamen de la Comisión acerca del trabajo del Sr. Bulman, que al fin resultó electo por unanimidad, previas las formalidades de Reglamento. El trabajo presentado por dicho señor se intitula: «Salicilados.» Vino acompañado de una serie de láminas referentes á estudios micrográficos.

«Luz. Su importancia terapéutica en la tuberculosis fundada en investigaciones científicas.» Es el título de una Memoria remitida por nuestro socio correspondiente en Nueva York, el Sr. Dr. J. Mount Bleyer, con la cual se dió cuenta á la Academia en 21 de julio, y que fué pasada al Sr. Dr. Núñez para que se sirviera traducirla al castellano, pues vino escrita en inglés.

«Algo sobre tisioterapia» denominó á su trabajo de Reglamento el Sr. Dr. D. Gregorio Mendizábal. La Memoria fué leída el 28 de junio, y á fe que muy mercedamente se sirvió acogerla con verdadero entusiasmo la Academia; despertó la lectura tal interés, que á causa de ella llegó á suscitarse animada discusión con la cual se ocupó casi por completo el tiempo. Hicieron uso de la palabra los Sres. Monjarás, Gaviño, Montaña y Mendizábal.

*
* *

En resumen, la Academia ha verificado durante el año 43 sesiones, incluyendo en ese número la solemne de apertura y la última extraordinaria verificada el 6 de septiembre próximo pasado. En estas sesiones se presentaron 45 Memorias originales, incluyendo en el número las correspondientes á turnos de lectura, las de Concurso y los trabajos extraordinarios de algunos socios. Si á éstos se agregan los que han remitido personas extrañas á la Corporación y los dictámenes rendidos por las Comisiones respectivas, entonces los trabajos originales escritos ascienden al número de 63. Los que fueron presentados para cubrir los turnos de lectura de los socios titulares arrojan la cifra de 28; 5 han sido los enviados por los socios correspondientes; 3 los extraordinarios leídos por algunos socios; 5 Memorias escritas corresponden á personas extrañas á la Academia; 11 son los dictámenes escritos que han rendido las Comisiones; 39 las comunicaciones verbales; 13 los enfermos examinados; 17 las piezas patológicas exhibidas; 23 las fotografías; y fuera de este contingente aún hay que contar algunos cuadros estadísticos, varios croquis, esquemas, dibujos, acuarelas, láminas micrográficas, preparaciones histológicas y algunos aparatos que vinieron acompañando á varias de las Memorias mencionadas.

Para la redacción de las actas de las sesiones se pretendió utilizar el auxilio de un estenógrafo; pero hay que confesar que la ayuda no ha resultado muy eficaz; al contrario, ha servido varias veces para entorpecer el curso de los trabajos de la Secretaría. Hay que convenir en que la eficacia de semejante auxilio será obra del tiempo y de la educación, porque se necesita habituar al estenógrafo á un tecnicismo que no conoce; sin duda de esta ignorancia depende en gran parte la falta del éxito que se ha advertido. No es posible, por otra parte, obtener un buen estenógrafo mediante la corta remuneración que á este fin ha destinado por hoy el Reglamento de la Academia.

Por esta circunstancia no ha sido posible despachar con la regularidad apetecida la publicación de las actas de las sesiones que, esto no obstante, han sido recogidas y seguirán públicándose sin interrupción.

El archivo, los libros y los legajos de la Secretaría se ha procurado mantenerlos en el mejor orden posible. Los volúmenes que forman la Biblioteca han aumentado no solamente con las publicaciones debidas al canje de nuestro periódico, si que también con la remisión de algunas obras importantes, que se han dignado obsequiarle á la Academia la Secretaría de Fomento y algunas de las Corporaciones Científicas, ya nacionales, ya extranjeras, y así también algunos de los señores socios correspondientes.

La Academia envió al Certamen Universal, que se verificó en San Luis Missouri, una colección completa de la «Gaceta Médica;» y obtuvo como recompensa una medalla de plata; así, al menos, lo indica la lista de los expositores mexicanos premiados, que se sirvió remitir la Secretaría de Fomento.

Nuestro periódico ha dejado de salir con la regularidad que en otros años llegó á publicarse; la distribución de los números quincenales está ciertamente atrasada y se han estado haciendo verdaderos esfuerzos para conseguir que se corrija tan notable atraso, independiente, sin duda, de la actividad y empeño que de antiguo tiene acreditados y universalmente reconocidos el señor Administrador de la «Gaceta.»

Las vacantes que existían en las Secciones de Higiene, Estadística Médica y Enfermedades

reinantes, y en las de Anatomía normal y patológica y Medicina Legal, han sido cubiertas digna y decorosamente por apreciables compañeros, que, previas las formalidades establecidas por el Reglamento, fueron admitidos con beneplácito de la Academia. Así han venido á engrosar nuestras filas, representando otros tantos factores de verdadero progreso para la Asociación, los Sres. Monjarás, Uribe Troncoso, Malda y Cicero, quienes al tomar posesión de sus respectivos sillones, hicieron las biografías y elogios de sus antecesores, de acuerdo con lo prevenido en la fracción III del art. 7º del Reglamento.

El Sr. Prof. D. José María Lasso de la Vega, antiguo miembro titular de la Academia, muy merecidamente fué elevado á la categoría de Socio Honorario. Por tal motivo se declaró una vacante en la Sección de Física y Química Médicas, que aún no ha sido cubierta.

La lista de los socios correspondientes se ha aumentado con el nombramiento del distinguido médico Argentino, D. Gregorio Aráoz Alfaro, residente en Buenos Aires, y que fué electo con tal carácter el 14 de junio, previas las formalidades del Reglamento.

La cruel é implacable segadora blandió su afilada segur en nuestro estrecho campo, privándonos de un elemento que, aunque modesto y humilde, era siempre factor de estabilidad, orden y progreso por su lealtad, su honradez inmaculada y su patriotismo nunca desmentido. La muerte del Sr. D. José María Lugo Hidalgo, acaecida el 9 de octubre de 1904, ha sido bien deplorada entre nosotros, y en señal de duelo, por tan lamentable pérdida, se levantó la sesión ordinaria del día 12 de octubre.

Los que como título de nobleza legaremos á nuestros hijos, la herencia de nuestros padres, una honradez sin tacha y un lugar en lo que el orgullo y la ambición llaman la vil muchedumbre, sin duda alguna podemos estimar cuánto valía y significaba este hombre de bien . . . !

En la primavera de la vida, con escasa ó ninguna fortuna, desamparado de la suerte, llega á la capital de la República, á donde viene con el fin de hacer una carrera científica. Mas para ponerse á salvo en cualquiera eventualidad, piensa muy atinadamente que ante todo le conviene adquirir ciertos conocimientos prácticos

con la ayuda de los cuales se procurará ganar mañana el trabajoso pan de la existencia Y á fin de lograr este gran propósito, ingresa á la Escuela de Artes y Oficios, donde se consagra á aprender uno de los ramos de la Herre-
ría y solamente después de concluir ese aprendizaje, es cuando se decide á realizar su primer intento, emprender una carrera científica. Y entonces va y se inscribe en la Escuela Nacional de Agricultura y Veterinaria. Así, pues, desde humildísima condición supo elevarse por sus propios esfuerzos, á la categoría de Médico Veterinario, primeramente, y á la de Médico Cirujano de nuestra nobilísima Escuela de Medicina, algunos años después

Fué Profesor en la Escuela Nacional de Agricultura y Veterinaria, donde desempeñó la clase de Patología y Clínica durante 36 años. Escribió una obra sobre estas materias, que aún hoy es libro de texto en la enseñanza. Miembro titular de esta Academia Nacional de Medicina, desde el año de 1873, supo captarse en ella el aprecio y la estimación de todos sus consocios, y en las páginas de la «Gaceta» constan publicados 27 escritos suyos sobre diversos asuntos, que obran como un testimonio en favor de su laboriosidad y de su celo por el adelantamiento de la Corporación.

Este hombre modesto tenía un rasgo que, aparte de otros, lo enaltecerá siempre á los ojos de los que saben comprender y justipreciar en su verdadero valor lo que significa la hermosa virtud del patriotismo: se contó entre los esforzados defensores de Puebla, la Zaragoza Mexicana, en las heroicas luchas de la Intervención francesa, y este rasgo, á mi juicio, lo hace digno de figurar al lado de Jiménez y Ortega, de Barrera y Villagrán, que tan denodada como bizarramente supieron defender á la Patria contra la Invasión Norteamericana.

El hueco que dejara en nuestras filas la muerte del Sr. Lugo Hidalgo, ha sido dignamente ocupado por persona tan juiciosa, sensata y honorable, como el Sr. Dr. D. Francisco Bulman, que ha reemplazado en la Sección de Farmacología y Farmacia á nuestro socio ausente.

Hay otra noticia luctuosa que debe registrarse en la Reseña: la del fallecimiento del Sr. Dr. D. Fortunato Arce, ilustre profesor de la Escuela de Medicina y Farmacia de Guadala-

jara, acaecido el 21 de julio último. La noticia fué comunicada oficialmente á la Corporación, que se apresuró á expresar su condolencia por tan sensible acontecimiento.

La Academia ha satisfecho, si bien muy modestamente, una deuda que tenía contraída desde hace algunos años. Me refiero á la de los retratos de Semeleder, Carmona y Valle y Chacón, que ya han sido colocados entre los de sus antecesores y compañeros donde figurarán reforzando esa Ilustre Galería, que para nosotros todos seguirá siendo lo que ha sido siempre, el eje adamantino de la Ciencia Patria, el luminoso guión de la Verdad, un refulgente dechado de gloria nacional y espejo purísimo del honor y de la hidalguía . . . Los tres dignísimos varones con cuyas efigies acabamos de completar el adorno de esta Sala, no necesitaban ciertamente, en modo alguno, para poder sobrevivir, como de seguro han de sobrevivir, de ningún homenaje de esta especie. Cada uno de ellos cuenta en su abono con grandes merecimientos, y nadie habrá que ignore que por sus hechos y por sus virtudes supieron levantarse un monumento que será más duradero que el bronce. No morirán del todo y mañana severa é imparcial posteridad vendrá á ceñir á sus augustas frentes los delficos laureles de la gloria.

Exegi monumentum aere perennius

.....

Non omnis moriar

.....

..... *et mihi Delphica*

Lauro cinge volens

He terminado ya este cansado relato. Sin duda he abusado de vuestra generosa indulgencia. Perdonadme, señores, y permitidme una vez más, que antes de abandonar este lugar, para volver muy contento á ser como siempre el último entre todos mis compañeros, me dirija en particular á ellos para darles rendidamente las gracias más cumplidas por el insigne honor que quisieron dispensarme, elevándome á este puesto, en el desempeño de cuyas difíciles labores tan sólo he conseguido poner más de resalto mi insignificancia.

Sed felices, señores Académicos, y dejadme que antes de abandonar este puesto, repita en-

tusiasmado el grito clásico de las Universidades antiguas:

¡Vivat Academia, Floreat, crescat!

México, octubre 1^o de 1905.

L. TROCONIS ALCALÁ.

LA LUZ Y EL SENTIDO LUMINOSO.

SEÑOR SECRETARIO

DE INSTRUCCIÓN PÚBLICA:

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES:

«Sea la luz. Y la luz fué.» Con estas breves frases, sublimes por su sencillez, y atribuidas al Hacedor del Universo, describe el texto hebreo, en el versículo 3 del Capítulo I del Génesis, la creación del admirable agente luminoso. Durante muchos siglos, la ciencia no se ocupó de los variados fenómenos que se refieren á la luz, y las célebres palabras de la Escritura, transmitidas de una generación á otra, formaron el único caudal de conocimientos que se tenía sobre la materia; se vivía á ese respecto, en pleno estado teológico, que diría Compte.

Muchos pueblos, llenos de respeto y admiración hacia el astro rey, que nos envía no sólo su calor vivificante, sino también los raudales de su hermosa luz, creyéndolo una deidad, le rindieron ferviente adoración. La culta Grecia, consideró también á *Helios*, el sol, como una divinidad distinta de Apolo, con quien se le confundió después. El inmortal vate Homero, describe el curso de Helios diciendo que «el hijo del Titán Hiperión, sale cada mañana por Oriente del profundo seno del río Océano, sube lentamente por la sólida bóveda del cielo, á cuya parte culminante llega á medio día, y de allí baja hacia el Occidente de la tierra, para hundirse otra vez en el gran río Océano.» . . . «Las horas, después de uncir á su dorado carro, *construido por Vulcano*, cuatro alados y blancos corceles, que despiden luz y llamas, le abren las puertas del cielo, y ellas, con los Días, los Meses, los Años y los Siglos, forman su ordinario cortejo.

De pie en su carro, animando á su cuadriga, aparece el infatigable dios en su radiante majestad, lanzando ardientes miradas, bajo su yelmo de oro y proyectando á lo lejos, inmensas ráfagas de luz, mientras su diáfano y magnífico ropaje, flota al impulso de la brisa matutina.»

Siguieron los inspirados poetas de todas las edades, y siguen aún, dirigiendo al sol y á la luz, tiernos cantares; varios filósofos de la antigüedad consagraron breves palabras al agente luminoso, pero sus oscuros conceptos, impregnados de abstracciones, no hicieron progresar los conocimientos sobre la materia, y se llegó de ese modo á la edad media, sin contar con datos precisos, sino con simples suposiciones arbitrarias, vagas y sin coordinación. Se consideró entonces á la luz, como á un ser benéfico, se creyó que era una substancia material, y lo mismo que la naturaleza, y otras concepciones abstractas, fué investida de existencia real, todo lo cual embrollaba las investigaciones, sin esclarecerlas: se vivía en completo estado metafísico.

No sabiendo con exactitud, cómo considerar la luz, tampoco era posible comprender su acción sobre los órganos visuales; el conocimiento del agente físico, siendo un preliminar indispensable, para explicar los actos complicados, que constituyen la visión.

Fué necesario llegar á las postrimerías del siglo XVII, para que apareciesen en el horizonte de la ciencia, hombres de genio, y de carácter firme, que prescindiendo de las ideas reinantes, saturados de misticismo y metafísica, emplearan en sus investigaciones un método esencialmente filosófico, el único adecuado para el estudio de los fenómenos naturales por ser independiente de toda clase de prejuicios: se llegó al fin por esa vía, al estado positivo de la cuestión; los esclarecidos nombres de Newton, del jesuita Ignacio Gastón Pardies, de Descartes, de Huygens, de Joung de Euler, del abate Grimaldi, de Fresnel, del padre Secchi y de otros observadores, quedaron gloriosamente consignados en los anales de las ciencias físicas y matemáticas; con las concienzudas investigaciones de esos sabios y con los notables resultados que obtuvieron, se ha construído un majestuoso monumento que permanecerá en pie á través de las edades. Helios quedó despo-

Señores Académicos, al hacer entrega á mi honorable sucesor del cargo que me confiasteis, dejad que haga públicos á la vez que mi reconocimiento, los votos mejores por el adelanto de esta sociedad.

Octubre 1° de 1905.

MANUEL TOUSSAINT.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

EXTRACTO DEL ACTA NÚM. 2.

Presidencia del Sr. Dr. D. Fernando Zárraga.— Sesión del día 4 de octubre de 1905.— Trabajo reglamentario del Dr. Emilio F. Montaña.— Discusión.

Para cubrir su turno de reglamento, el Sr. Dr. Montaña dió lectura á un trabajo titulado: «Algunas palabras sobre el tratamiento de las afecciones de las vías lacrimales.»

El Sr. Dr. Ramos felicitó al Sr. Dr. Montaña por el trabajo á que acababa de dar lectura, en el cual está perfectamente condensado uno de los puntos que habían tratado en la última reunión de la Sociedad Oftalmológica Mexicana.

Dijo que entre los casos de que había hablado el Sr. Montaña en su trabajo, no había mencionado el relativo á la presencia de cuerpos extraños que pueden radicarse en el fondo del saco conjuntival, que ocurren frecuentemente, y no se manifiestan sino por la epífora.

Refiriéndose á este asunto manifestó el Sr. Dr. Ramos, que la presencia de cuerpos extraños origina mayor ó menor molestia, según sea la susceptibilidad de la persona que los lleva y que las nerviosas no pueden soportarlos y sufren de una manera horrible.

A propósito del asunto, relató el caso de un rico inglés que acostumbraba dar personalmente su alimento á un pájaro que tenía, y que en cierta ocasión al llevarle el mill ó el mijo como se llama en español, tratando de quitar el polvo que la semilla pudiera contener, soplo sobre ella, con tan mala suerte, que una partícula pequeñísima, del episperma del grano, fué á alo-

jarse en el fondo del saco conjuntival superior.

Que el inglés no dió al principio importancia al asunto; pero más tarde se le presentó un lagrimeo muy molesto que lo obligó á recurrir á los cuidados de algunos médicos que lo sometieron á tratamientos variados sin resultado de ninguna especie.

Que el lagrimeo llegó á ser constante y el inglés tuvo que salir de Londres en busca de su curación, y después de recorrer las clínicas de Alemania, de Austria, de Suiza y de algunos otros países, estuvo en Francia, en donde el Dr. Galezouski, pudo verlo y después de haberle puesto una inyección para ver si pasaba agua por el canal lacrimal, lo que constituye un medio de diagnóstico utilísimo cuyas ventajas indicó el Sr. Ramos, el oculista citado invirtió el párpado y con el auxilio del alumbrado oblicuo, pudo ver y después extraer, el episperma que estaba profundamente alojado en el fondo del saco conjuntival y cubierto de mucosidades.

Relató igualmente el caso de una enfermita perteneciente á la clientela del Dr. Lavista, que parecía presentar un pequeño tumorcito en el fondo de saco conjuntival superior y á la que hubo necesidad de cloroformar para operarla, viéndose al verificar la operación que el lagrimeo de que padecía no era ocasionado por la presencia de un neoplasma, sino por la de una pequeñísima mota de estambre rojo que se había metido en el saco conjuntival y que por su semejanza con el color de la conjuntiva había hecho creer en la presencia de un tumor. Citó, por último, lo acontecido á un joven español empleado en una carnicería y al que le salto al ojo un fragmento de hueso que fué á alojarse en la córnea y simulaba una flictena, creyéndose que en efecto dicha lesión era de naturaleza escrofulosa, puesto que el aspecto físico la hacía aparecer como tal, y por otra parte el españolito tenía la facies y los caracteres propios de los escrofulosos. Fué visto dicho enfermo por varios médicos sin conocerse la naturaleza y causa del padecimiento, hasta que el Dr. Ramos pudo darse cuenta de la verdadera causa, practicó la extirpación del cuerpo extraño y el examen microscópico le reveló los caracteres histológicos del tejido huesoso.

Terminó diciendo que creía que si el Sr. Mon-

plia desbridación y canalización sin perjuicio de la colocación del aparato con ventana por donde se practican las curaciones.

Cuando han pasado por lo menos seis meses de la desaparición de los síntomas principales de la coxalgia, se puede permitir la marcha con la aplicación del aparato de Calot, especial para este objeto, ó sea con el de Phelps, que mantiene siempre en inmovilidad la articulación haciendo los puntos de apoyo en el isquio, axila y tronco; pero por término medio son de dos á tres años lo que pasan para la completa evolución del padecimiento.

Tal es en resumen la práctica corriente que en esta enfermedad, tan frecuente entre nosotros, sigo desde hace algún tiempo, con el mejor éxito.

Octubre 11 de 1905.

ROQUE MACOUZET.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

EXTRACTO DEL ACTA NUM. 3.

Presidencia del Sr. Dr. Francisco Vázquez Gómez. — Sesión del día 11 de octubre de 1905. — Trabajo reglamentario del Dr. Roque Macouzet. — Discusión.

El Sr. Dr. Roque Macouzet, en turno para su lectura de reglamento, cubrió aquel dando cuenta á la Academia con un trabajo titulado «La Coxalgia en los niños.»

El Sr. Dr. Vázquez Gómez manifestó que se permitía hacer al Sr. Macouzet dos preguntas, más bien que observaciones respecto al tratamiento de la coxalgia ó la tuberculosis coxo-femoral. Que según parecía por el trabajo que acababa de ser leído, el Sr. Macouzet usaba la inmovilización por medio de aparatos y sólo como excepción la intervención quirúrgica, empleando la primera en casos muy avanzados y aun cuando hubiera abscesos abiertos ó no al exterior, procediendo á la punción en unos casos y á la desbridación del absceso, en otros, usando aparatos cerrados ó provistos de ventanas para hacer las curaciones según el caso.

Condensando su peroración, dijo el Dr. Váz-

quez Gómez que las preguntas que deseaba hacer eran las siguientes:

Primera. En cuánto tiempo más ó menos el Sr. Dr. Macouzet había llegado á obtener los satisfactorios resultados que mencionaba en su trabajo; y

Segunda. Cuáles habían sido los resultados funcionales, en el estado definitivo del miembro, y si por esos medios tan sencillamente enumerados y tan bien fundados había obtenido la curación de la lesión anatómica y si también se había obtenido el buen resultado funcional, es decir, la restauración de los usos adecuados del miembro, asunto muy importante en los niños que tienen que seguirse desarrollando.

Contestando el Dr. Macouzet á las anteriores preguntas, que en su concepto eran de gran importancia, manifestó que ya en su trabajo había dicho que eran necesarios de 2 á 3 años para la completa evolución del padecimiento; pero que el plazo que él señalaba tenía sin duda que ser menor cuando se hacía un tratamiento apropiado, por ejemplo, en el período doloroso, es decir, al principio, basta la aplicación del aparato para que en seis meses entre todo al orden, época en la cual la articulación ya no está dolorosa, y entonces se permite á los niños la marcha con el aparato de Collet ó de Phelps y cuando ya no hay ninguna huella de la afección como estaba al principio, entonces se les permite la marcha y los movimientos de la articulación.

Agregó igualmente que, cuando el período doloroso ha pasado y que hay un cambio en la actitud, el tiempo es mayor (un año ó año y medio), y en ese caso, él recurría á la inmovilización procurando tener quieta la articulación en una buena actitud, y que cuando la supuración se prolonga más, como había visto en niños de cuatro años en que ha habido fistulas, entonces estaba indicado el aparato que permitía la marcha.

Reasumiendo, dijo el Dr. Macouzet que mientras más temprano comenzaba el tratamiento, menos tiempo tenía que estar el niño con el aparato y mejor era el resultado funcional.

El Sr. Dr. Mendizábal preguntó al Dr. Macouzet si en su práctica no acostumbraba el empleo de los mercuriales y del yoduro al principio de la coxalgia con los que se obtenían buenos

resultados, agregando que últimamente había hecho él el empleo de inyecciones hipodérmicas de creosota, ayudado con el tratamiento de la inmovilización y tratamiento quirúrgico, cuando era preciso, con muy buenos resultados, y había hecho uso del tratamiento por la creosota para modificar el estado general y llegar á la anquilosis que es el desiderátum perseguido.

El Dr. Macouzet contestó que no había empleado el mercurio en esa clase de afecciones; pero que tomaba nota de la indicación hecha por el Dr. Mendizábal, lo mismo que de la relativa á las inyecciones de creosota.

El Dr. Núñez dijo que opinaba lo mismo que el Dr. Mendizábal acerca del buen éxito que se obtiene con el empleo del calomel y del yoduro en esta clase de afecciones y que debía tenerse también en cuenta el estado general del organismo, que la coxalgia presenta en los niños cuando tienen algunos años ó al comenzar la juventud.

La osteo-artritis viene á ser la manifestación de un estado general diatéxico; mientras no se modifique este estado general vemos que esos niños continúan con sus osteo-artritis á pesar de las operaciones que se les hacen, y cuando hay fistulas, se ve que se repiten las operaciones y las fistulas se reproducen. Esto no es otra cosa sino la manifestación de un estado general y mientras no se logre mejorar éste, la enfermedad tiene que subsistir. Cree que no puede decirse cuál es el mejor tratamiento; pero variará según la forma clínica.

Cuando las osteo-artritis se supuran y viene la osteitis condensante, en este caso se considera muy feliz el cirujano, pues llega á una anquilosis que es lo que se viene buscando. Evidentemente no en todas las coxalgias se presenta la osteo-artritis supurante, sino que se logra que venga la osteo-artritis condensante y se puede llegar pronto á la curación; pero desgraciadamente en la mayor parte de los casos viene la supuración y viene la grave dificultad para el cirujano. Además, desgraciadamente estas coxalgias se presentan en niños pobres que han sido llevados y puestos en manos de personas no competentes; así es que, cuando vienen al hospital se encuentra muy avanzada la afección, tan avanzada, que á pesar de todos los cuidados y operaciones, algunos mueren.

Después de haber hecho mención el Sr. Núñez del punto relativo á la colocación de los aparatos que se emplean en esta clase de afecciones, dijo que para el tratamiento médico interno, el yoduro y el mercurio obran de una manera eficaz; pero respecto á las grasas, como el aceite de bacalao, la emulsión de Scott y otras, que mucho se recomiendan, él no estaba de acuerdo y recordaba que el Profesor de Clínica Interna de París decía que el aceite de bacalao era una *grande cochinerie*; que las grasas influyen directamente en la cuestión de la digestión que es de gran importancia, pues si no se anda con cuidado en este punto, el objeto propuesto se contraría á pesar de ponerse los medios más favorables para la curación.

Para concluir, y volviendo á la cuestión del tratamiento, dijo el Sr. Núñez que había que atender á la forma clínica, al estado general del individuo y al reposo de la misma articulación.

El Dr. Macouzet manifestó su conformidad con algunos de los puntos expresados por el Dr. Núñez, agregando que ya en su trabajo había dicho que el aire y el sol eran necesarios, y tan era así que el pabellón respectivo del Hospital General tenía doce de sus camas ocupadas por coxálgicos y que estaría lleno de esta clase de enfermos si no hubieran salido ya algunos á atenderse en sus casas, después de haberles sido puesto su aparato de Collet. Que este aparato permite que los niños salgan del hospital y la utilidad de la inmovilización está demostrada con el hecho de que todos los niños á quienes se les ha puesto su aparato, ninguno ha tenido supuración.

El Sr. Dr. Cicero manifestó que la intervención del tratamiento médico en el padecimiento de que se trataba, le había hecho pensar en hacer al Dr. Mendizábal pregunta semejante á la que el Dr. Vázquez Gómez había hecho al Dr. Macouzet. Que este último decía en su trabajo que el tratamiento era largo, porque si la intervención quirúrgica puede dar resultados inmediatos, en cambio son malos desde el punto de vista de las funciones del miembro, y el Sr. Dr. Mendizábal les había dicho que con el empleo del yoduro, el mercurio y la creosota se obtenía la curación más rápida de los enfermos, por lo que rogaba al Dr. Mendizábal se sirviera decirle cuánto se acertaba en su concepto el

padecimiento cuando se empleaba el tratamiento médico señalado. .

El Dr. Mendizábal contestó al Dr. Cicero que era muy difícil poderle decir cuánto se acortaba el padecimiento; pero que con el tratamiento mercurial se modifica de tal manera la condición de los enfermos, que se abrevia la curación y el estado general mejora de una manera considerable.

El mismo Dr. Mendizábal dijo al Dr. Cicero que era bien sabido que la tuberculosis se trataba antiguamente por medio del mercurio y refiriéndose á este punto preguntó al Dr. Macouzet si en el pus de los coxálgicos había encontrado el bacilus de Koch, porque había aun dudas acerca de si la coxalgia era siempre tuberculosa.

En cuanto á las preparaciones grasosas como el aceite de hígado de bacalao, dijo que opinaba de distinta manera que el Sr. Dr. Núñez y el Profesor de Clínica Interna de París, citado por aquel, pues en su concepto era el aceite de bacalao un analéptico de primer orden y á él siempre le había dado brillantes resultados. Que no lo usaba jamás á dosis tan altas como el Dr. Dujardin Beaumetz y otros hasta 400 gramos por día; que él se conformaba con dos ó tres cucharadas al día.

El Dr. Macouzet, refiriéndose á la pregunta hecha por el Dr. Mendizábal, dijo que estaba fuera de discusión, que la coxalgia era una osteo-artritis tuberculosa, pues si no se encontraba el bacilus de Koch, no había coxalgia, agregando respecto al aceite de hígado de bacalao que esta preparación la encontraba y consideraba de gran importancia.

J. COSIO.

ACTA NÚM. 4 EN SU PARTE CIENTÍFICA.

Sesión del día 18 de octubre de 1905.—Presidencia del Dr. Zárraga.—Comunicación del Dr. Fernando Zárraga sobre un caso obstétrico.—Otra del Dr. Emilio F. Montañó sobre dos casos de cataratas.—Otra del Dr. Roque Macouzet sobre tratamiento del mal de Pott. Discusión de ésta última.

A las siete y media de la noche se abrió la sesión.

No habiendo tomado la palabra ninguno de los señores socios, dijo el Presidente: me voy á permitir dar cuenta á la Academia con un saco

obstétrico que me parece de cierta importancia por la enseñanza que encierra.

Una de las noches anteriores, fuí llamado por algún compañero con el objeto de ayudarlo á atender á una enferma. La señora estaba en su segundo parto; hacia varias horas que estaba en trabajo, y las aguas habían escurrido por completo.

Había hecho el compañero á que he aludido, dos aplicaciones de fórceps para una posición occípito-posterior izquierda: había intentado hacer la corrección que procede, en estos casos, de occípito-posterior á occípito-anterior, y á las dos ocasiones, habiéndolo logrado, tocó la cabeza en los momentos de la aplicación de la mano para colocar la segunda rama del forceps, encontró que la cabeza había vuelto á la occípito posterior izquierda. Cuando intentó hacer la extracción directa en occípito-posterior, se le deslizó el fórceps.

En estas condiciones, y casi agotada la enferma, fuí llamado por este compañero y juntamente conmigo fueron dos más.

Cuando llegué, me encontré con que las aguas estaban escurridas de tal manera, que la matriz se aplicaba sobre el cuerpo del feto y era difícil precisar en qué punto estaba el dorso.

Al tacto vaginal, la cabeza estaba en posición occípito-posterior izquierda, la gran fontanela hacia la derecha y adelante y la pequeña á la izquierda y atrás.

Por tres veces intenté, y también alguno de mis colegas, la misma maniobra que nuestro compañero, con igual resultado, y entonces nos propusimos hacer la extracción en occípito-posterior directa. Así lo hicimos, y se extrajo al niño con alguna dificultad; pero la sorpresa fué que esperando el dorso por la izquierda, vino por la derecha; de manera que la cabeza se encontraba en una torsión considerable, pues debiendo estar en occípito-posterior derecha, lo estaba en izquierda. En tal virtud, cada vez que hacíamos la maniobra para corregir la posición, lo que hacíamos, era torcer el cuello del niño, y la elasticidad del mismo cuello devolvía la cabeza á la posición que tenía.

La enseñanza es grande, porque demuestra que no basta conocer la posición de la cabeza para determinar la del niño, sino que hay que conocer la posición del dorso.

Si en vez de hacer el examen de la enferma después de que las aguas escurrieron, lo hubiera hecho antes, evidentemente que se hubiera comprendido cuál era la causa de la dificultad del caso y hubiera llevado la fontanela anterior de la derecha á la izquierda para obtener una occipito derecha posterior y después una anterior.

Como el caso no es frecuente y encierra una gran enseñanza, he querido dar cuenta con él á la Academia.

El Sr. Dr. Montaña:

No habiendo otra cosa de qué tratar, y sin referirme al caso relatado por el Sr. Dr. Zárraga que tiene gran importancia, quiero hablar á la Academia de un caso que acabo de tener de cataratas.

Se trata de un señor del pueblo, de antecedentes alcohólicos, que hace tres años notó que su ojo derecho se nublaba un poco. Fué siguiendo la nublazón hasta formarse una catarata. Como he dicho antes, había antecedentes alcohólicos, y en la orina que se mandó analizar, no había azúcar.

En Abril, cuando vino á consultarme, la catarata maduró.

Este individuo tenía una hija de 26 años, y 8 meses antes notó que se le nublaba también el ojo derecho, el mismo que á su padre, y los dos vinieron á verme con sus cataratas maduras. En ninguna orina había azúcar; en la de la hija una poca de albúmina.

Fueron operados los dos con éxito, el padre de una catarata dura y la hija de una catarata semiblanda. Los otros ojos estaban perfectamente normales, si acaso el del padre un poco opaco del núcleo del cristalino.

Se fueron á su tierra y ahora han vuelto, el padre con una catarata completa en el ojo izquierdo, y la hija también; el primero con una catarata dura, y la segunda con una catarata semiblanda.

He estudiado la etiología de estas cataratas con mucho cuidado y no encuentro nada que relacione la una con la otra, si no es el abuso del pulque, del que estos enfermos que viven en los Llanos de Apam, hacen un uso inmoderado.

Terminó el Dr. Montaña manifestando que, como el caso era raro é interesante, desearía saber la opinión de alguno de sus compañeros sobre el particular.

No habiendo quien hiciera uso de la palabra para contestar al Dr. Montaña, se concedió ésta al Dr. Macouzet, quien lamentando que no hubiera otra cosa de que se ocupara la atención de la Adecamia, llamó la atención sobre el tratamiento del mal de Pott, enfermedad muy frecuente en algunos países y en México, principalmente entre las clases pobres de la sociedad y cuyo tratamiento últimamente ha sufrido una verdadera revolución.

Refiriéndose al tratamiento del mal de Pott ó spondilitis tuberculosa ú osteitis tuberculosa de las vértebras, dijo el Sr. Dr. Macouzet que la medicina durante mucho tiempo se había preocupado por los resultados funcionales, y se pensó en la inmovilización de la columna vertebral por medio de la canaladura de Bonnet, procedimiento que presentaba el inconveniente grave de poner á los enfermos en situación de que no recibieran ni el aire ni el sol, lo que daba lugar á que el provecho que se obtenía con la inmovilización, se perdiera, en vista de las malas condiciones higiénicas en que se colocaba á los enfermos.

Hablando de los aparatos que se emplearon para el tratamiento de esta afección, y que no llenaron su objeto, dijo que después se había llegado al empleo del corsé de Sayre, que fué modificado por Callot, y tiene la ventaja de que llena su objeto y es muy sencillo, y permite variar su altura, pues los aparatos que no llenan estas condiciones, no solamente son inútiles, sino perjudiciales.

Habló de las distintas variedades del mal de Pott, según su sitio, recordando las divisiones de suboccipital, cervico-dorsal, dorso-lombar y lombo-sacro, é indicó los detalles de la aplicación del corsé de Sayre según el caso particular, usando la minerva para el primero, el vendaje dorsal y abdominal para los otros tres, apoyándose por una parte en las axilas y por otra en los ilíacos. Indicó el detalle de aplicar el vendaje enyesado con vendas preparadas por Jhonson & Jhonson y aplicadas directamente sin algodón que proteja la piel y usando únicamente una camiseta ajustada de punto ó un cubre corsé; pero sin olvidar la compresa sobre la pared abdominal, compresa que quita tan pronto como se endurece el yeso y acuesta al niño en decúbito supino y teniendo cuidado de

recortar la parte del aparato que corresponde á las axilas para que no se compriman los vasos ni se estorbe el movimiento de los brazos; señaló también que deben hacerse cuando menos seis vueltas de venda para que el corsé tenga bastante resistencia. Por último, que el niño se mantendrá suspendido durante la aplicación del corsé ó de la minerva, y descansando ligeramente sobre la punta de los pies, y que una vez puesto y seco el aparato al cabo de 15 ó 20 minutos, el niño podía andar y llevar una vida higiénica y al aire libre, cosa que no se logra jamás con la canal de Bonnet ni con los aparatos de inmovilización y extensión que tienen al niño en la cama. Así, pues, el corsé resuelve el tratamiento del mal de Pott sin perder de vista el tratamiento general de la afección tuberculosa.

Dijo, además, cómo se ha abandonado ya el procedimiento de Callot por todos los ortopedistas y aun por el mismo autor, pues la extensión forzada y la rotura de la gibosidad, rompían las adherencias y el tejido huesoso de nueva formación que era el medio que la naturaleza emplea para producir la anquilosis.

El Sr. Dr. Zárraga citó el caso de un enfermo que vino de Mérida con una fístula en la región lumbar y que traía el diagnóstico de tuberculosis renal; siendo así que el cuadro de síntomas y el examen de la orina estaban en contra de ese diagnóstico. Dicho enfermo, que estaba en condiciones generales, detestables: pálido, enflaquecido, muy debilitado, casi agotado y acosado por dolores que le impedían dormir, fué sometido al mismo tratamiento indicado por el Dr. Macouzet, salvo en la parte relativa á que el paciente no fué puesto en decúbito, sino que se le puso en marcha. Y en que se interpuso una capa de algodón entre la piel y la venda de yeso. Que este enfermo se repuso extraordinariamente y marchó á Mérida con su corsé y llevando la fístula cerrada.

El Sr. Dr. Cicero dijo que en la comunicación que el Sr. Macouzet había hecho á la Academia, había una cuestión de principio que era importante tener en cuenta, pues según el método de Callot, parecía que más bien se trataba de que el enfermo no quedara deforme que de que el individuo sanara, pues un procedimiento que

se opone á que se consiga la anquilosis, no podría dar resultados satisfactorios.

El que subscribe, manifestó que estaba de acuerdo con lo que se acababa de decir; que hacía dos ó tres años se había estado usando por Lorens el método de romper adherencias y neoformaciones huesosas á viva fuerza en la luxación congénita de la cadera y también en la coxalgia, tratamiento igual al que Callot recomienda para el mal de Pott, cuyas condiciones creía eran enteramente iguales, y si no dió resultados el procedimiento de Callot, no hay razón para que en el mal de Pott haya de desecharse y no el de Lorens en las coxalgias.

El Sr. Dr. Macouzet contestó que entendía que el procedimiento de Lorens era para la luxación congénita, y que en las coxalgias también empleaba esa maniobra en los casos en que hubiera una deformación que impidiera todo movimiento al enfermo. Que en su trabajo había dicho que cuando la actitud es viciosa, se corrige por medio del aparato haciendo la inmovilización en buena actitud, y que el mismo Lorens empleaba esta maniobra tanto en los coxálgicos como en las luxaciones congénitas.

J. Cosío.

FISIOLOGIA.

Acción de los músculos interno del martillo y del estribo, sobre la membrana del tímpano.

Juzgando por su disposición anatómica, como lo han hecho la mayor parte de los fisiólogos, el músculo interno del martillo es tensor de la membrana del tímpano y el del estribo tendría por función impedir que la base de éste se hundiera demasiado en la ventana oval.

Tales son las nociones más generales acerca de la acción de estos músculos. Mas hay autores que han llevado su investigación ó mejor dicho, su imaginación, tan adelante, que han hecho de la membrana timpánica, por intermedio de estos musculitos, no sólo un aparato de protección para los sonidos fuertes, sino de adaptación para los sonidos graves y agudos.

Según Bonnafont,¹ la membrana del tímpa-

¹ Traité Théorique et Pratique des Maladies de l'oreille.