

Siguiendo la técnica de León Velluz, que utilizó la papaína para destoxicar las toxinas diftérica y tetánica y la ricina, hemos usado la toxina del alacrán y la papaína activada, encontrando que esta proteidasa endocelular no destoxica la toxina del alacrán, como lo hace con las otras toxinas. Esto puede darnos luz en los procesos biológicos de resistencia a los venenos.

No encontramos gérmenes anaerobios en el veneno estérilmente recogido por excitación eléctrica de alacranes vivos.

Pudimos comprobar que hay sustancias en el veneno que licúan la gelatina después de tres días.

En este resumen señalamos datos que pueden ser agregados a los encontrados por Ocaranza, Espinosa, Vergara Lope y, recientemente, por Hoffmann.

Muy penosas han sido para nosotros las condiciones de trabajo, y no hemos podido hacer investigaciones ya planeadas que completen el estudio de esta toxina, de la cual se ocupan muy conatadas personas.

Dacriocistorrinostomía externa

(Técnica Torres Estrada) *

Por el Dr. DANIEL GURRIA URGELL

Al presentar a ustedes, señores académicos, este enfermo, adquiero, ipso facto, la deuda de una explicación, que exige la apariencia trivial del tema; pero confío en que ustedes me absolverán de ella al concluir.

Se trata simplemente de un caso de dacriocistorrinostomía por la técnica del Dr. Antonio Torres Estrada y mueve mi intención de darla a conocer lo interesante, para mí, del caso y lo que el Dr. Torres Estrada afirma en su trabajo de oposición a la H. Academia Mexicana de Cirugía.

La afirmación es ésta: "En México varios operadores, entre los que figuran: Reinking, Gurría, Inclán, Molas, Tapia y algunos otros más, entre ellos el suscrito, hemos practicado desde hace algunos años la dacriocistorrinostomía interna, pero no tengo conocimiento de que alguien antes de mí, haya emprendido traba-

* Trabajo de turno leído en la sesión del 14 de diciembre de 1938.

jos sobre la dacriocistorrinostomía externa, ni en la ciudad de México, ni en los otros centros oftalmológicos del país distantes de la Capital.”

En cuanto a mí, lo que dice es verdad; pero lo que calla por discreción, o falta de noticias, es que mis intervenciones resultaron fracasadas magüer el sondeo persistente tras la operación. Desconozco el éxito de los otros.

Cuando el Dr. Torres Estrada anota fuera de sus noticias la operación externa en México, no niega su posible existencia, pero siendo este facultativo un viejo militante en oculística, yo estimo como prueba circunstancial su decir porque es hombre bien informado y lo acepto a reserva de testimonio en contra.

Sea del pasado lo que sea, Torres Estrada opera en este campo desde 1920. La Academia de Medicina supo en 1928 de sus actividades practicando el método de Dupuy Dutemps. El Dr. Joaquín Tejeda y García de León, en tesis inaugural, ofreció los primeros resultados de las modificaciones que Torres Estrada hizo, en relación con la sutura de los colgajos a la técnica del oculista francés, y la del mexicano fué dada al Noveno Congreso Médico de Guadalajara en 1932 y, mejorando aún sus detalles, a esta H. Academia de Medicina el propio año de 32.

Pari pasum, llegó a la técnica de hoy con la que he operado al señor N. . . . Este enfermo es apenas el segundo en mis manos. La historia del primero no deja de ser curiosa. Enferma desvalida y tratada luengos años en las clínicas del servicio social, víctima de una epífora que llamaré purulenta por no saber como se denomina, pero que quizás fuera síntoma de dacriocistitis. Yo desconocía los trabajos de Torres Estrada y, como nadie, los de Dupuy Dutemps. Me proponía hacer una extirpación del saco porque, debido a mis intervenciones frontoetmoidales por vía externa con la técnica que usa Luongo en su radical hasta el esfenoides, había tenido muchas veces el saco a la vista y me consideraba apto para suprimirlo. Porque consultado un oculista: el Dr. Lino Vázquez, le dió su aprobación y en fin por la vanidad de verme señalado por la enferma, tercamente como su salvador.

Por fortuna para ella, el Dr. Manuel Flores, oculista, alumbraba con su presencia nuestra operación y sugirió, al paso que ésta se desarrollaba, una aproximación a lo que él había visto practicar al Dr. Torres Estrada.

El resultado que comprobaron Flores y Vázquez fué excelente y se sostenía dos meses después, tiempo en que perdimos de vista a la enferma. Yo creí fracasada la intervención, porque durante una semana menos o más hubo epífora que desapareció sin sondeos. No estoy capacitado para interpretar el fenómeno.

El caso del Sr. N. es éste: pelotazo en la región superolateral izquierda de la nariz cuando el paciente contaba ocho años de edad. A corto plazo, no preciso, apareció en el punto señalado una bolita que bajo la presión del dedo daba pus. Sondeo sin resultado. Tal vez se diagnosticó una dacriocistitis. En 1910 vino a México. El Dr. Fernando López, al decir del enfermo, practicó una operación que ignora cual pudo ser, pero que llegó a curarlo durante seis años. En 1916 nueva epífora y al canto el sondeo periódico y remisiones de 15 a 30 días. Así hasta 1934. El año 1923 le fué practicada en Los Angeles una operación que mejoró la conjuntivitis y no la epífora. Desde 1934 abandonó tratamiento de base para atender las conjuntivitis de repetición.

En febrero de este año, estando en Cananea, aumentó la epífora supurada y fué a una población norteamericana donde propusieron la extirpación del saco que el enfermo rehusó. Vino a México donde un médico extranjero hizo —según el paciente— la operación de West sin resultado, en junio de este año. Nueva infección del saco atendida por el Dr. Andrés Martínez. En octubre con nosotros. Sin reacciones positivas de lúes ni afección aparente. Total: 30 años de padecimiento, descontando el período en que actuó la operación de López.

Intervenimos en el señor N., con la técnica del Dr. Torres Estrada, alterándola en puntos inesenciales y de mera acomodación a nuestras posibilidades.

En la incisión de la piel optamos por la de Luongo para el vaciamiento frontoetmoidoesfenoidal. Ella es recta, paralela al dorso de la nariz, como a medio centímetro, y limitada arriba y abajo por dos líneas ideales prolongadas de los bordes orbitarios. Evita el plexus vascular formado por la arteria frontal, vena angular, arteria palpebral media y arteria dorsal. Queda un poco más lejos del campo, pero esto no es obstáculo. Disección de la piel a la Luongo, centímetro y medio posteriormente. Incisión del periostio a dos milímetros hacia adelante de la incisión de la piel. Elevación del periostio hacia el ángulo inter-

no de la órbita; después, manejando la espátula de arriba a abajo y de atrás hacia adelante de manera análoga a lo que se hace en la resección del septum, el bloque arrastra en el despegamiento: el ligamento palpebral anterior, el saco lacrimal y el músculo de Horner; la fosa del unguis queda vacía. Después seguimos al pie la técnica Torres Estrada.

En el tiempo octavo de ella no comprendimos la piel y simplemente suturamos mucosa nasal, colgajo posterior del saco y tejido celular subcutáneo; lo mismo hicimos en el tiempo noveno. Al cerrar la herida hicimos intradérmica.

Estas no son modificaciones sino adulteraciones a los refinamientos de la técnica Torres Estrada. Fueron hechas por negligencia o impericia, sin que se haya alterado el buen éxito cuando menos hoy por hoy.

Al abrir el saco dimos con unas laminillas morenas, a modo de cálculos, que llamaré cistolitos, y que, en opinión de los oculistas, fueron muy probablemente concreciones de argirol detenidas allí casi seguramente por la obstrucción, y es muy posible que contribuyeran a la constante irritación de la mucosa.

La epífora desapareció dos o tres días después de la intervención; pero he de señalar que a veces y con intervalos de algunos días suele aparecer alguna lágrima, que el enfermo atribuye a enfriamiento sin que esta explicación, por de contado, sea satisfactoria. No se han practicado sondeos por consejo del Dr. Andrés Martínez.

Quiero concluir señalando un accidente postoperatorio que hizo defectuosa la cicatriz: un punto de sutura en la piel dió pus y, no queriendo reabrir la herida, tratábamos de sanearla, exprimiendo sobre la piel. Supusimos un absceso por esquirra o catgut. Al mismo tiempo escurría, por la nariz, pus de la parte alta y anterior de la bóveda. Relacionando el punto con la fístula supuse que se trataba del saco infectado, vaciando purulencia, a una, por nariz y fístula externa y que las compresiones mantenían el trayecto de la piel. Ajustamos ésta para que la canalización se hiciera solamente por la cavidad nasal y vimos desaparecer automáticamente la fístula externa. La purulencia nasal se sostuvo abundante por algunos días y aplicamos drenaje osmótico por el método de Dowell. Hoy ha desaparecido prácticamente.

Conclusiones: 1.—La dacriocistorrinostomía Torres Estrada es un hecho quirúrgico logrado.

2.—Ha sido escrita, para valerme de una expresión ya usada por mí, en la mesa de operaciones.

3.—No es atributo de facultades extraordinarias y, por lo tanto, es trasmisible a la mayoría de los operadores, condición esencial de progreso.

4.—Ha sido dada generosamente y descrita con magistral limpieza.

5.—Dieciséis años de trabajos la cimentan.

6.—Es asombroso que no se haya difundido rápidamente.

Los cilindros urinarios *

Por el Dr. JESUS ARROYO

Desde hace muchos años ha sido de importancia grande para la clínica, en lo que se refiere a los análisis de orina de los enfermos, la investigación en los sedimentos correspondientes, de cilindros renales, que asociados frecuentemente a la presencia de albúminas en las mismas orinas, han sido considerados como signos evidentes de lesiones inflamatorias del riñón, más o menos avanzadas, según la cantidad de albúmina eliminada, el número de cilindros encontrados en el sedimento, y las variedades de éstos.

Por tal razón ha tenido siempre interés clínico el estudio de los mencionados cilindros renales, el cual a decir verdad, no ha recibido de todos los laboratoristas la atención detenida que merece, ya que es frecuente que tales elementos pasen inadvertidos para muchos investigadores, bien sea por desconocimiento de ellos en la mayor parte de los casos, ya sea por la premura con que a veces se practica el examen microscópico del sedimento, o bien por la técnica defectuosa que se emplea en dicho examen; y de estas tres afirmaciones tengo pruebas suficientes que me permiten asegurar que no falto a la verdad al exponerla, sino por el contrario, expongo hechos ciertos que explican un defecto grave en la práctica frecuente de nuestros más socorridos analizadores.

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 21 de diciembre de 1938.