

mexicana no deberá olvidar que quien ha impulsado aquí su estudio es el Sr. Lavista. La verdadera teoría es, pues, tan necesaria como la práctica; pero desgraciadamente la palabra *teórico* es mal interpretada por el vulgo.

J. R. ICAZA.

Acta núm. 24.

SESIÓN DEL DÍA 24 DE MARZO DE 1897.

(Presidencia del Sr. Dr. Ramos.)

Presentación por el Dr. Ramos de una enfermita á quien extirpó un tumor leuco-sarcomatoso de la coroides.-- Discusión.-- Lecturas de reglamento por los Sres. Dres. Gayón y Prieto.-- Discusión relativa á la naturaleza y contagio de la pneumonía.

El Presidente presentó á una niña operada de leuco-sarcoma de la coroides y nombró á los Dres. Bandera, Gaviño y Chávez para que la examinasen.

El SR. DR. GAYÓN leyó su trabajo de turno titulado: "Dermatología.—Un caso raro de enfermedad de la piel."

El SR. DR. ISMAEL PRIETO leyó una memoria titulada: "Apuntes acerca de la pneumonía." Puesto á discusión, el Dr. Bandera dijo: No conociéndose exactamente la naturaleza de la pneumonía, los hechos de contagio deben aceptarse con circunspección. Entre los citados por el Dr. Prieto, algunos tienen visos de probabilidad, pero otros entran en el *post hoc, ergo propter hoc*. Al lado de los pocos hechos positivos, hay infinidad de negativos, puesto que en mi práctica civil y hospitalaria nunca he visto un caso de contagio; por lo que se puede asegurar que la pneumonía no siempre es contagiosa, y esto debe tenerse en cuenta para no alarmar á las familias que, con esta idea, abandonarían á los pneumónicos, como hacen con los enfermos de tifo, para evitarse el contagio.

El DR. GAVIÑO. Sin estar completamente dilucidada la etiología, hay ya muchos datos para juzgar de ella. El origen microbiano está ya perfectamente demostrado con los trabajos de Frenkel y Talamon.

Las experiencias de laboratorio han enseñado que la inoculación de cultivos del diplococcus encapsulado de F. Talamon, produce la pneumonía. Tomando sangre de animales inoculados, desecándola, pulverizándola y haciéndola respirar á animales, se contagian éstos, lo que demuestra perfectamente el origen microbiano de la afección.

No estoy de acuerdo con el Dr. Prieto en lo relativo á la duración de la vi-

rulencia de los cultivos que disminuye mucho á los pocos días de obtenido. A los 9 días ya están muy atenuados. Para tener en un laboratorio cultivos virulentos, es preciso renovarlos con frecuencia, y esto puede ser una de las causas por que el contagio sea raro. El bacillus de Koch es mucho más resistente, y por eso la transmisión de la tuberculosis es mucho más fácil que la de la pneumonía; pero la vía experimental ha demostrado la contagiosidad de esta última, aunque no por esto debemos alarmar al público.

Las epidemias de pulmonía, como las de gripa, faringitis, conjuntivitis, etc., etc., comienzan en Septiembre y Octubre para aumentar hasta que entra la época de las lluvias en que desaparecen, porque éstas producen el saneamiento de la ciudad arrastrando todos los gérmenes de la atmósfera, fijándolos en el suelo ó llevándolos á las atarjeas.

En el laboratorio de la Escuela de Medicina he estudiado los corpúsculos de la atmósfera, encontrando en época de secas 17,000 bacterias por metro cúbico, mientras que en la época de las lluvias, muy pocos corpúsculos atmosféricos se depositan en los cubre-objetos y son casi invisibles. El saneamiento, con el drenaje de la ciudad vendrá á mejorarse, y con gusto veo que el Dr. Prieto sea más partidario actualmente del drenaje de lo que lo fué en época anterior.

En las 200 leguas cuadradas que tiene de superficie el Valle de México, según cálculos del Barón de Humboldt, corroborados por otros ingenieros, el saneamiento no es tan fácil.

Las grandes masas de polvos que vienen del exterior de la ciudad en tiempo de secas, nos hace creer que el saneamiento será poco eficaz para algunas epidemias como las pneumonías.

Insiste, al terminar, en que es preciso hacer el estudio bacteriológico de los corpúsculos del aire en las diversas estaciones.

El Sr. DR. PRIETO.—El Sr. Gaviño ha combatido perfectamente las ideas del Dr. Bandera; la naturaleza de la pneumonía se conoce bien y por lo tanto se puede afirmar que es contagiosa. Respecto á la alarma de las familias, la creo preferible á que éstas tengan muchos muertos ó al menos estén en peligro de tenerlos; el contagio es discutido en muchas enfermedades como el tifo, la peste, la lepra, etc., pero hoy debe aceptarse conforme á las ideas reinantes.

Dirigiéndose al Dr. Gaviño, dijo: que en su trabajo no asienta que los cultivos de pneumococcus duren mucho tiempo. Hace pocos días ha tenido ocasión de ver su poca duración inoculando á dos conejos: uno que recibió cultivo de cuatro días, no murió; y el otro, que lo recibió de dos días solamente, murió con rapidez. Lo que decía es que los esputos rubiginosos desecados conservan su virulencia por 45 días.

El DR. BANDERA dijo que iba á rectificar dos hechos: 1º Que el Dr. Prieto conoce bien la naturaleza de la pneumonía conforme á las ideas modernas, pero que éstas tal vez se abandonen mañana; que están de moda actualmente y por eso se aceptan, y 2º Que para muchos la contagiosidad de la pneumonía no está fuera de duda, y lo que él ha afirmado es que la contagiosidad es muy rara.

El SR. DR. RAMOS.—No hay contraposición entre la teoría y la práctica. Dos bacteriologistas distinguidos, los Dres. Gaviño y Prieto, y un clínico experimentado, el Dr. Bandera, han expuesto sus ideas al parecer contrarias, pero en realidad no lo son. El diplococcus encapsulado de Frænkel y Talamon produce la pneumonía, y esto está perfectamente comprobado, como lo está el bacilus de Loeffler para la difteria, que actualmente se cura lo mismo que la rabia, basándose en estas ideas. La pneumonía es transmisible experimentalmente, aunque en la práctica los hechos de contagio son raros. Hace muchos años, Jaccoud, en su tratado de Patología interna, describe las pneumonías infecciosas y cita un hecho de contagio: un enfermo de pneumonía, colocado en malas condiciones higiénicas, contagió á su médico, el cual murió. El Sr. Gaviño ha dicho que el diplococcus encapsulado pierde su virulencia á los 9 días, y el Sr. Prieto, que los esputos pneumónicos la pierden á los 45 días; así se concibe que sea poco contagiosa en la práctica. Si se pregunta á cada uno de los señores socios cuántos casos de contagio han visto en su práctica, contestarán que pocos ó ninguno. Él (Ramos) no ha visto uno en centenares de enfermos que ha asistido, lo que no quiere decir que la enfermedad no sea contagiosa. Las buenas condiciones higiénicas, piezas amplias y bien ventiladas, impiden el contagio. El Sr. Bandera, en 37 años de práctica, no ha visto un caso de contagio. Se puede decir que la pneumonía es excepcionalmente transmisible en la práctica y necesariamente transmisible en las condiciones en que se realizan las experiencias bacteriológicas.

El frío desempeña un papel importante en la etiología. Debemos ser ecléticos y aceptar esto como un hecho que la práctica ha enseñado. Bouchard explica su acción diciendo que disminuye la fagocitosis de los tejidos del organismo. Vivimos en medio de los microbios y no sufrimos constantemente enfermedades. En el ojo, por ejemplo, llevamos numerosos microbios patógenos como el streptococcus, los staphylococcus pyogenus-aureus, citrus, etc., etc., sin que desarrollen las conjuntivitis purulentas: La acción del frío en la pneumonía es bien conocida desde Bretonneau y por eso se ha llamado enfermedad *a frigori*. En resumen, debemos adunar la teoría á la práctica, y la discusión de hoy viene á demostrarlo.

El SR. DR. PRIETO.—Siendo transmisible la pneumonía, deben ponerse en

práctica las medidas profilácticas, aunque la contagiosidad no sea tan clara como para otras enfermedades. La poca transmisibilidad se explica, porque los esputos pierden pronto su virulencia. Es difícil comprobar los casos de contagio en la neumonía. Acepto que el frío es causa de la enfermedad, pero secundaria; la principal es la infección por el pneumococcus de Talamon. Las observaciones de Bretonneau enseñaron que el 52 p $\%$ de los individuos que sufrían un enfriamiento, se enfermaba de neumonía. La fisiología y la bacteriología le señalan al frío su papel y explican su acción por medio de la destrucción de los epitelios que, como es sabido, se oponen á la penetración de los microbios; tan pronto como se abre una solución de continuidad la infección se verifica.

EL SR. DR. RAMOS habló de la niña Josefina Navarro, de Yantepec, de 10 años de edad, á quien acaba de presentar, y dijo que el diagnóstico vacilaba entre un cisticercos sub-retiniano ó un leuco-sarcoma de la coroides. La presentó á la Sociedad Oftalmológica y sus compañeros la examinaron, especialmente el Dr. Chávez que se inclinó á diagnosticar leuco-sarcoma. Practicada la enucleación, confirmó este diagnóstico la autopsia del ojo. Insiste en las dificultades del diagnóstico y la gravedad del pronóstico que es funesto en 99 p $\%$ de los casos. Puedo decir que es el primer caso que se salva de 25 ó 30 que ha operado, entre los cuales cita uno que operó con el Dr. Carmona y Valle y otro con el Dr. Montaña. En todos la reproducción se ha verificado á los tres ó cuatro meses y la muerte ha sido el resultado final.

EL SR. DR. BANDERA.—El resultado de la enucleación es satisfactorio, y el tiempo dirá si no se reproduce el tumor.

EL SR. DR. CHÁVEZ cree que el hecho es importante desde el punto de vista del diagnóstico y del tratamiento. Cuando el diagnóstico se hace en el primer período del desarrollo de estos neoplasmas, la enucleación da muchas probabilidades de curación. Fuchs y Lagrange citan muchos hechos, algunos observados hasta 14 años después de la enucleación, sin que hubiese las menores señales de reproducción. Cuando no se opera á tiempo, y el nervio óptico ha sido infestado, entonces la enucleación sirve como de poda y la reproducción es rápida y formidable; todos los casos se terminan por la muerte.

J. R. ICAZA.