

PEDIATRIA.

ALGO DE PEDIATRIA QUIRURGICA.

Dos resecciones atípicas.

TARSECTOMÍA PARCIAL: ASTRAGALECTOMÍA Y ESCISIÓN DEL CALCÁNEO POR OSTEOMIELITIS AGUDA.

ARTROTOMÍA Y ARTRECTOMÍA DEL CODO POR LUXACIÓN IRREDUCIBLE DEL CÚBITO HACIA ATRÁS.

Sin presunción alguna y animado únicamente del deseo de contribuir, siquiera sea con humilde contingente, á la perseverante y pacífica labor que de tan meritoria manera ejerce esta Honorable Academia, vengo á someter á la docta y benévola consideración de mis ilustrados consocios la sucinta relación de dos casos clínicos, que miran á dos enfermitos internados últimamente en el Hospital General de la Ciudad, donde estuvieron asilados en el Pabellón número 23, destinado á la asistencia médica y quirúrgica de los niños afectados de padecimientos no infecciosos, y el servicio del cual está á mi cargo.

Sumariamente expondré las observaciones sin descender á pormenores, que me parecen inconducentes al objeto que me propongo y simplemente se reduce á presentar á los sujetos clínicos de quienes se trata, con el fin de que se sirvan apreciar Ustedes lo que en mi concepto merece ser estimado como un éxito de importancia no despreciable. Sencillo es, por otra parte, suministrar al que así lo desee los datos omitidos de intento, para no cansar la atención de los que se dignen escuchar la lectura de esta ligera nota; todos ellos constan en las hojas diarias de las ordenatas del servicio.

La consideración de los hechos á que me contraigo, estimados principalmente por el resultado obtenido, sin dejar de atender á la manera cómo éste fué alcanzado, me ha sugerido algunas

reflexiones de un orden enteramente general, las cuales aparecen expuestas de seguida, dando así término al presente artículo.

* * *

I.—La primera observación es la referente al niño Miguel Montañez, de México, de 7 años de edad. Ingresó al Pabellón número 23, el 6 de Agosto de 1906. Como á mediados de Julio anterior se había iniciado el padecimiento que motivó su entrada al Hospital. Refirieron entonces las personas de su familia, que á consecuencia de un paso dado en falso, había experimentado un traumatismo violento, por virtud del cual se le dobló el pie izquierdo adentro, quedando apoyado sobre el borde externo; la flexión en dicho sentido se exageró todavía más cuando al perder el niño el equilibrio y caer el suelo, vino á dar su pie doblado contra el obstáculo resistente de una puerta. Ya no pudo andar y le apareció hinchazón dolorosa del pie, que se propagó á la pierna. Después de varios días, durante los cuales le hicieron algunos remedios y maniobras imprudentes, fué llevado al Consultorio Central. Allí se le practicó una incisión pequeña atrás del maléolo interno, para dar salida á una colección saniosa, se canalizó el foco y se le puso una curación apropiada. Llegó el niño al Hospital en estado tifoideo, inconsciente, con temperaturas de 39° por la mañana y 40° por la tarde; el pie izquierdo muy hinchado, caliente y doloroso; la hinchazón se extendía á toda la pierna; se advertía una herida lineal, pequeña, atrás del maléolo interno. Estudiado en la Clínica del Señor Profesor Macouzet, se le practicó una gran incisión atrás del maléolo externo, que fué prolongada arriba, siguiendo el borde posterior del peroné, y se amplió la herida del lado interno arriba, consiguiendo de tal suerte, dar salida á inmensa cantidad de pus. Explorada la región por las heridas, se creyó advertir como fracturado el calcáneo, que estaba descubierto en su parte superior y externa, y así también, es decir, desnudo, se halló el astrágalo en su parte inferior; la desnudez de este hueso se hacía extensiva á la cara externa, que se articula con el maléolo del mismo lado; la sensación crepitante del calcáneo se observaba al explorar la cara externa y la porción pósterio-superior del hueso. El 9 de Agosto, como siguiera alta la temperatura y conti-

nuaran los fenómenos de la infección, se le exploró, lo mismo que el día anterior, bajo la anestesia clorofórmica; pero de una manera más minuciosa, y se confirmó que realmente estaban descubiertas la parte inferior del astrágalo y la superior del calcáneo y que efectivamente había fractura de este último hueso. Se hizo amplio lavado del foco, se canalizó con gasa y se puso un buen empaque algodónado, reservando intervenir más seriamente, según las indicaciones ulteriores.

Atendiendo al estado general del niño, que era bastante delicado, y con el propósito firme de conservarle útil el miembro inferior que estaba afectado, aprovechando las incisiones que se habían hecho antes, se procedió á practicarle una artrotomía, desprendiendo las partes blandas que cubren las caras anterior y superior del astrágalo, con lo cual se consiguió, primeramente, pasar una sonda acanalada para abrir así un trayecto ancho, por el cual se pudo colocar un tubo de caucho, con el fin de asegurar una canalización más eficaz. Esta operación se ejecutó el día 10 de Agosto; la incisión externa se amplió entonces atrás y abajo del maléolo, paralelamente al borde externo del pie, y con sumo cuidado, aprovechando la abertura, se desprendieron las partes blandas, según se dijo ya. Bajó la temperatura al día siguiente y mejoró bastante el estado general á pesar de la abundancia de la supuración. Tres días después había desaparecido el estado tifoideo; pero el niño enflaquecía á gran prisa y padecía dolores muy agudos en la región operada. Se decidió entonces hacer la astragalectomía, que fué practicada el 13 de Agosto. Accesible como estaba el hueso, no fué muy difícil enuclearlo, seccionando previamente los ligamentos que lo mantenían adherido; el ligamento astrágalo-calcáneo estaba en gran parte destruido por el proceso supurativo. Tomado el hueso con unas pinzas de Farabeuf, se le movilizó y pudo extraérsele por la incisión externa, no sin haber seccionado las últimas conexiones ligamentosas que le sostenían. Aunque hubo la intención de conservar la cápsula huesosa, pensando en la reproducción posible del astrágalo, se prescindió de tal intento, atendiendo á la conveniencia de no dejar en la herida tejidos infectados. Substraída la cápsula en dos porciones, se canalizó el tarso con gasa aséptica y, por la herida de la pierna, se introdujo un tubo de caucho, para canalizar también el foco de esta región.

Al día siguiente amaneció el niño casi sin calentura; pero con la pierna todavía muy dolorosa; no se le hizo curación hasta el otro día. Como siguiera muy dolorosa la pierna, hubo necesidad de cloroformar al niño, para hacerle la curación, y al explorar las heridas, se vió que el calcáneo, descubierto en grande extensión y fracturado en una pequeña parte, estaba como necrosado y debajo de él se encontraba una bolsa en cuyo interior se retenía el pus. Se decidió hacer la substracción del hueso, para lo cual se desprendió antes por medio de una legra la inserción respectiva del tendón de Aquiles; se desnudó el calcáneo del periosio que lo cubría en la cara inferior y se le extrajo con mucha facilidad. Se hizo amplio lavado de los focos, se canalizó el tarso con gasa, se puso nuevo tubo de caucho en la pierna y, después de cubrir las heridas con abundante gasa esterilizada, se envolvió el miembro con grueso empaque de algodón aséptico.

Al día siguiente había desaparecido totalmente la calentura y aunque después subió, sin alcanzar, no obstante, cifra elevada la curva térmica, no por eso se tocó la curación hasta después de cuatro días. Al renovarla, se advirtió abundante supuración, y á pesar de los lavados con agua oxigenada practicados diariamente, y de vigilar con sumo cuidado la canalización de los focos, efectuando las curas con material aséptico y con el rigor de la técnica más escrupulosa, no se consiguió que bajara la temperatura á la normal, hasta que se hicieron contra-aberturas amplias á los lados de la pierna. El enfermito estaba muy agotado, le apareció anasarca; el análisis de sus orinas reveló las siguientes cifras: 20 por mil de urea, 10'20 centésimas por mil de cloruro de sodio, 1'80 centésimas por mil de ácido fosfórico, 0'40 centésimas por mil de albúminas, nada de cilindros y abundantes cristales de fosfato amoniaco-magnesiano y urato de amonio. Aunque, según puede verse por la lista de las temperaturas tomadas á mañana y tarde, durante los meses de Septiembre y Octubre, las cifras relativas, en general, fueron inferiores á 37°; el niño padeció todavía mucho, estando con diarrea durante largos períodos; fué sometido á diversos tratamientos internos para combatir la anasarca y la diarrea; se le propinaron absorbentes y desinfectantes intestinales, diuréticos, tónicos, etc. El régimen dietético fué escrupulosamente vigilado y en va-

rias ocasiones se aprovechó la vía subcutánea para propinarle algunos medicamentos que, como el cacodilato de sosa y la cafeína, la estricnina, etc., le hicieron mucho bien. Cicatrizadas las heridas del pie, todavía padeció durante muchos días el enfermito, á consecuencia de la supuración de la pierna; por fortuna el flemón difuso no llegó á comprometer los huesos de la región en modo alguno. En los primeros días de Diciembre las curaciones se le hacían ya cada cuatro días; fué mejorando paulatinamente y, á lo último, hubo necesidad de practicarle en la parte superior é interna de la pierna una pequeña incisión, para curarle un trayecto fistuloso que le quedaba. Obtenido su restablecimiento en el curso del mes de Enero próximo pasado, le sobrevino después edema del pie operado, que se disipó mediante el reposo, ciertas prácticas de amasamiento local y la aplicación de algunos defensivos apropiados. En los meses de Febrero y Marzo ha sido observado el niño frecuentemente, para estar seguros del éxito obtenido y se le retuvo todavía en el Hospital más bien para vigilarlo diariamente en la ejecución de los movimientos de su pie; enseñándole á andar mediante el uso de unas muletas ó de un bastón á veces.

El resultado ha sido satisfactorio. Cuando el niño está sentado, su pie queda colgante, casi sin acción muscular, advirtiéndose que la planta mira ligeramente adentro. Al andar, apoya el pie sobre el borde externo. El pie es ligeramente equinovarus; permanece extendido; substituyendo al talon se advierte un cojín celuloadiposo en gran parte y fibroso en otra más pequeña; en vez de la saliente natural hay depresión y se nota la inserción del tendón de Aquiles afuera, atrás del maléolo externo. Como se han conservado las inserciones musculares, el pie ejecuta todos los movimientos de extensión, flexión y rotación. Examinando las regiones que estuvieron afectadas, se encuentra, en la pierna, una cicatriz como de 8 centímetros, deprimida, rectilínea y adherente, situada en la cara interna y posterior, ocupando el tercio superior y el tercio medio de dicha cara. Hacia el lado externo hay otra cicatriz como de seis centímetros, rectilínea, deprimida y adherente abajo, en el tercio inferior de su longitud, queloide y adherente arriba; dicha cicatriz está situada en el tercio superior de la pierna.

En el pie hay dos cicatrices: la primera, como de 3 centíme-

tros, situada atrás del maléolo interno, curvilínea, de concavidad superior, deprimida y adherente; la segunda es una cicatriz angular, de ángulo obtuso, muy abierto, la rama superior mide 65 milímetros y la inferior 45; se extiende desde el tercio inferior de la pierna, por la cara póstero-externa, atrás del peroné, hasta el maléolo externo debajo del cual pasa y se prolonga adelante, paralelamente al borde externo del pie. Hay ligero acortamiento del miembro, como de 166 milímetros.

II —La segunda observación es relativa á la niña Trinidad Noriega, de México, de 10 años de edad. Ingresó al Hospital el día 25 de Octubre de 1906. Luxación antigua del codo derecho; desalojamiento del cúbito hacia atrás; extensión del antebrazo. El 28 de Octubre, bajo la anestesia clorofórmica, se intentó la reducción; el resultado fué incompleto: se consiguió la flexión del codo, dejando el antebrazo en actitud mejor, sin duda; pero se advertía un desalojamiento lateral muy pronunciado con saliente de la epitroclea. El 4 de Noviembre se hizo otra tentativa de reducción, que se repitió más tarde, sin lograr obtener el resultado apetecido. Se decidió entonces practicar la artrotomía, que por fin se realizó el 10 de Noviembre, ajustándose, al hacerla, á las reglas técnicas prescritas por Kocher. Abierta la articulación del codo, se vió que el olécrano no podía entrar en la cavidad del húmero, por impedírselo la existencia de una producción huesosa, un verdadero osteofito, que llenaba dicha cavidad. Se resecó la excrecencia, y así también fueron resecadas las cápsulas articulares del cúbito y del radio. Se acomodaron los huesos en relación conveniente y se hicieron las suturas de los planos muscular y cutáneo en las dos heridas que se habían practicado, previa canalización de la cavidad articular, y colocando el miembro en la flexión, envuelto el codo en gasa y algodón estériles, se dispusieron á los lados unas férulas de cartón sostenidas por un apósito enyesado. Ese día y el siguiente, las temperaturas apenas subieron 2 á 3 décimos, más allá de la normal. El día 12 la temperatura de la mañana fué de $38^{\circ}4$ y la de la tarde de 39° , llegando esta última hasta la cifra de 40° . La enfermita tenía sed viva y la lengua ligeramente húmeda, el pulso frecuente; pero lleno y regular; se le dió un purgante de citrato de magnesia, agua hervida á pasto, cucharadita *ter* de vino de quina y ordenadas estas prescripciones, se le quitó el apó-

sito y se hizo amplio lavado de las heridas. Del 13 al 18 de Noviembre se le curó diariamente, agregando á la prescripción anterior, la de darle cada dos horas una cápsula de 10 centigramos de clorhidrato de quinina, con el fin de abatir la temperatura, que se mantenía siempre alta. Del 19 al 22 de Noviembre las temperaturas observadas no llegaban aun á la normal; la tarde del 22, el termómetro marcó $37^{\circ}9$ y, respectivamente, en la mañana y en la tarde del 23, $37^{\circ}2$ y $37^{\circ}8$.

El día 24 por la mañana se le hizo la artrectomía, reseándose, en la extensión de uno y medio á dos centímetros, la extremidad inferior del húmero, la cabeza del radio y las apófisis olecraneana y coronoide del cúbito.

Esta resolución llegó á tomarse, después de haber observado en los días subsiguientes á la primera operación, que las extremidades huesosas permanecían descubiertas, con tendencia á desalojarse de su posición conveniente, entrecubriendo las heridas y comprimiendo las partes blandas. Terminadas las reseciones huesosas, que se practicaron, según se dijo, se hicieron las suturas y canalizaron las heridas, cubriéndolas con gasas y algodón asépticos, manteniendo el miembro en la flexión, como antes se hizo, después de la artrotomía, por medio de un apósito enyesado.

Desde el 24 de Noviembre hasta el 2 de Diciembre siguiente no se tocó la curación, permaneciendo el apósito tal como se había puesto el día de la operación. Es digno de notar que en la noche del 24 de Noviembre la temperatura se elevó á la cifra de $39^{\circ}8$ y que, con remisiones matutinas de un grado, volvía á ascender por las tardes á cerca de 40° , observándose tales descensos y ascensos en la curva térmica durante los tres primeros días subsecuentes á la artrectomía. La canalización de las heridas era perfecta, los tubos de caucho y las gasas funcionaban muy bien, al grado que el escurrimiento seroso llegó á impregnar el apósito hasta las capas superficiales, traspasando las vendas enyesadas. En vista de esto, lo único que se determinó hacer, obrando con prudencia, fué cubrir el apósito enyesado con un grueso empaque de algodón aséptico, sostenido por una venda esterilizada. Se le administraron á la enfermita, como anteriormente, cápsulas de quinina de á diez centigramos, cada dos

horas, cucharadita *ter* de vino de quina y agua hervida á pasto, para calmar su sed; leche con pan como único alimento.

El día 2 de Diciembre se quitó el apósito, descubriendo las heridas, que fueron encontradas en buen estado; casi todos los puntos de sutura habían dado resultado; se renovó la curación, que siguió ejecutándose diariamente hasta el 13 de Diciembre. Las temperaturas observadas desde el 2 de Diciembre habían sido bajas y continuaron así hasta los días 16 y 17 en que la cifra vespertina se elevó á 38°. Desde el 14 de Diciembre la enfermita fué alimentada convenientemente, tomando como único medicamento su vino de quina. No volvió á observarse elevación térmica desde el 18 de Diciembre. Suprimidos los tubos de canalización, se hicieron las curaciones diariamente, hasta el 30 de Diciembre y desde esta fecha se fueron retardando cada cuatro días y más, hasta obtener la cicatrización completa de ambas heridas. En los meses de Enero y Febrero del año actual las curaciones practicadas atendían únicamente á la reparación superficial de la piel en algunos puntos donde las suturas no habían llenado su objeto. En el mes de Marzo ya casi no se le hacía curación ninguna á la enfermita, que había llegado á poner su antebrazo en extensión completa y, por tal motivo, se estimó conveniente someterla á la anestesia clorofórmica, para favorecer la flexión del codo; efectuada la cual, se le mantuvo le miembro en esta situación mediante un aparato enyesado. Esto se practicó el 24 de Marzo, dejando puesto el aparato hasta el 31, día en que se le quitó, procurando comunicarle desde entonces algunos movimientos al antebrazo y recomendando que desde el día siguiente fuese llevada la niña al departamento de mecanoterapia, para someterla á las prácticas diarias de amasamiento, á fin de restituirle poco á poco al antebrazo todos sus movimientos.

El día 3 de Abril último fué dada de alta la niña. Su antebrazo le ha quedado en semiflexión: se advierte en esta posición la saliente del codo y hacia la extremidad superior del cúbito se siente como un callo huesoso, que hace pensar si en este punto se habrán soldado entre sí los dos huesos. La extensión del antebrazo, lo mismo que la flexión, son movimientos que no se realizan por completo; efectivamente, el antebrazo no llega á extenderse ni á doblarse totalmente. Los movimientos

de pronación y supinación son más extensos; pero tampoco se efectúan de un modo completo. Sin embargo, la niña posee un miembro útil cuyas principales funciones se realizan con desembarazo y comodidad.

Examinando la región operada, se advierte que la línea articular correspondiente á la sangradera está ligeramente deprimida en su mitad externa, lo cual es explicable por la supresión de la cabeza del radio; palpando en este punto se notan dos salientes huesosas, una superior y la otra inferior. A uno y otro lado de la región hay dos cicatrices correspondientes á las incisiones que se hicieron: la cicatriz externa mide siete y medio centímetros, es curva, irregular, cóncava adentro; en el trayecto de dicha cicatriz, arriba y abajo, hay pequeñas arrugas queloides. La otra herida, póstero-interna, mide ocho centímetros, es rectilínea y ocupa como la cuarta parte inferior del brazo y la cuarta superior del antebrazo; es ligeramente queloide, teniendo el aspecto radiado al nivel de la interlínea articular. Comparada la longitud total del miembro con la respectiva del otro del lado opuesto, hay un acortamiento como de tres y medio centímetros, que, sin duda, resultará, al fin, mucho menor, cuando se adquieran por completo los movimientos del antebrazo.

*
* *
*

He denominado atípicas á las intervenciones operatorias ejecutadas en los dos casos, á que se contrae la relación precedente, porque tanto la una como la otra no se hicieron, sin duda, conforme al tenor de las reglas clásicas establecidas.

Kappeler, que aparece como el que primeramente haya empleado semejante denominación, ha querido designar con ella las intervenciones cuyo objeto se reduce á practicar una incisión al través de la cual puede llegarse á abrir una articulación cualquiera, á hacer una artrotomía, según ahora se dice, á fin de lograr sustraer del organismo única y exclusivamente las partes blandas y huesosas que resultaren afectadas. Y si bien el Profesor Kocher nos enseña que valdría más no usar el término, ya que la sola enunciación del vocablo despierta en nuestro ánimo la impresión de cierta irregularidad en la ejecución operatoria, no por eso he dejado de aplicarle á las intervenciones

hechas en los dos casos referidos, supuesto que en ambos nunca se tuvo ciertamente la idea primera de realizar una verdadera resección.

Contrayéndome de un modo particular á lo que se hizo en el caso del niño Miguel Montañez, bien sé decir que operado en el curso de una afección gravísima, durante la evolución de la cual llegó á verse muy claro que se jugaba toda una existencia, las cosas pasaron en medio de amargas vacilaciones y, al ejecutarse los actos operatorios de que he hablado, se realizaron con relativa facilidad, verificando casi simples enucleaciones huesosas.

En el caso de la niña Trinidad Noriega, después de varias tentativas de reducción del hueso luxado, sin alcanzar el resultado apetecido, solicité la ayuda de mi estimado compañero, el señor Doctor J. Velázquez Uriarte, por el consejo del cual, y, contando con su valiosa cooperación, me decidí á intervenir, practicando, primeramente, la abertura de la articulación y más tarde la artrectomía, según se dijo ya. No hubo tampoco, por lo tanto, el deliberado intento de hacer una verdadera resección en el genuino clásico sentido, que se ha venido dando á esta palabra.

He insistido pertinentemente en aclarar la distinción, porque los hechos que me han dado materia para la redacción de este imperfecto artículo, son del orden de aquellos que encierran provechosa enseñanza, y á mí me han servido mucho, haciéndome ver muy de cerca las inmensas ventajas que aparejadas traen consigo el empleo y buen uso de los nuevos métodos operatorios preconizados por la Cirugía conservadora moderna.

Tratándose de las afecciones quirúrgicas de la infancia, especialmente las que invaden las epífisis ó las diáfisis huesosas ó los tejidos articulares, sean de naturaleza tuberculosa, sean puramente flegmáticas, como los padecimientos osteomielíticos, verdadero azote de la niñez, no debe vacilarse en someterlas á un tratamiento activo, mediante el empleo de los métodos operatorios modernos dados á conocer con extraordinaria lucidez en nuestros días, por el Profesor Kocher, de Berna.

Según la feliz expresión de König ha pasado ya la época de las resecciones típicas. Desde Langenbeck hasta Kocher, pasando por etapas sucesivas á cual más brillantes, realizando día á

día admirables progresos, que han venido á constituir grandes conquistas, la Cirugía conservadora ha llegado á una meta gloriosa y en su triunfal carrera ostenta con orgullo los trofeos debidos á la potencia laboriosa, genial y perseverante de los Lannelong y los Ollier, de los König y los Tilling.

Con el empleo de incisiones tan sencillas como sea posible al través del conjunto de las partes blandas, procurando conservar de éstas aquellas porciones relacionadas normalmente con el periostio (Langenbeck), se consigue llegar al foco enfermo y substraer el hueso lesionado.

Conservar el periostio con todo el conjunto de las inserciones capsulares, ligamentosas y tendinosas que sobre la membrana arraigan (Ollier).

Reducir al mínimun la lesión, respetando no tan sólo únicamente los grandes vasos, los gruesos nervios y los músculos, sino atendiendo á conservar también la inervación muscular, cuidando las pequeñas ramas nerviosas y considerando siempre la importancia de los diferentes músculos y sus inserciones para la conservación de la función articular (Kocher).

Conservar las inserciones ligamentosas y tendinosas, procurando levantarlas con las apófisis en las cuales se fijan ó con una parte de la substancia cortical del hueso (König y Tilling).

Levantar el periostio con la capa cortical superficial del hueso, por medio de la rugina cortante, á fin de conservar seguramente la capa de "cambium" osteoplástica (Kocher).

Tales son los fundamentos técnicos generales conforme á los cuales hay que normar la conducta en las intervenciones operatorias á que hemos venido haciendo referencia. En otros términos, el método subperióstico tal como lo recomendaba Langenbeck, el método subcápsulo perióstico tal como lo ha aconsejado Ollier, el método de resección subcortical como lo enseña y practica Kocher.

En dos principios resumiremos con este ilustre Profesor el método moderno más recomendable para las resecciones propiamente dichas.

I. Elegir una incisión tan sencilla como sea posible; pero tomando en consideración muy especial el hacer la incisión no solamente en los intersticios de los músculos, ligamentos y tendones, sino llegar hasta los huesos, hasta las regiones donde se puede cuidar los

vasos y nervios más pequeños, obrando siempre en líneas neutras, por decirlo así, entre los territorios de distribución de los nervios.

II. Hacer el desprendimiento subcortical de la cápsula, del periostio, de las inserciones ligamentosas y tendinosas y substraer; primero, únicamente el hueso enfermo, y las extremidades articulares completas, solamente cuando su substracción simultánea sea útil para la función.

Operando con sujeción á estos principios, apegados á la práctica de la más rigurosa asepsia y utilizando el método de hemostasis profiláctica de V. Esmarch, se puede, no cabe duda, asegurar el buen éxito.

Muy lejos de mí la necia presunción de querer ostentar los dos pobres casos que ahora he presentado, como resultados adquiridos al benéfico influjo de las brillantes prácticas de aquellos ilustres maestros. Simplemente los he traído como un testimonio de laboriosidad y si, humildes como son, merecen ser considerados como éxitos no despreciables, que ellos sean atribuíbles á la perseverancia y asiduos cuidados de los practicantes del servicio y á la benévola y eficaz ayuda del Doctor J. Velázquez Uriarte. A él y á los Sres. Rafael Mendoza y Francisco Beverido y Rivera son deudores los niños de los beneficios que han recibido.

México, Mayo 22 de 1907.