

Acta núm. 41.

SESION DEL DIA 18 DE JULIO DE 1900.

Presidencia del Sr. Doctor D. José Ramón Icaza.

Lectura de una Memoria remitida por el socio correspondiente en San Luis Potosí, Sr. Dr. D. Miguel Otero.—Se presenta el programa para la sesión solemne.—1^a lectura del dictamen de la Comisión encargada de estudiar el trabajo del Sr. Dr. Mendizábal.—Programa de los turnos de lectura para el año económico próximo.

El subscripto dió lectura á una Memoria, que, en calidad de trabajo extraordinario, se sirvió remitir el socio correspondiente en San Luis Potosí, Sr. Dr. D. Miguel Otero. Dicha Memoria se titula: "Nueva variación en los procedimientos conocidos de inyección-embalsamamiento."

La Comisión nombrada para redactar el programa de la sesión solemne venidera, tuvo á bien presentarlo bajo la misma forma acostumbrada en años anteriores, obteniendo la aprobación correspondiente.

El Sr. Dr. D. Ismael Prieto, como relator de la Comisión al estudio de la cual pasó el trabajo que á su turno presentó el Sr. Dr. Mendizábal, se dignó dar cuenta con el dictámen relativo, que se consideró como de primera lectura, reservándose la segunda, así como la discusión y votación, para la sesión siguiente.

El segundo Secretario, de acuerdo con la prescripción de Reglamento, presentó el programa de turnos de lecturas á que deben ceñirse en el año económico entrante los Sres. socios titulares y correspondientes para la presentación de sus trabajos.

L. TROCÓNIS ALCALÁ.

CLINICA INTERNA

La Bronquitis infecciosa consecutiva al tifo exantemático.

El deseo de cumplir con las obligaciones que me impone el honor de contarme entre los socios de esta Corporación, me ha decidido á presentaros esta noche, un estudio de la lesión brónquica que antecede, acompaña ó sigue al tifo en la forma que esta enfermedad ha presentado en los primeros meses del año próximo pasado.

Nada nuevo seguramente diré á las ilustradas personas que me escuchan, mas, si he elegido este punto de estudio, es en primer lugar, porque en varios de los tíficos que asistí en esa época del año, fui testigo del desarrollo de la afección brónquica de que paso á ocuparme y además, porque deseo quede asentado que para su tratamiento me fué de gran utilidad el método curativo del Sr. Dr. Licéaga.

Todos los prácticos están de acuerdo en señalar como principales aparatos afectados en el tifo, el respiratorio y los centros nerviosos cerebro espinales, razón que explica el por qué de los síntomas que desde los primeros días de la infección tífica presenta el enfermo, referentes á sus vías respiratorias.

Al comenzar la citada infección es muy común apreciar que el enfermo tose, que sufre un dolor pungitivo en los huecos sub-claviculares, que arroja un esputo abundante, blanco, gleroso y ligeramente cargado de espuma, si se le percute el tórax se notan diversos puntos en donde la resonancia está un tanto opaca sin que el sonido llegue á la macicez. La auscultación deja escuchar, estertores húmedos de variado timbre, correspondiendo á burbujas de diámetros variables, pero seguramente de amplias dimensiones.

Estos fenómenos catarrales de los bronquios que siguen á la par que el desenvolvimiento del proceso tífico son siempre ó casi siempre tenidos como signos diagnósticos adyuvantes de los considerados como patognomónicos del mal principal; pero en una gran mayoría de casos el precitado catarro brónquico comienza á desaparecer durante la evolución del segundo septenario y termina antes que el tifo haya llegado al décimoctavo día.

Otras muchas veces esta benigna marcha se cambia por otra altamente insidiosa, el tifo termina y sigue la bronquitis pertinaz y molesta que por el momento cuando menos retarda la marcha de una buena convalecencia, trayendo consigo peligros de gran cuantía.

Cuando la complicación á que aludo comienza á desarrollarse, durante la evolución tífica puede dar á ésta una forma particular. Otras veces aparece porque de antemano el paciente lleva consigo algún padecimiento en sus pulmones; ó bien, como sucedió en los primeros meses del año á que me refiero, dominen la constitución médica reinante y las enfermedades catarrales de las vías respiratorias.

Dilucidar este punto á propósito de la patogenia del proceso en

cuestión, puede ser útil en mi humilde concepto, no solo á título de considerando científico sino en lo relativo al pronóstico y al tratamiento, á este propósito entraré en las consideraciones siguientes.

Segun refieren Toinot y Dubief en su obra sobre el tifo exantemático. Paris 1896, los médicos irlandeses y los alemanes entre quienes se cuenta al Dr. Rokitansky, han aceptado para el tifo una forma catarral que hasta la presente no he podido encontrar en mi práctica y si en México existe debe ser de una manera accidental y rara.

Verdad es que el proceso catarral puede coexistir con cualquiera otra enfermedad y marcarle á ésta cierto tipo que desde su etiología, patogenia y evolución subsecuente y aun sus indicaciones terapéuticas la hagan adquirir un modo de ser que las autorice para ocupar ese lugar en el orden nosológico, pero tratándose de la infección tifosa, no me parece que pueda establecerse paralelo alguno con las morbosas entidades que añaden á su nombre el calificativo de catarrales.

En consecuencia cuando existe la afección catarral de los bronquios en un enfermo que presente ya los prodromos del tifo ó si, á mayor abundamiento está en plena infección, debe creerse que es independiente de la referida infección.

Fácil es suponer que la bronquitis de que me vengo ocupando tiene mayor importancia cuando aparece en plena infección, es decir, á los 16 ó 18 días de enfermedad, pues entonces se nota, [la respiración disneaica, rojo el color de la cara, auscultando el pecho se escuchan multitud de estertores silbantes y roncantes diseminados en ambos pulmones que hacen suponer un atascamiento brónquico que puede llegar hasta la hipostasia pulmonar con todos sus peligros.

Esta forma, grave de por sí, añade su importancia al estado en que el enfermo se presenta, pues se la observa cuando un estado de adinamia más ó menos avanzado amenaza la vida del paciente, cuando el músculo cardíaco se agota avocándose al síndrome de la *Amiostenia cardíaca*" motivo de muerte de muchos tifosos.

Agrava el pronóstico de tal afección, la circunstancia de ser una nueva infección que en fatal consorcio con la infección tifosa destruye por completo los más vigorosas defensas con que ese organismo atacado pueda contar.

De profeso no he querido mencionar aquellos casos en que antes de la invasión tifosa, llevaran los pacientes alguna enfermedad

pulmonar más ó menos grave y antigua, pues fácil es suponer cómo pueden agravarse tales padecimientos en las condiciones en que suponemos al paciente. Y solo quiero recordar la mayor receptibilidad que adquiere un organismo que sufrió ó sufre aún, algun padecimiento grave largo é infeccioso, y de ahí el temor bien fundado de la posibilidad de una nueva infección, más terrible aún que la tifosa, la producida por el bacilo de Koch, por ejemplo.

El padecimiento brónquico, tema de este pequeño trabajo me preocupó por las circunstancias particulares en que se desarrolló teniendo el próximo peligro de una tuberculosis pulmonar.

Ademas de la influencia etiológica que tiene la infección tifosa por sí sola, juegan papel interesante, los bruscos enfriamientos á que están expuestos los enfermos de tifo, tanto por la necesaria ventilación de los lugares en que son colocados; como al efectuarse el cambio frecuente de sus ropas, y por último, los que con frecuencia tienen lugar en enfermos que sufren la forma atáxica del tifo, y que se producen en medio de su violento delirio.

Al lado de estos datos etiológicos deberán tenerse en cuenta dos circunstancias: primera si el paciente antes de sufrir el tifo, no padeció del pulmón, y segunda, el papel que representa en ese momento la constitución médica reinante; datos que en el presente caso tienen en mi concepto notoria importancia pues ya se recordará como recrudesció la pandemia de Gripe, durante los primeros meses del año de 1899, teniendo presente el reconocido origen microbiano de esta enfermedad cuya infeciosidad, fácilmente se aviene con la infección primera, es decir, con la producida por el bacilo de Toinot y Calmet.

Comienzan á aparecer los primeros síntomas en algunos casos; precisamente cuando empieza el período de defervescencia de la fiebre tifosa, continúa su marcha mas allá de la completa desaparición del tifo, persistiendo un tiempo que no baja de 15 á 20 días, exponiendo al enfermo á los variados peligros que quedan ya referidos.

Durante la evolución patológica de esta bronquitis, que me permito llamar infecciosa, los síntomas que presenta no tienen carácter especial alguno, sin embargo, bien puede notarse, que en ésta existe mayor disnea, que los accesos de tos quintosa que aparecen con frecuencia. Vespertinos, tienen una forma sofocativa que alarma á los enfermos,

además la expectoración fuera de los accesos es francamente broncorreica.

La exploración del tórax, fácil en estos casos dado el enflaquecimiento del enfermo, hace el diagnóstico más fácil de apreciarse y por tanto no me ocuparé de esta cuestión. A consideraciones de más importancia si es posible, que las ya apuntadas en otro lugar de este de este escrito, se presta el estudio pronóstico de esta afección.

Dada la mayor receptividad que determina una infección sobre un organismo, para otra cualquiera que ella sea, se explica cómo en el individuo, presa de la infección primitiva, fácilmente se produce otra adjunta que puede ser la neumocócica, la tuberculosa ó la gripal en época de influenza, etc. Fuera de todas esas peligrosas infecciones secundarias dignas de temerse, se presenta en la afección brónquica de que me vengo ocupando, otra serie de accidentes á que da lugar, el paso al estado de bronquitis crónica, afecciones tanto ó más temibles que las mencionadas, quiero hablar de la broncorrea, la broncoestasia y el enfisema pulmonar.

No me detendré por el momento de las muchas indicaciones terapéuticas que surgen en el tratamiento de una enfermedad tan conocida de quienes me escuchan, y solo me ocuparé del tratamiento que el Sr. Dr. Licéaga ha impuesto á la tuberculosis incipiente, y que por analogía he aceptado para mis enfermos obteniendo excelentes resultados.

Como no ignoran mis estimados consocios, el tratamiento consiste en la aplicación de revulsivos al rededor de la cavidad torácica y al empleo del calomelano á dosis refracta asociado á los tónicos y reconstituyentes obedeciendo algunas de las indicaciones sintomáticas.

Impresionado por los felices resultados obtenidos por el Sr. Licéaga con su medicación, y creyendo ver como he dicho antes analogías importantes en la patogenia y marcha de la bronquitis infecciosa concomitante del tifo exantemático, con la tuberculosis pulmonar incipiente, hice poner á cuatro enfermos que asistí en el mes de Enero del año próximo pasado, cuatro vejigatorio sucesivos rodeando la parte superior del tronco, administrando calomel á pequeñas y repetidas dosis, vigilando su efecto sobre la mucosa bucal, apliqué en algun enfermo para quien era preciso cambiar el nombre de la medicina, la masa azul inglesa con el mismo cuidado que si se tratara del calomel, y el resul-

tado favorable fué el mismo, los tónicos y reconstituyentes asociados á los que podemos reputar como antisépticos químicos, cuya reunión constituye la manera de tratar el tifo, ha sido el tratamiento de la complicación citada.

La higiene, en cuanto de sus mandatos es posible acatar, ha sido uno de los factores esenciales que han concurrido á la consecución del objeto deseado.

Tengo la firme creencia de que la salud que gozan los citados tíficos, que en su convalecencia se vieron atacados de la bronquitis que he tratado de describir, lo deben al método creado por el citado Sr. Dr. Licéaga, modificando dicho tratamiento algunas veces por necesidades del momento, pero seguido en la mayoría de los casos como su autor lo recomienda.

México, Febrero 28 de 1900

JOSÉ M^a LUGO HIDALGO.



OFTALMOLOGIA

Apuntes sobre un caso de Irido-cicloparemia de origen nuclear.

A fines de Febrero de este año, examinamos en la clínica oftalmológica de la Escuela, á un individuo de 24 años de edad, sastre de oficio. Su vista, decía él, había sido siempre buena; pero desde hacía pocos días no podía ver bien de cerca, ni leer ni coser y aun de lejos, veía los objetos borrados. Sus pupilas estaban dilatadas y casi inmóviles. Colocado el enfermo á 5 metros de los escalas de Wecker, sólo pudo leer el último renglón con el auxilio de una lente convexa de 1 dioptría; las de mayor ó menor graduación hacían confusa la visión lejana. Con el mismo cristal de +1D: solamente podía leer á 40 centímetros de distancia y de ningún modo más cerca. De este examen pudimos inferir: hipermetropía de una dioptría; agudeza visual normal, amplitud de la acomodación, 2,50 dioptrías. Como á los 24 años, según la tabla de Donders; la amplitud de la acomodación debe ser 8,50D., estaba en el paciente disminuida 6D, y era igual apenas á la de un indi-