GACETA MÉDICA DE MÉXICO.

PERIODICO

DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO.

TOMO XXXVII

MEXICO, 1° DE JUNIO DE 1900.

NÚMERO 11.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

Acta núm. 30

SESION DEL DIA 2 DE MAYO DE 1900.

Presidencia de los Sres. Dres. D. José Ramón Icaza y D. José Terrés.

Comunicación oral por el Sr. Dr. D. Joaquín Vértiz.—Discusión.

El Sr. Dr. Vértiz refirió algunas particularidades observadas en las neumonías, que ha tenido ocasión de estudiar últimamente. El primer caso mencionado correspondía á un individuo que presentaba hipertermia matinal (40°), esputo francamente hemático, dispnea, maciecoz, á la percusión del torax; falta de soplo y algunos estertores, á la auscultación; siendo de advertir que ni éstos ni la maciecoz eran los característicos de la verdadera neumonía, y llamaba la atención que la cifra térmica bajara notablemente en el curso del día hasta encontrarse el enfermo sin calentura; en las primeras horas de la mañana siguiente volvía la hipertermia, observándose el mismo cuadro clínico. El análisis bacterioscópico de los esputos reveló en ellos la existencia de neumococcus y bacilos de Pfeiffer. Por la acción de las sales de quinina y de los tónicos, poco á poco fué cediendo la calentura y la dispnea, perdiendo el esputo su carácter hemático para tomar el aspecto neumónico, y persistiendo únicamente la maciecoz con su aumento de vibraciones. El 2° se refería á otro enfermo que tenía tos, dispnea y calentura de cifra elevada en la mañana y los demás signos físicos de la neumonía, excepto el soplo tubario. También en este caso denunció el análisis de los esputos la existencia de neumococcus y bacilos de Pfeiffer. El 3°, que

puede mirarse como el más notable, fué suministrado por una persona, á quien vió en unión de los Sres. Drs. Sánchez Gavito y Ruiz Esparza, en el Hospital Beistegui: había dispnea alarmante, que se exageraba más y más, á causa de abundante secreción bronquial; no había tos ni expectoración; tampoco calentura; la cifra térmica no pasaba de 37° , como se comprobó por diversas observaciones hechas á distintas horas; el exámen del torax revelaba matitez en el lado izquierdo y los signos físicos del atascamiento pulmonar. Aunque se le ministraron vomitivos, ya de ipecacuana, ya de sulfato de cobre, no se obtuvo resultado alguno y, aumentando la dispnea, sobrevino la hipotermia, al grado de señalar el termómetro la cifra de $35^{\circ} 4$, á la 1 a. m., acaciendo la muerte una hora después.

Ha comunicado estos hechos para dar á conocer el buen éxito obtenido en los dos primeros con el tratamiento usado, empleando las sales de quinina tan recomendadas para la Gripe, por haberse encontrado al analizar los esputos de estos enfermos el bacilo de Pfeifer. En cuanto al tercer caso, notable por el atascamiento pulmonar, que no se logró remediar, como se ha visto, dijo que deseaba se le indicara cuál sería el tratamiento más adecuado en circunstancias análogas; pues los recursos á que se apeló entónces no dieron el resultado apetecido.

El Sr. Dr. Gayón se sirvió agregar á los ya expuestos, otro hecho observado por él recientemente; el cual era relativo á una persona cuya enfermedad se inició por dolor de costado é intenso calofrío, presentando después todos los signos clínicos de la neumonía clásica. Este estado se mantuvo así los días siguientes, hasta el cuarto, en que el enfermo ya no tuvo calentura, ni tos, ni esputos rubiginosos; el termómetro señalaba entónces 37° ; pero había persistencia de los signos físicos comprobados por la exploración del torax. El curso anómalo de la enfermedad inspiraba desconfianza y en esa virtud, se formuló el pronóstico bajo cierta reserva; lo cual no agradó mucho á la familia del interesado. Por esta circunstancia llamaron á otro facultativo, que ratificó el diagnóstico y también el pronóstico; marcándose más tarde la gravedad del mal, sucumbió el paciente al fin. Es este el primer hecho de neumonía anómala, que ha tenido oportunidad de observar y en tal concepto, creía deber someterlo á la consideración de sus colegas, sin entrar en pormenor alguno acerca de tratamiento, porque no había nada notable de señalar á este respecto.

El Sr. Dr. Vértiz dijo que es común observar en la bronconeumonía de la infancia la falta de expectoración, empleándose con buen éxito, á título de excitante reflejo pulmonar, los baños calientes sinapizados. Juzgando por analogía, en el caso de que se trata no sería inadecuado el empleo de este recurso y así lo aconsejó, al ver á una enferma del Dr. Ruiz Esparza, para la cual fué llamado en consulta. De ese mismo parecer fué el Sr. Dr. Teaza, que tambien vió á esta enferma; más no hubo lugar á comprobar el resultado apetecido, á pesar de los buenos deseos de la interesada, porque un síncope sobrevenido al ponerse en pie violentamente, la privó de la vida.

El Sr. Dr. Teaza, refiriéndose á los hechos señalados por el Dr. Vértiz, manifestó que eran dignos de llamar la atención por las anomalías observadas y agregó que, por su parte, tambien había tenido ocasión de ver últimamente en su clientela civil un caso de pleuroneumonía con dolor de costado, calentura, dispnea, esputos, etc.; cuatro días despues se advirtió notable remisión de la temperatura, que bajó á 37° y aun á 36° 8; al día siguiente volvió á observar el mismo cuadro clínico, que se sostuvo así durante cinco días, al cabo de los cuales empezó á iniciarse la resolución del tejido invadido (pulmón izquierdo abajo de la axila); pero caminó con tal lentitud, que la permeabilidad no llegó á realizarse sino poco á poco. El proceso clínico de la afección ha sido notable en este caso, por la forma serpigínosa adoptada en su curso, pues observándosele, al principio, en un punto, pasaba despues á localizarse en otro, advirtiéndose entónces las remisiones indicadas. Como base del tratamiento se sostuvo la acción del clorhidrosulfato de quinina, llenando las demás indicaciones variables que se presentaron,

El Sr. Dr. Parra dijo que le parecían importantes los hechos señalados, desde el punto de vista puramente clínico; más á su juicio no revestían ya el mismo interés, si se trataba de presentarlos bajo la forma de problemas, que debieran ser mirados con relación á su etiología y patogénesis. Pues semejantes hechos por más raros que puedan ostentarse, ya no maravillan en la actualidad, especialmente desde que la Bacteriología ha proyectado una luz tan viva sobre todos estos problemas: son conocidos los efectos de las asociaciones microbianas y sabemos que la neumonía no es una afección inflamatoria típica, cuya especificidad corresponda á un agente único. Como este pudieran referirse otros hechos relativos á diferentes padecimientos; todos muy intere-

santes, si se les considera desde el punto de vista clínico; pero que ya no subsisten con la misma importancia si se les mira en el terreno de la patogénesis.

El Sr. Dr. Vértiz hizo la aclaración de que en los hechos expuestos no había entrado la mira de proponer ningún problema; sino únicamente la de dar á conocer dos resultados positivos y pedir un consejo acerca del mejor medio para combatir felizmente el atascamiento pulmonar.

El Sr. Dr. Ramos, corroborando las ideas expuestas por el Sr. Parra, citó los dos hechos siguientes referidos por Dieulafoy: el uno, perteneciente á Straus, relativo á una enferma de erisipela de las fosas nasales, que se propagó á la cara y á la cabeza; terminado el proceso, le sobrevino á la paciente una neumonía bien caracterizada por sus signos físicos y funcionales, á la cual sucumbió. Practicada la necropsia, se encontró el pulmón en el estado llamado de hepatización gris é invadido por estafilococcus. El otro, tambien notable, se refiere á una criada, que, cuidando á su ama, enferma de erisipela de la cara, hubo de contagiarse, presentando una neumonía tan grave, que le costó la vida; al exámen necroscópico se comprobó la existencia de varios microorganismos en el tejido pulmonar afectado, muy especialmente, el estafilococcus. Y es de llamar la atención que en ninguno de estos casos se encontrara asociado el neumococcus á las otras especies microbianas. La neumonía gripal nunca podría señalarse como una verdadera entidad nosográfica; cada hecho difiere notablemente de otro y en este particular no cabría señalar casos verdaderamente típicos de neumonía, debidos exclusivamente al neumococcus.

El Sr. Dr. Terrés manifestó que juzgaba muy importantes los hechos referidos, considerándolos desde el punto de vista clínico, por lo que toca al diagnóstico, al pronóstico y al tratamiento; pero que en realidad no debían ser mirados como nuevos, porque desde ha tiempo se describía la neumonía bajo dos formas, una, llamada franca y la otra, infecciosa y esta separación subsiste todavía en la actualidad en el terreno clínico, no obstante que ya se sabe que todas las neumonías son infecciosas. Tal vez haya lugar á considerar de otra manera uno de los casos referidos por el Sr. Vértiz; pues ha tiempo tambien que se ha descrito una forma especial de congestión pulmonar, muy parecida á la neumonía en su primer período (se refirió al padecimiento que entre

nosotros ha sido llamado por el Sr. Dr. Carmona y Valle, infarto pulmonar hemorrágico y febril); quizá el caso del Sr. Vértiz pudiera relacionarse á esta afección. Si le parece digno de aclarar lo que acerca de los hechos expuestos se sirvieron indicar los Sres. Parra y Ramos; ¿han hablado de pluralidad microbiana en la neumonía fibrinosa, ó se han querido referir á la bronconeumonía, en la cual sí hay verdadera asociación microbiana? En las afecciones pulmonares de carácter gripal que se han citado, se ha comprobado la asociación del neumococcus con el bacilo de Pfeiffer. Es importante aclarar estos puntos, porque la pluralidad microbiana es un hecho de interés innegable para la bronconeumonía; no así para la neumonía fibrinosa ó *croupal*. Para sostener las ideas de los Sres. Ramos y Parra se necesitan pruebas decisivas.

El Sr. Dr. Ramos manifestó que no tenía práctica propia para poder ilustrar el asunto: simplemente había referido los hechos consignados por Dieulafoy, porque los creía bien averiguados y al abrigo de cualquiera crítica desde que aparecían protegidos por autoridad tan competente.

El Sr. Dr. Parra agregó á lo expuesto por el Sr. Dr. Ramos que no había que perder de vista que la Bacteriología era una ciencia nueva, y, aunque muy adelantada, no se la podía considerar aun como definitivamente establecida; por tal motivo, sus generalizaciones tienen el carácter de provisionales. Por otra parte, había que atender á que causas diferentes pueden contribuir á producir un mismo efecto nosológico, un mismo conjunto de lesiones anatómicas y en manera alguna repugnaría el admitir que un hecho determinado fuera originalmente debido á diversidad de causas.

El Sr. Terrés, agradeciendo á los Sres. Ramos y Parra las aclaraciones que se habían servido hacerle, se permitió suplicar al Sr. Ramos que se dignara manifestarle si en el caso de Straus, la erisipela que produjo la neumonía fué debida al estafilococcus.

Contestó el Sr. Ramos diciendo que había relatado la observación, tal como la conocía: *que en el pulmón habia estafilococcus*; si bien no ignora que todas las erisipelas son de estreptococcus.

El Sr. Dr. Vértiz hizo la aclaración que en el caso que parece dudoso al Sr. Terrés, quedó comprobada la existencia del neumococcus así como la del bacilo de Pfeiffer.

El Sr. Dr. Terrés manifestó, por último, que á pesar de todo lo expuesto, no se veía muy claro el asunto; pues no porque se encontraran neumococcus al examinar un esputo, cabía asegurar que había neumonía. Trabajos recientes, entre otros, un artículo publicado en la *Semaine Médicale*, llaman la atención acerca de hechos clínicos de curso anómalo, en los cuales se ha comprobado la existencia de microbios de virulencia muy atenuada; en este caso se halla el neumococcus, según esas observaciones.

El Sr. Dr. Vértiz dijo que no había lugar á duda alguna en el diagnóstico de los casos que ha referido, porque, además de los caracteres revelados por el examen bacterioscópico del esputo, se comprobaron los signos clásicos de la neumonía, y en cuanto al enfermo, que murió en el hospital, la necropsia puso de manifiesto las lesiones anatómo-patológicas correspondientes.

L. TROCÓNIS ALCALÁ.

Acta num. 31.

SESION DEL DIA 9 DE MAYO DE 1900.

Presidencia del Sr. Dr. D. José Ramón Icaza.

Lectura por el Sr. Dr. D. Porfirio Parra.—Discusión.—Lectura por el Sr. Dr. D. Francisco Vázquez Gómez.

El Sr. Dr. D. Porfirio Parra cubrió su turno de Reglamento con la lectura de la siguiente Memoria: "Anatomía General. La movilidad de las articulaciones. Su importancia como elemento de clasificación."

Abierta la discusión, el Sr. Dr. Gaviño dijo que eran tan claras las concepciones que, basadas en los principios de la Mecánica, acababa de expresar el Sr. Dr. Parra en el trabajo leído, que sin duda resultaría inútil cualquiera elogio que se le tributara en ese sentido. La clasificación que había ideado, comprendiendo el asunto desde un punto de vista puramente dinámico, abarcaba todos y cada uno de los movimientos que pueden presentar las articulaciones del cuerpo humano; pero abrigaba una duda, que desearía se sirviera esclarecer el autor: Si en esa clasificación precisa y matemática, está comprendida, como debe