

Sesión del día 26 de Diciembre de 1894.—Acta núm. 43.—Aprobada el 2 de Enero de 1895.

Presidencia del Sr. Dr. D. Francisco de P. Chacón.

Se abrió la sesión á las siete y cuarto de la noche, dándose lectura al acta de la anterior, la que sin discusión fué aprobada.

El señor secretario anual dió cuenta con las publicaciones recibidas, las que pasaron á la Biblioteca á disposición de los señores socios.

Después dió lectura al trabajo de reglamento que remitió el socio correspondiente Dr. D. Ricardo Ortega, sobre un caso raro de acnea.

El Sr. Presidente preguntó si alguno de los señores socios deseaba hacer alguna observación sobre el trabajo del Sr. Ortega, y no hubo quien hiciera uso de la palabra.

El Sr. Dr. Ramos la pidió para manifestar: que sentía no haber estado presente en la sesión pasada y oír el trabajo que leyó el Sr. Dr. Agustín Chacón, en el que, según le refirieron, decía que la enfermedad descrita por el Sr. Dr. D. Manuel Carmona y Valle la periquerato conjuntivitis exuberante y el catarro primaveral de la conjuntiva tenían cierto parecido. El Sr. Dr. Ramos disiente de esta creencia del Dr. A. Chacón; él ha consultado todos los autores de Oftalmología que posee, y aun la última obra de Espagnier, en la que hay una muy buena descripción de la conjuntivitis de Primavera, y se ha convencido de que ésta es una enfermedad enteramente distinta de la descrita por el Sr. Carmona. En París, en la Clínica de los Dres. Galenzouski, Panas, y en las de otros oftalmólogos, vió muchísimos enfermos de los ojos, hasta 200 en un día, y no encontró nada análogo á la enfermedad del Sr. Carmona. Cree, lo mismo que el Sr. Dr. D. Fernando López, que son dos enfermedades distintas, la Conjuntivitis Primaveral y la periquerato—conjuntivitis exuberante, la primera como su nombre lo indica aparece en la Primavera y cura en el Invierno para volver de nuevo con el calor.

La enfermedad descrita por el Sr. Carmona es rarísima en Europa y frecuente en México; no presenta interrupciones ni modificaciones con los cambios de estación; tampoco presenta semejanza con la conjuntivitis granulosa que viene á ser el primer período del tracoma, enfermedad que tampoco es común en México. La periquerato—conjuntivitis exuberante está relacionada con la escrófula. Tal vez el Sr. Dr. Agustín Chacón la ha confundido con la conjuntivitis folicular, pero debemos observar que ésta

es sólo propia de los adultos y la del Sr. Carmona lo es de los niños. Interpeló á los Sres. Lavista y Bandera para que dieran su opinión sobre el particular.

El Sr. Dr. Bandera dijo que siente que el Sr. Dr. Ramos no haya oído la lectura del trabajo del Sr. Dr. A. Chacón, pero como podrá convenirse leyéndolo en la Secretaría de la Academia, el Sr. Dr. A. Chacón no se decide por la identidad de las dos enfermedades, sino que encuentra algún parecido entre ellas y aun lo dice con cierta timidez: él por su parte no cree que la enfermedad del Sr. Dr. Carmona sea tan frecuente en México como lo asienta el Sr. Dr. Ramos y necesitaría un gran número de observaciones para decidir.

El Sr. Ramos dijo, que lamentaba no estuviera presente el Sr. Dr. A. Chacón para oír sus opiniones, que si este señor con cierta duda y timidez admitía la identidad de las dos enfermedades, él sin vacilación de ninguna especie sostenía que eran absolutamente distintas, variando en su marcha, en su naturaleza y en el tratamiento.

Durante su permanencia de año y medio en Europa, nunca encontró un enfermo de periquerato-conjuntivitis exuberante, y sí tuvo ocasión de ver la conjuntivitis primaveral; si ésta es rara en México, esto depende, en su opinión, de que las variaciones de temperatura en Europa en las estaciones son muy considerables, lo que no pasa en México.

El Sr. Dr. Vértiz describió una conjuntivitis folicular que es frecuente en México cuando escasean las lluvias y que es debida á la acción del polvo seco; esta conjuntivitis tampoco tiene parecido con la enfermedad descrita por el Sr. Carmona. Respecto á la frecuencia de esta última dice: que si algunas personas no la han visto, es porque no han fijado bien su atención en ella, como sucede con muchas enfermedades que se creían raras tales como el cisticerco del cuerpo vitreo, que antes no se conocía en México, y él ha visto ocho casos en tres años. Concluyó diciendo que el Sr. Dr. Carmona está en su derecho para describir como entidad especial la periquerato-conjuntivitis exuberante.

El Sr. Dr. Lavista dijo, que quería someter á la ilustración de los señores académicos algunas ideas sobre la tuberculosis articular. Esta es muy frecuente en los países del Norte y es interesante fijar la atención sobre la marcha que siguen las artritis que no son tuberculosas y las que realmente lo son; para diagnosticarlas con seguridad es preciso recurrir á la investigación del bacilo, pero por desgracia no se le encuentra en los primeros períodos.

Hizo una larga exposición sobre las causas que influyen para determinar las lesiones articulares en las inflamaciones, llamando la atención sobre la actitud que hacen tomar los enfermos á su miembro y la inmovilidad que se imponen procurando por este medio evitar el contacto de las superficies articulares; pero esto sólo lo consiguen durante la vigilia; en el sueño las articulaciones se mueven y causan dolores. Podemos distinguir tres períodos: el primero es el de congestión, el segundo es el fluxionario durante el cual se producen los derrames, y por último tenemos el período destructor, pero á la vez hay entonces una compensación; un desarrollo osteógeno del organismo, hay peri-artritis, vienen los abscesos fríos por filtración siendo el pus mal ligado, como una emulsión mal hecha.

Quiere acentuar, dijo, que las artritis tuberculosas son atónicas y de duración muy larga y que en las traumáticas la marcha es aguda. La condición para la curación en los primeros períodos es la inmovilidad y la extensión continua para vencer la contracción muscular; pero si á veces es fácil llenar esta condición, en otras es difícil, y la prueba es que se han inventado tantos aparatos ortopédicos. En la coxalgia, por ejemplo, se recomienda el aparato de Taylor, que tiene por base la extensión del muslo convirtiendo todo el miembro en un aparato rígido ó el de Sayre que le parece preferible, porque deja móvil la rodilla y el pie. En los dos es preciso que el pie sano se levante por una suela de cuatro centímetros de altura, para que la extensión se haga por el peso del miembro enfermo. La ventaja de estos aparatos es permitir la marcha no privando al enfermo de ciertos medios higiénicos indispensables para su curación, y evitando hasta donde sea posible el que sobrevenga ese estado que se ha llamado caquexia articular y que no es más que una desnutrición del organismo.

Si se trata de lesiones tuberculosas estos aparatos no bastan generalmente y hay que intervenir quirúrgicamente haciendo la artrotomía ó la artrectomía para suprimir el elemento tuberculoso, y esto antes de que el organismo esté agotado, porque entonces fracasa la intervención.

El Sr. Dr. Núñez citó un caso de una joven que padecía una artritis del hombro derecho; no habiendo rubicundez ni aumento de temperatura en dicha región creyó que se trataba de un proceso flegmático profundo, prescribió lo que juzgó prudente y esperó algún tiempo; pasado éste apareció un punto doloroso y fluctuación, dió salida al pus y con el estilete pudo comprobar una caries. La naturaleza de esta lesión era tuberculosa, puesto que algunos miembros de la familia de esta joven habían

fallecido de tuberculosis pulmonar. Él se proponía hacer una incisión amplia y cauterizar con el termo-cauterio de Paquelin, pero como la familia se opuso á la operación, se limitó á curar la fistula con sustancias antisépticas. Pasado algún tiempo apareció otro flemón en el codo, se abrió y quedó otra fístula, tratándosele de igual manera que la anterior.

Cuando estuvieron en boga las inyecciones de Koch, llevó á la enferma á la Maternidad sujetándola á dichas inyecciones por algún tiempo, pero sin resultado. Hace ocho meses que la vió y tenía un trayecto fistuloso en el fémur del mismo lado, que se cura como los otros. Su constitución, á pesar del tiempo que lleva con sus padecimientos, ha sufrido poco.

El Sr. Dr. Hurtado examinó el pus pero no encontró el bacilo, lo que se explica porque hay algunas dificultades para descubrirlo cuando la tuberculosis se encuentra localizada en el sistema huesoso: no ha vuelto á ver á la enferma y teme que haya muerto.

Él cree que en este caso no hubiera dado resultado la intervención quirúrgica.

No habiendo otro asunto de que tratar se leyeron los turnos de lectura y se levantó la sesión á las nueve de la noche con asistencia de los Sres. Dres. Aragón, Bandera, Caréaga, Chacón F. de P., García, Lavista, Lugo, Malanco, Núñez, Olvera, Prieto, Ramos, Troconis, Villada y el secretario que suscribe.

J. R. ICAZA.

---

Sesión del día 2 de Enero de 1895.—Acta núm. 14.—Aprobada el 9 de Enero de 1895.

Presidencia del Sr. Lavista.

Se abrió la sesión á las siete y media de la noche, dándose lectura al acta de la anterior, la que fué aprobada por unanimidad después de una ligera modificación hecha por el Sr. Dr. Núñez.

El señor secretario anual dió cuenta con las publicaciones recibidas, las que pasaron á la Biblioteca á disposición de los señores socios.

El Sr. Dr. Gaviño dió lectura á su trabajo reglamentario titulado: "¿Los síntomas de la tuberculosis son debidos á la inyección por el bacilos de Koch, ó á la asociación microbiana ó inyecciones secundarias?"

Quedó comprendido en la fracción II del artículo 18 del Reglamento.