

SECCION DE GINECOLOGIA.

Reflexiones acerca de cuatro casos clínicos de tuberculosis de los órganos genitales femeninos que observó y operó en el Hospital General de la Ciudad de México, en el bienio 1905-1906.

LECTURA EXTRAORDINARIA

DEL SOCIO TITULAR Y PRESIDENTE DE DICHA SECCION, DR. FRANCISCO HURTADO.

La inmediata consecuencia del descubrimiento del agente causal de la tuberculosis, fué desde luego el que el campo de observación de los médicos internistas en primer lugar, y en seguida el de los cirujanos, se beneficiase en sumo grado, desde el momento en que los prácticos en ambas ramas de la Medicina ya podían de una manera enteramente positiva afirmar su diagnosis y hacerla irrefutable, penetrando á la vez en el obscuro campo de la apreciación patogénica de cada uno de los hechos concretos que antes pasaban bajo su observación, sin que en múltiples ocasiones éstos obtuvieran el comprobante científico, que repito, sólo llegó á adquirirse desde el año 83 de la pasada centuria.

La ginecología, como es fácil comprender, no fué la primera de las ramas de las ciencias médicas que se beneficiase con tan señalado descubrimiento, en aquella época en que los cirujanos aún no habían prodigado la práctica de la laparotomía como hoy tiene la oportunidad de hacerse en el mundo quirúrgico, y por ende se tiene, á la vez que el remedio á las dolencias de los órganos cuyo sitio se encuentra profundamente colocado, la oportunidad y aún el deber de diseccionar los referidos órganos después de su extirpación, y penetrar por los recursos de laboratorio después, en el dedalo de las apreciaciones patogénicas, con más luz y mejor criterio que el que antaño se tenía para establecer por lo menos la frecuencia de los padecimientos genitales de esta naturaleza.

En efecto, ya en esa época se sabía aproximadamente que la tuberculosis solía invadir los órganos genitales internos, de la mujer,

casi siempre secundariamente á otras manifestaciones de la infección y que las vías de esta propagación eran con frecuencia la sanguínea y la linfática, encontrándose grandes dificultades para explicar cómo acontecía: que la intimidad de los conductos tubarios fuese el sitio preferido y desde el cual se pasaba observando otras manifestaciones de la misma infección por verdadero salto, pues ya se había notado desde entonces que las granulaciones específicas, á la vez que en dicho conducto, se encontraban en el peritoneo, si se trataba de los primeros estadios del proceso, quedando el útero indemne de las mismas en la generalidad de los casos.

Empero, se creía que las lesiones demostradas en esos lugares no eran las manifestaciones primitivas y que era casi imposible conceder en el caso una excepción tan flagrante á la célebre ley de Louis, debiéndose interpretar por lo mismo de secundarias las lesiones, aun cuando el mejor y más completo examen del aparato pulmonar no revelase la menor huella á este respecto.

Así opinaba Klebs, sosteniendo que aun cuando aparentemente no se encontrase al efectuar el examen de los órganos genitales en la mesa de anfiteatro, lesiones del mismo carácter en los órganos todos que el anatomo-patólogo tiene la obligación de recorrer en la necropsia completa, por fuerza tenía que existir la siembra específica en la médula ósea ó en los ganglios linfáticos, que no siempre se estudian, ni es posible estudiarlos todos, por ser ímprobo é impracticable dicho estudio.

Aún más avanzaba este distinguido anatómico, y era que si aparentemente la tuberculosis parecía haberse revelado primitivamente en la trompa de Falopio, sucedía porque ya antes de que apareciese en este órgano, había desaparecido de otros puntos de la economía, como los citados.

Esta teoría, por su misma inconsistencia, no resiste al examen serio, bastando á refutarla la reflexion que hagamos, de que por mínimo que suponer queramos que fuera el foco ganglionar, cutáneo ú óseo, en tanto éste no se presente á la observación de nuestros sentidos cuando procedamos á descubrirlo, su no existencia no nos autoriza á que á toda costa hubo de existir y hubo igualmente de tener una evolución fugaz que lo hizo saltar de esos sistemas anatómicos hasta ve-

nir á evolucionar en las paredes de la trompa, quedando allí bien fijo y susceptible de evolucionar esta vez por su propia cuenta.

Abundan en cambio en la ciencia, actualmente, los hechos perfectamente comprobados en que el depósito tuberculoso se ha encontrado exclusivamente radicado en este órgano y cuyo descubrimiento se ha realizado, como antes dije, al ejecutar la laparotomía sin prejuicio y por verdadera exclusión entre esta infección y las demás que guardan con ella puntos de comparación, debiéndose ahora afirmar que si el diagnóstico clínico claudica por su falta de precisión en la mayoría de las observaciones de este género, no sucede lo propio en las ya numerosas adquisiciones que se fundan en los hechos que por su apariencia dubitativa han exigido la realización de las inoculaciones experimentales en los animales de talla pequeña, en los que casi siempre han dado resultado satisfactorio las siembras del material sospechoso, y en el que, por último, casi siempre falta el bacilo de Roberto Koch.

Transcurrieron 3 años del descubrimiento del bacilo, apareciendo entonces la primera memoria del esclarecido Dr. Hegar, que hará siempre una huella profunda en la ciencia, pues este acabado trabajo trazó á los ginecólogos de todo el mundo la vía que debía seguirse para apreciar los hechos que se presentaran en lo futuro, recopiló los ya existentes, depurándolos de los errores que una falsa apreciación de los mismos los podía inutilizar en la formación de la estadística, y precisó con cifras fehacientes, que las manifestaciones de la infección se radicaban primitivamente en el interior de los órganos pélvicos, con más frecuencia de lo que antes de sus preciosas investigaciones se creía.

El mismo esclarecido autor demostró que es en la intimidad del conducto tubario en donde anida la granulación específica, la que muy contadas ocasiones se tiene la oportunidad de ver en sus principios, pues es de observación que muy violentamente se conglo-mera tendiendo á revestir la característica anatómica de la desintegración caseosa, mostrando el mismo aspecto ya sea en lugares algo distantes, ya sea concentrándose en algún lugar preferente del mismo órgano: parte media, porción ístmica, ó bien sea cercana al pabellón. Las consecuencias de esta radicación se comprende desde luego que

variarán en sus consecuencias, supuesto que si ocupa el último de los lugares señalados, pudiera suceder que por no completarse la oclusión del extremo abdominal que la peritonitis reaccional determina allí, se vertieran los productos tuberculosos en el fondo de saco de la serosa y así quedarían explicados los casos de contaminación, y, por consiguiente, la propagación por contigüidad que se realiza, por ser muy abundantes las redes linfáticas y fácil la absorción de los mismos.

Uno de los hechos que presento pudiera asegurar que tuvo esta patogenia y que en él se interesaron los ganglios pélvicos que siguen el trayecto de los vasos ilíacos, los cuales llegaron hasta la caseificación avanzada y el reblandecimiento puriforme, que se comprobó al practicar la laparotomía, que de pasada debo decir que se limitó á extraer con el debido cuidado la especie de masa semejante al puré de patata, á frotar la cavidad ganglionar con la gasa y á tostar la superficie con el termocauterio, tolerando la paciente estas manipulaciones, sin que hubiera sobrevenido reacción peritonítica, sino por lo contrario mejorando de sus dolencias hasta el grado de llegar á salir por su pie del establecimiento, al cabo del tiempo que la observación correspondiente señala.

En un regular número de las descripciones de los laparotomistas se puede leer en confirmación de mi aserto, constandingo en ellas que el origen del mal fué la trompa y que la peritonitis encontrada fué consecutiva y propagada de aquel órgano, no siempre, es debido decir, bajo idéntica forma, pues veces hay en que la serosa pelviana sólo muestra las lesiones corrientes de la forma de la peritonitis exudativa, sin que la vista sea suficiente para llegar á la convicción de que el proceso sea verdaderamente específico, necesitándose la prueba de la inoculación experimental que en muy contadas ocasiones se ha realizado.

La observación número 2 patentiza así como la número 3 la circunstancia que vengo encareciendo.

En ambas se hace mérito de lo intenso y generalizado de las adherencias peritoneales que en uno de los casos constituyeron el estado que se designa: *sinfisis intestino-visceral* y que se caracteriza por la íntima fusión que se acarrea entre los órganos que la pelvis

encierra, y como por otra parte, se señala al mismo tiempo las adherencias extensas que contrajeron los mismos con el epiplón, la interpretación del hecho y su significación juzgo que es pertinente ensayar el darla, apoyándome en las consideraciones previas que paso luego á exponer, debiendo antes señalar que en la marcada con el número 3 se encontraron cerradas las extremidades abdominales de los conductos, debiéndose esto á la conglutinación de las franjas del pabellón, lo que impidió que se vertiera dentro del peritoneo la substancia caseosa que infiltraba las paredes de estos órganos.

En las dos observaciones es muy plausible el supuesto de que el proceso se halla iniciado en la trompa, no obstante de que al practicar la operación, se encontró en los dos casos la sínfisis aludida, indicadora en mi concepto de la actividad de reacción linfática, pues ésta es seguramente la vía que siguió la infección en ambos casos, supuesto que el examen minucioso que se practicó al estar ejecutando la operación, demostró que el útero no ofrecía las apariencias de la infiltración tuberculosa, y esta creencia se confirmó ampliamente con el examen anatómico de los órganos extirpados, no viéndose el menor vestigio de nódulos en el parénquima del útero y en el de los ovarios, examinando un gran número de los cortes histológicos que se prepararon al efecto.

Siendo por lo mismo avanzadas las manifestaciones específicas en las trompas y faltando en el útero y en los ovarios, estos dos hechos prueban manifiestamente: que la tuberculosis puede permanecer, por decirlo así, acantonada en la intimidad de las trompas, y que la interpretación de las modalidades que en cada caso de la práctica revele y revista la peritonitis concomitante, ésta es probable que se encuentre explicada como siendo un fenómeno reaccional del orden de los que pone la naturaleza en casos semejantes en las otras cavidades del cuerpo en donde se asienta el proceso tuberculoso, que es lo que antes dije que merecía ser tomado en consideración, pues de este concepto pudiera desprenderse una conclusión cuyo alcance práctico no se me negará; quiero referirme á la siguiente proposición que me atrevo á consignar en la fórmula siguiente:

Toda vez que por el examen clínico y bacteriológico se tenga la seguridad ó por lo menos la formal presunción de que la tubercu-

losis actúe en el caso que el cirujano esté llamado á tratar por medio de su terapéutica armada, deberá éste, si se decidiera á extirpar los órganos adheridos, redoblar sus precauciones, á fin de que se evite el derrame del material caseoso, que la naturaleza ha tenido el trabajo de excluir y que el práctico podría por lo mismo destruir en un solo momento, ocasionando la siembra del material específico en medio de tejidos ávidamente dispuestos para su absorción, por la riqueza anormal de los vasos de todo género que ha despertado con antelación el proceso flogístico defensivo de la serosa del abdomen.

El corolario obligado de estos dos hechos de mi escasa práctica es sin género de duda confirmativo de la apreciación de los médicos que por su inmensa práctica y gran campo de observación han probado suficientemente: que ahora la tuberculosis genital, tanto la masculina como la femenina, tienen una fase de su evolución que se aproxima por muchos puntos con la que es propia de las manifestaciones externas, que aquí, como en ellas, hay un buen período ó lapso de tiempo en el cual el organismo circunscribe las lesiones, y que el organismo todo actúa poniendo en ejercicio todos los procesos defensivos de que puede disponer, y que por fin, el cirujano debe analizar la situación de sus pacientes en cada caso concreto de su práctica, á fin de ver cuáles de estos hechos deben tratarse por los medios radicales que el arte le facilita, y cuáles serán los que convenga tratar por los recursos médicos solamente, ó por la ejecución de las operaciones paliativas, entre las que figura indiscutiblemente la abertura de la cavidad del abdomen á título de verdadera exploración, en los casos que por su número considerable el diagnóstico no puede hacerse aún, por la deficiencia reconocida de los métodos de exploración clínica, que en no contadas ocasiones hacen que el clínico formule un diagnóstico absolutamente opuesto á la realidad, y que sin ningún género de escrúpulo debo decir que me acontecía en la mayor parte de los hechos que hoy tengo el honor de exhibir á la ilustrada consideración de mis profesores académicos.

Queda siempre en pie por lo indicado brevemente, que la tuberculosis genital femenina puede ser curable, y sólo falta precisar cuál es el proceso que pueda conducir al logro de tan deseado desideratum, cuya solución está quizás próxima á encontrarse, merced á los es-

fuerzos y á la perseverancia de las ilustraciones que en el campo de la moderna ciencia llevan los nombres envidiables de los Berhing y los Maragliano, para no citar sino á los que figuran en la cúspide de los modernos investigadores.

Considera el sabio Dr. Maragliano en su luminosa comunicaci3n delante de los miembros de la Asociaci3n Francesa para el progreso de las ciencias m3dicas verificado en Lyon el d3a 9 de Agosto del a3o extinto.

«Que (son sus propias palabras):

«Para comprender bien los t3rminos del problema terap3utico
«de la tuberculosis, es preciso conocer las etapas de la infecci3n en
«el organismo afectado por esta enfermedad. La primera etapa de
«la infecci3n se verifica en el tejido donde el bacilo ha penetrado.
«Los elementos del tejido constituyen la primera barrera que se
«opone á la invasi3n del bacilo.»

«En esta primera etapa, si las energ3as defensivas son suficientes, el bacilo es destruido y el organismo no tiene conocimiento de la invasi3n. Pero si no son bastante activas para destruir el bacilo, 3ste se multiplica y se forma un foco tuberculoso. Ocurre muchas veces que los tejidos que le rodean luchan con ventaja, y en este caso el foco queda aislado, circunscrito, inofensivo, y puede permanecer as3 toda la vida sin revelar su presencia. Mas por desgracia, la mayor parte de las veces los tejidos inmediatos se debilitan, pierden sus condiciones de resistencia, y entonces la invasi3n se propaga, los bacilos se multiplican y el foco se hace m3s extenso. En un punto m3s lejano los tejidos pueden oponer una barrera final, y si es salvada, en este caso el organismo apela á todas sus fuerzas de resistencia para empe3ar el combate final. Es necesario luchar entonces contra dos peligros: la difusi3n de los venenos tuberculosos y su acci3n sobre los tejidos del organismo; la toxina tuberculosa, en una palabra. Despu3s es la invasi3n de los tejidos lejanos por los bacilos, es decir, la infecci3n bacilar generalizada.»

«Contra estos dos enemigos luchan todos los elementos del organismo, los cuales, con auxilio de medios extraordinarios de defensa, neutralizan los venenos, resisten á los bacilos, los hacen inactivos, los matan. Mientras quedan victoriosos en la lucha, podemos

tener focos tuberculosos localizados en un punto cualquiera de los tejidos; siendo en general buena la nutrición, hasta puede haber obesidad. Se observan con frecuencia sujetos con focos bronco-pulmonares muy extensos y que no tienen ni fiebre ni enflaquecimiento y se encuentran bien.»

«Tenemos, por lo tanto, tres murallas de defensa: la primera está representada por el tejido, en el que han penetrado los bacilos; la segunda por los tejidos inmediatos; la tercera por todo el organismo; cuando cede esta última muralla, principia la ruina.»

«Los organismos que luchan victoriosamente contienen sustancias antituberculosas: antitoxinas, aglutininas, bacterilisinias. Los individuos cuyos esputos contienen bacilos, aunque se encuentran en condiciones generales excelentes, poseen hasta 300 unidades antitóxicas por centímetro cúbico de suero sanguíneo, con un grado aglutinante de 1 á 200. Este mismo suero está dotado de propiedades bacteriolíticas sobre los bacilos, é impide, hasta cierto punto, el desarrollo de los cultivos.»

Hagamos la aplicación de estos principios al caso que estudiamos. Diremos desde luego, que la invasión de los bacilos tuberculosos en las trompas puede, ó bien partir de un foco situado en el cuerpo de la enferma, ó bien venir del exterior en tal forma, que los gérmenes patógenos desde el sitio de entrada, emprenden su camino hacia las trompas para alojarse en ellas, sin provocar alteraciones en los tejidos por donde han pasado hasta llegar allí. Así, pues, distinguimos una infección secundaria y otra primitiva.

Desde los estudios de Hegar se sabe también, que de las formas llamadas ascendente y descendente de la infección, la última es siempre el resultado de una infección secundaria, mientras que en la primera, los genitales, y por consiguiente la trompa, pueden ser afectados, ora primitivamente, ora secundariamente.

Siendo, decididamente la secundaria, la forma más común de la infección, la transmisión á los viaductos puede verificarse de diferentes maneras:

1º Por la vía de la corriente sanguínea.

En favor de la existencia de infección metastásica se puede, con Williams, citar varios hechos, á saber:

La afección de las trompas, habiendo tuberculosis pulmonar, sin coparticipación del intestino, del peritoneo ó de los ganglios mesentéricos.

Aquellos casos en que la afección se encuentra más enérgicamente marcada en el sitio de inserción de la placenta, en púérperas que habían muerto de tuberculosis miliar general.

La demostración hecha experimentalmente por Baumgarten, y Landauzi, de que se pueden encontrar los bacilos tuberculosos en órganos remotos, sin alteraciones de los tejidos en los mismos, habiendo tuberculosis pulmonar. En esta última categoría de hechos, en donde han penetrado bacilos del exterior, sin determinar alteraciones en el lugar por donde entraron, el proceso ofrece caracteres análogos al de la endocarditis séptica y al de la osteomielitis, ha dado lugar á una controversia entre Bollinger, que es su más caluroso defensor, y Baumgarten, que la rechaza, afirmando que en el lugar de entrada aparece constantemente tuberculosis local, y que una tuberculosis tubaria verdaderamente primitiva es siempre heredada, sólo que ha permanecido latente durante más ó menos tiempo.

Con toda justicia, opina Veit que en esta controversia no se trata por de pronto de la cuestión de la infección por gérmenes que circulan con la sangre, sino meramente de fijar, de una manera terminante y categórica, los conceptos de «primitiva» y «secundaria,» dada la propiedad que, como se sabe, tiene la tuberculosis de permanecer á menudo latente por espacio de largo tiempo, y que una afección insignificante en el sitio de entrada del virus puede pasar inadvertida y haber desaparecido mucho antes de que aparezca la infección interna, y, en tal caso, el clínico dice que ha habido infección primitiva.

Hegar supone que una infección directa de las trompas desde el exterior, puede verificarse mediante que por una pequeña herida de la vagina ó del vestíbulo penetra virus tuberculoso en los espacios linfáticos paravaginales y parauterinos, es llevado por los vasos linfáticos á la cavidad peritoneal, y desde aquí emprende su camino hasta el pabellón de la trompa, verificándose esto especialmente en la tuberculosis tubaria subsiguiente á un parto ó á un puerperio.

Una verdadera infección se ocasionaría también en el caso de

penetración de bacilos tuberculosos que penetrasen del intestino. En este supuesto, cuya frecuencia es fácil conceder que no es excepcional, la forma debe de conceptuarse como primitiva, supuesto que los bacilos pueden sólo atravesar el intestino, y no siempre dejan en este órgano huella de su existencia. Lewit y Pesner, á decir de Veit, obtuvieron resultados positivos en este sentido, en experimentos hechos en animales, con el *bacterium coli*.

En cuanto á las formas de infección mixta, se sabe desde Hegar, que la mucosa tubaria si enferma de blenorragia, es un terreno favorable para la infección tuberculosa, pudiendo, según Schuchard, presumirse que la infección podrá ser simultánea, cuando actúen ambos gérmenes patógenos.

Una trompa tuberculosa puede naturalmente ser infectada secundariamente por diversos gérmenes, desde la vagina y el útero (gonococo y estreptococo), y por el *bacterium coli* desde el intestino en caso de adherencias entre este último y la trompa.

En estos casos resulta difícil resolver si se trata, en un caso dado, de una infección simultánea con ambos virus ó de dos ó más infecciones que se han verificado en tiempo diferente.

Tenemos bosquejado hasta ahora el primer requisito que señala Maragliano, ó sea la penetración del germen patógeno.

Veamos ahora cómo se defiende el órgano invadido por el bacilo tuberculoso. Los datos de anatomía patológica son preciosos á este respecto, y de ellos se pueden sacar las siguientes conclusiones:

1ª Cuando es limitado el punto invadido de la pared del conducto tubario y que esté punto se encuentra á la mitad de su longitud, el proceso tuberculoso evoluciona *in situ* y la reacción epitelial que despierta en su contorno puede ser la barrera que resguarde al organismo de la propagación, pues se podrá determinar una oclusión por soldadura de las franjas, como acontece señaladamente en las formas plásticas de la infección gonocócica, en que se constituye una bolsa quística ó sea el piosalpinge gonocócico, cuyo germen puede, como es sabido, quedar puro ó bien se mezcla con otras bacterias (neumo y estreptococo, coli bacilo). La menor riqueza de la vascularización de las franjas en el punto del conducto que suponemos que ha sido invadido, lo hace menos expuesto, desde luego,

que si se hubiese situado cerca del pabellón en donde las redes sanguíneas y linfáticas se acusan por su exuberancia, y además la proximidad del peritoneo hace que sea de mayor gravedad esta radicación, pues si no ocurre el que la reacción flogística haga impermeable el orificio abdominal de la trompa, la propagación es casi segura, llegando el proceso morboso al período de reblandecimiento ó caseificación, lo que acontece con frecuencia que no desmienten las observaciones de la literatura médica.

Ante la frecuencia con que se encuentran afectados á un tiempo mismo el peritoneo y la trompa, algunos investigadores (Cohnheim, Birh-Hirschfeldt y otros) consideraban este método de infección como casi único y exclusivo, no siendo, por otra parte, absolutamente preciso que el pabellón reciba directa é inmediatamente los bacilos, sino que, en varios casos, la afección está limitada á la serosa tubaria, en la cual se verifica la inmigración por los espacios linfáticos de la subserosa, como lo comprobó Hegar.

Hablando en general, no es regla sin excepción que cuando hay tuberculosis del peritoneo participen también de ella las trompas. Así, Schram, según Veit, entre 3,356 autopsias, encontró 33 veces tuberculosis « idiopática » del peritoneo, sin participación de las trompas.

Basándome particularmente en los resultados de estadísticas como las de estos autores, puedo aventurar la hipótesis de que si no siempre ocurre la propagación del proceso tuberculoso hacia el peritoneo, y de que hay hechos registrados experimentalmente de peritonitis de la proximidad de la trompa infectada, en los que la inoculación de la serosidad recogida en los repliegues de la serosa, no ha producido el brote experimental en los animales; puedo, repito, apelar á la explicación más corriente que debe darse de estos hechos negativos y debo interpretarlos como un proceso defensivo que emplea en ciertos de estos casos la naturaleza para resguardar al organismo de la diseminación del bacilo tuberculoso.

A este propósito debemos estudiar el terreno y el microbio.

La serosa peritoneal forma la primera línea de defensa y ataque; las vísceras encargadas de la destrucción y eliminación de gérmenes y tóxicos forman la segunda línea de defensas orgánicas. La

absorción y exudación peritoneal, el poder bactericida de sus células, el papel defensivo del epiplón, son armas de que se vale la serosa peritoneal junto con la exudación plástica y formación de adherencias para destruir, absorber ó enquistar los gérmenes. Si el número y virulencia de los gérmenes es grande, constituyen un peligro la reabsorción y exudación serosa, sobre todo si flaquean las defensas orgánicas que forman la segunda línea de defensa. Los múltiples repliegues y bolsas que forman el peritoneo son condiciones abonadas para el desarrollo de gérmenes. El constante movimiento de las paredes y órganos de la cavidad abdominal, favorecen la difusión de los gérmenes.

La experimentación y la clínica admiten la peritonitis plástica sin la existencia de gérmenes. Aun existiendo gérmenes no sobreviene infección peritoneal si las defensas del peritoneo son normales y el número y virulencia de los gérmenes no es excesivo. Los gérmenes inofensivos se hacen virulentos según las condiciones del medio: lesiones peritoneales, coágulos, etc. El número y virulencia de los gérmenes tiene importancia, no sólo para explicar la infección peritoneal, sino hasta la gravedad de la misma. Pocos gérmenes y de escasa virulencia, despiertan fenómenos de reacción local de defensa «peritonitis plástica adhesiva.» Mayor virulencia y buenas defensas, originan focos purulentos enquistados. Abundancia de gérmenes, virulencia exaltada y defensas flojas, pueden originar las infecciones peritoneales generalizadas. Las lesiones de la serosa peritoneal, ya determinadas por el acto quirúrgico, ya por procesos flogísticos, agudos ó crónicos, anteriores á la intervención, acumulan en los dos primeros casos la receptividad morbosa y la disminuyen los procesos crónicos de la serosa, que le hacen perder su poder absorbente y reaccional.

Con estas consideraciones creo apoyar el punto de doctrina que vengo sosteniendo, esto es, que las lesiones concomitantes de las lesiones tubarias de origen tuberculoso, pudieran ser en muchos casos independientes por su naturaleza; por todo lo cual, no obstante, no pretendo negar la especificidad microbiana de la peritonitis, pues se podía objetarme que la mayoría de los clínicos, admitiendo el origen microbiano del proceso productor de la inflamación de la mis-

ma membrana, quería yo hacer una excepción sin fundamento suficiente. A esto contestaría, que sólo debemos admitir la naturaleza tuberculosa cuando la clínica y la bacteriología, de consuno, nos lleguen á demostrar la veracidad de esta proposición, y que es debido, agregando una nueva dificultad en la solución de este problema, tener en cuenta que en no pocos casos podría suceder que la causal de la flogosis peritoneal pudiera ser la acción de las bacterias, que es un hecho que trasudan de la cavidad del intestino, y que este paso se encuentra favorecido por la parálisis concomitante de la fibra lisa de las paredes de este conducto, que es, repito, en otra forma, laboratorio constante de gérmenes y de toxinas. El éxtasis intestinal determina las lesiones parietales y aumento de la virulencia del contenido intestinal. Múltiples causas explican estas lesiones, desde la simple oclusión intestinal hasta las embolias y trombosis mesentéricas.

En la forma de *tuberculosis crónica fibroide de las trompas*, que describe Williams, ésta se caracteriza por abundante formación de tejido conjuntivo fibroso en los tubérculos y alrededor de éstos, así como también por la escasa tendencia á la caseificación, lo cual está demostrando que la naturaleza pone aquí en juego los mismos procesos esclerosos que en otros lugares de la economía usa para aislar y curar la infección.

Para dejar terminado este punto, podemos decir en apoyo de nuestras ideas, y contando con la autoridad de Veit y Martín: que aunque no es cuestión fácil de resolver, lo de sí, en ciertos casos, ha tenido efecto un proceso inflamatorio de naturaleza no tuberculosa — por consiguiente, merced á infección mixta — antes, al mismo tiempo, ó después de la infección fímica; pero si la tuberculosis misma trajese en pos un proceso de aquellos, el cual entonces, mediante formación de membranas y oclusión del orificio abdominal, da origen al enquistamiento de las partes enfermas, habría que considerar esto como una especie de tendencia natural hacia la curación.

Los cirujanos modernos no deben guardar escrúpulo interviniendo en estos casos de tuberculosis de los genitales internos, pues conocedores del proceso y de su importancia defensiva que hoy se le concede, por sus maniobras prudentes, no van á destruir la obra repa-

radora de la naturaleza, sino á ayudarla por su decisión armada y contando con los recursos de asepsia, y de minucias de técnica, por los que se puede evitar la contaminación de la serosa peritoneal durante la ejecución del acto quirúrgico. Sólo me permitiré decir en esta ocasión, que si el peligro á que aludo puede existir, no es de la misma magnitud que el que corresponde, v. gr., á los numerosos casos de infección gonocócica que está llamado á detener el cirujano casi á diario, y en los que es incuestionable que el peligro inmediato de muerte es mayor que en el caso que me ocupa.

Dije ya otra vez que en una de mis observaciones había estancado con las gasas la papilla de un ganglio caseificado que encontré en la cavidad pelviana, y ahora debo acentuar, que por más precaución que hube de tomar, siempre sucedía que se derramara alguna cantidad de ese material, y no por eso sobrevino ninguna circunstancia que se hubiera tenido que lamentar.

La importancia que en la práctica de la especialidad debe concederse al diagnóstico pre-operatorio de la peritonitis, apenas necesita demostración, supuesto que de lo que llevo apuntado, considero que se desprende la conclusión de que: la técnica del cirujano debe de subordinarse en la generalidad de los hechos á la perfección del diagnóstico topográfico, y si es posible al de la naturaleza de la afección que está llamado á combatir.

Por desgracia no en todas las ocasiones se puede cumplir estos preceptos, y en la tuberculosis de los órganos internos femeninos mucho menos. Expresé en las historias clínicas que acompañan esta memoria, que en la mayor parte no pude hacer el diagnóstico de una manera positiva, aunque en algunas hubiera podido sospechar la naturaleza tuberculosa, en virtud de la experiencia que adquiría á medida que los hechos se iban presentando á mi observación.

Este vacío que ahora recalco, puede decirse que existe en la generalidad de los hechos de tuberculosis visceral y en los estadios clínicos de la dolencia en los que ésta aún no se ha generalizado. No poseemos signos suficientes que nos autoricen á fundar nuestra creencia, y, por ello, se ha tratado de inocular varias substancias que haciendo reaccionar al organismo en tal ó cual sentido ayuden

con cierto grado de aproximación á adelantar la solución de tal problema.

Delante de la incertidumbre de la diagnosis no nos queda más que atenernos á las indicaciones generales de la sintomatología acusada por las enfermas y que el hábito nos enseña cuáles son los cuadros ó síndromos morbosos en que la experiencia clínica nos indica que ya pasó el tiempo de aplicar los recursos médicos. Viene entonces al cirujano la idea de tratarles por los medios radicales que éste pone en práctica, siempre que lo juzga debido, en vista de la rectificación y del auxilio que le suministra la exploración del vientre, siendo ésta preferible hacerla siguiendo la vía alta; pues por la vía vaginal no es posible que pueda resolver el magno problema de la conservación ó de la extirpación de los órganos afectados, por ser estrecho este camino, y por cambiar las relaciones de topografía de los mismos.

Siempre que no se encuentre obstáculo serio para efectuar el desprendimiento del útero y de sus anejos, debe realizar su extirpación, debiendo ésta ser total, pues pudiera suceder por modo no remoto, que, si dejase el cuello del útero, éste podría abrigar en su intimidad algunos nódulos cuya existencia no se sospechase, contando con los inconvenientes que tendría esta conducta.

Lo que sí debe detener, en nuestro concepto, la mano armada del cirujano, es la demostración de la extensión del proceso á una extensión suficiente de la serosa peritoneal, lo que acontece en las formas granúlicas de la infección, pero en cambio en éstas casi siempre surgirán contraindicaciones de orden de la medicina interna, que no darán oportunidad á que llegue á realizarse el acto quirúrgico, máxime si, como debe recomendarse, se asesorea al cirujano con las personas que hacen especialidad de aquella rama de la Medicina.

De todos modos, en virtud de los perfeccionamientos modernos por los cuales se abrevia la duración de la ejecución de la laparotomía, y por los cuidados de la asepsia, se puede sostener que si la paciente cuenta aún con bastantes medios defensivos por ser aún satisfactorio su estado de salud general, la operación no se agrava, como antes, y por verdadero prejuicio teórico se consideró.

Me atrevo á sostener que considero el pronóstico operatorio de la tuberculosis femenina como dotada de menor género de peligro que el que corresponde á la práctica de la operación de la nefrectomía que se realiza por la misma causa. En el primer caso tenemos mayor número de recursos para combatir los accidentes que pudiesen sobrevenir, y siempre que éstos sean del orden común, quiere decir siempre que fuesen infecciosos y de otro orden de microbios, pues es claro que el despertar de una granulía, aún, desgraciadamente, no se ha conseguido evitar, y á esto tienden los estudios de Berhing y de Maragliano de que antes hice mérito y no intento transcribir por ser poco pertinente para el fin que ahora persigo, y que no es otro que el de acompañar las pocas observaciones de mi práctica hospitalaria que os ruego las disculpéis de los defectos que su lectura podrá determinar al hacer vosotros el juicio crítico de las mismas. Sólo debo decir á este propósito y para que me sirva de exculpante, que he procedido á redactarlas después de haber realizado las rectificaciones de histología que he creído necesarias para establecer los hechos debidamente en mi particular estadística, y que el fin que me anima es el de que queden depositados en nuestros anales para que más tarde con número más competente y que proceda de los distinguidos profesores y de los señores que se dedican á la medicina interna, podamos hacer la historia natural de la dolencia, y describir las modalidades que sea susceptible de revestir dado nuestro clima y nuestro medio social.

Antes de dar lectura á las observaciones, os ruego me permitáis encarecer la importancia que se relaciona con las circunstancias que informan á la número 4, en la cual se ve la relación que los padecimientos del cuello uterino de naturaleza tuberculosa pueden tener con los de orden neoplásico, hasta el grado de que si no se presta especial atención, se corre el riesgo de confundirlos y clasificarlos entre los epitelomas de esa región anatómica, en tanto que no se apela al dictamen histológico, el único criterio decisivo en el caso, dado que los caracteres de morfología clínica acentúan en más de una ocasión su deficiencia.

Quiero referirme á las dificultades que en la práctica se presentan al observar en la clínica á una mujer joven y en qué por su

edad la apariencia de la ulceración vegetante se comienza tomándola como si fuese de origen venéreo por mediar ciertas sospechas, que pronto desvanecidas por faltar los comprobantes indispensables para apoyar este juicio se abandona, y entonces se piensa en el epiteloma ulcerado ó en las formas embrionarias del sarcoma del cuello, que se marcan en las mujeres jóvenes principalmente después del puerperio, pero que por su rapidez de evolución y las metástasis que determinan en otros aparatos de la economía, se tiende á desechar, así como también por faltar la caquexia que aparece por modo rápido en caso de sarcoma.

Como hasta ese momento aún no se ha realizado el examen histológico, hay que atenerse por lo pronto á establecer un diagnóstico provisional contando en parte para su formulación, con los caracteres que suministra el examen objetivo, el que enseña que:

La úlcera difiere de la epitelial por faltarle la dureza que es casi constante en esta última, porque el aspecto de conjunto es semejante en el caso al de las úlceras lúpicas, existiendo surcos separatorios de las yemas vegetantes, siendo el color semejante á carne de jamón, lo cual está revelando que los procesos de anemia y de congestión van separados, en tanto que en el epiteloma domina el proceso congestivo que se traduce por la frecuencia de las metrorragias, que en el caso actual no se señalan por la anamnesia.

El síntoma hemorragia sirve para alejar igualmente la idea del sarcoma, pues más frecuente es en este neoplasma, que en el mismo carcinoma.

Entonces, y por mera exclusión, acontece pensar en la úlcera tuberculosa. Cabe recordar á este propósito, que ha habido autores que han llegado hasta negar que existan las formas vegetantes de tuberculosis del cuello del útero, y que muy probablemente se apoyan para esto en la consideración de la transmisibilidad muy discutida de la tuberculosis en los matrimonios que han interrumpido la cohabitación.

Por fortuna el criterio que en la actualidad domina es mucho más amplio y se funda en el examen de preparados histológicos y en la experimentación en animales. Estos poderosos recursos del moderno diagnóstico casi han acabado por destruir las últimas ba-

rreras que se oponían á la admisión de esta forma del proceso en el sitio mencionado.

Desde que Cornil describió magistralmente la tuberculosis uterina, poco nuevo se ha dicho sobre esta afección y en particular sobre su localización cervical.

La tuberculosis del cuello siempre ha sido considerada como muy rara. Después se han citado nuevos hechos, pero en la generalidad de observaciones había coexistencia de nódulos tuberculosos en otras partes del útero y en sus anejos, lesiones que es fácil comprender que la clínica sola no podía más que sospechar, entretanto que por la necropsia ó por la práctica de la laparotomía no se confirmaba aquel juicio.

Es singular lo que me aconteció en el caso á que hago mérito, pues hasta el momento en que por imposibilidad de continuar desprendiendo las adherencias que durante las maniobras vaginales hube de abandonar esta vía y tomar en seguida la abdominal, no pude reconocer la extensión y la forma que el proceso revestía en el cuerpo del útero, los anejos y el peritóneo visceral, el cual lo encontré sembrado de numerosas granulaciones miliares.

Es indudable, que si limito mi acción quirúrgica á la sola ejecución de la amputación del cuello, sólo hubiera podido, mediante el análisis histológico, diagnosticar que se trataba de tuberculosis, y hubiera continuado ignorando la difusión de la dolencia hasta el punto que indico.

Estudiando los cortes histológicos en el caso que refiero, pude reconocer los caracteres que siguen:

Las glándulas tuberculizadas sólo existen al nivel de la ulceración endocervical. Dichas glándulas son el asiento de una proliferación conjuntiva que por su abundancia pudiera ser ocasión de falsa interpretación en el temor de que se tratase del proceso inflamatorio del sarcoma embrionario.

Encontré anillos de esclerosis alrededor de las glándulas más profundas y las más altas, en la porción supravaginal del cuello. Más abajo, el tejido conjuntivo, ya menos espeso, dando lugar á que sus fibrillas se dejasen disociar, presentando la apariencia de un haz con forma de pincel, después del cual se ven las células con-

juntivas, jóvenes, que conducen ahora á la verdadera zona tuberculosa.

Alrededor de los vasos, la reacción del tejido conjuntivo es exactamente paralela, viéndose todos los grados entre la esclerosis fibrosa, perivascular y la infiltración embrionaria.

En toda la extensión del corion que no está ocupada por los tubérculos y por los elementos embrionarios, las grandes células dérmicas están degeneradas.

Aproximándose á la zona de ulceración, se nota la existencia de focos hemorrágicos y edematosos, que, por su extensión, fueron suficientes para contribuir á distender la capa epitelial que los cubre. Aunque propiamente no hay formaciones papilares en el córion, se ve que las alteraciones que esta membrana ha sufrido, merecen ser consideradas al lado de los folículos tuberculosos, para explicar la formación productiva de las vegetaciones cervicales.

Una última palabra acerca de la vía de transmisión de la tuberculosis cervical:

Cierto es que muy á menudo el cuello se encuentra infectado al mismo tiempo que el cuerpo del útero, que, como es general que suceda, el agente morbífico circula en la masa de la sangre, esto es, cuando la mujer ya previamente es tuberculosa. Entonces se hace la propagación por contigüidad, y esto es lógico suponer que es ascendente; se contagia el endometrio y después se contamina el peritoneo á través del pabellón tubario, ó bien los linfáticos se encargan de vehiculizar el agente morbífico.

Cuando suele existir la localización vesical, el útero y sus anejos pueden contaminarse por la propagación, por contigüidad, siendo esta localización, según parecer de Cornil, comparable á la de que de la matriz se propaga al peritoneo, existiendo entre ambas semejantes relaciones, pues basta recordar las relaciones existentes entre la vejiga y las vesículas seminales con las que anatómicamente presentan el endometrio, la cavidad tubaria y el peritoneo, para comprender la veracidad del símil establecido entre la comunidad de transmisión del proceso patológico en ambos aparatos orgánicos.

En este caso se sobreentiende que es la vía linfática la que sigue

el germen y que el transporte se hace á través del espesor del tabique vésico-uterino.

Puede suceder, por último, que la infección haya comenzado en el peritoneo ó en las trompas y que después se propague al cuello, salvando el cuerpo del útero, en cuyo caso la infección es descendente.

Observaciones de enfermas operadas de tuberculosis de los órganos genitales, del mes de febrero de 1905 á fin de diciembre de 1906.

Núm. 1.—Marzo 16 de 1905.—Rosa Olivares, de 25 años de edad, soltera y nulípara, aqueja sufrimientos flemásicos de sus órganos pélvicos acentuados principalmente por síntomas de compresión, entre los que figura y predomina tenesmo vésicorrectal, que no han logrado calmar los distintos remedios que le han propinado algunos médicos á quienes ha consultado, los que en general han diagnosticado fibromiomas pélvicos, guiándose seguramente por los signos exploratorios, los que revelan, sin género de duda, la existencia de masas duras, que obstruyen la pelvis menor casi por completo y que se remontan pasando algunos centímetros el nivel superior del pubis.

Es muy difícil llegar á limitar la situación real de la matriz, por estar este órgano positivamente enclavado por las masas neoplásicas, que encasquilladas, por decirlo así, entre los ligamentos anchos, también rodean por detrás el útero así como engloban los anejos. La palpación metódica del abdomen sólo revela tirantez propia de vientre de mujer múltipara y sensibilidad profunda, que está lejos de semejarse á la perteneciente á la flemasía crónica de la serosa abdominal, que dice la enferma en la anamnesis consignada haber sufrido durante algunos períodos menstruales y, á últimas fechas. Por el tacto vaginal se perciben borrados los fondos de saco, principalmente el posterior, en cuyo último punto la consistencia es de suma dureza. El cuello del útero se encontró ligeramente desviado hacia la derecha, es de forma tapiríode y alargado, escurriendo del orificio cervical alguna cantidad de mucosidad sanguinolenta.

Las reglas se han tornado irregulares desde hace un año, faltando hasta por tres meses consecutivos. Desde la misma época la cantidad ha aumentado de un modo ligero, sin que propiamente hallan sido menorrágicas, y respecto á dolor, éste ha sido muy ligero y sólo se ha presentado el primer día.

Durante todo el mes de diciembre del año anterior dice la enferma haberse visto obligada á guardar reposo en su lecho, por haber sufrido ataque de peritonitis, que revistió forma un tanto severa durante el primer septenario, por la continuidad de los vómitos biliosos que dice le venían al intentar cualquier alimento, por corta que fuese la cantidad que tomara del mismo. Refiere que el dolor se extendía hasta la parte alta del vientre estorbándose la respiración normal; que tuvo fiebre por 10 días, así como también diarrea fétida; por último, que la regla no se presentó, hasta dos meses después de que hubo dejado el lecho. Acusa perturbaciones de orden reflejo sobre los aparatos digestivo y circulatorio, entre los que más llama la atención se cuentan: las perturbaciones de la movilidad del tubo gastrointestinal, astricción de vientre, pirosis, náusea y rara vez vómitos, anorexia persistente y cierto grado de meteorismo que sobreviene por modo inconstante, pareciendo tener relación con el régimen alimenticio, que es el de estas clases de la sociedad, que por falta de recursos pecuniarios se alimentan desordenadamente en cantidad y en calidad de los alimentos que ingieren. Así refiere que en ocasiones no se desayunaba, bien sea por no sentir necesidad, ó por carecer de lo más indispensable para su comida principal, en la cual tomaba un vaso de pulque y pocas veces se alimentaba con carne. Dice no haberse excedido en libaciones ni abusos de otro género.

Al examen clínico se encontró: enflaquecimiento moderado, signos de anemia incipiente, ligera debilidad del murmurio respiratorio en los vértices pulmonares y normales los tonos cardíacos.

Se apuntó el diagnóstico provisional de: Fibromiomas múltiples de la matriz, de evolución intra-ligamentaria, con reacción peritónica, y se propuso la intervención quirúrgica, anunciándole á la enferma que iba á revestir el carácter de exploratoria, y que si se consideraba debido el no continuarla por imposibilidad material

para enuclear los neoplasmas, ó que por cualquiera otra razón no conviniese terminarla. Accedió á nuestra propuesta que había comprendido con perfección, y sólo nos encargó, que hiciésemos lo posible por curarla radicalmente, por los sufrimientos que experimentaba, y por la imposibilidad de ganarse el sustento.

Es de importancia el consignar, que durante algunos días que, precedieron á la operación, no hubo reacción febril.

Al practicar la sección del vientre arriba del pubis, desde luego se notó vascularidad anormal de los tejidos, y al llegar á la serosa, se vió estar muy engrosada, se desprendió con todo cuidado, lo mismo que una porción de epiplón, la cual cubría casi toda la extensión de la superficie superior de los órganos encerrados en la pelvis. En ese momento ya pudimos darnos cuenta de la naturaleza é incurabilidad de las lesiones, por encontrar grandes masas ganglionares caseificadas en el lugar que deberían ocupar normalmente los anejos. También varios ganglios mesentéricos se hallaron crecidos y reblandecidos; no siendo posible, si obráramos prudentemente, llevar la intervención más adelante; razón por la cual no intentamos disecar los órganos genitales internos que encontramos fundidos en una magma, en cuya superficie era imposible distinguir ningún detalle de topografía normal de los mismos.

A esto se redujo la intervención, lavando la superficie peritoneal que mostró numerosas adherencias fibrinosas y considerablemente vascularizadas. Cerramos el vientre por sutura de planos.

La anestesia clorofórmica fué desprovista de accidentes, empleando 20 gramos.

La herida cicatrizó de primer intento, no sobrevino ningún accidente digno de especial mención, la enferma se repuso con el uso de la creosota administrada en forma de enemas, así como con las inyecciones subcutáneas de cacodilato de sodio. Logramos retenerla en el Pabellón hasta el día 17 de Julio en que, por pedimento de su familia le dimos su alta, recomendándole nos tuviera al tanto de la marcha del padecimiento, lo que prometió hacer, no habiendo cumplido, sin embargo, pues no hemos vuelto á tener noticia de este sujeto.

El diagnóstico que se asentó como definitivo fué: Tuberculosis ganglionar de la pelvis menor, propagada á los órganos genitales internos, determinante de peritonitis adhesiva plástica, proceso patológico, que permaneció limitado á la porción inferior de la cavidad del vientre, propagándose en seguida á los ganglios mesentéricos y al epiplón.

Núm. 2.—Junio 22 de 1905.—María Cuesta, de 24 años, soltera, sin antecedentes patológicos de importancia, refiere que lleva 4 años de sufrir amenorrea á pesar de los medicamentos que le han recetado algunos facultativos, por lo que cree que el síntoma es irremediable. Es nulípara. Refiere que su período menstrual, antes de su definitiva suspensión, le venía con bastante regularidad, aún cuando era acompañado de dolor de caderas y de tenesmo vesical, obligándola estas molestias á permanecer en el lecho por uno ó dos días.

Acusa las molestias propias de los padecimientos inflamatorios de las enfermas de cintura, dice no haberse presentado reacción febril desde seis meses á la fecha. Su constitución es regular y no ha sufrido enflaquecimiento ni trastorno notable de sus otros aparatos orgánicos. Por el examen se concluyó en que la dolencia era de asentarse en la fórmula siguiente: Perímetro anexitis, inmovilización parcial de los órganos genitales por las adherencias peritoneales que con probabilidad se han ido formando. Respecto de la amenorrea no pudimos formar opinión detenida, inclinándonos á creer que podrían haber degenerado los ovarios, quizás por las exudaciones de la peritonitis plástica.

Estando reciente el recuerdo de la enferma, asunto de la observación anterior, hicimos una exploración cuidadosa del aparato pulmonar de ésta, no encontrando nada que pareciese salir de la normalidad de su funcionalismo. También inquirimos por varios días si había alguna elevación termométrica á distintas horas de la noche, y, en el lapso de dos semanas vimos que el resultado era nulo en este sentido.

Se practicó la parotomía abdominal, por cuya vía se rectificó el juicio formado antes de la operación, completándolo con los si-

guientes datos: las adherencias de la peritonitis eran de mayor cuantía que lo que se había supuesto, lo cual contribuyó á que la intervención revistiese gran dificultad y gasto de tiempo, pues hubo que desprender adherencias de los anejos y del fondo del útero con el epiplón, con la asa sigmoidea, en una regular porción de esta sección del intestino. Entonces se pudo ver que la trompa de Falopio en ambos lados se mostraba tortuosa, intensamente congestionada, soldadas sus franjas con la superficie de los ovarios, y que éstos adolecían de las lesiones de la ovaritis esclerosística, y se encontraban envueltos por las adherencias de la peritonitis. No pudiendo hacer otra cosa mejor que la extirpación de los órganos, se procedió á efectuarla siguiéndose el procedimiento recomendado por el Sr. Dr. Faure, á quien se lo vimos ejecutar en el extinto hospital de San Andrés, y que en resumen consiste en atacar los anejos por aquel de ellos que se encuentra más libre, y en el caso lo era el derecho. Después se desprendió la base del ligamento ancho de ese lado, y se atacó luego la matriz, dividiéndola hacia su medianía y se ligó la uterina derecha.

Fué más difícil desprender el anejo derecho, y hubiera sido aún mayor la dificultad, si no se recurre al mencionado arbitrio. Ligada la uterina izquierda y reconstituido el peritoneo, previa la disección y extirpación del cuello, se canalizó la pelvis y se suturó por planos la herida del abdomen. La duración del acto operatorio fué de 3 horas á pesar de la modificación de la técnica de que se hizo mención.

Se hicieron inhalar 150 gramos de cloroformo, por ser difícil de anestesiar esta mujer, cuyo psiquismo, quizás por el sufrimiento continuo se había exagerado. No creímos indicada la anestesia raquídea cocaínica, porque en esa época, aún no habíamos adquirido la experiencia suficiente, ni habíamos graduado la dosis necesaria, que por regla general, hemos visto después ser la de 5 centigramos. También no nos sentimos inclinados en el caso actual á emplear la cocaína, por considerar, que era probable el tropiezo con adherencias peritoníticas, que es sabido que cuando existen en cierta cuantía, hacen fracasar, ó por lo menos no se ve que sea tan completa la anestesia producida por esta sal.

El examen anatómico se hizo en seguida que se terminó la operación, y al principio sólo enseñó las lesiones de una inflamación intensa de los órganos genitales, caracterizándose del lado de los ovarios por la diferencia de su parenquima, los quistecitos mucosos y algunos de luteina; empero, las trompas que aparecieron con dilataciones y estrecheces del calibre traducidas en la superficie, por engrosamientos nudosos, á la sección enseñaron contener en su calibre unas masas de apariencia de queso, de un color ligeramente amarillo. Dicha substancia tapiza la mucosa en todas sus tunicas y penetra en la intimidad de su capa media de donde no siempre se logra separarla, á causa de su intimidad con la red muscular respectiva. Nos pareció notablemente más infiltrada la derecha que su homóloga, en la superficie interna de la cual, el infiltrado era de menor proporción y á la vez de menor tamaño. El examen con el microscopio reveló la existencia del bacilo de Koch y gran cantidad de células de dimensiones parecidas á las gigantes, que integran la estructura de nódulo tuberculoso; por todo lo cual se consignó el hecho como: tuberculosis primitiva tubaria. La sección del parenquima uterino mostró lesiones banales de metritis sub-aguda, pero ni un solo nódulo tuberculoso. Ya se dijo lo que en el ovario se encontró, debiendo ahora recalcar, que tampoco existía en su parenquima nódulos tuberculosos visibles al simple examen, y que no atendiéndonos á este resultado, practicamos el examen de los cortes después de algunos días, y sólo se vió la congestión del mesenquima y la infiltración leucocitaria.

Circunstancia muy digna de tomar en seria consideración, que explica, hasta cierto punto, el acontecimiento, que pudiéramos decir del proceso tuberculoso en el caso que nos viene ocupando, es la circunstancia de haberse encontrado incomunicadas las cavidades tubarias y la de la gran serosa del abdomen por soldadura de las franjas del pabellón tubario de ambos lados, lo que indudablemente, repito, que explica la no generalización de la tuberculosis en la proximidad de la serosa peritoneal, pues sabido de todos es, que las formas caseosas ó blandas del tubérculo, son las más fáciles de propagarse en la proximidad de los tejidos con quienes se avecinan. En el peritoneo sólo se vió al operar, la vascularidad ex-

cesiva de las adherencias múltiples, que confundiendo las relaciones normales de los órganos pélvicos, hicieron singularmente difíciles las maniobras requeridas para el desprendimiento de los mismos. Participo de la idea por alguien emitida, de que la fusión ó sea la sínfisis peritoneal, como aquí existía, constituye una barrera, que hasta cierto punto puede impedir por algún tiempo la propagación del proceso, quizás, también, y con cierta probabilidad, porque distrae al organismo mediante la exuberancia del proceso leucocítico, que pudiéramos decir, repito, entretiene y modifica por detención mecánica las corrientes circulatorias regionales

Sea lo que fuere de este ensayo de interpretación patogénica, creo más probable y más exenta de reproche, la que primeramente emití, es decir, la que se relaciona con la impermeabilidad del orificio exterior de los conductos falopianos.

El decurso post-operatorio se señaló por la banalidad, es decir: que no se presentó complicación ninguna, y sobre todo, y esto sí que no es banal: no hubo repercusión sobre ninguno de los aparatos del organismo, de lo cual quedamos asegurados por el repetido examen médico verificado por nosotros y por personas de reconocida competencia y que profesan la clínica médica. Con particular mención, debo hacer constar que los vértices de los pulmones funcionan normalmente.

Empero el anterior y halagador resultado, no fué ó vice, para que dejara de instituirse el tratamiento creosotado por la vía rectal y los arsenicales por vía subcutánea.

Antes de darle el alta, el día 8 de agosto, esto es, dos meses después de la intervención, se dejó consignado en el libro particular de observaciones lo siguiente:

«No ha habido repercusión tuberculosa en las vísceras del abdomen ni en las del tórax. No hay exudaciones en la pelvis. La cicatriz del abdomen es resistente y mide 8 centímetros, siendo susceptible de disminuir más por no haberse completado su retractibilidad. La cicatriz del fondo de la vagina presenta la forma de estrella y es resistente é indolente. El estado constitucional es excelente, habiendo aumentado en carnes el sujeto.» Alta por curación operatoria, y mejoría del estado general tuberculoso.

Núm. 3.—Diciembre 20 de 1905.—Ignacia Carbajal, de 65 años, soltera, acusa venir teniendo metrorragia de una manera continua desde hace poco menos de un año, y aún cuando la pérdida sanguínea no ha sido muy considerable, por su continuidad misma se encuentra debilitada, y experimenta desvanecimientos, que no llegan hasta constituir síncope, pero que la asustan y la imposibilitan para la ejecución de sus faenas domésticas, que hasta hace algún tiempo, menor de un año, aún podía ejercer; pues aunque de edad avanzada, su constitución ha sido inmejorable y siempre se ha ganado el sustento por su trabajo personal. Refiere, que cuando suele detenerse la sangre, ésta se substituye por un escurrimiento mucoso sanguíneo, que no posee olor particular y que no es fétido, siendo éste en cantidad moderada y no escoriante.

Acusa sufrir muy poco dolor en la región sub-umbilical del vientre, siéndole molesta la presión de los vestidos, con particularidad después de la comida principal, que le ocasiona meteorismo y regurgitaciones ácidas. No le consta haber experimentado movimiento febril, pues el bochorno ó sensación de calor que dice sentir en las tardes, sólo persiste por algunas horas, las que siguen á la digestión penosa.

En los órganos pélvicos experimenta las sensaciones propias de los padecimientos flogísticos de carácter sub-agudo: tenesmo vesical, sensación de peso en el interior de la vagina y ligero síndrome uterino.

No ha padecido diarrea, ni sudores vespertinos.

El aspecto de esta mujer es el de un sujeto que empieza á entrar en la ancianidad, lo que se confirma por la dureza de sus principales arterias, y el círculo periquerático, ya bien perceptible.

Existe moderado grado de enflaquecimiento, aunque á este respecto, dice no haber sido nunca gruesa.

El aparato pulmonar funciona regularmente, notándose únicamente prolongada la expiración en los vértices.

El examen especular reveló, que el cuello del útero se encuentra exulcerado, con ligera hipertrofia ó fungosidad del fondo de la ulceración, que por el aspecto nos pareció un poco sospechosa, en el sentido de que pudiera tratarse de epiteloma, empero, con el mi-

croscopio pudimos cerciorarnos algunos días después, que no habiendo en las referidas llemas otra cosa que infiltración conjuntiva sin el carácter de ninguno de los tipos histológicos asignado al sarcoma, sí encontrando algunos elementos un poco crecidos y cuasi gigantes, aventuramos el juicio de que quizás pudiera tratarse de la tuberculosis uterina, para la admisión de la cual nos pareció no encajar la edad de la paciente, la falta de movimiento febril y de accidentes francos de peritonitis pélvica, por más que insistimos sobre este último particular.

Quedó provisionalmente asentado en el libro de observaciones el diagnóstico, en la fórmula siguiente: Gigantismo uterino debido á esclerosis, ignorándose si es adquirido el crecimiento por arterio esclerosis de esta víscera, ó es congénito (hipótesis poco plausible con la nuliparidad de la mujer). Ulceración de carácter dudoso del cuello del útero, hipertrofia de los anejos y salpingitis quística por hallarse las trompas dilatadas y dolorosas á la palpación bimanual. En consonancia con las incógnitas apuntadas, se decidió ejecutar la exploración del abdomen por la vía alta, y no por la vía inferior, por la recordación de los casos anteriores de tuberculosis que habíamos visto recientemente. La enferma aceptó nuestro programa, que se llevó á efecto algunos días después, dándonos la enseñanza siguiente:

Al practicar la incisión de las partes blandas del abdomen arriba del púbis se notó en seguida la vascularidad anormal indicadora de la flemasia de la serosa que cubre los genitales internos; se encontraron estos parcialmente adheridos al epiplón, al intestino en parte de su asa sigmoidea, y á dos asas del intestino delgado, las que una vez que fueron desprendidas, dejaron ver la superficie de las trompas, que había sufrido fuerte congestión y había sufrido modificaciones en su conformación, pues se encontró demasiado tortuosa, y dilatada en su tercio externo en ambos conductos, lo que se apreció que era debido á dilatación quística y soldadura de su pabellón por conglutinación de sus franjas. Tanto la superficie tubaria como la túnica serosa que cubre el fondo de la matriz, se encontró tapizada por granulaciones tuberculosas de color gris amarillo y brillante. Recorriendo con la vista la superficie del omento y lle-

vando el examen hacia el mesenterio no se encontraron granulaciones, ni adenopatía en los ganglios mesentéricos, por lo cual, después de que se hubo estancado con las gasas una pequeña cantidad de derrame seroso que se encontró en el fondo peritoneal inferior, se prescindió de la extirpación de los órganos genitales, por considerar, que dada la edad de la enferma y las dificultades que entrañaba el desprendimiento de las adherencias que envolvían estrechamente á éstos con las asas del intestino, no conducía á nada la intervención radical, y quizás pudiera haber dado mal resultado, por todo lo cual se cerró el vientre con sutura de planos, terminando por cauterizar con el termo la ulceración del cuello uterino.

Se administraron 40 gramos de cloroformo.

La marcha posterior del caso fué apirética, no señalándose ningún fenómeno que mereciese especial mención, sino es la rapidez de la convalecencia y la ninguna repercusión del proceso tuberculoso en las demás vísceras.

Un mes y medio después de la intervención quirúrgica, se daba el alta, por no poder seguir permaneciendo en el pabellón, por motivos de diverso orden.

Núm. 4.—Octubre 2 de 1905.—Loreto Ruiz, de 19 años, soltera, de oficio lavandera, comenzó á menstruar con marcada irregularidad á los 15 años, siendo el escurrimiento escaso y faltando con cierta frecuencia hasta por dos meses consecutivos. Desde el principio de la instauración de las reglas, éstas se acompañaron de intenso dolor en la zona inferior del vientre. Desde entonces refiere venir teniendo leucorrea, cuyo aspecto dice ser semejante á emulsión de arroz, cuyos granos sobresalieran en una magna que compara al engrudo, que no le causa escoriación, pero que á últimas fechas viene notando que el flujo presenta estrias de sangre que no se mezcla íntimamente. Las dos últimas reglas han sido marcadamente menorrágicas y el dolor del vientre por su intensidad y por la continuidad del mismo la han obligado á reposar en su lecho hasta por espacio de ocho días.

Acusa ligera exacerbación térmica, que aquí pudimos comprobar que llegaba algunas veces á ser de 38 grados.

También dice haber tenido diarrea pasajera.

Lo que más le ha llamado la atención, es el enflaquecimiento rápido y la pérdida completa de su energía corporal, que contrasta, dice, con la actividad que presentaba para la ejecución de las rudas faenas de su oficio, aún no hace un año.

Al examinarla, notamos el enflaquecimiento excesivo, la palidez de la piel y de las mucosas visibles y cierto grado de disnea.

La auscultación pulmonar sólo acusó debilidad del murmullo respiratorio. Notamos soplo anémico en las carótidas y un poco de aceleración de los latidos cardíacos, que en parte atribuimos á la impresión que le produjo el examen.

En el examen del vientre dominó la sensibilidad difusa y cierto grado de resistencia que no fué posible vencer, y que no permitió sentir cosa mayor de las alteraciones que después se describirán, cuando se dé cuenta de la intervención quirúrgica que se practicó.

El examen bimanual de los órganos genitales enseñó lo que sigue:

Ausencia del himen, vagina de capacidad media, correspondiente á la nuliparidad, cuello del útero hipertrofiado en su porción sub-vaginal, siendo cilíndrica su forma, en vez de cónica, consistencia desigual, reblandecida, y en suma, semejante á la que se encuentra en el cáncer papilar. El cuerpo del útero en mediana anteversión, ligeramente endurecido, se continúa con la porción supra-vaginal que se encuentra notablemente hipertrofiada. Los anejos dolorosos, pero ocupando su sitio normal.

En el fondo del piso de la pelvis no se encontraron al tacto exudaciones de parametritis, pero sí sensibilidad exagerada y casi dolorosa. La matriz se movía, y los anejos, situados á la altura de su fondo, se mostraban un poco crecidos y dolorosos al palparlos.

El examen especular enseñó que se trataba de un cuello fungoso y en vías de ulcerarse; mucho se parecía al hongo de forma de coliflor de las cancerosas. Haciéndonos mucha fuerza para el establecimiento de nuestro diagnóstico la edad poco avanzada de la enferma, debemos confesar, que en el momento no pasó por nuestra imaginación la posibilidad de que se tratase de «tuberculosis, y de plano nos inclinamos porque se clasificase de una manera provisional el caso, como de Sarcoma,» esperando que el análisis microscó-

pico de un fragmento que extirpamos al efecto, nos diese luces sobre la conducta que hubiera de tomarse y que estimamos como de cierta urgencia, por la demacración de la enferma y la convicción de que estábamos desarmados para curarla apelando á recursos del orden médico, que creímos ya pasados de oportunidad.

Por desgracia, el resultado del examen histológico no arrojó la luz que de él esperábamos sacar, pues sólo enseñó que en el seno de un tejido embrionario de apariencia sarcomatosa se hallaban algunos islotes de necrosis celular, en los que no mordían las materias tintóreas; y esto no hizo más que confirmar nuestra primera impresión de que teníamos que tratar el cáncer de las mujeres jóvenes, ó sea el sarcoma, y como nuestra experiencia personal nos ha enseñado la rapidez evolutiva de tal género de neoplasia, decidimos ceñirnos al siguiente programa: haríamos la amputación alta del cuello y perforando en seguida el peritoneo exploraríamos los órganos pélvicos, viéndolos y aun sacándolos si así fuera preciso, subordinando nuestra conducta posterior según las indicaciones que de ese examen se indujesen.

Operación: Amputación alta del cuello; y una vez que la mano que se introdujo, demostró que el tamaño de los órganos era mayor de lo que se había supuesto, y que además, las adherencias sangraban al menor intento que hacíamos al tratar de desprenderlas, decidimos abandonar la vía inferior, practicando con las debidas precauciones de asepsia la apertura del vientre, que nunca nos arrepentiremos de haber efectuado, por lo que en seguida paso á relatar:

Se encontró aumentada la vascularidad de las partes integrantes de la pared abdominal, lo que demandó la aplicación de varios cepos y ligadura de los vasitos, entre los cuales figuraban algunos del calibre de la vena basilica. La hoja parietal del peritoneo la vimos engrosada y congestionada, el epiplón presentó adherencia del ancho de la palma de la mano á la pared y á toda la superficie de los genitales, que no aparecieron hasta que se hubo desprendido entre ligaduras aquella sección de la serosa.

La incisión, que hasta entonces medía 6 centímetros, hubimos de agrandarla hasta tener 10, con cuyo arbitrio pudimos ver que en toda la extensión de la superficie peritoneal existían multitud de granu-

laciones grises y brillantes, de tamaño vario, pero dominando las miliars y las que revestían por igual la superficie de los anejos y del útero, en lo que de estos órganos se podía alcanzar á ver, por impedir su examen completo, el hecho de encontrarse fundidos en una magna inextricable con las asas del intestino.

Nos limitamos á estancar un poco de derrame sero sanguíneo, y después de minuciosa toillet cerramos el vientre de la manera que ya hemos indicado, esto es, por planos, con la única modificación en este caso, sobre los demás, de emplear el hilo de plata en número de tres asas que sujetaron las paredes en grado satisfactorio.

Se cauterizó la superficie de la amputación.

La duración de la operación fué de 1 hora 45 minutos, haciéndose inhalar 45 gramos de cloroformo.

Las dos primeras semanas, la convalecencia parecía marchar á grandes pasos hacia la curación, empero, después de esa tregua, se desarrolló el proceso granúlico con toda su fuerza y la enferma sucumbió al mes justo de la intervención.

En la necropsia encontramos todas las lesiones típicas de la granulía y dedujimos que: la vía seguida por el germen fué la de los linfáticos, por marcarse éstos como si se tratara de una verdadera inyección, mejor aún que la que los más hábiles anatómicos pudieran lograr. A este particular era muy bello el aspecto ofrecido por el pericardio tanto parietal como el visceral, en donde se marcaban los menores detalles de los cordones linfáticos, y se hacían muy ostensibles los ganglios posteriores que siguiendo á los grandes troncos vasculares se remontaba su cadena hasta continuarse con los del pedículo pulmonar, hacia su parte posterior.

En las meninges se hallaban las constancias de la leptomeningitis tuberculosa.

En las demás vísceras dominaban las lesiones de toda enfermedad infecciosa, pues había endocarditis fibrinosa de las válvulas mitral y tricúspide, congestión granúlica del parenquima pulmonar, etc., etc. Nos hizo buena impresión dejar consignado el buen aspecto de la superficie del peritoneo de la pelvis menor, en donde no se encontró nada que pudiera atribuirse á complicación séptica postoperatoria. También el cono de la amputación se hallaba casi lleno por tejido joven de cicatriz, pues se tuvo especial cuidado de no dejar de hacer los lavados de rigor hasta la víspera de la defunción.

México, diciembre 26 de 1906.

Parte científica del Acta de la sesión del día 16 de enero de 1907.

RECTIFICACIÓN DE ALGUNOS CONCEPTOS RELATIVOS Á LAS SENSACIONES DEL PERITONEO, POR EL DR. HURTADO.—TRABAJO DE TURNO DEL DR. CHACÓN.—DICTAMEN DEL DR. MEJÍA SOBRE LA MEMORIA REMITIDA POR EL DR. BISCARRI.—LECTURA DEL DICTAMEN DE LA COMISIÓN PARA EL PREMIO SOBRE LA PRIMERA CUESTIÓN DE CONCURSO DE 1905-1906.—PRESENTACIÓN POR EL DR. MANUELL DE INDIVIDUOS EN QUIENES HA PRENDIDO LA REVACUNACIÓN.

El *Dr. Hurtado*, explicó que había rectificado sus conceptos en lo relativo á las sensaciones del peritoneo y que éstas no eran en realidad de naturaleza táctil y desea conste esta rectificación.

El suscrito dió lectura al trabajo de turno del *Dr. Agustín Chacón*, que por estar enfermo no pudo asistir. Dicho trabajo tiene por título: «Las irido-coroiditis crónicas.»

El *Dr. Mejía* envió una carta y un sucinto dictamen, relativos ambos á una Memoria remitida por el *Dr. Biscarri*, de La Muela, explicando lo nada científico de dicha memoria relativa á un remedio secreto que el autor pretende tener para el tifo y solicitando de la Academia, en vista del dictamen que rinde, no se siga el trámite habitual de pasar la Memoria á los otros miembros de la Sección de Medicina General por no merecer la pena. Se aprueba la moción del *Dr. Mejía*.

El *Dr. Cosío*, relator de la Comisión nombrada para dictaminar sobre la primera cuestión de concurso del año académico 1905-1906, dió primera lectura al dictamen relativo.

El *Dr. Manuell* pide la palabra para hacer una comunicación á la Academia. Refiere que, habiéndose dado un caso de viruela en el personal de la Guardia Presidencial, la superioridad dispuso fuese revacunado todo el cuerpo, de lo que él se encargó. Hizo la inoculación á los 74 individuos que componen la Guardia, y de ellos, en 39 no se obtuvo ningún resultado y sí lo hubo en 35, de la siguiente manera: En 19 la vacuna fué perfectamente clara, en 10 fué dudosa y en 6 se produjo vacuna falsa. De los 19 en quienes prendió perfectamente la vacuna,

12 presentan muy claras las cicatrices de la vacuna anterior, 3 presentan huellas evidentes de viruela confluyente, 2 no habían sido vacunados nunca antes y 2 ignoran si lo habían sido, no presentando cicatrices. Presenta á algunos de los individuos en quienes prendió, advirtiéndole que están en el 10º día siguiente á la inoculación. Dice que esto complementa otra comunicación que en una sesión anterior hizo sobre el mismo asunto y termina solicitando se apruebe la siguiente proposición: «La Academia N. de Medicina recomienda á todos los médicos de la República no desaprovechen ninguna oportunidad para aconsejar la práctica de la revacunación en las personas que tengan más de 10 años de vacunadas.»

El señor Presidente nombró á los Dres. Valdés, Noriega y Peón del Valle para que examinaran los casos presentados por el Dr. Manuell.

Hecho dicho examen, el *Dr. Peón del Valle*, en nombre de la comisión, informa que en todos los pacientes presentados por el Dr. Manuell se ven las pústulas vacunales, que en 3 de ellos particularmente están muy bien desarrolladas y que se ven, además, claramente las cicatrices de la vacuna anterior; en 2 hay, además, cicatrices claras de viruela confluyente. Aprovecha la ocasión para referir algunos casos semejantes pertenecientes á los miembros de la Comisión. El Dr. Valdés, en el Hospital Morelos, ha tenido varios casos de revacunación con éxito, y 2 de ellos en mujeres con cicatrices de viruela. El, en más de 400 inoculaciones, en el Hospital del Divino Salvador, obtuvo 25 de vacuna verdadera en enfermas que habían sido vacunadas anteriormente con éxito en otra época de su vida. La comisión encuentra justificada la proposición final del Dr. Manuell.

El *Dr. Monjarás* encuentra interesante la comunicación del Dr. Manuell; pero no suficiente para que la Academia apruebe su proposición, pues aunque él ya lo manifestó en otra sesión, ha practicado la revacunación en su familia y con esto queda dicho que reconoce su utilidad, no cree que la Academia deba

recomendar se efectúe cada 10 años; pues aun no está determinado el tiempo que dura la inmunización. Por lo demás, los casos de éxito de la revacunación son muy pocos en comparación de los numerosísimos en que no se obtiene ningún resultado, y por lo tanto, no puede servir de base para una conclusión científica. Si se les aceptara, habría que recomendar la revacunación también á todos los que han padecido la viruela; pues hay casos, y entre ellos algunos de los presentados por el Dr. Manuell, en quienes, á pesar de ella, ha prendido la revacunación.

Dr. Manuell. No se puede considerar que los casos de éxito de la revacunación sean pocos. En la Sociedad de Medicina Interna, cada vez que se ha tratado este asunto, se han referido algunos y para no mencionar más que los más recientes de que me serví para mi último trabajo á dicha Sociedad, reuní en él 2 casos del Dr. Terrés, 2 del Dr. del Raso, 2 del Dr. Calvillo, 2 del Dr. Cosío, 1 del Dr. Villagrán, 3 del Dr. Pineda y 2 personales. Todos estos casos fueron referidos á esa Sociedad en los 10 últimos meses y antes de que el Dr. Bernáldez presentara su trabajo á la Asociación Americana de Salubridad Pública. El Dr. Ross ha observado varios casos en el ejército. El Dr. Ramón Galán con frecuencia los ha observado en Churubusco. El Dr. Suárez Gamboa la ha visto prender en 2 ocasiones en sí mismo. El Dr. Landa ha observado casos numerosos en la Escuela de Sordo-Mudos, y en un trabajo que mereció la aprobación general, recomendó la revacunación, ante la Asociación Americana de Salubridad Pública. No es, pues, prematuro recomendar la revacunación. En cuanto á la cifra de 10 años no es una cifra precisa, sino aproximativa, y es la fijada por los autores en general. Indica este período, porque si se recomendara simplemente la revacunación á secas, había riesgo de que no fuera atendido el consejo.

Dr. Monjarás. No considera prematuro aconsejar la revacunación, lo que considera prematuro es fijar el plazo de 10 años, cuando no se sabe el tiempo que dura la inmunización

en México. La enumeración de los hechos no hace mella en su ánimo, pues aún cuando fueran por millares, esas enumeraciones nunca han hecho la ciencia; lo que la hace es el determinismo de los hechos. Si se les hubiera de considerar, repite como anteriormente, que sería preciso revacunar á los que han padecido la viruela.

Dr. Terrés. No siendo posible determinar la duración exacta del poder inmunizante de ningún virus, no tiene razón de ser la objeción del Dr. Monjarás; pues nunca se llegará á precisar con exactitud el tiempo que la inmunización dura en México. En ninguna parte se ha determinado de un modo exacto, sino que se ha considerado el plazo mínimo en que con cierta frecuencia comienza á manifestarse la pérdida de la inmunidad, y esto es lo que ha servido de base para fijar la cifra indicada por los autores más conspicuos y citada por el Dr. Manuell.

Dr. Hurtado. Encuentra bien fundada la proposición del Dr. Manuell y dice que las ideas de Claudio Bernard citadas por el Dr. Monjarás respecto al determinismo de los hechos, en la práctica no tienen la aplicación que en el laboratorio. Que en su concepto no sólo sería bueno recomendar la revacunación cada 10 años sino hasta cada 5 como se hace en algunos países; pero que esto podría ser muy oneroso para el Gobierno y quizá innecesario. Que en realidad no se puede fijar bien un plazo; pero que si se fija mayor de 10 años resultaría inútil.

Dr. Licéaga. Está de acuerdo con la primera parte de la proposición del Dr. Manuell. Es indiscutible su utilidad; pero no lo está con la referente á la segunda parte, el plazo fijado de 10 años. Hace un resumen de la historia de la vacuna en México y Europa. Recuerda que desde el año de 1804, á raíz del descubrimiento, ha habido discusiones respecto á la duración de la inmunidad conferida. Durante toda la primera mitad del siglo pasado en que sólo se hizo uso de la vacuna jeneriana, fué imposible determinar el lapso de tiempo conveniente para la revacunación. En la segunda mitad, cuando se

comenzó á hacer uso de la vacuna animal, sí ya fué posible fijar ese lapso precisándolo en 6, 7 ó 10 años, según las observaciones en los diversos países. Como entre nosotros nunca se ha dejado de usar la vacuna humanizada, no ha sido posible fijar ese lapso y lo que sí se sabe de cierto, es que son numerosísimos los casos en que la inmunidad conferida ha durado toda la vida. Tomar como base las cifras europeas para fijar dicho lapso sería arbitrario, y por consiguiente, suplica á la Academia apruebe la primera parte de la proposición del Dr. Manuell; pero deje pendiente la segunda hasta que esté resuelta científicamente en México.

Dr. Terrés. Pide que para la votación se divida la proposición en las dos partes de que consta.

La Presidencia acuerda de conformidad.

Dr. Manuell. Recuerda que el argumento de la inmunización para toda la vida conferida por la vacuna jenneriana no está suficientemente demostrado. Que en un principio esto se creyó; pero que precisamente Trousseau llamó la atención sobre que en su tiempo se veía que ya no duraba para siempre esta inmunidad, y supuso que por el paso constante de brazo á brazo la vacuna había degenerado, y por esto sería conveniente volver al cow-pox original. No se puede decir que sean tan numerosos como se supone, los casos de inmunización para toda la vida, porque precisamente por ser hechos negativos no son bien seguidos, y nadie puede garantizar que la inmunidad que ha podido durar aparentemente hasta determinada fecha, no hubiera podido cesar más tarde. No se puede hablar de predisposición especial en los casos que presentó; pues no fueron escogidos, sino observados al acaso en los 74 individuos que forman la Guardia Presidencial. Ahora bien, los 19 casos de éxito evidente tienen un peso enorme y aun se puede considerar como bastante alta la proporción de los individuos en quienes prendió á pesar de haber prendido la viruela. Insiste, por lo tanto, en que se apruebe toda su proposición.

Dr. Noriega. Abunda en las ideas del Sr. Dr. Licéaga y propone, á guisa de transacción, que se modifique la redacción, anteponiendo la palabra «especialmente» á la parte final de la proposición, la que dice: «en las personas que tengan más de 10 años de vacunadas.»

Dr. Licéaga. La cuestión de la degeneración de la vacuna de que habla el Dr. Manuell refiriéndose á Trousseau es secundaria; además, en esta misma Academia fué discutida hace 37 años y se demostró que aquí no había degenerado.

Se puso á votación la primera parte de la proposición, que dice: «La Academia N. de Medicina recomienda á todos los médicos de la República no desaprovechen ninguna oportunidad para aconsejar la práctica de la revacunación,» y por unanimidad fué aprobada.

Para la votación de la segunda parte, el *Dr. Loeza* pidió al señor Presidente se tomara en consideración la modificación propuesta por el Dr. Noriega.

Dr. Monjarás. No encuentra que quede clara la proposición con la modificación propuesta por el Dr. Noriega. Insiste en que no debe fijarse ningún plazo ni aún como *mínimum*. No está conforme con el Dr. Terrés en que para ningún virus se pueda fijar ese plazo. En el de la difteria se ha adelantado mucho fijando el número de unidades antitóxicas necesarias en cada caso. La razón principal del Dr. Terrés para que sea aceptado el plazo de 10 años es que éste ó los de 5 y 7 años han sido fijados por los autores extranjeros; pero esos plazos son relativos al cow-pox. Además, no todos los países recomiendan la revacunación. Precisamente Inglaterra, en estos últimos tiempos, no admite ni que la vacuna deba ser obligatoria, y hasta el año de 1903, Rusia, España, Bélgica y Holanda estaban también en contra de la revacunación obligatoria. En Francia no es obligatoria la revacunación sino desde 1902.

Dr. Terrés. Tiene que rectificar algo á lo dicho por el Dr. Monjarás. Que al aceptar la cifra de 10 años no lo hacía por

considerarla exacta, sino porque era preciso fijar alguna aproximada y ésta era la generalmente aceptada. En cuanto á la revacunación obligatoria nadie ha hablado de ella.

Dr. Peón del Valle. No toca á la Academia fijar este plazo. Dése el consejo general de la revacunación y las diversas autoridades administrativas fijarán de acuerdo con el cuerpo médico especial consejero que tengan á sus órdenes, ese plazo.

Dr. Núñez. Sería conveniente fijar un plazo menor de 10 años, sobre todo en la infancia; pues la predisposición en esta edad es mayor, y dura menos en ella la inmunidad.

Dr. Licéaga. El pensamiento del Dr. Manuell es muy amplio en la primera parte de su proposición y ese es su mayor mérito. La segunda parte la desvirtúa.

La Mesa consulta al Dr. Manuell si acepta la modificación propuesta por el Dr. Noriega para sujetar la segunda parte á votación. El Dr. Manuell la acepta; pero el Dr. Hurtado encuentra irregular el trámite de la Mesa; por lo que el Dr. Terrés pide que se sujete á votación la proposición tal como estaba concebida primitivamente; pero propone que si es desechada, se sujete á votación con la reforma propuesta por el Dr. Noriega.

La Academia en votación económica acepta la idea del Dr. Ferrés.

Hecha la votación, es desechada la proposición en la forma primitiva; pero es aprobada en votación nominal con la modificación del Dr. Noriega, por todos los socios presentes, con excepción de los Dres. Licéaga, Hurtado, Prieto, Monjarás y Troconis.

Fueron aceptados, el Dr. Ernest Gaucher, como socio honorario, y el Dr. Paul Gastou, como socio honorario correspondiente.

R. E. CICERO,
Secretario 1°.