

cuadrículado en decímetros y colocándoles entre los pies de una escalera de las conocidas con el nombre de «burros.» En dos barrotes opuestos de la escalera, se coloca una tabla horizontalmente y con un agujero; por este agujero se pasa el objetivo de una cámara fotográfica, procurando que el eje de dicho objetivo quede vertical ó sea perpendicular al suelo en el cual reposa el cadáver colocado boca arriba, boca abajo, de lado, según el lugar que ocupan las lesiones que se trata de localizar.

«Cubriendo y descubriendo convenientemente partes de la superficie del objetivo, se obtienen en una misma placa dos ó tres imágenes en diversas posturas, lo cual es muy útil, pues las distintas imágenes resultan en la misma escala.»

Mucho tiempo antes de que Bertillon en Francia, con el nombre de fotografía métrica utilizara este precioso invento, ya en nuestra Patria, el inteligente General Quintas Arroyo se había servido de él con brillantes resultados, como sucedió con el conocido proceso de Timoteo Andrade.

Me complazco en hacer esta constancia para honra del distinguido General.

México, octubre 31 de 1906.

J. M. BANDERA.

---

## ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

**Parte científica del Acta de la sesión ordinaria del día 3 de octubre de 1906.**

### AFASIA.

*Dr. Hurtado.*—Me propongo desde hoy inaugurar una serie de comunicaciones relativas á autopsias que he practicado en el Hospital General. Me ha llamado la atención encontrar con frecuencia lesiones importantes que no habían sido diagnosticadas durante la vida, y en no pocas ocasiones ha habido discordancia entre los datos suministrados por la necropsia y los que habían sido recogidos por el estudio clínico. Esto cuando este estudio ha sido hecho; pues no es raro el caso de que los enfermos permanezcan hasta 8 días en

el Pabellón de Observación; pasen de allí á aquel que se juzga les corresponde y lleguen á fallecer sin diagnóstico. No es ésta una censura á los clínicos sino solo un hecho que hago constar.

Paso ahora á referir una de las autopsias interesantes que he practicado, para la que me fué dable recoger del Dr. Lamieq, que tuvo el enfermo á su cargo en su servicio, algunos datos clínicos que solicité en vista de lo que la autopsia me había revelado.

Se trataba de un enfermo afásico y hemipléjico en el que por el primer motivo no fué posible recoger datos del conmemorativo. El brazo y la pierna derechos estaban paralizados al ingresar el enfermo al Pabellón. En el miembro superior, el antebrazo se hallaba en semiflexión sobre el brazo; en el inferior, la parálisis no era muy acentuada, el enfermo caminaba con bastante facilidad arrastrando ligeramente el pie, dirigiendo su punta hacia adentro. En el facial derecho estaban paralizados los ramos inferiores y no el superior. No había trastornos de la sensibilidad ni vaso-motores. El paciente sucumbió con fenómenos infecciosos mal determinados, notándose solamente estertores diseminados en ambos pulmones. No había habido fenómenos bien ostensibles de lesión orgánica del corazón; pero el practicante refirió tener idea de haber encontrado un soplo sistólico en la punta.

Resultados de la autopsia: Hombre como de 35 años, bien desarrollado, con panículo adiposo abundante. No se notan lesiones cutáneas ni vaso-motrices de ningún género. El miembro superior derecho se encuentra en flexión y los demás en plena resolución. Abiertas las cavidades se encontró que había congestión pulmonar más acentuada en los lóbulos inferiores de los que uno estaba endurecido; pero sin llegar propiamente hasta la esplenización. El corazón estaba hipertrofiado en todas sus partes; pero particularmente en el ventrículo izquierdo. El miocardio tenía el reblandecimiento propio de los estados infecciosos. Había algo de degeneración grasosa, pero sólo en los sitios en que es habitual se encuentre en los individuos gruesos. Al nivel de la válvula tricúspide había signos de endocarditis infecciosa reciente y más notables existían al nivel de la mitral. Pero las lesiones más importantes eran las del orificio aórtico, las que sin duda eran muy antiguas. Las válvulas eran

totalmente insuficientes; vegetantes en su superficie y bordes, habían disminuído de anchura y aumentado aparentemente de altura; había en ellas ulceraciones perfectamente visibles. En el nacimiento de la aorta y más allá hasta una extensión de 6 centímetros había placas de ateroma; además toda la aorta estaba endurecida. Había pues endocarditis verrugosa muy antigua que había determinado una insuficiencia aórtica. Seguramente de allí habían partido los émbolos que determinaron las lesiones del cerebro. En las pleuras no había nada notable.

En el hígado había las lesiones propias de las enfermedades valvulares del corazón con la circunstancia de que la congestión era más intensa de lo habitual, debido sin duda á la infección de última hora. El bazo, de volumen doble del normal, presentaba unos tres ó cuatro infartos de origen infeccioso. Los riñones, congestionados, ligeramente granulosos en su superficie, lo que denunciaba un principio de nefritis. En el estómago é intestino, lesiones poco importantes; algunos focos congestivos particularmente en el intestino grueso.

En el cráneo se encontró el casquete óseo de espesor normal. Las meninges como veladas, con los senos venosos muy desarrollados. Había una asimetría muy notable de los hemisferios. El derecho estaba hipertrofiado y globuloso, no notándose demarcación notable entre los lóbulos frontal y parietal, que parecían constituir uno solo. En el izquierdo había focos de reblandecimiento ocre y blanco en la parte postero-superior de la tercera circunvolución frontal y en la inferior de la parietal ascendente. La primera impresión era, pues, que había una asimetría adquirida del cerebro debida á que por la antigüedad y extensión de las lesiones del hemisferio izquierdo el derecho había funcionado excesivamente en compensación y se había hipertrofiado. Haciendo en seguida los cortes de Pitres no se encontró nada digno de mención en las dos primeras lonjas; pero desde la tercera apareció en el lado izquierdo un vasto reblandecimiento extendido desde la pared que le formaban la tercera circunvolución frontal y la frontal ascendente adelgazadas, y que habían contraído adherencias con la pía-madre y hallándose esclerosada la dura-madre, el reblandecimiento comprendía todo el lóbulo

para-central. La cápsula interna, la externa y el antemuro, estaban intactos. La extensión de este foco de reblandecimiento era como de 8 centímetros; principiaba en el lóbulo frontal al nivel de la tercera circunvolución y terminaba en el occipital, interesando á su paso los lóbulos parietal y temporal. Las paredes del foco eran tan delgadas que tenían una apariencia quística, aunque no había ningún contenido líquido; el reblandecimiento estaba acentuado sobre todo en el centro del foco. En el cerebelo no había nada digno de mención.

Así, pues, el diagnóstico anatómico pudo formularse así: Endocarditis vegetante, insuficiencia aórtica consecutiva, cuya causa no es posible determinar; pues faltando datos clínicos y sobre todo conmemorativos, no se podía acusar ni al alcoholismo ni á la sífilis ni al reumatismo al que hay que inclinarse mejor por ser la causa más frecuente de las endocarditis y faltar los estigmas de los otros padecimientos. Como consecuencia de la lesión aórtica vinieron las cerebrales.

Al terminar su exposición el Dr. Hurtado hace alusión al trabajo que Pierre Marie publicó no hace mucho en «La Semaine Médicale» acerca de que la afasia se encuentra á menudo en pacientes en cuya autopsia no se encuentran lesiones al nivel de la circunvolución de Broca é increpa á la Academia en general y á los Dres. Terrés y Noriega en particular á que den su opinión, creyendo él que el caso referido puede servir en parte para ilustrar este asunto.

*Dr. Terrés.*—Hay en la comunicación del Sr. Dr. Hurtado un hecho de interés general y otro enteramente concreto. El primero es el relativo á lo discrepancia de diagnósticos entre los clínicos y los anatómo-patologistas. Esto reconoce diversas causas. Por una parte el clínico al establecer un diagnóstico se fija en la lesión principal y al establecer el de ésta queda sobreentendido el de todas sus consecuencias; así, por ejemplo: si encuentra una lesión mitral, no tiene necesidad de mencionar en el diagnóstico al hígado cardíaco ni las lesiones de los otros órganos consecutivos á ella; cuando el anatómo-patologista las menciona no quiere esto significar que el clínico no se hubiera apercibido de ellas. Por otra parte, en la enumeración completa que el anatómo-patologista hace de todas

las lesiones que encuentra, hay muchas que no se han producido sino en el estado agónico ó en período muy avanzado de la enfermedad que no han permitido al clínico poderlas apreciar. Así, por ejemplo, se ve en enfermos que llegan á los hospitales con diarreas crónicas, en estado caquético y que tardan en sucumbir, que en la autopsia se encuentran lesiones tuberculosas que no pudieron ser apreciadas durante la vida. En otros casos la falta de diagnóstico clínico proviene de malas exploraciones, particularmente de exploraciones incompletas, y lo que hay de sensible en esto, es que hay médicos que inducen á los estudiantes á hacer dichas exploraciones incompletas, que una vez que con la exploración de determinados órganos creen que se pueda llegar á un diagnóstico, les censuran el que exploren los demás órganos y aparatos. En otros casos, finalmente, es absolutamente imposible que el clínico pueda hacer diagnósticos de lesiones que son ostensibles para el anatómo-patólogo; hay, por ejemplo, lesiones renales muy circunscritas que no han determinado durante la vida trastornos funcionales porque la parte sana de las vísceras ha bastado para que la función no sea perturbada.

En cuanto al hecho concreto, el caso referido por el Dr. Hurtado, aboga mejor en contra de lo asentado por Pierre Marie y á favor de todos los clínicos que le han antecedido, pues se ve lesionada la circunvolución de Broca, y en cambio no está interesado el núcleo lenticular ni tampoco el gyrus supramarginalis ni el pliegue curvo, que constituyen para Marie los verdaderos centros del lenguaje articulado.

*Dr. Loaeza.*—La discordancia entre los diagnósticos clínicos y los anatómo-patológicos hace años que le viene llamando la atención. Refiere un hecho en que en una autopsia se encontraron lesiones congestivas múltiples, siendo así que en la clínica se había encontrado signos claros de tuberculosis pulmonar con cavernas y demostrado el diagnóstico por la investigación de los bacilos. Cree que los anatómo-patólogos no siguen un buen método abriendo en todos los casos primero las cavidades torácica y abdominal y después la craneana; que lo lógico sería que ateniéndose, ante todo, á los datos clínicos, dirigieran sus investigaciones á los órganos que

sufrieron particularmente en la última enfermedad y después pasarán á los otros. En el caso que refiere no señalaron los anatomopatologistas la tuberculosis pulmonar sino al fin, siendo así que era la lesión más importante. En el caso referido por el Sr. Hurtado, también se ven postpuestas las lesiones cerebrales á las del corazón, siendo así que aquellas eran las más importantes.

Con respecto á la opinión de Marie, no está de acuerdo con ella y cita á Déjérine, neurologista no menos notable que aquel, que ha publicado en «La Presse Médicale» tres artículos opuestos totalmente á las ideas de Marie.

*Dr. Noriega.*—Está en general de acuerdo con lo expuesto por el Dr. Terrés. Piensa que la fisiología y la clínica están todavía muy atrasadas en lo que respecta á sus mutuas relaciones. Ya Jacoud en lo relativo á las localizaciones cerebrales había señalado desde hace tiempo las dificultades que originan las suplencias funcionales en las lesiones unilaterales, en las que el lado sano puede llegar á suplir el funcionamiento del enfermo. Relata en seguida para corroborar su aserto el caso de una señorita que sufría de cefalalgia, amaurosis y vómitos y trastornos de la deambulaci6n. Habiendo el antecedente de que esta señorita había sufrido en época lejana un traumatismo en la parte posterior del cráneo, pensó en un absceso del cerebelo. Solicitó la autorizada opinión del Dr. Ramos, quien opinó también por la localización cerebelosa; pero creyó en un neoplasma en lugar de un absceso. Se resolvió á operarla y no encontró nada en el cerebelo; la señorita mejoró, sin embargo, después de la operación debido sin duda, á la descompresión de los 6rganos. Algún tiempo después falleció de pleuresía. Solicitó que se le permitiera hacer la necropsia y encontró que había un absceso en el l6bulo frontal del hemisferio izquierdo, localización en que la clínica no pudo hacer pensar.

*Dr. Hurtado.*—Se muestra reconocido á las personas que han hecho uso de la palabra. Precisa que no ha querido hacer un reproche á los clínicos; que en general sólo los profesores de clínica son los que pueden hacer en los hospitales exámenes completos de los enfermos, que los médicos de salas que tienen que examinar muchos enfermos diariamente no pueden hacer estudios minuciosos; pero que

sería muy conveniente que se estableciera aquí la costumbre que existe en Alemania de que el clínico y el anatómo-patólogo obraran de consuno para mayor bien de la ciencia; pues aquí desgraciadamente nunca se da el caso, sino por excepción, de que los médicos de salas vayan á presenciar las necropsias.

Contesta al Sr. Loaeza diciéndole que aparte de que es regla en las autopsias hacerlas completas y proceder con determinado método, abriendo ordenadamente todas las cavidades y hasta el raquis, (cosa laboriosa), pero que él nunca deja de hacer en sus necropsias, se acaba de referir á que los médicos de sala no presencian las necropsias y éstas se hacen sin tener datos clínicos. En el caso que refirió, los solicitó precisamente del Sr. Lamicq, porque lo que la autopsia le había revelado le había interesado mucho.

En cuanto á lo que dice el Sr. Noriega con respecto á la dificultad de relaciones entre la fisiología y la clínica y lo incierto de las localizaciones cerebrales, está de acuerdo. En la experimentación fisiológica, hay que tener en cuenta que hasta hace 10 años se hacía sin precauciones de asepsia de ningún género y tampoco se preocupaban gran cosa los fisiologistas de las hemorragias que forzosamente acompañaban á las grandes incisiones con que descubrían los órganos, circunstancias que eran notoriamente inconvenientes para la experimentación que por ellas resultaba viciada y sujeta á interpretaciones erróneas. Hoy hemos visto en las experiencias que hizo ante la Academia el Sr. Dr. Vergara sobre el suero antiponzoñoso cómo se toman las precauciones de asepsia. Antiguamente, además, cuando se excitaban eléctricamente los centros y los nervios para la experimentación se usaban grandes electrodos con los que los resultados eran forzosamente inexactos; hoy se hacen esos experimentos con electrodos muy pequeños que circunscriben perfectamente su acción.

Para corroborar la dificultad de las localizaciones cerebrales describe un caso en que una señorita que padeció por largo tiempo una otitis externa que se descuidó, sufrió consecutivamente de una otitis media y después de trastornos de orden cerebral. Fué estudiada por el Sr. Díaz Lombardo, entendido clínico y cirujano que la iba á operar habiendo diagnosticado un absceso del cerebro.

Afortunadamente no se practicó la operación; pues habiendo fallecido la enferma se encontró en la necropsia que el pus de la caja del tímpano había perforado al peñasco derecho en su cara posterior y había hecho irrupción hacia el cerebelo.

R. E. CICERO,  
Primer Secretario.

---

### Parte científica del Acta de la sesión ordinaria del día 10 de octubre de 1906.

EL SUERO ANTIPONZOÑOSO DEL DR. VERGARA LOPE.

CONTINÚA LA DISCUSIÓN SOBRE AFASIA.

El Sr. Dr. Vergara Lope, de turno para leer su trabajo reglamentario por prórroga que le había sido concedida, pidió hacer antes de su lectura presentación de un enfermo á la Academia, lo que le fué concedido.

El enfermo presentado es un japonés, bodeguero de la Estación del Ferrocarril Central en esta Capital, en donde recibe carga del Estado de Morelos. El día 26 del pasado se retiró á su casa como de costumbre después de su trabajo en la estación y como á la media noche, después de haber apagado la luz, sintió un fuerte piquete en la cara, cerca de la boca. Encendió entonces la vela, pero no pudo encontrar el animal que le había picado. Poco después comenzó á sentir hormigueo general en el cuerpo, cefalalgia, dolores articulares y sensación de cuerpo extraño en la garganta; á salivar y á estornudar. No obstante estos síntomas fué á su trabajo á la mañana siguiente; pero como á las tres de la tarde tuvo que regresar á su casa por sentirse hinchado, particularmente en la cara. La deglución de los alimentos que desde por la mañana era difícil, llegó á ser absolutamente imposible en la noche. Al día siguiente se presentó á la estación para solicitar ser visto por el médico de la compañía; pero habiéndole insinuado un compañero de oficina que debía tratarse de piquete de alacrán, le aconsejó se dirigiera al Dr. Vergara Lope, lo que desde luego hizo el enfermo. El Dr. Vergara le encontró con los síntomas descritos, siendo particularmente notable el edema de la cara y muy especialmente en el labio inferior. Con-

Afortunadamente no se practicó la operación; pues habiendo fallecido la enferma se encontró en la necropsia que el pus de la caja del tímpano había perforado al peñasco derecho en su cara posterior y había hecho irrupción hacia el cerebelo.

R. E. CICERO,  
Primer Secretario.

---

### Parte científica del Acta de la sesión ordinaria del día 10 de octubre de 1906.

EL SUERO ANTIPONZOÑOSO DEL DR. VERGARA LOPE.

CONTINÚA LA DISCUSIÓN SOBRE AFASIA.

El Sr. Dr. Vergara Lope, de turno para leer su trabajo reglamentario por prórroga que le había sido concedida, pidió hacer antes de su lectura presentación de un enfermo á la Academia, lo que le fué concedido.

El enfermo presentado es un japonés, bodeguero de la Estación del Ferrocarril Central en esta Capital, en donde recibe carga del Estado de Morelos. El día 26 del pasado se retiró á su casa como de costumbre después de su trabajo en la estación y como á la media noche, después de haber apagado la luz, sintió un fuerte piquete en la cara, cerca de la boca. Encendió entonces la vela, pero no pudo encontrar el animal que le había picado. Poco después comenzó á sentir hormigueo general en el cuerpo, cefalalgia, dolores articulares y sensación de cuerpo extraño en la garganta; á salivar y á estornudar. No obstante estos síntomas fué á su trabajo á la mañana siguiente; pero como á las tres de la tarde tuvo que regresar á su casa por sentirse hinchado, particularmente en la cara. La deglución de los alimentos que desde por la mañana era difícil, llegó á ser absolutamente imposible en la noche. Al día siguiente se presentó á la estación para solicitar ser visto por el médico de la compañía; pero habiéndole insinuado un compañero de oficina que debía tratarse de piquete de alacrán, le aconsejó se dirigiera al Dr. Vergara Lope, lo que desde luego hizo el enfermo. El Dr. Vergara le encontró con los síntomas descritos, siendo particularmente notable el edema de la cara y muy especialmente en el labio inferior. Con-

vencido de que se trataba de piquete de alacrán, procedió á hacerle en un antebrazo una inyección del suero antiponzoñoso que prepara y presentó recientemente á la Academia, sufriendo por lo pronto el paciente una lipotimia; pero 15 minutos después comenzó á sentir gran bienestar, cesando los hormigueos, el trismus y el edema, y pudiendo deglutir perfectamente una taza de leche y un bizcocho que el Dr. Vergara le ofreció. A la hora se sentía ya perfectamente. Dos días después se le presentó llevándole el alacrán que había encontrado bajo una duela del piso de su casa. Dicho alacrán no es de los de esta capital, que como se sabe, son inofensivos; pero no se parece tampoco á los de Jojutla ni á los de Durango que el Sr. Vergara tiene bien conocidos por haber hecho con ellos sus experimentos. Es lo más probable que viniera en la carga de algún punto del Estado de Morelos y que al picar al bodeguero aun conservara su virulencia. Lo ha entregado á un naturalista para que lo clasifique y comunicará á la Academia el resultado. Se felicita de poder presentar este caso, pues no creía haber podido encontrar tan pronto y en México la ocasión de aplicar su suero antiponzoñoso al hombre y comprobar así sus experimentos hechos en los animales.

Se nombró en comisión á los Sres. Dres. Mendizábal y Peón del Valle para que examinaran al enfermo presentado por el Sr. Vergara.

Mientras lo examinaban, el Dr. Vergara Lope leyó su trabajo de turno intitulado «Un nuevo cardiógrafo.»<sup>1</sup>

El Dr. Alejandro Uribe, de turno para esta sesión, se excusó de asistir por enfermedad; pero remitió su trabajo intitulado: «Método cualitativo para demostrar la naturaleza mineral del ácido del jugo gástrico,» al que dió lectura el suscrito Secretario.

El Sr. Dr. Hurtado pidió la palabra para ampliar la comunicación que presentó en la sesión anterior. Comenzó por mostrar las piezas anatómicas en que se ven claramente las lesiones que describió en el caso de que habló y con la clasificación del cual, hecha por el Sr. Dr. Terrés, de anartria por lesión del haz piramidal, está completamente de acuerdo. Hoy quiere exponer con algún detalle las

1 Véase el número anterior.

ideas del Dr. Pierre Marie, que son muy importantes y á las que no se pudo consagrar toda la atención necesaria en la sesión pasada. Hace resaltar la necesidad de que todos los estudios relativos al sistema nervioso se basen en el método anatómico-clínico. Si en su caso no hubiera hablado con el Dr. Lamicq que atendió al enfermo, no habría podido formarse idea clara de él por sólo las lesiones anatómicas. Encuentra el trabajo del Dr. Marie muy interesante; pero con algunos defectos; particularmente el de exagerar la tesis que sostiene. Dicho Dr. Marie comienza por definir lo que se entiende por afasia de Broca, por afasia de Wernicke, por disartria y por anartria. Fundándose en el método anatómico-clínico, considera que aun cuando existe en realidad el síndrome afasia de Wernicke, no se puede admitir, como lo hace ese autor, como tipo clínico cerrado su afasia sensorial, pues faltan, en general, las lesiones auditivas que deberán servirle de punto de partida, y no se encuentra siempre en las autopsias la localización de las lesiones á la primera circunvolución temporal señaladas por Wernicke. En cuanto á la afasia de Broca, llama la atención Marie sobre que no se ha tenido en general en cuenta en la práctica; que no se trata en ella pura y simplemente de lesiones en la esfera de la motilidad de la articulación, sino que hay siempre trastornos de la inteligencia que se encuentra decaída; que sobre esto no se ha fijado bien la atención, pues no basta que el paciente ejerza con facilidad actos sencillos ni que por la mímica sustituya en muchos casos con eficacia la falta de la palabra, sino que es además preciso ver si puede ejecutar actos complicados. Cita como ejemplo el de un cocinero afásico en quien parecían bien conservadas las dotes intelectuales y que sin embargo fué incapaz de preparar unos huevos al plato, quedando muy avergonzado de no haber podido hacer una cosa que en su oficio puede considerarse como elemental y á la que estaba muy acostumbrado. Hace referencia en seguida el Sr. Dr. Hurtado á los casos de Marie en que la circunvolución de Broca destruída sola no ha sido acompañada de afasia, señalando que estos casos de lesión tan circunscrita son muy raros debido á que es muy difícil que sea obstruída solamente la rama arterial que nutre dicha circunvolución sin que lo sean al mismo tiempo otras ramas de la silviana; pero que las

pocas observaciones que tiene el Dr. Marie son enteramente demostrativas á este respecto. Señala además Marie que en los casos en que está lesionada la circunvolución de Broca hay también lesiones de las vías de transmisión en la sustancia blanca y de las circunvoluciones cercanas, y que finalmente hay casos en que siendo la posición de la corteza lesionada solamente las circunvoluciones de la ínsula ha habido sin embargo anartria.

Cree el Sr. Dr. Hurtado que en su caso fueron interesadas parcialmente las ramificaciones de la silviana que irrigan la parte posterior de la circunvolución de Broca y la inferior de la frontal y la parietal ascendente y no las que irrigan el pliegue curvo ni el gyrus supramarginalis, y vuelve á expresar que cree que el Dr. Terrés está en lo justo calificándolo de anartria, y que en su concepto las lesiones de la sustancia blanca fueron suficientes para producir en el paciente la afasia durante la vida, aun cuando la corteza no hubiera estado lesionada.

Habiendo terminado los Sres. Mendizábal y Peón del Valle el examen del enfermo presentado por el Sr. Vergara, informó el primero que se trataba de un hombre bien constituido, de unos 39 años, de origen japonés, que á pesar de residir desde hace varios años en el país, se expresa con mucha dificultad en español, por lo que habían tenido que auxiliarse de los idiomas francés é inglés para entenderse con él; pero que llegaron á obtener una relación de síntomas que concuerda exactamente con la expuesta por el Sr. Vergara, añadiendo que desde el día 28 de septiembre en que recibió la inyección del suero goza de cabal salud. Haciendo comentarios sobre el caso, dijo el Sr. Mendizábal que no tenía gran experiencia personal acerca de los piquetes de los alacranes, pues los de aquí es bien sabido que son inofensivos y otro tanto pasa con los de la especie negra que existe en el Estado de Veracruz, donde él ejerció por muchos años; que la reacción que dichos animales causan es puramente local y de poca intensidad. Que sólo en una ocasión, en Matamoros Izúcar, población perteneciente al Estado de Puebla y en la que sí existen alacranes de ponzoña muy activa, vió á un niño picado por uno de estos animales que presentó síntomas generales con fiebre y convulsiones, que al fin sanó, presentándose la mejoría de modo

rápido. Que le llaman la atención algunos de los síntomas presentados por el enfermo del Sr. Vergara; pues algunos como el trismus no los ha visto señalados en los trabajos de las personas que se han ocupado del asunto y le llama igualmente la atención la tardanza con que se presentaron muchos de ellos: más de 12 horas para el edema de la cara y la disfagia. Cree que pudiera no tratarse de piquete de alacrán, sino de alguna otra intoxicación, tal vez de origen alimenticio, y á este propósito refiere el caso de una señora que pretendía haber sido picada por una salamanquesa, animal de mala reputación injustificada, siendo los síntomas que presentaba algo semejantes á los del enfermo del Sr. Vergara, pues tenía edema de la cara y lengua gruesa; su temperatura además se elevó á 39° y había poca orina. Con un purgante mejoró rápidamente; pero al día siguiente tuvo un brote de urticaria y algunos días después fenómenos semejantes dos ó tres veces, que siempre cedieron rápidamente á la medicación evacuante. Llama la atención sobre que es frecuente que las intoxicaciones de origen intestinal cedan de modo casi repentino, aun espontáneamente, y por todos estos motivos se permite expresar dudas acerca de que en el caso del Sr. Vergara se haya tratado realmente de piquete de alacrán.

El Sr. Peón del Valle también manifiesta dudas y encuentra muy sospechoso el sitio en que fué encontrado el alacrán, detrás de unos papeles viejos, cerca de un agujero de la duela. Opina que hay que esperar la clasificación del animal para formar juicio preciso.

El Sr. Dr. Vergara hace notar que no es exacto que los fenómenos de intoxicación fueran tardíos, pues rápidamente vino el trismus, y en cuanto á los otros síntomas también se presentaron pronto sino que poco á poco se fueron exagerando, y la disfagia, por ejemplo, no fué completa sino á las ocho de la noche; pero ya se había manifestado desde la hora del desayuno. Por otra parte, estos síntomas con carácter tardío no son raros en la experimentación; los ha observado él muchas veces y lo pudieron comprobar los Señores Académicos en las experiencias que ante ellos hizo en conejos y que desgraciadamente el Sr. Mendizábal no presencié. En los perros particularmente, los ha visto conservarse muy bien en apariencia después de haberles inyectado la ponzoña de los alacranes de Durango

y á las 30 horas los ha encontrado con las convulsiones y los otros signos del envenenamiento. Las experiencias del Dr. Calmette concuerdan en este punto con las suyas. El japonés que presentó tuvo además tos y estornudos, poco después de haber sentido el piquete, y estos síntomas los ha sentido él mismo, y también los mozos del Instituto, por el solo hecho de aspirar inconscientemente la ponzoña de los alacranes en sus experiencias. Estos síntomas también aparecen igualmente con rapidez en los animales, como pudieron observar los Señores Académicos, quienes igualmente pudieron atestiguar la rapidez del alivio en los animales bajo la influencia del suero. En su registro de experiencias consta el caso de un perro que una hora después de inyectado con el suero estaba perfectamente sano. No por ser el japonés que presentó el primer caso conocido de piquete de alacrán en México con síntomas graves, debe dudarse con respecto á él; pues si bien es cierto que los alacranes de Jojutla y de Durango importados á la Capital pierden rápidamente su actividad ponzoñosa, hay que tener en cuenta la circunstancia especialísima de que este alacrán picó acabado de importar. Por otra parte, hay que esperar los resultados que con el suero obtengan los Sres. Dres. Espinosa, de Jojutla, y Gómez Palacio, de Durango, á quienes les ha sido remitido.

R. E. CICERO,  
Primer Secretario.

---

### Parte científica del Acta de la sesión del día 17 de octubre de 1906.

El Sr. Dr. Hurtado pidió la palabra para hacer una comunicación. Concedido que le fué volvió á ocuparse del asunto de la afasia que viene tratando en sesiones anteriores y comienza por dirigirse al Sr. Dr. Terrés con motivo de una lección clínica publicada en el número correspondiente al mes en curso de la Crónica Médica Mexicana. Llama la atención acerca de varios detalles de la historia clínica recogida por el alumno Adán Hernández, que sirvió de base para la lección. En esa historia se dice que el enfermo tenía afasia, agrafia y ecolalia, y sin embargo, se refiere que el enfermo ma-

y á las 30 horas los ha encontrado con las convulsiones y los otros signos del envenenamiento. Las experiencias del Dr. Calmette concuerdan en este punto con las suyas. El japonés que presentó tuvo además tos y estornudos, poco después de haber sentido el piquete, y estos síntomas los ha sentido él mismo, y también los mozos del Instituto, por el solo hecho de aspirar inconscientemente la ponzoña de los alacranes en sus experiencias. Estos síntomas también aparecen igualmente con rapidez en los animales, como pudieron observar los Señores Académicos, quienes igualmente pudieron atestiguar la rapidez del alivio en los animales bajo la influencia del suero. En su registro de experiencias consta el caso de un perro que una hora después de inyectado con el suero estaba perfectamente sano. No por ser el japonés que presentó el primer caso conocido de piquete de alacrán en México con síntomas graves, debe dudarse con respecto á él; pues si bien es cierto que los alacranes de Jojutla y de Durango importados á la Capital pierden rápidamente su actividad ponzoñosa, hay que tener en cuenta la circunstancia especialísima de que este alacrán picó acabado de importar. Por otra parte, hay que esperar los resultados que con el suero obtengan los Sres. Dres. Espinosa, de Jojutla, y Gómez Palacio, de Durango, á quienes les ha sido remitido.

R. E. CICERO,  
Primer Secretario.

---

### Parte científica del Acta de la sesión del día 17 de octubre de 1906.

El Sr. Dr. Hurtado pidió la palabra para hacer una comunicación. Concedido que le fué volvió á ocuparse del asunto de la afasia que viene tratando en sesiones anteriores y comienza por dirigirse al Sr. Dr. Terrés con motivo de una lección clínica publicada en el número correspondiente al mes en curso de la Crónica Médica Mexicana. Llama la atención acerca de varios detalles de la historia clínica recogida por el alumno Adán Hernández, que sirvió de base para la lección. En esa historia se dice que el enfermo tenía afasia, agrafia y ecolalia, y sin embargo, se refiere que el enfermo ma-

nifestó que su padre había muerto de neumonía, que la madre vivía y gozaba de buena salud, que tuvo 12 hermanos de los que uno murió de tifo, que él era alcohólico y tomaba sobre todo cerveza y otros muchos datos que no se comprende cómo haya podido proporcionarlos un paciente afásico y por añadidura agráfico, pues aun suponiéndole una inteligencia muy superior y que no se encontrara en estado de decadencia, cosa extraordinaria tratándose de un agráfico, y una gran disposición para la mímica y en el alumno notables aptitudes para comprender bien ésta, no se explica cómo de esa manera podía haber explicado detalles como la neumonía del padre, la muerte de tifo del hermano y otros muchos que en la historia figuran y que, por lo mismo, le parece algo fantástica.

Dice que este caso le sirve de mucho para sostener la tesis de P. Marie de que en la afasia de Broca interviene mucho la decadencia intelectual. A propósito de esto, recuerda que se ha señalado la posibilidad de hacer la reeducación de la palabra aun en enfermos en que la afasia databa de 30 años, como en algún caso que refiere el Dr. Lassar, de Berlín; pero que la decadencia intelectual siempre persiste.

Presenta ahora la observación de una segunda autopsia hecha por el Sr. Dr. Ulrich y él, y presenta á la Academia el cerebro correspondiente con los cortes de Pitres. Esa autopsia la verificó en la mañana de ese mismo día en que presenta la pieza y la practicó en un individuo que falleció á las 4 de la mañana, de suerte que la necropsia se practicó con toda oportunidad, apenas 6 horas después de la muerte. El caso procedía del Pabellón del Dr. Saloma, de cuyo practicante recogió algunos datos. No se trató en esta ocasión de un afásico sino de un alcohólico que ingresó el día 3 del corriente mes en estado comatoso y en el que, además de diarrea y adinamia profunda, se presentaron fenómenos de delirium tremens. Durante su permanencia en el pabellón, que fué desde el día antedicho hasta el 17 en que falleció, llamó muy particularmente la atención porque, á pesar de estar tan adinámico, en las noches se levantaba y caminaba por el pabellón ejecutando actos de verdadero sonambulismo natural. Hubo en él perturbaciones tróficas manifestadas por la existencia de ámpulas en los talones y al nivel de uno de los tro-

cánteres. No hubo movimiento febril. No se hizo análisis de la orina. Rogaría el Sr. Hurtado al Sr. Saloma que si tuviera más datos los proporcionara á la Academia.

Al hacer la necropsia encontró, ante todo, que se trataba de un individuo anciano ó más bien envejecido, pues según los datos clínicos no tenía más que 40 años, sumamente enflaquecido y con manifestaciones tróficas, entre las que se contaban una melanodermia generalizada y las vejigas en los talones y uno de los trocánteres ya mencionadas. No se encontraban huellas de síflis. La rigidez cadavérica era muy acentuada á pesar del poco tiempo transcurrido desde el momento de la muerte. Se procedió á abrir desde luego la cavidad craneana. El espesor de los huesos del cráneo era en general normal, salvo en la escama del temporal derecho que el Sr. Dr. Ulrich hizo notar algo engrosada al Sr. Hurtado. La dura-madre estaba ligeramente alterada, opaca. Poca sangre escurrió al desprender el casquete craneano; los senos no estaban alterados. En la superficie del cerebro, que presenta á la Academia, conservado en alcohol y formalina, se perciben, aunque no con la misma claridad que en la mañana, algunos derrames subaracnoideos, sobre todo en los lóbulos occipitales, denunciando un principio de leptomenigitis. Hay una asimetría notable del cerebro, siendo mucho más voluminoso el hemisferio derecho. Al hacer los cortes de Pitres se notó, en la mañana, en el seno de la sustancia blanca, un puntilleo hemorrágico que ya es imperceptible. La atrofia del hemisferio izquierdo, causa de la asimetría, se marca mucho más en el lóbulo frontal que en el parietal, y estas atrofas que se encuentran á menudo en los alcohólicos y otros intoxicados crónicos, explican la poca actividad intelectual de estos enfermos.

Aun está por definir si estas atrofas son congénitas, y son entonces signos de degeneración que explican por qué llegan á ser viciosos estos individuos ó si son efectos de las intoxicaciones ó si ambos factores intervienen y reobran recíprocamente. Excita al Sr. Dr. Licéaga para que tome nota de la atrofia tan marcada de ese lóbulo frontal que demuestra el predominio marcado del psiquismo inferior sobre el superior y que en forma de cartas murales ó de

ilustración de obras de divulgación podría ser muy útil, en la enseñanza objetiva á los niños, para la lucha contra el alcoholismo.

En la cuarta sección de Pitres, la que corresponde á las circunvoluciones temporales, se encuentran éstas sanas, como lo está también la de Broca. Se ven alteraciones poco notables alrededor de los ventrículos y en los núcleos centrales; en la substancia blanca, como ya se dijo, había un puntilleo hemorrágico que no era tan acentuado como en los atabardillados. Las lesiones en general son difusas, como propias de una intoxicación general. En las circunvoluciones occipitales los fenómenos congestivos son más notables, lo que va bien de acuerdo con el delirio alucinatorio de la vista que presentó este enfermo, como todos los que sufren de delirium tremens.

En el cerebelo no se notan á la simple vista alteraciones. No podría definir el Sr. Hurtado si el vermis, en donde los autores han señalado alteraciones en los alcohólicos, está ó no algo reblandecido.

En la base del cerebro se ven los vasos algo engrosados y la membrana perforada opaca. Los vasos están además algo duros, sobre todo los del eptágono de Willis.

En la médula no se encuentran lesiones á la simple vista; su dura-madre está algo engrosada.

Este caso le va á servir de punto de partida para sus estudios de las alteraciones de los centros nerviosos en los alcohólicos. Tanto él como el Sr. Dr. Ulrich han tomado fragmentos de diversos lugares de dichos centros para estudiarlos en el microscopio separadamente y cotejar los resultados que obtengan.

En los pulmones del cadáver había lesiones congestivas y edematosas. El corazón estaba atrofiado, lacio, delgado, muy poco cargado de grasa en los lugares en que es habitual que ésta exista; su color era café con leche y había algunas placas exudativas en el pericardio como en todos los individuos que sucumben á enfermedades infecciosas. No había lesiones de ateroma en la aorta; dato interesante, pues el individuo era alcohólico y se ve en este caso una prueba de que pueden estar interesados intensamente los vasos pequeños sin que lo estén los grandes y aun son más interesantes y

de mayores trascendencias las lesiones de aquellos. No había nada en la pleura.

En el abdomen se notaba la dilatación de los intestinos y lesiones congestivas en el íleon. En el hígado existía una degeneración grasosa acentuada. Los riñones estaban congestionados, siendo más notable esto en el derecho, cosa que al Sr. Dr. Ulrich le ha parecido notar como bastante habitual.

Este caso se presta á importantes consideraciones. Las lesiones que según los neurólogos modernos existen en los alcohólicos en el sistema nervioso, pueden ser agudas ó crónicas. En este caso se trata de las últimas. Hablan de neuro-mielo-encefalitis tóxicas sin que haya muchas veces endarteritis. En general predominan las lesiones del cerebro y después vienen las de la médula, siendo más notables en los cuernos posteriores. Por medio del microscopio se encuentran, sobre todo, atrofas y degeneración granulosa de los neuronas, particularmente en los de los lóbulos occipitales y frontales. Las lesiones encontradas en los otros órganos fueron las señaladas por los autores.

El hecho es importante, en otro sentido, para poder apreciar las opiniones de Lombroso en lo relativo á si las lesiones atróficas son congénitas ó adquiridas y lo es también en el sentido de la importancia que en clínica reviste la investigación indispensable de las facultades intelectuales que deben ser exploradas en todos los casos conforme á los métodos modernos de la psicología.

El Dr. Terrés, contestando á la interpelación del Dr. Hurtado, dijo que en la clase había hecho á la historia hecha por el alumno Hernández las censuras necesarias; pero que no le había parecido necesario al publicar la lección en los Anales de la Escuela de Medicina, hace ya varios meses, hacer constar esas censuras, pues no era indispensable para el objeto de la lección. Que aunque lejano el caso, puede contestar algunas de las objeciones del Sr. Hurtado, pues recuerda los detalles más importantes. Que no tiene nada de particular que el enfermo, aunque afásico y agráfico, haya podido dar respuestas muy precisas relativamente á algunos puntos, porque el interrogatorio del enfermo no fué hecho en una sola sesión, sino que el alumno Hernández con una perseverancia y paciencia dignas de

encomio, hizo el interrogatorio minucioso en varios días y que las respuestas no fueron exclusivamente por la mímica como ha creído el Dr. Hurtado; que así, por ejemplo, para saber que el padre había muerto de neumonía, adquirió el dato el alumno enumerando al paciente diversas enfermedades y por repetidas veces, obteniendo respuestas negativas para todas las otras enumeradas y siempre positivas para la neumonía, no necesitando para esto el enfermo esfuerzos de mímica. Además, el enfermo pertenece á una clase social ilustrada, muy superior á la de los individuos que habitualmente se ven en los hospitales y muchos datos pudieron ser obtenidos indirectamente solicitándolos de la familia. Hace notar, finalmente, que la historia fué hecha por un estudiante y no por un profesor.

Refiriéndose ahora á otro asunto dice que consta en el acta, y en efecto, el Sr. Hurtado así lo expresó, en la sesión pasada, que el caso que el Dr. Hurtado había presentado en la sesión del día 3 de octubre, él lo había clasificado como anartria; pero que no fué eso lo que él expresó en aquella otra sesión, sino que dijo que esa habría sido la opinión de Marie. Que por otra parte, en su cátedra había dedicado tres lecciones á refutar las ideas de Marie y que pronto serán publicadas, y que en cuanto al caso de sífilis cerebral, de que se ocupó tanto el Sr. Hurtado y sirvió para su lección clínica, ni apoya ni refuta las teorías de Marie, puesto que no hay datos de necropsia.

El *Dr. Hurtado* sigue considerando como insuficiente la historia hecha por el alumno Hernández y no juzga oportuno todavía discutir las ideas de Marie que él solo admite en parte.

El *Dr. Saloma*, contestando también al Sr. Hurtado, dice que no existían más datos clínicos que los que el practicante le comunicó.

El *Sr. Dr. Vergara* hace en seguida uso de la palabra para comunicar un nuevo caso de piquete de alacrán en el hombre, curado por medio de su suero antiponzoñoso. Antes se refiere á algunos razonamientos del Dr. Mendizábal en la sesión pasada, que no considera justos. Vuelve á insistir en que, si hubo fenómenos retardados en el japonés, en cambio hubo otros que aparecieron desde luego, como es habitual en los enfermos picados por alacrán. Para corroborar la concordancia entre los síntomas que el japonés pre-

sentó y los que han sido descritos, da lectura á algunos párrafos de la memoria que presentó al Instituto Médico Nacional sobre el asunto. Llama la atención muy particularmente sobre las descripciones, en esa memoria transcritas literalmente, de la sintomatología del piquete del alacrán hechas por los Sres. Dres. Amador Espinosa, de Jojutla, y Mariano Herrera, de Durango. De ellas se saca en consecuencia que la gravedad puede presentarse hasta las 24 horas de efectuado el piquete; pero no después y que ha persistido en algunos casos hasta 7 y 9 días. Por lo mismo ratifica su opinión de que el japonés fué picado por un alacrán.

Con respecto á la especie á que pertenece el presunto cuerpo del delito, lo presenta junto con ejemplares y dibujos que en el Museo Nacional le fueron proporcionados de alacranes de Jojutla y de Durango y hace notar las semejanzas que aquel, en sus dimensiones, coloración, anillos del céfalo-tórax y número y hasta disposiciones de los ojos, tiene con los de Jojutla y las enormes diferencias que lo separan de uno de la Capital, que presenta vivo. Por lo demás, la clasificación enteramente exacta será dada por el naturalista más idóneo del país, el Sr. Dr. Dugós, de Guanajuato, á quien va á remitir el alacrán.

En cuanto al enfermo que ahora presenta fué picado la víspera al atardecer en la misma estación del Ferrocarril Central, bajo de un carro; pero no pudo ver al animal. Habiendo sido solicitado para atenderlo quiso ser asesorado por el Sr. Dr. Rafael Carrillo, presente á esta sesión, para que éste recogiera la historia del enfermo, á la que dió lectura el Sr. Vergara, quien dió ese paso para no preocuparse. En la memoria, que fué entregada después de su lectura á esta Secretaría, se ven descritos los síntomas que presentó el enfermo y que corresponden á los clásicos conocidos del piquete de alacrán. Incontinenti puso en un antebrazo el Sr. Dr. Vergara al enfermo una inyección de 1 c. c. de su suero, obteniendo una mejoría inmediata; cuando al día siguiente por la mañana le vieron de nuevo, sólo encontraron algo de paresia y temblor, por lo que el Sr. Carrillo le sugirió la idea de ponerle una nueva inyección de 5 c. c.

Presenta al enfermo y el señor Presidente nombra en comisión á los Sres. Dres. Terrés y Saloma para que lo examinen.

El *Sr. Dr. Mendizábal* dice que no ha dudado por un momento de la veracidad del *Sr. Vergara*; que en la sesión anterior no hizo sino manifestar algunas dudas con respecto á la naturaleza de los síntomas presentados por el enfermo que en esa ocasión presentó. Que repetía no conocer prácticamente más caso que el que refirió haber presenciado en Matamoros Izúcar. Que en la sintomatología se refiere á los trabajos de los Sres. Dres. Santa María, Sánchez y Gómez Palacio, que todos describen los fenómenos como muy rápidos en su aparición y evolución. Que se rectifica en lo que respecta á la actividad de los alacranes de Morelos cuando pican en México recién importados; pues el *Sr. Dr. Angel Nieto* le ha referido un caso en que una persona, que venía de aquel Estado, fué picada por un alacrán al deshacer su equipaje y presentó síntomas graves; pero que cedieron pronto y fácilmente. Cree además, que en el enfermo del *Dr. Vergara* puede haber intervenido en una buena proporción la imaginación al saber que había sido picado por un alacrán. Que, finalmente, varios médicos militares, entre ellos los Dres. García y Peña Idiáquez, le han referido que ni aun en los lugares propios de los alacranes son en general graves los síntomas de emponzoñamiento en el adulto; pues los soldados que eran picados podían continuar, sin inconveniente ni retardo, en las marchas del ejército.

El *Dr. Vergara* insiste en que los Dres. Espinosa y Herrera hablan de la posibilidad del emponzoñamiento tardío y prolongado. No cree que en su enfermo haya intervenido para nada la imaginación; pues no se trata de un nervioso, sino de un hombre bien constituido, inteligente é instruido que ha viajado mucho desde su infancia, ha sido educado en Inglaterra y en Francia y no tenía en lo absoluto conocimiento del cuadro morboso del piquete de alacrán, para poder simularlo inconscientemente con tanta exactitud.

El *Dr. Terrés* informa acerca del enfermo que acaba de examinar en unión del *Dr. Saloma* y dice que se encontraron con un hombre adulto que no tiene por el momento más signos de enfermedad que unas bulas en la mano izquierda, resultado de quemaduras que le fueron hechas en el lugar del piquete. Que les relató la misma historia que presentó el *Dr. Carrillo* y que además les dijo

que en el Ferrocarril Central han sido picadas en diversas ocasiones otras personas, presentando síntomas semejantes. Que no es sin embargo, posible saber con exactitud el efecto del suero sobre la sintomatología presentada, porque habiendo sido hecha la inyección muy á raíz de los accidentes y de noche á hora en que tanto el paciente como los médicos habían de recogerse, los datos de observación resultaron forzosamente algo incompletos. Que por lo demás, la sintomatología de los piquetes de alacrán sí le es bien conocida; pues ha tenido ocasión de observarla en Tierra Caliente y la descripción que él ha dado en su Manual de Patología Interna está tomada de su observación personal.

R. E. CICERO,  
Primer Secretario.

**Parte científica del Acta de la sesión del día 24 de octubre de 1906.**

## FIEBRE TIFOIDEA.

### DOS NECROPSIAS POR EL DR. HURTADO.

El Dr. Hurtado pidió la palabra para hacer una comunicación. Trató en ella de dos necropsias por fiebre tifoidea, asunto enteramente nuevo en México; pues no tiene noticias de que exista ningún trabajo relativo á él. El día 29 de agosto del corriente año, al llegar al Hospital General, tuvo noticia de que habían fallecido dos niños de tifo, que iban á ser autopsiados. Teniendo en cuenta la benignidad habitual del tifo en la niñez, quiso saber lo que había de cierto en esos casos, y se dirigió al anfiteatro. Como prueba de la benignidad del tifo en la niñez, recuerda una epidemia de esta enfermedad que hubo en el antiguo Hospicio de Pobres, en la que las dos terceras partes de los niños fueron atacados, no habiendo fallecido ni uno solo. Las dos únicas defunciones que se registraron fueron dos: la del Dr. Buiza que los atendía y fué atacado y la de un celador, ambos por consiguiente adultos.

Al penetrar á la sala de autopsias se encontró con que el Dr. Bulman estaba practicando ya la de una niña. Le ayudó á la terminación de la necropsia y recogió los siguientes datos:

que en el Ferrocarril Central han sido picadas en diversas ocasiones otras personas, presentando síntomas semejantes. Que no es sin embargo, posible saber con exactitud el efecto del suero sobre la sintomatología presentada, porque habiendo sido hecha la inyección muy á raíz de los accidentes y de noche á hora en que tanto el paciente como los médicos habían de recogerse, los datos de observación resultaron forzosamente algo incompletos. Que por lo demás, la sintomatología de los piquetes de alacrán sí le es bien conocida; pues ha tenido ocasión de observarla en Tierra Caliente y la descripción que él ha dado en su Manual de Patología Interna está tomada de su observación personal.

R. E. CICERO,  
Primer Secretario.

**Parte científica del Acta de la sesión del día 24 de octubre de 1906.**

## FIEBRE TIFOIDEA.

### DOS NECROPSIAS POR EL DR. HURTADO.

El Dr. Hurtado pidió la palabra para hacer una comunicación. Trató en ella de dos necropsias por fiebre tifoidea, asunto enteramente nuevo en México; pues no tiene noticias de que exista ningún trabajo relativo á él. El día 29 de agosto del corriente año, al llegar al Hospital General, tuvo noticia de que habían fallecido dos niños de tifo, que iban á ser autopsiados. Teniendo en cuenta la benignidad habitual del tifo en la niñez, quiso saber lo que había de cierto en esos casos, y se dirigió al anfiteatro. Como prueba de la benignidad del tifo en la niñez, recuerda una epidemia de esta enfermedad que hubo en el antiguo Hospicio de Pobres, en la que las dos terceras partes de los niños fueron atacados, no habiendo fallecido ni uno solo. Las dos únicas defunciones que se registraron fueron dos: la del Dr. Buiza que los atendía y fué atacado y la de un celador, ambos por consiguiente adultos.

Al penetrar á la sala de autopsias se encontró con que el Dr. Bulman estaba practicando ya la de una niña. Le ayudó á la terminación de la necropsia y recogió los siguientes datos:

La niña se llamó en vida Carlota Carrasco y tenía 12 años de edad. Entró al pabellón de tíficos á cargo del Dr. Bulman y ocupó la cama núm. 30 el día 26 de Agosto y falleció el 28 del propio mes á las 10 h. 30 m. p. m. á los 11 días de haber principiado la enfermedad. Entre los datos clínicos que recogió el Dr. Bulman se contaban hemorragias múltiples: epistaxis, hematurias, enterorragias, que no son habituales en el tifo.

La necropsia fué practicada antes de las 24 horas. Había rigidez completa en los miembros inferiores y menos completa en los superiores; la de las mandíbulas no era excesiva. Había un tinte velvético de la piel y de las conjuntivas. Manchas de púrpura moderadamente confluentes en la cara, siendo más anchas y difusas en los párpados superiores cerca del ángulo interno del ojo y al contrario escasas y algo pálidas en el vientre y los miembros. No había enflaquecimiento notable. El panículo adiposo era delgado. Las masas musculares no estaban atrofiadas y su color era rojo brillante.

Seccionado el tórax se presentaron los pulmones globulosos, bien desplegados, casi en contacto; al nivel del pedículo se encontraban ganglios ligeramente infartados y reblandecidos de color gris sucio. El color en su parte anterior era blanco cenizo con exigua neuromonoclonosis en el borde libre; se encontraron salpicaduras de sufusiones sanguíneas subpleurales del tamaño de granos de arroz ó de lentejas.—En el corazón, una vez desprendido el pericardio, se vió la cara anterior de ambos ventrículos de color azul violado, distendido el izquierdo y un poco aplastado el derecho.—Extraídos los órganos se vieron, en la cara posterior de ambos pulmones, las mismas sufusiones sanguíneas que en la cara anterior, y en las bases y borde posterior el color amoratado, propio de la hipostasis, en una pequeña extensión. Crepitaban y sobrenadaban en el agua. Al seccionarlos se les vió congestionados en las bases y en el resto con el color rosado fuerte de tinte uniforme propio del pulmón de los niños. En los vértices había uno que otro islote congestivo del tamaño de una almendra.

El corazón tenía el volumen del puño del que habla. El endocardio conservaba su transparencia normal dejando ver por transparencia el miocardio pálido, de color café con leche. La cavidad ventri-

cular derecha dejaba ver un coágulo cruórico, delgado, de exudado endocardítico, fibrinoso, en la mitad libre de las valvas de la tricúspide. El miocardio estaba en ese lugar pálido y deleznable y adelgazado, particularmente en el tercio inferior del ventrículo. El orificio aórtico estaba normal. Al nivel de la mitral había un exudado fibrinoso de menor cuantía que en la tricúspide. Las paredes del ventrículo izquierdo de espesor normal; pero reblandecidas y pálidas, algo menos deleznales que las del derecho. Había pues endocarditis y miocarditis generales.

A la apertura de la cavidad abdominal se vió que el peritoneo estaba en general limpio, con solo una que otra sufusión muy diseminada. El hígado estaba crecido para la edad de la sujeto; pues casi tenía las dimensiones de un hígado de adulto. Su color era café con leche sucio con una que otra mancha hortensia. La vesícula biliar estaba moderadamente distendida y con una sufusión sanguínea subperitoneal en su superficie. El estómago y el colon transversal estaban también moderadamente distendidos. El intestino delgado ligeramente aplastado. Muy marcada la red vascular en todos los órganos intestinales; pero en algunos sitios más que en otros; sobre todo en la superficie del ciego y del apéndice vermiforme, que era corto, de 4 centímetros, situado á la derecha del ciego y con sufusiones sanguíneas rojo violadas.

Extraídos los órganos se vió que el hígado estaba moderadamente reblandecido al corte y contenía poca sangre. El bazo estaba crecido; tenía  $18 \times 12$  centímetros, de color azul violado, con sufusiones sanguíneas subcapsulares. Al corte estaba reblandecido y de color rojo violado. Había un pequeño bazo supernumerario entre el bazo y el páncreas. Los riñones presentaban una sufusión capilar subcortical; había congestión mediana de la corteza. El páncreas, normal. El estómago, con inyección vascular de la mucosa de la gran curvatura y los pliegues con gran cantidad de pigmento sanguíneo.

Las sufusiones existían también en el colon y eran más acentuadas á medida que se avanzaba hacia el colon descendente. Las válvulas conniventes, hipertrofiadas en estos últimos puntos, presentaban la superficie cubierta de sangre roja. A lo largo de todo el íleon

se encontraban placas de Peyero ulceradas, hipertrofiadas, de  $4 \times 2$  centímetros las mayores y de  $10 \times 5$  milímetros y menos los menores. Los folículos también estaban ulcerados. Todas estas lesiones ulcerativas se encontraban en el lado opuesto al de la inserción del mesenterio. Sus bordes eran abruptos, gruesos, tallados en ligero talud; de ellos partían irradiaciones hacia el fondo, que era abrupto y cubierto de una capa pultácea, mezcla de exudado difteroiide y de materia fecal. Las placas reposaban sobre una superficie de color rojo mamey y las ulceraciones pequeñas parecían hechas con sacabocado.

El diagnóstico anatómico fué: Dotienenteria: Muerte por la infección, la miocarditis y la adinamia causada por pérdidas sanguíneas múltiples.

Esta niña había enfermado en Mixcoac, en la casa del Sr. Li-mantour y la había comenzado á atender el Sr. Dr. Irizarri, quien la atendió durante el primer septenario, encontrando en ella fenómenos de una infección general aguda pero sin poder precisar el diagnóstico; al principiar el 2º fué remitida al hospital y allí el Dr. Bulman encontró un cuadro que se alejaba algo, como ya se dijo, del del tifo exantemático. Había calentura de  $40^{\circ}$  y  $41^{\circ}$ ; pero el exantema no era el clásico de esa enfermedad; se asemejaba á piquetes de mosco, pero sin relieve, en la cara, el abdomen y los muslos. Hubo disnea con estertores muy abundantes. Había meteorismo y gran sensibilidad en la región correspondiente al apéndice; hematemesis y hematurias, y el examen microscópico de la orina mostró cilindros renales.

En los cortes microscópicos que el relator hizo del intestino y otros órganos, encontró varios micrococos y el bacillus coli; pero no el de Eberth, que como se sabe es muy difícil de encontrar en los cortes. Recuerda por otra parte, que Chantemesse y Widál han descrito cuadros clínicos muy semejantes al de la fiebre tifoidea causados por los bacillus coli exaltados. Suplicó al Sr. González Fabela practicase el análisis bacteriológico de las aguas de la casa en que enfermó esta niña en Mixcoac y le ruega ahora informe á la Academia con el resultado de su análisis.

El otro cadáver que ese mismo día 29 de agosto encontró, fué el

del niño José Estrada, de 11 años, que había entrado al pabellón de tifosos del Hospital General, el día 19 del propio mes y falleció el 28 á las 8 p. m. Había enfermado en un cuarto bajo de la calle de la Pulquería de Celaya, principiando su enfermedad por diarrea y calentura, y desde luego fué enviado al Hospital General en donde el Dr. Cañas lo atendió, haciendo el diagnóstico de tifo exantemático.

La necropsia fué practicada á las 13 horas de la muerte. Había rigidez completa de los miembros inferiores é incompleta de los superiores; enflaquecimiento moderado, manchas de púrpura finas muy confluentes en la cara, escasísimas en los miembros, muy escasas y poco perceptibles en la piel del abdomen. La inspección del tórax mostró los pulmones desplegados, de color rosa pálido en los bordes anteriores y más subido en los dos tercios posteriores; amplias equimosis purpúreas á todo lo largo del borde posterior, más confluentes en la base. El pulmón derecho congestionado en sus dos tercios posteriores. Al corte, el lóbulo inferior derecho de color rojo vivo con manchas ó islotes extensos de color negro (aspecto semejante al de la pitahaya). La consistencia estaba aumentada en las manchas aproximándose á la esplenización. El pulmón izquierdo tenía solamente en la cara posterior de su lóbulo inferior cinco sufusiones congestivas subpleurales como de 1 á 2 centímetros de extensión y al corte congestión intensa con islotes ennegrecidos muy pequeños; el lóbulo superior congestionado en casi toda su extensión. Los ganglios brónquicos pequeños y algo reblandecidos.

El corazón del tamaño de un puño, de color violeta claro; la válvula mitral con exudado endocardítico fibrinoso que formaba relieve marcado; el miocardio de espesor normal, coloración pálida; el orificio aórtico normal; la válvula tricúspide opacificada en casi toda su extensión por el exudado fibrinoso; el miocardio reblandecido y de color café claro (miocarditis).

El hígado, de consistencia casi normal, con la red venosa subcortical inyectada; al corte superficies planas.

El bazo crecido de 18×12 centímetros, con congestión infecciosa y reblandecido.

De los riñones, el derecho muy congestionado, el izquierdo medianamente.

El colon muy distendido por gases, con sus tunicas adelgazadas y de color blanco verdoso, presentaba una moderada inyección de la red submucosa; el apéndice muy alargado; el fleon presentaba dos zonas fuertemente inyectadas, con úlceras tifóidicas clásicas de las placas de Peyero y de los folículos; cada zona medía como 30 centímetros y estaban separadas por una porción sana del intestino. Los ganglios retroperitoneales grandes, reblandecidos y de aspecto gelatinoso; los mesentéricos, en número de treinta, formando un paquete, también crecidos, siendo los mayores del tamaño de una almendra.

El cerebro, simétrico, con inyección de las venas de la aracnoides en las que había burbujas de aire. La inyección de los capilares muy marcada. Ligero edema seroso subaracnoideo en los confluentes temporal y occipital; en la base la inyección de la aracnoides es total; pero en el cerebro sólo se nota la de las venas gruesas. Al corte la inyección puntiforme de la pulpa cerebral es discreta, mucho menos que en los tifosos; los ventrículos contienen escaso líquido; hay marcado reblandecimiento de la sustancia blanca y los núcleos grises centrales. En el resto del encéfalo nada anormal.

La importancia de estos hechos, aparte de la de ser los primeros en que por la necropsia se comprueba la fiebre tifoidea, estriba en que si en un día han sucumbido dos personas en el hospital, es de presumirse que en la ciudad existía un gran número.

Se ha discutido la existencia de la fiebre tifoidea en México. Esos casos la demuestran anatómicamente. Clínicamente se han señalado también varios casos en distintas ocasiones. Los Dres. Fernando Ortega é Ignacio Rosas dicen haberla encontrado en Tacubaya. El relator recuerda que hace 4 años atendió á una niña que tuvo el cuadro clásico y sucumbió á una perforación intestinal. En algunos casos se ha comprobado la reacción de Widal. Finalmente, una señora que padeció hace 3 años esa fiebre, ha quedado con una infección crónica de las vías biliares, complicación propia de la tifoidea.

El *Dr. González Fabela*, en respuesta al *Dr. Hurtado*, informa

que se trasladó á Mixcoac y tomó, con todas las precauciones debidas, agua del pozo de la casa en que enfermó la niña. No encontró el bacilus de Eberth; pero sí el piociánico. Advierte que por interés científico inquirió si la niña había tomado de esa agua y supo que no lo había hecho; pues no tomaba de bebida más que pulque, nunca agua.

El *Dr. Saloma* llama la atención respecto á que en dos autopsias que ha hecho de atabardillados, ha encontrado el bazo bastante crecido, dato contrario á lo sostenido por el Sr. Hurtado, que basa en parte su diagnóstico de fiebre tifoidea de sus autopsiados en esa hipertrofia. Llama la atención también acerca de que las ulceraciones intestinales no tienen la importancia que les atribuye el Sr. Hurtado, pues el Sr. Jiménez las señaló también en el tabardillo, aunque menos acentuadas que en la tifoidea.

El *Dr. Hurtado* contesta que en efecto, el bazo puede estar crecido en los muertos de tifo; pero que esto es debido á que ha habido anteriormente causas de hipermegalia esplénica, por ejemplo: paludismo. Que en toda autopsia hay que descartar las lesiones propias del tabardillo de las de enfermedades anteriores; que así, alguna vez encontró, en un muerto de tifo, hipertrofia de las cápsulas suprarrenales, que nada tuvo sin duda que ver con esa infección. Con respecto á las placas de Peyero, dice estar seguro con respecto á su significación en las autopsias que acaba de relatar. Ciertamente falta el diagnóstico bacteriológico; pero ya se explicó acerca de esto. Todos los clínicos, desde Louis hasta la fecha, han considerado las úlceras de Peyero como patognomónicas de la dotieneria. Las lesiones encontradas por el Sr. Jiménez no son tan numerosas, ni tan grandes, ni situadas en los mismos lugares que las de la fiebre tifoidea. Esto lo ha confirmado plenamente el Dr. Toussaint. Además, las lesiones microscópicas, sobre todo la infiltración leucocitaria, tan abundante en la dotieneria, resuelven el problema. Las sufusiones pleurales tan abundantes encontradas en esas dos autopsias, inclinan también la balanza en favor del diagnóstico formulado; pues nunca las ha encontrado tan acentuadas en los atabardillados que ha autopsiado.

El *Dr. Ramírez de Arellano* dice que aun no tiene la convic-

ción de que la fiebre tifoidea exista en México. En las historias referidas por el Sr. Hurtado le llama la atención, entre otras cosas, que no se haga mención de las manchas rosadas y también que las hemorragias intestinales hayan sido precoces, lo que no es habitual en la fiebre tifoidea. No se fijó en si falta el dato relativo al estado de los ganglios mesentéricos. Le parece que si el bacilo de Eberth es difícil de identificar, se encuentra en cambio en todas las lesiones intestinales de la tifoidea, y ni en los casos del Dr. Hurtado ni en ningún otro aquí en México se ha encontrado, ni tampoco en las aguas ni en los albañales de la ciudad. Importa mucho definir bien este asunto en razón de que aun estamos á obscuras acerca de la naturaleza de esas fiebres que todos conocemos en México, que unos califican de remitentes, otros de infecciosas intestinales ó de simplemente infecciosas, sin poder precisar más, y aunque estas fiebres casi nunca matan, se podría preguntar: ¿no se trataría de ellas en los casos del Sr. Hurtado?

El *Dr. Liceaga* expone que aunque el contingente que va á presentar es algo antiguo, no carece por eso de valor, y es irreprochable desde el punto de vista clínico. El recuerda haber observado el cuadro clásico de la fiebre tifoidea en dos de sus hijos y en uno del Dr. Córdoba y Valois; otro en una señora yucateca muy conocida, en la que hubo hemorragias intestinales profundas. Esos casos carecen naturalmente, por la época en que fueron observados, de datos anatómo-patológicos y bacteriológicos; pero repite que los cuadros clínicos fueron completos. Sabe recientemente de una señorita residente en San Angel que acaba de tener dicha enfermedad y le viene el recuerdo de otra persona que hace 20 años la padeció, iniciándose el padecimiento por una hemorragia intestinal.

El *Dr. Hurtado* se felicita de que su comunicación haya suscitado una discusión tan interesante, y deplora no haber podido dar datos clínicos más completos por no haber asistido personalmente á los enfermos. Recuerda al Sr. Dr. Liceaga el caso de la hija política del Sr. Orihuela, Administrador que fué del Hospital de Maternidad y en el que precisamente le mostró el Dr. Liceaga al Dr. Hurtado el cuadro clínico de la fiebre tifoidea, habiendo habido hasta una recaída. Al Dr. Ramírez de Arellano contesta que sí encontró

los ganglios mesentéricos infartados. Que en sus casos no llegó á pensar ni por un momento en coli-bacilosis ni aun muy exaltada, y que no es posible ni práctico encontrar en todos los casos el bacilo de Eberth. Que en los momentos actuales lo más importante con respecto á esta enfermedad es su reproducción por Chantemesse en los animales. Que en cuanto á las hemorragias precoces aparte del caso mencionado por el Sr. Dr. Licéaga, desde la época de Louis son muy conocidas.

R. E. CICERO,  
Primer Secretario.

---

## CRONICA MEDICA.

---

Se ha recibido la siguiente invitación:

LA SOCIEDAD MÉDICA «PEDRO ESCOBEDO,» que merced á la ilustrada ayuda que ha recibido, así del Señor Presidente de la República, siempre dispuesto á dar la mano á cuanto eleva y enaltece, cuanto del Señor Ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes y de los Señores Gobernadores de los Estados, dignos colaboradores de aquél en la meritísima obra de impulsar el adelanto Nacional en todas sus vitales manifestaciones, y también muy particularmente, merced á la cooperación personal de los hábiles y estudiosos Médicos Nacionales y Extranjeros que ejercen en la República; esta Sociedad que por la acción de tantos esfuerzos combinados ha podido ver logrados con éxito completo sus planes y trabajos sobre el PRIMER CONGRESO MÉDICO NACIONAL, tiene el honor de invitar á Ud. al SEGUNDO, que se reunirá en esta Capital en los días 28, 29, 30 y 31 de mayo próximo venidero.

No duda esta Sociedad que por el notorio amor de Ud. á las Ciencias Médicas, así como por su acendrado patriotismo, le otorgará su valioso concurso en la obra que con tantas y tan fundadas esperanzas ha emprendido. Obra es ella de unión, que puede hacer de todo el Cuerpo Médico Nacional una sola familia; obra es de ciencia, que llegará á crear, sin duda alguna (al menos así lo esperamos los suscritos), un cuerpo nacional de doctrinas médicas que facilite

En el segundo, 2 centímetros cúbicos de ácido clorhídrico.

En el tercero, 2 centímetros cúbicos de ácido láctico.

En todos, 4 centímetros cúbicos de éter sulfúrico.

Se agitan los licores, se dejan reposar por algún tiempo y se toma de cada uno de los tubos un centímetro cúbico de éter sulfúrico que se coloca en una copa de ensayo que tiene tintura de tornasol, se agita la tintura y el éter por medio de un agitador y se nota que, el testigo correspondiente al tercer tubo de ensayo se enrojece, mientras que, en la primera y en la segunda copa de ensayo el tornasol no se modifica.

De estas experiencias se deduce que el jugo contiene un ácido mineral.

Tal es el procedimiento que propongo como sencillo, rápido y sugestivo para demostrar que el ácido del jugo gástrico es un ácido mineral.

México, octubre 10 de 1906.

ALEJANDRO URIBE.

---

## ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

---

**Parte científica del Acta de la sesión del día 31 de octubre de 1906.**

### CASO CURIOSO

DE OFTALMOLOGÍA.—SUERO ANTIALACRANOSÓ.

El Dr. Montaña presentó un enfermo curado de los ojos, y pidió se nombrara una comisión para que lo examinara reservándose para después hacer las consideraciones relativas.

Fueron nombrados los Dres. Bandera y Chávez para examinar al enfermo.

El Sr. Dr. Chávez, en nombre de la comisión que examinó al enfermo del Dr. Montaña, expuso que le parecía interesante, que había sin duda una disminución de la agudeza y estrechez del campo visual; pero que necesitando examinarlo con aparatos que no existen

en la Academia, se reservaba para examinar al enfermo en su casa y exponer á la siguiente sesión su opinión, con lo que estuvo de acuerdo el Dr. Montaña.

El Dr. Vergara Lope dió cuenta con un nuevo caso de éxito de su suero antiponzoñoso. En este caso encuentra el hecho más elocuente por haber acontecido en Jojutla, de la manera siguiente: Ya en sesión anterior había comunicado á la Academia que había remitido su suero al Dr. Amador Espinosa, de aquella población. El caso fué de la clientela del Dr. Juan Bejarano, de la misma población, y es referente á una niña de 4 meses, hija de un Sr. Vázquez, que un día á las 6 de la tarde estando acostada en su cama, comenzó á llorar fuertemente. La madre la tomó en brazos y le dió el pecho, que con gran sorpresa de ella no la calmó y proponiéndose averiguar entonces mejor cuál sería la causa de los gritos tan intensos de su hijita, comenzó á desnudarla y vió salir de dentro de su camisita por el pechito, un alacrán, que era el que la había picado varias veces y producido la inquietud. En vista de esto y de que comenzaron á aparecer los síntomas graves propios del piquete, fué llamado el Dr. Bejarano, quien encontró á la niña babeando abundantemente, con trismus, ataques convulsivos y principios de asfixia. Viendo el caso tan grave y sabiendo que el Dr. Espinosa tenía suero del Dr. Vergara, acudió á aquél para que lo auxiliara. Procedieron desde luego, á las 7 h. 10 m. p. m.; es decir, como una hora después del piquete, á inyectar 1 c. c. del suero en una de las regiones glúteas. A las dos horas ya no había síntomas asfíxicos, la broncorrea había disminuído considerablemente, las convulsiones habían cesado, la temperatura, que después de los piquetes del alacrán se había elevado, descendió. Al día siguiente, por la mañana, en que vió de nuevo el Dr. Bejarano á la niña, ya no presentaba ésta sino algunos ligeros accesos convulsivos que en su concepto pronto habían acabado de ceder sin mayor intervención terapéutica y por sólo la acción del suero; pero para tranquilidad de la madre proscribió una poción ligeramente bromurada. El Dr. Espinosa, en la comunicación que dirigió con este motivo al Dr. Vergara, califica la acción del suero de verdaderamente asombrosa, tanto porque habitualmente los niños de tan tierna edad fallecen cuando son picados por los alacra-

nes, máxime cuando como en el caso, no lo son una sino varias veces, cuanto por la rapidez notable con que la mejoría y el alivio completo sobrevinieron.

México, noviembre 7 de 1906.

R. E. CICERO.

### Parte científica del Acta de la sesión del día 14 de noviembre de 1906.

DISCUSIÓN SOBRE EL TRABAJO DEL DR. COSÍO.—DISCUSIÓN SOBRE EL CASO DE SARCOMA DEL FONDO DEL OJO PRESENTADO POR EL DR. MONTAÑO EN LA SESION ANTERIOR.

El *Dr. Macouzet* encuentra muy interesante el trabajo del *Dr. Cosío*. El tema poco ha sido tratado en México, y en realidad el raquitismo perfectamente desarrollado poco se encuentra en nuestro país; pero hace tiempo que él llama la atención acerca de los tres síntomas fundamentales que constituyen la trípole del raquitismo y son la persistencia de las fontanelas, los espasmos de la glotis y las deformaciones huesosas. En los casos de esta naturaleza que ha observado en esta capital, ha obtenido algunos buenos éxitos con una preparación de timo muy recomendado por un autor alemán, en cuyo país es muy frecuente el raquitismo. Dicha preparación, á la que su autor ha llamado *raquitol*, fué empleada particularmente con éxito por el orador en una niña originaria de Tórréon que padecía de raquitismo subagudo y en la que los espasmos de la glotis se producían diariamente. Con un mes de administración del raquitol vió desaparecer rápidamente los espasmos y reducirse rápidamente la fontanela, mejorando el estado general.

Con respecto á las deformaciones de la columna vertebral, es preciso recordar la confusión posible entre el mal de Pott y el raquitismo. En este último se produce con frecuencia una combinación de cifosis y escoliosis. Recuerda un caso reciente de su práctica, en que una cifosis raquítica había sido tomada como mal de Pott por un cirujano que estuvo á punto de hacer una laminectomía inútil. Para el diagnóstico diferencial, menester es tener pre-

sente que las deformaciones del raquitismo son arciformes, mientras que las del mal de Pott son angulares.

Termina recomendando al Dr. Cosío use el raquitol en sus casos de raquitismo.

El *Dr. Cosío* da las gracias al Dr. Macouzet, y se propone emplear el raquitol.

Con respecto al trabajo que acaba de presentar, hace notar que en él sólo hace mención de 21 casos de raquitismo observados en el Consultorio Central; pero que esos 21 no son sino aquellos en que el diagnóstico fué perfectamente comprobado. Que con seguridad antes de que su atención se hubiera fijado en ello, se habían presentado otros casos de raquitismo aunque incompletos, los que sumados con los 21 bien comprobados y los incompletos observados después llegan con toda probabilidad á 100. Que el objeto que él se propuso fué demostrar la frecuencia relativa del raquitismo en México, por más que lo sea en mucha menor escala que en otras naciones.

\*  
\* \*

Se concede la palabra al Dr. Chávez, para que informe acerca del enfermo presentado en una de las sesiones anteriores por el Dr. Montaña.

El primero de dichos socios, pide se escuche antes la opinión del Dr. Montaña, quien da lectura á unos apuntes.

El *Dr. Chávez* dice que se va á referir primero al ojo derecho del enfermo. Es éste un hombre de 46 años, bien constituido. No presenta entre sus antecedentes hereditarios más que reumatismos en el padre. En cuanto á los personales, dice haber padecido tifo en 1875, y en 1882 haber sufrido una caída de un caballo, habiendo perdido el conocimiento y tenido pérdida de sangre por la nariz y los oídos, de la que pronto se restableció sin consecuencia alguna. Hará como 7 años que comenzó á notar moscas volantes en el campo visual del ojo enfermo, y como 3 que nota una mancha oscura persistente en dicho campo. Al examen de dicho ojo se encuentra que la agudeza visual corresponde á  $\frac{1}{4}$  de la escala de Parinaud, que no hay discromatopsia, que el campo visual no está disminu-

do; pero que hay un escotoma paracentral desde  $0^{\circ}$  hasta  $35^{\circ}$ . Hay una ligera hipermetropía de 0.75 dioptrías. La tensión del ojo es normal. Los medios dióptricos, transparentes. La papila, normal. A un lado de ella se ve un tumor en forma de pera. Mide de alto unos dos diámetros papilares ó sean 4 milímetros, 3 de ancho y 2 de espesor. Se encuentra al lado de una de las venas papilares. Cubre muy ligeramente la papila. La vena que se encuentra á su lado es tan gruesa que á primera vista simula una hemorragia. Si se hace una presión en el globo ocular para poder apreciar los pulsos arterial y venoso, se ve vaciarse esa vena lo mismo que todos los vasos retinianos. Hay otro vaso en forma de S que cruza la cara accesible del tumor y tarda más en vaciarse bajo la influencia de esa presión. Hay finalmente otra red vascular profunda propia del tumor, que no sufre modificación alguna por la misma presión. Esta última circunstancia precisa el diagnóstico de tumor intraocular; pues sólo de ellos es peculiar el tener circulación propia.

Cuando hace 15 días vió por primera vez al enfermo, pensó desde luego en un sarcoma. Excluyó desde luego la idea de glioma; pues este género de tumores no se presenta después de la edad de 10 años. En cuanto á los epitelomas, son poco frecuentes y marchan rápidamente, y este tumor data de 3 años. La única circunstancia que le hace vacilar para el diagnóstico de sarcoma es que este tumor habitualmente ataca solamente un ojo, y por lo que ha dicho el Dr. Montaña parece que el otro también ha sido atacado, lo que es más propio del epiteloma.

Recuerda que un oculista alemán, Knies, ha descrito un caso semejante, en que después de un año de existir un escotoma paracentral, encontró en el fondo del ojo sólo una manchita gris que tenía circulación propia, lo que le bastó para hacer el diagnóstico de sarcoma melánico, que se confirmó plenamente una vez hecha la enucleación. En el fondo del ojo son mucho más frecuentes en una proporción de 90 por 100 los melanosarcomas que los leucosarcomas, los que aparte de ser raros tienen por sitios más preferentes el ecuador y el hemisferio anterior del ojo.

El cirujano á que acaba de hacer referencia, fué muy censurado

por haber extirpado un ojo de un enfermo que conservaba una agudez visual bastante considerable; pero la verdad es que tratándose de sarcomas el problema es bastante difícil; pues por la naturaleza maligna de esta especie de tumores, cuanto más pronto se haga la enucleación mejor será. Hay que pensar que los sarcomas intraoculares pueden propagarse en el momento que menos se piensa á la cavidad orbitaria, bien sea á través de una perforación de la esclerótica, lo que es raro, ó mejor siguiendo la vaina del nervio óptico, por la circulación linfática ó la sanguínea, y en algunos casos por una especie de metastasis como en un caso de Panas y en otro de Van Duyse, en que después de enucleado el ojo se encontró un pequeñísimo tumor intraorbitario. Por eso es conveniente siempre que se haga la enucleación de un ojo por tumor intraorbitario hacer después de sección del nervio óptico un examen histológico inmediato, y si la menor sospecha de invasión de la órbita se precisa, practicar desde luego la exenteración total.

El *Dr. Montaña* cree también que se trata de un sarcoma de la coroides, y ha presentado el caso á la Academia por su rareza, por la dificultad para decidir la intervención operatoria, y porque el enfermo se queja de que comienza á ver con el otro ojo moscas volantes, lo que hace temer que también esté atacado y en este caso la intervención sería más seria y más de pensarse, pues el problema sería de si se deberían extirpar los dos ojos á un enfermo que ve bastante bien. Suplica al *Dr. Chávez* examine el otro ojo del enfermo y dé su opinión.

El *Señor Presidente* comisiona á este fin á dicho Sr. Chávez.

El *Dr. Chávez*, después de haber examinado el ojo izquierdo del enfermo del *Dr. Montaña*, informa que no encuentra nada en él que autorice á pensar en un sarcoma. Lo único que revela el examen oftalmoscópico es que la mitad de la papila está más pálida que lo normal, mientras que al otro lado hay exceso de pigmento corioides. Puede esto ser debido al traumatismo craneano que tuvo el enfermo, que determinó seguramente un derrame sanguíneo en la vaina del nervio óptico, cosa bastante habitual en las fracturas de la base del cráneo. Todo lo demás del ojo está normal. Por nin-

gún motivo cree que éste deba ser enucleado. En el otro ojo nota que en los 15 días transcurridos desde el primer examen ha aumentado de volumen el tumor, de suerte que es seguro que el enfermo tendrá que resolverse á ser operado aun cuando por ahora se resista. Recuerda á este propósito un caso de despegamiento de la retina que después de estar 6 meses atendido por otro oculista llegó á sus manos y en el que encontró un despegamiento tan vasto, que consultando la opinión del Dr. Ramos, este señor creyó en un cisticerco, y en tal concepto le aconsejó que para salvar el ojo hiciera una incisión de la esclerótica para por ella extirpar el quiste. El Dr. López, haciendo la iluminación con la lámpara de contacto de Rochon de Vignolle, también opinó que se trataba de un cisticerco. Procediendo á operar como el Dr. Ramos indicaba, y como él lo ha hecho en otras ocasiones con muy buen éxito, se encontró con que al hacer la incisión de la esclerótica se produjo una hemorragia que obligó á detener allí la operación; pero el enfermo mejoró bastante con sólo eso. No hubo cisticerco y el enfermo á los 8 días estaba bien; la sangre que se derramó hasta en la cámara anterior del ojo pronto se reabsorbió. A los 3 meses el enfermo se le volvió á presentar teniendo entonces accidentes glaucomatosos que exigían una enucleación inmediata á la que el enfermo se rehusó enérgicamente, pasando á otras manos; mas al cabo de algún tiempo se le presentó á las altas horas de una noche exigiendo que la operación á que tanto se resistió anteriormente le fuera practicada á la mañana siguiente. Así se hizo, y tuvo la suerte el Dr. Chávez de caer con la incisión exactamente en el centro del tumor. Por medio de un esquema explicó en el pizarrón la situación de éste, y tendrá el gusto de presentar el ojo enucleado á la Academia. En ese caso usó para determinar la situación del tumor, de la lámpara de contacto de Rochon de Vignolle, la que no es tan perfecta como este autor y Panas lo creyeron; pues un milímetro de espesor de un derrame sanguíneo puede ser suficiente para producir sombra é inducir á error, como sucedió al mismo Rochon. en un caso en que creyó haber determinado con su lámpara el sitio de un tumor y después de practicada la enucleación se vió que en ese sitio lo

que había era una pequeña hemorragia, y que el tumor se encontraba en otro lugar.

Cree con respecto al enfermo del Dr. Montaña que se le debe operar luego, antes de que sobrevengan fenómenos glaucomatosos y venga á reclamar también con urgencia la operación á que hoy se niega.

El *Dr. Montaña* se ha convencido por el examen que acaba de hacer, de que realmente, como lo manifiesta el Dr. Chávez, no hay ni indicios de tumor en el ojo izquierdo. En cuanto á la enucleación del derecho, también opina por ella y cree que aparte de evitar los fenómenos simpáticos en el otro ojo, servirá para detener la atrofia incipiente señalada. Encuentra urgencia en la operación porque en 15 días ha aumentado el tumor  $\frac{1}{6}$  de su volumen.

El *Dr. Hurtado* dice que aunque no es especialista se va á permitir emitir algunas dudas con respecto á las opiniones de los Sres. Chávez y Montaña sobre quienes recaerá una grave responsabilidad si extirpan el ojo de ese enfermo. Cree que no se han tenido bastante en cuenta datos del examen general y que el diagnóstico ha sido fundado solamente en el examen especial del ojo. No le parece que se le haya dado suficiente importancia al traumatismo craneano del que hubiera sido bueno tener bastantes datos clínicos; pues no se sabe, por lo dicho, si consecutivamente á él hubo hemiplegia ú otros fenómenos de importancia ni el tiempo que duraron. En cuanto al tumor mismo, le extraña mucho que después de haber persistido 3 años sin grandes alteraciones, haya crecido rápidamente en 15 días. Le parece esa duración de 3 años sin mayores accidentes demasiado excepcional tratándose de sarcoma. Además, es sabido que los tumores autóctonos del fondo del ojo son muy raros; así, Berger señala esta rareza poniéndola en parangón con la frecuencia relativa de los tumores de las otras regiones del ojo y de la cavidad de la órbita. Además, cuando se presentan, son casi siempre secundarios, metastáticos. Recuerda á este respecto un caso que el Dr. Prieto también debe recordar; pues le ayudó á operarlo en el extinguido Hospital de San Andrés hace unos 5 años, tumor que comprendía una vasta porción de la masa cerebral y había invadido las meninges y propagábase al fondo del ojo, por cuyo motivo fué

examinado por el Dr. Montaña que quizá también lo recuerde. Por otra parte, esta rareza de los tumores primitivos del fondo del ojo está de acuerdo con la doctrina que asienta que los órganos muy diferenciados, de funciones muy especializadas, están por este hecho de su gran diferenciación á salvo de neoplasmas primitivos y la retina es de los órganos más diferenciados que existen; no siendo propiamente sino una expansión de la sustancia cerebral. Por este motivo juzga que el Dr. Chávez tiene sobrada razón para rechazar en el enfermo la idea de epiteloma.

Si se admite que se trata de sarcoma no se puede explicar que haya persistido encapsulado 3 años, sino porque no ha estado sujeto á traumatismos, á roces frecuentes; pues bien sabido es que éstos influyen muy desfavorablemente en la marcha de este género de tumores, y que por ejemplo, los que se desarrollan en las regiones articulares y están por lo mismo muy sujetos á estas influencias, se desarrollan y generalizan con gran rapidez. Sin embargo, aun cuando los tumores del fondo del ojo no están sujetos á frotamientos, sí lo están á la acción de un excitante constante y especial: la luz, y apenas se concibe que en 3 años este agente no haya ejercido influencia nefasta sobre el neoplasma del enfermo presentado. Hay que tener además en cuenta, que los sarcomas son de origen mesodérmico y el ojo de ectodérmico.

Le extraña también, que después de 3 años no haya infección general; pues aunque no examinó él al enfermo, al verlo pasar le pareció un hombre vigoroso.

Por otra parte, antes de fijar por completo el diagnóstico y decidir la intervención operatoria, sería bueno, como en cirugía general se hace en casos semejantes, hacer un análisis de la sangre para determinar la fórmula leucocitaria; analizar también la orina para saber si ha disminuído ó no la úrea por más que este dato no tenga toda la importancia que en otro tiempo se le atribuyó para el diagnóstico de la malignidad de los neoplasmas. Inportaría averiguar también si se puede producir ó no en el enfermo la diabetes experimental. Finalmente, cree que no se debe operar sino hasta que se presenten en el enfermo fenómenos glaucomatosos. Considera, ade-

más, necesaria la craneoscopia á causa del traumatismo anterior. Cree pudiera tratarse de un quiste y no de un sarcoma.

El *Dr. Montañó*, en respuesta al *Dr. Hurtado*, dice, que no hay más datos con respecto al traumatismo craneano que los que el *Dr. Chávez* y él han relatado y que, por otra parte, no existe ni el menor rastro de lesión cerebral. En cuanto á si se trata de quiste ó de sarcoma, existe un dato de gran importancia en favor de éste, y es la existencia de vasos propios; que esto se puede apreciar en el fondo del ojo perfectamente; pues los tumores de esa región se aprecian en todos sus caracteres, mejor todavía, que, por ejemplo, los del seno de una mujer, cuyos caracteres son tan claramente perceptibles. Que en cuanto á la enucleación, cree firmemente se deba hacer cuanto antes; pues esperando á la existencia de fenómenos glaucomatosos, se corre el riesgo de que haya sido invadido el otro ojo y hasta toda la economía.

El *Dr. Chávez*, en respuesta igualmente al *Dr. Hurtado*, dice, que no concede gran importancia al traumatismo craneano en el caso, á no ser la mal definida teóricamente; pero que en la práctica se encuentra con cierta frecuencia, de antecedentes de esta naturaleza en enfermos que sufren de neoplasmas. En el caso particular es posible que el traumatismo craneano haya determinado una prolongación de la línea de fractura hasta el agujero del nervio óptico y haber determinado allí la presencia de una espina irritativa. Esto explicaría por lo menos lo que se observa en el ojo izquierdo. En cuanto á lesiones cerebrales no hay derecho para pensar en ellas en el enfermo. No le parecen indispensables para precisar su diagnóstico el examen de la sangre y de la orina por más que puedan ser de alguna utilidad. Está conforme en que los epitelomas no son nunca primitivos en el fondo del ojo; pero no sucede otro tanto con los sarcomas de los que existen en la ciencia como 300 observaciones. No es tampoco rara la larga duración de los sarcomas del fondo encapsulados. Puede mostrar al *Dr. Hurtado* una publicación, en que se trata de un caso en que uno de estos sarcomas permaneció 17 años en este estado. El, en su práctica, ha visto algunos de 3 años de duración. Eso sí, en cambio, en cuanto se rompe la cápsula, la generalización se efectúa muy rápidamente.

Hay algunas particularidades, aparte de lo anterior, dignas de tenerse en cuenta en los sarcomas del fondo del ojo. Como antes dijo, son casi siempre melánicos; pero este carácter que en cualquiera otra región constituye una malignidad excesiva, lo es en este órgano mucho menor y las intervenciones oportunas son en estos casos seguidas de éxito completo. Además, se ha observado igualmente, que al contrario de lo que sucede en las otras regiones, en el ojo el sarcoma melánico fuso-celular es mucho más grave que el globo-celular.

Se suele observar cuando el tumor se propaga á la órbita que no es siempre bajo la misma forma estructural. Así en el caso que citó de Van Duyse el sarcoma intraocular era alveolar mientras que el orbitario era fusiforme y lo contrario sucedió en el de Panas.

El *Dr. Hurtado* dice, que insiste en sus opiniones y señala además la contradicción que ha habido relativamente al ojo izquierdo; pues primero se dijo que se iniciaba en él el sarcoma y ahora se dice que todo se reduce á un pequeño foco hemorrágico.

El *Dr. Montaña* dice que no se había hecho tal diagnóstico en el ojo izquierdo en el que su atención no se había fijado, porque el enfermo no se quejaba de él, que en los 15 días transcurridos comenzó á quejarse de que aparecían moscas volantes y por este motivo se llegó á pensar que podría iniciarse en él el neoplasma; pero que el examen que acababan de hacer había puesto las cosas en su lugar.

El *Dr. Hurtado* no queda satisfecho con la explicación del *Dr. Montaña* y teme que en un examen subsecuente se encuentre que es un sarcoma lo que hoy se toma por un simple foco hemorrágico, é insiste en que no debe intervenir sino hasta que se presenten fenómenos glaucomatosos. No considera que sea patognomónica de los tumores intraoculares la existencia de vasos propios y si hubiera algún error en el diagnóstico habría mayor ventaja en posponer la operación. Hay ocasiones en que esto puede resultar ventajoso aun en casos que parecen muy urgentes, y recuerda á propósito de esto un caso de edema de la glotis, en que habiéndose rehusado el enfermo á la intervención, se le administró un purgante enérgico con el que salvó.

R. E. CICERO.  
Primer Secretario.

**Parte científica del Acta de la sesión del día 21 de noviembre de 1906.**

DISCUSIÓN SOBRE EL TRABAJO DEL DR. LOAEZA.—DISCUSIÓN SOBRE EL DICTAMEN DE LA COMISIÓN QUE JUZGÓ ACERCA DE LA SEGUNDA CUESTIÓN DE CONCURSO ANUAL, RELATIVA Á LA LEPROA.

El *Dr. Loaeza* da lectura á su trabajo de turno, titulado: «Recordación á propósito de la afasia.»

El *Dr. Hurtado* no conforme con varias de las ideas expuestas por el *Dr. Loaeza* en su trabajo, dice: que por tener la Academia un asunto de interés que tratar en la sesión, no contesta desde luego sino que hará un trabajo reflexivo y lo presentará como lectura de turno.

El *Dr. González Fabela*, relator de la Comisión dictaminadora, da segunda lectura á dicho dictamen.

Puesto á discusión en lo general, el *Dr. Hurtado* pidió la palabra para mostrar deficiencias de la Memoria presentada que no constan en el dictamen y que él cree deber señalar. Está de acuerdo con la Comisión en la mayor parte de los puntos del dictamen; pero cree que ésta no debió aceptar la proposición absoluta de que se debe recluir á los enfermos, ni cree por lo tanto que la Academia deba hacer suyas para ponerlas á discusión en la oportunidad que juzgue conveniente las proposiciones profilácticas del autor de la Memoria.

Para fundar lo anterior hizo uso de la palabra por más de una hora haciendo referencias continuadas á la Conferencia sobre la lepra reunida en Berlín en 1897 y espigó considerablemente en el núm. 5 de los Anales del Departamento Nacional de Higiene de Buenos Aires correspondiente á mayo del corriente año; número dedicado exclusivamente á trabajos sobre la lepra, publicado especialmente, con motivo de una Conferencia de Médicos Sanitarios y Profesionales de la República Argentina para la profilaxis antileprosa en ese país, que debe haberse reunido en Buenos Aires del 15 al 22 de octubre próximo pasado, y que en concepto del opinante debió haber consultado el autor de la Memoria presentada á concurso en

esta Academia; pues entre las deficiencias que le encuentra se halla la de que es muy poca la bibliografía consultada.

En los Anales á que se refiere, hay trabajos de los grandes maestros de la leprología, y cita el Dr. Hurtado en particular á Hansen y á Neisser y hace alusión á Besmer, cuyas conclusiones están transcritas en un trabajo presentado por el Dr. Baldomero Sommer al Congreso Científico Latino-Americano en abril de 1898, y que se refiere á la Lepra en la República Argentina.

El Dr. Hurtadó cree que el asunto no puede ser bien resuelto por bacteriologistas sino por higienistas conocedores profundos de la epidemiología.

Disculpa parcialmente al autor de la Memoria de que sus datos estadísticos sean imperfectos, porque en esta enfermedad es muy difícil hacer estadísticas perfectas aun en los países de civilización más avanzada; en parte porque los enfermos no acuden al médico, sino cuando la enfermedad está perfectamente desarrollada, lo cual no es por lo común sino hasta 5 años después de que principió, y esta circunstancia ejerce tanta mayor influencia cuanto mayor es el número de leprosos y más bajo el nivel intelectual en un país dado; por otra parte, los enfermos se ocultan ó los ocultan sus familias por el horror que habitualmente causan. Así, pues, sólo con empadronamientos bien hechos y periódicos se podría determinar el número de leprosos que existen en un país determinado. Cree que en algunas ocasiones el aumento de leprosos que se ha encontrado en algunos países no es real, sino debido á que se ha fijado más en ellos la atención de los médicos y las autoridades.

En el punto relativo á la frecuencia relativa de los tipos clínicos de la enfermedad, cree que el autor de la Memoria debió hacer descripciones completas y detalladas de los casos que en un año tuvo oportunidad de observar, para de allí inferir realmente cuál era el tipo con que se presenta más comunmente.

El contagio no está en concepto del Dr. Hurtado suficientemente demostrado y se basa principalmente para fundar este aserto en que varias inoculaciones que en distintas épocas y por diversos experimentadores han sido hechas, no han conducido á resultados positivos. Opina que en todo caso es poco frecuente y requiere con-

diciones especiales; y concede mayor importancia al indirecto que al directo. Para apoyar con un hecho personal el poco temor que debe tenerse al contagio, relata un hecho de su práctica personal, en que una joven leprosa á quien pudo atender por un término de 15 años no contagió en todo ese lapso de tiempo tan prolongado á ninguna persona, ni aun á sus más allegados á pesar de no haber sido aislada.

Por este motivo de la poca contagiosidad opina que las medidas de aislamiento que propone el autor de la Memoria son en exceso duras y le parece que es superior y ha dado mejores resultados el aislamiento á domicilio.

R. E. CICERO,  
Primer Secretario.

---

## CLINICA INTERNA.

---

### Breves notas sobre el raquitismo en la Ciudad de México.

Encargado de la consulta especial para niños enfermos en el Consultorio Central de la Beneficencia Pública, desde el día 6 de febrero de 1905, han desfilado delante de mí hasta el día 6 de noviembre del año actual, es decir, en un año nueve meses, 6,357 niños, habiendo recibido un total de consultas de 13,202.

Aparecen anotados en los libros 288 casos de dispepsia crónica y 21 de raquitismo, es decir, 4.53% de los primeros y 0.33% de los segundos.

Con este gran contingente creo poder establecer algunos considerandos respecto á la frecuencia, etiología, patogenia y sintomatología del raquitismo entre los pobladores de la Capital.

Sabido es que el raquitismo es una enfermedad de todo el organismo, y que las alteraciones huesosas no forman sino uno de tantos síntomas, sin duda de los más característicos, de este mal de la nutrición.

Hago este preámbulo porque en el curso de este trabajo haré mención de varios casos de raquitismo dudosos por no tener lesiones huesosas apreciables clínicamente y que por lo mismo no los he hecho entrar en el diagnóstico de raquitismo, y los he confundido entre el

**Parte científica del Acta de la Sesión del día 28 de noviembre de 1906.****DISCUSIÓN DEL TRABAJO DEL DR. ORVAÑANOS.—CONTINUACIÓN DE LA DISCUSIÓN DEL DICTAMEN SOBRE EL TRABAJO DE CONCURSO RELATIVO Á LA LEPROA.**

El *Dr. Orvañanos* leyó su trabajo de turno intitulado: «Examen químico del contenido del estómago y de las funciones absorbentes y motrices de este órgano.»

El *Dr. Terrés* observó con relación á este trabajo que no está enteramente de acuerdo el título con el desarrollo; pues en éste no se ocupa el Sr. Orvañanos de la movilidad del estómago ni de las funciones de absorción. No está conforme con el desayuno de prueba señalado por el Dr. Orvañanos en su trabajo, y que es el que recomiendan todos los autores; pero sin reflexionar seguramente en que el té tiene por su composición algún efecto sobre la secreción del jugo gástrico y ese efecto tiene que ser variable según la mayor ó menor concentración de la infusión y la manera de prepararla. Por eso en su «Tratado de Patología Interna» ha indicado que el desayuno de prueba no debe componerse sino de pan y agua. En cuanto á la importancia del análisis del jugo gástrico en la práctica, no es tan grande como se creyó en otro tiempo en que se le llegó á tomar como base del tratamiento; pero la experiencia ha demostrado que éste á menudo fracasaba y la explicación se ha encontrado en que los mismos análisis han demostrado que las dispepsias podían ser en algunos días hiperpépticas y en otros hipopépticas en el mismo individuo. En cambio, con relación al diagnóstico sí es importante el análisis, pues sabido es, por ejemplo, que el cáncer del estómago es precedido generalmente, pero no siempre, de dispepsia hipopéptica persistente. Complace al opinante ver consignado en el trabajo del Sr. Orvañanos el uso hecho del procedimiento nacional del Dr. Alejandro Uribe para separar el ácido mineral de los orgánicos del jugo gástrico.

El *Dr. Orvañanos* contesta que si no se extendió acerca de la absorción, es porque la experiencia le ha demostrado que este asunto

aun no está bien dilucidado, pues la experiencia clásica de administrar yoduro de potasio es de resultados dudosos y variables, no siendo su presencia en la saliva un dato suficiente para saber cómo se hizo dicha absorción. Por eso dijo en su trabajo que no hay por ahora ningún medio científico que determine esa función.

Si también toca muy á la ligera lo relativo al poder motor, es porque según todos los autores, la única señal verdaderamente segura de que el estómago se vacía normalmente, es la de encontrarle vacío si 7 horas después de haber tomado alimento el sujeto, no se encuentra ningún residuo introduciendo la sonda.

En cuanto al desayuno de prueba, dice que el Dr. A. Uribe le ha referido que en los múltiples análisis de jugo gástrico que ha hecho, no ha encontrado diferencias porque se haya usado el té ó el agua, que las reacciones se presentan con igual claridad en uno que en otro caso, y que si prefiere el té es porque los enfermos lo toman con algún gusto, mientras que les es en general muy desagradable tomar agua hervida.

El *Dr. Terrés*, contestando á la argumentación que acaba de hacer el Dr. Orvañanos, y principiando por el último argumento expuesto, dice: que aparte de las razones que anteriormente expuso para preferir en el desayuno de prueba el agua al té, hay la de que cuando se quiere apreciar la variabilidad de un efecto es preciso que no la haya en las causas que se ponen en juego para apreciar aquella. Si en el caso en cuestión se administran siempre 150 gramos de pan y 200 gramos de agua, la variación en los resultados del análisis del jugo gástrico no puede depender más que del estado secretorio del estómago; mientras que si se administra té, el tanino de éste, perturbando la circulación gástrica, altera la secreción, y también la teína, obrando sobre las fibras lisas del órgano, puede influir indirectamente sobre ella: el hecho es que todos sabemos que las infusiones aromáticas mejoran la digestión. Hay que tener en cuenta que la digestión de las infusiones se hace en general en el estómago y no pasan al intestino. Por todas estas razones cree que no es de tomarse en consideración el que los enfermos tomen con mayor gusto el té que el agua. Tan es de tenerse en cuenta el factor digestivo, que autores hay que hablan hasta de la digestión del agua.

Con los otros puntos tocados por el Dr. Orvañanos está de acuerdo; pero le hubiera agradado oír en el trabajo lo que ahora dicho señor acaba de decir con respecto al medio de apreciar la movilidad. Sobre este punto le parece conveniente hacer las siguientes ampliaciones: Si el residuo que se encuentra después de las 7 horas de ingerido el alimento pasa de 60 cms. no sólo existe retardo en la movilidad, sino también dilatación del estómago. Aparte de este medio, hay algunos otros que aunque de menor valor, tienen, sin embargo, utilidad relativa; tales son la palpación por el procedimiento de Rossenheim, la percusión cuidadosa, cuando se tiene suficiente práctica para distinguir la tonalidad que da el estómago, de la que da el colon, y la introducción de una sonda con perdigones combinada con el examen por medio de los rayos X. Según Rossenheim, también tiene influencia para determinar el dato en cuestión la presencia ó ausencia del ácido butírico; pues sólo se forma y se producen, por ende, erutos fétidos, cuando hay trastornos en la movilidad del estómago. La percusión después de la ingestión de líquido también suministra datos de algún valor.

El *Dr. Orvañanos* dice que este último procedimiento muchas veces ha fallado en sus manos; que no desconoce la importancia de los otros; pero que sólo mencionó el de la exploración por medio de la sonda, porque es el de mayor valor y no cree útil enumerar todos los procedimientos conocidos sino señalar cuál es el mejor. Por otra parte, esos procedimientos, lo que demuestran en realidad es la dilatación, mejor que los trastornos de motricidad del estómago y no siempre marchan á la par estos dos factores.

El *Dr. Saloma* leyó su trabajo extraordinario titulado: «El tifo exantemático, su transmisibilidad, tratamiento y algunos de sus síntomas.»

Continuó la discusión del dictamen relativo á la memoria sobre la lepra:

El *Dr. Terrés* indica que para encaminar la discusión cree conveniente resumir el discurso del Dr. Hurtado de la sesión anterior en la proposición de que á juicio de dicho socio la comisión dictaminadora fué demasiado benigna y no debe acordarse al autor de la memoria el estímulo que la Comisión propone, de \$100.00.

El *Dr. Valdés* manifestó que en efecto el *Dr. Hurtado* apoyó á la Comisión al decir que el trabajo es deficiente. Que él ignora quién pueda ser el autor de la memoria y que va á exponer algunas ideas generales acerca de las recompensas pecuniarias para los concursos. Cree que si en general son desairadas las convocatorias de la Academia, es porque las comisiones obran en general con demasiado rigor; que si fueran más benignas y los premios se dieran aun cuando los trabajos distaran de la perfección, lo cual es imposible, seguramente habría varios concursantes para cada tema. Que en todo premio hay que considerar el honor por una parte y por otra la recompensa pecuniaria, y que bien se puede rehusar aquel y conceder ésta, la que correspondería no precisamente al mérito intrínseco de las memorias; pero sí al trabajo material, al tiempo empleado, distraído de las ocupaciones ordinarias, y por esta causa apoya á la Comisión para que al autor de la Memoria sobre la Lepra se le conceda una cantidad en calidad de estímulo.

El *Dr. Terrés* hace ver que los socios que han hecho uso de la palabra se han ocupado exclusivamente de una de las proposiciones del dictamen y no de éste en lo general, por lo que pregunta á la Academia si se considera que puede ser puesto á votación en lo general para pasar á la discusión en lo particular.

El *Dr. Hurtado* protesta contra esta determinación; pero el *Señor Presidente* le hace ver que es justa y se procede á la votación, resultando que por 18 votos contra 5 queda aprobado el dictamen en lo general.

Puesta á discusión en lo particular la 1ª conclusión del dictamen, la relativa al estímulo, el *Dr. Hurtado* pide á la Secretaría dé lectura á las disposiciones reglamentarias sobre convocatorias, y después de dada esta lectura expone el opinante que ó á la Memoria le falta la condición más esencial que es la originalidad, ó que la Comisión tiene razón al considerar tanto detalle geográfico, sin conclusiones, como inconducente, siéndola también la estadística mundial citada y la particular de la República Mexicana con datos incompletos, y que los datos tomados de otras fuentes no han sido valorizados por el autor. Que con referencia á las formas clínicas, no es exacto que sea la tuberosa la más frecuente, y que de los datos que tomó personal-

mente de los enfermos de Xochimilco, debieron haber sido utilizados con todo detalle. No le parece que los datos de la Memoria sirvan para fundar las reglas de profilaxia que establece. No está conforme con la afirmación de que la lepra sea hereditaria, lo que en la actualidad se rechaza.

No está de acuerdo con el Dr. Valdés, pues lo que se premia no es el trabajo material sino el mérito. No cree que la cifra de leprosos dada por el autor de la memoria justifique la fundación de leproserías.

R. E. CICERO,

Secretario 1º.

---

### Parte científica del Acta de la sesión del día 5 de diciembre de 1906.

---

CONTINÚA LA DISCUSIÓN SOBRE EL DICTAMEN RELATIVO Á LA MEMORIA SOBRE LA LEPROA, PRESENTADA AL CONCURSO ANUAL.—DISCUSIÓN SOBRE EL TRABAJO DEL DR. ALTAMIRANO SOBRE MYASIS NASAL.

Continuó la discusión sobre el dictamen referente á la Memoria presentada sobre el tema de la Lepra al concurso anual de 1905-1906, aprobado en lo general en la sesión anterior y del que se comenzó á discutir la 1ª conclusión relativa á conceder al autor de la Memoria la cantidad de \$100.00 en calidad de estímulo.

El *Dr. Hurtado* manifestó que tenía razones que agregar para oponerse á esa conclusión del dictamen. Dijo que la Academia rara vez había concedido los premios de los concursos anuales por la doble razón de que los temas no siempre habían sido bien escogidos, siendo por lo común muy complicados y que, por otra parte, las resoluciones presentadas no habían estado casi nunca ajustadas á lo prevenido en las Convocatorias. Que anteriormente los temas eran propuestos por los socios que lo deseaban y se escogía el mejor; que ahora lo son por el primer Secretario, y que cree que el procedimiento antiguo era mejor; pero por ahora nada se puede hacer, pues el precepto reglamentario es terminante. Que por lo que respecta á la Memoria actual, no se ajusta á las prescripciones de la Convoca-

mente de los enfermos de Xochimilco, debieron haber sido utilizados con todo detalle. No le parece que los datos de la Memoria sirvan para fundar las reglas de profilaxia que establece. No está conforme con la afirmación de que la lepra sea hereditaria, lo que en la actualidad se rechaza.

No está de acuerdo con el Dr. Valdés, pues lo que se premia no es el trabajo material sino el mérito. No cree que la cifra de leprosos dada por el autor de la memoria justifique la fundación de leproserías.

R. E. CICERO,

Secretario 1º.

---

### Parte científica del Acta de la sesión del día 5 de diciembre de 1906.

---

CONTINÚA LA DISCUSIÓN SOBRE EL DICTAMEN RELATIVO Á LA MEMORIA SOBRE LA LEPROA, PRESENTADA AL CONCURSO ANUAL.—DISCUSIÓN SOBRE EL TRABAJO DEL DR. ALTAMIRANO SOBRE MYASIS NASAL.

Continuó la discusión sobre el dictamen referente á la Memoria presentada sobre el tema de la Lepra al concurso anual de 1905-1906, aprobado en lo general en la sesión anterior y del que se comenzó á discutir la 1ª conclusión relativa á conceder al autor de la Memoria la cantidad de \$100.00 en calidad de estímulo.

El *Dr. Hurtado* manifestó que tenía razones que agregar para oponerse á esa conclusión del dictamen. Dijo que la Academia rara vez había concedido los premios de los concursos anuales por la doble razón de que los temas no siempre habían sido bien escogidos, siendo por lo común muy complicados y que, por otra parte, las resoluciones presentadas no habían estado casi nunca ajustadas á lo prevenido en las Convocatorias. Que anteriormente los temas eran propuestos por los socios que lo deseaban y se escogía el mejor; que ahora lo son por el primer Secretario, y que cree que el procedimiento antiguo era mejor; pero por ahora nada se puede hacer, pues el precepto reglamentario es terminante. Que por lo que respecta á la Memoria actual, no se ajusta á las prescripciones de la Convoca-

toria, y para reforzar todos los argumentos expuestos en las sesiones anteriores, presenta un trabajo extraordinario al que da lectura.

El *Sr. Dr. Icaza*, Presidente de la Comisión dictaminadora, expuso que si dicha Comisión concedía el estímulo de \$100.00 al autor de la Memoria, era, porque si bien es cierto que ésta presenta deficiencias, que en el dictamen fueron señaladas, tuvo también en cuenta que el autor demostró gran empeño personal para resolver el tema; pues hizo cuestionarios que dirigió á las personas que juzgó idóneas, hizo él mismo viajes á Xochimilco, para estudiar á los leprosos de esa región, consultó lo que mejor pudo de lo escrito sobre el asunto y resolvió con acierto la parte de la cuestión relativa á la profilaxia. No le parece que tenga razón el *Sr. Hurtado* al censurar al autor de la Memoria por no haber hecho descripciones clínicas de los casos que observó, pues eso no lo pedía la Convocatoria; ésta se refería á frecuencia en globo y á frecuencia relativa de cada una de las formas de lepra, y si es cierto que el autor no resolvió satisfactoriamente estos puntos, hay que tener en cuenta, como el mismo *Sr. Hurtado*, de acuerdo en esto con la Comisión, dijo, que es un punto imposible de resolver en un año y ni aun en varios. No cree justificado el ataque que hace el *Sr. Hurtado* al autor de la Memoria tratándolo de ignorante, ni el que á la Comisión hizo tratándola de incompetente porque en ella faltaba un higienista; pues había en ella dos bacteriologistas y dos dermatologistas. Que la conclusión del autor relativa al aislamiento no es exacto que no tenga razón de ser en el estado actual de la ciencia; que en el mismo folleto de la República Argentina que quería el *Sr. Hurtado* se reimprimiera por cuenta de la Academia, se podían ver divergencias de opiniones distando de estar resuelta la cuestión en el sentido del aislamiento á domicilio, que cree superior el *Sr. Hurtado*. Que las medidas que propone el autor llamando la atención del Gobierno para internar á los leprosos que todos podemos ver vagar por las calles, están justificadas; pues no sería prudente esperar á que la enfermedad haga mucho mayor número de víctimas.

El *Dr. Hurtado* no cree haber sido duro con el autor ni con la Comisión. Insiste nuevamente en las deficiencias que ha encontrado en la Memoria, y dice finalmente que le es indiferente que se den

ó no al autor los \$100.00 que la Comisión propone por vía de estímulo; pero que si se sienta este precedente y se adoptan las ideas del Dr. Valdés en los próximos concursos, la Academia se verá inundada de Memorias; pero seguramente malas.

El *Dr. González Fabela*, relator de la Comisión, apoya los argumentos expuestos por el Sr. Dr. Icaza y añade que el problema era de muy difícil resolución como el mismo Dr. Hurtado lo ha sostenido al hacer patente que aun en los Congresos es difícil resolver el problema; que por consiguiente no se le podía exigir al autor de la Memoria que lo resolviese; pero que al haberlo pretendido con los datos incompletos de que dispuso y no aprovechándolos debidamente, no se hizo merecedor del premio de \$500.00; pero como la parte relativa á profilaxia, que es sin duda la más importante, sí fué bien tratada, convino con la Comisión en que se adjudicara una cantidad á título de estímulo y de acuerdo por los motivos expuestos en el dictamen, se fijó dicha cantidad en \$100.00.

No habiendo ya quien quisiera hacer uso de la palabra sobre este asunto, se dió por terminada la discusión, y sujeta á votación la primera conclusión del dictamen, fué aprobada en votación nominal á petición del Sr. Hurtado por 10 votos contra 7.

Abierto conforme á reglamento el sobre que contenía el nombre del autor, se encontró que éste era el Dr. Luis E. Ruiz, á quien se acordó comunicar el resultado del Concurso.

La segunda conclusión relativa á que el dictamen fuese publicado junto con la Memoria, fué aprobada por los socios presentes, con excepción del Dr. Monjarás.

Puesta á discusión la tercera, el Dr. Terrés pidió que se hiciera en ella una modificación, que fué aceptada por la Comisión y aceptada por unanimidad por la Academia, quedando en estos términos: «En la oportunidad que juzgue conveniente la Academia, póngase á discusión si hace suyas las medidas propuestas por el autor, y en caso de que se resuelva afirmativamente, de qué modo inicia que se lleven á la práctica.»

El *Dr. Altamirano* leyó su trabajo de turno titulado: «Myasis nasal.»

El *Dr. González Uruña* encuentra interesante el trabajo del

Dr. Altamirano, pues es frecuente en la práctica encontrar gusanos no sólo en las fosas nasales sino en toda clase de afecciones ulcerosas de la piel, particularmente cuando radican en las piernas. Tanto en el Consultorio Central como en el Hospital General, le ha sido dado ver muchos casos de éstos debido á la incuria de nuestro pueblo, y entre los medios qué mejor resultado le han dado para desembarazar pronto de gusanos las superficies ulcerosas, recomienda muy especialmente el agua oxigenada al  $\frac{1}{3}$ . La parte más novedosa é importante del trabajo del Dr. Altamirano, es la relativa á clasificación de los dípteros que causaron el padecimiento de su enfermo.

El *Dr. Chacón* pide al Sr. Altamirano le aclare una duda, pues no comprende que llegando los insectos en estado de pupa á las fosas nasales, no se transformen en insectos perfectos y se multipliquen.

El *Dr. Altamirano* explica al Sr. Chacón que los insectos no llegan en estado de pupa ó sea crisálida, sino que son depositados en estado de huevecillos, los que dan lugar á formación de larvas, que son las llamadas gusanos y que hasta después se transforman en crisálidas, de las que se escapa el insecto perfecto al exterior.

El *Dr. Chacón* dice que con la explicación del Dr. Altamirano sus dudas aumentan; pues siempre la enfermedad tendrá que terminar por sí misma.

El *Dr. Altamirano* le dice que precisamente así acontece y que por lo mismo ni tan siquiera se deben extirpar los gusanos.

El *Dr. Terrés* dice que siente haya partido el Sr. Dr. Vértiz; pues alguna vez le oyó decir que el cloroformo mataba á esas larvas y aun le refirió un caso con éxito.

El *Dr. Icaza* manifiesta que, en efecto, el caso referido al Dr. Terrés por el Dr. Vértiz se presentó en el Hospital Concepción Béistegui y que el Sr. Dr. Chacón (D. Francisco) fué quien puso en planta ese útil tratamiento.

El *Dr. Altamirano* manifiesta que realmente ha sido recomendado el tratamiento por las inhalaciones de cloroformo; pero que su verdadera acción es calmar los dolores del enfermo y poco obra

como parasitocida; pues después de algunos días de aplicarlo, se ve cómo siguen saliendo larvas vivas de las narices de los enfermos.

R. E. CICERO,  
Secretario 1°

### Parte científica del Acta de la sesión del día 19 de diciembre de 1906.

#### DISCUSIÓN SOBRE EL TRABAJO DEL DR. DÍAZ LOMBARDO.

El *Dr. Díaz Lombardo* leyó su trabajo reglamentario titulado: «Contribución al estudio de los tumores vesicales en México.»

El *Sr. Dr. Hurtado* considera muy importante el trabajo del *Dr. Díaz Lombardo* y desea simplemente llamarle la atención acerca del diagnóstico histológico de su segundo enfermo; pues no estando detallado el examen suministrado por el histólogo que lo hizo, no está demostrado que se tratara de fibromioma de la vejiga; pues las fibras musculares lisas que se hallaron en el tumor de estructura fibrosa, pueden haber sido las propias de la vejiga que los tumores dilaceran. Aduce en contra de ese diagnóstico las hematurias que se presentaron de nuevo después de extirpado el tumor y la presencia de un nuevo tumor en el riñón que el *Dr. Díaz Lombardo* encontró antes de que el enfermo partiera á Europa. Cree que conforme á las tendencias de la ciencia moderna estos dos tumores deben ser de la misma naturaleza y por consiguiente maligna, que el de la vejiga debe haber precedido al del riñón, y no ser como admitía *Verneuil*, tumores coexistentes, de distinta naturaleza, desarrollados simultáneamente en diversos puntos del organismo. En el caso particular hay que tener en cuenta que los órganos en que se han presentado los tumores pertenecen á un mismo aparato y es éste un nuevo argumento á favor de su probable identidad de naturaleza. Con respecto á los fibromiomas, en la actualidad está admitido que son al principio simplemente leio-miomas y que la reacción del tejido conjuntivo que los rodea es la que determina más tarde la presencia de elementos fibrosos en el tumor. Los diagnósticos histológicos están sujetos á error fácilmente, porque en general los ana-

como parasitíca; pues después de algunos días de aplicarlo, se ve cómo siguen saliendo larvas vivas de las narices de los enfermos.

R. E. CICERO,  
Secretario 1°

### Parte científica del Acta de la sesión del día 19 de diciembre de 1906.

#### DISCUSIÓN SOBRE EL TRABAJO DEL DR. DÍAZ LOMBARDO.

El *Dr. Díaz Lombardo* leyó su trabajo reglamentario titulado: «Contribución al estudio de los tumores vesicales en México.»

El *Sr. Dr. Hurtado* considera muy importante el trabajo del Dr. Díaz Lombardo y desea simplemente llamarle la atención acerca del diagnóstico histológico de su segundo enfermo; pues no estando detallado el examen suministrado por el histólogo que lo hizo, no está demostrado que se tratara de fibromioma de la vejiga; pues las fibras musculares lisas que se hallaron en el tumor de estructura fibrosa, pueden haber sido las propias de la vejiga que los tumores dilaceran. Aduce en contra de ese diagnóstico las hematurias que se presentaron de nuevo después de extirpado el tumor y la presencia de un nuevo tumor en el riñón que el Dr. Díaz Lombardo encontró antes de que el enfermo partiera á Europa. Cree que conforme á las tendencias de la ciencia moderna estos dos tumores deben ser de la misma naturaleza y por consiguiente maligna, que el de la vejiga debe haber precedido al del riñón, y no ser como admitía Verneuil, tumores coexistentes, de distinta naturaleza, desarrollados simultáneamente en diversos puntos del organismo. En el caso particular hay que tener en cuenta que los órganos en que se han presentado los tumores pertenecen á un mismo aparato y es éste un nuevo argumento á favor de su probable identidad de naturaleza. Con respecto á los fibromiomas, en la actualidad está admitido que son al principio simplemente leiomiomas y que la reacción del tejido conjuntivo que los rodea es la que determina más tarde la presencia de elementos fibrosos en el tumor. Los diagnósticos histológicos están sujetos á error fácilmente, porque en general los ana-

tomo-patologistas no tienen en cuenta los datos clínicos. Importa además, para que esos diagnósticos puedan ser correctos, que se remitan á los histólogos las piezas completas y no simples fragmentos del centro del tumor como es habitual. Si el tumor del riñón es examinado en París y el enfermo proporciona el examen, como es probable, al Dr. Díaz Lombardo, la historia quedará completa con gran utilidad y se precisará el diagnóstico.

El *Dr. Díaz Lombardo* dice que siente no poder presentar el examen histológico, porque el enfermo se lo llevó á Europa; pero que el examen de fibro-mioma vesical estaba bien establecido y que él remitió al histólogo la pieza completa. Que precisamente la rareza del caso era uno de sus elementos de importancia; pues Clado dice que cuando, en tumores fibrosos de la vejiga, se encuentran fibras musculares lisas, se trata de un error del histólogo y en el caso esta presencia se comprobó con exactitud. No cree que el tumor del riñón se halla desarrollado consecutivamente al de la vejiga; pues antes de que éste fuera operado, el Dr. Macías, que examinó al enfermo, sintió en uno de los flancos el tumor del riñón que más tarde se confirmó.

El *Sr. Dr. Licéaga* felicita al Dr. Díaz Lombardo por su trabajo que considera muy importante para la literatura médica nacional y por llamar la atención sobre la utilidad de la cistoscopia, sin la cual no se hubiera hecho el diagnóstico con precisión en el primer enfermo. En seguida, para dejar bien precisados algunos puntos del trabajo, interroga al Dr. Díaz Lombardo acerca de si el tumor del primer enfermo era pediculado ó parietal, cómo era á este respecto el del segundo y cuál había sido la sensación táctil en el tercero después de hecho el ojal perineal y si no había hecho la cistoscopia en este último enfermo.

El *Dr. Díaz Lombardo* contestó que el primer tumor era pediculado, que el segundo era parietal y que el tacto demostraba, en el tercero, que ocupaba toda la pared del cuello vesical con rugosidades y vellosidades. Que no practicó en dicho caso la cistoscopia porque sólo vió al enfermo por unos días en sustitución de su médico de cabecera que se encontraba enfermo.

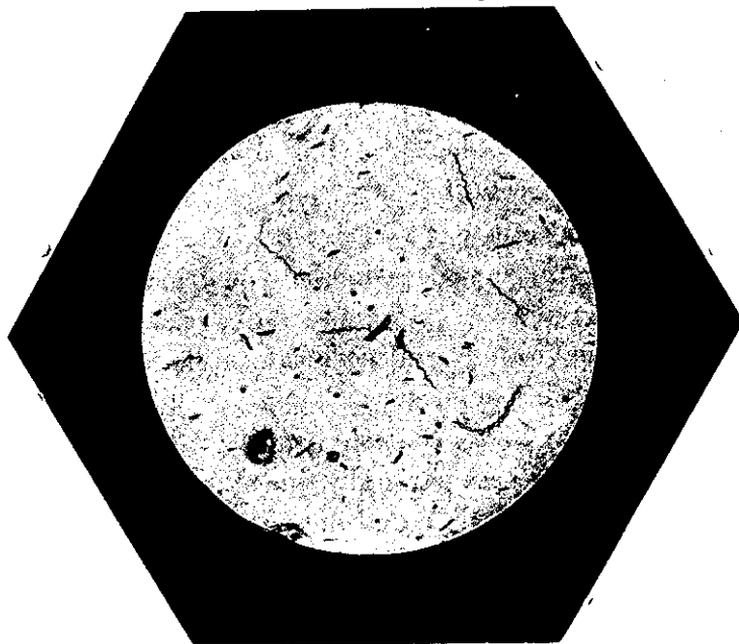
**Parte científica del Acta de la sesión del día 26 de diciembre de 1906.**

La Secretaría dió lectura á un trabajo extraordinario del Socio Dr. Francisco Hurtado, titulado: «Cuatro observaciones clínicas de tuberculosis de los órganos genitales internos, que ha podido seguir y operar en su servicio del Hospital General de la Ciudad de México y que corresponden á la estadística del bienio.

R. E. CICERO,  
Secretario 1°

**BACTERIOLOGIA.****Nuevo método de coloración de los spiroquetas de Schaudinn.**

No existiendo en la plaza el líquido colorante de Giemsa ni el azul de Marino que son los métodos más adecuados para buscar los spiroquetas de la sífilis, los que cultivamos los estudios microscópi-



Robe,

cos hemos tenido que recurrir á otros métodos para hacer dicha investigación.

El Sr. Dr. D. Manuel Toussaint ha salido airoso en esta clase de estudios valiéndose de un procedimiento que le es propio, y que yo desconocía, hasta que dió su conferencia sobre este mismo asunto el Dr. D. Alfonso Pruneda, en la Sociedad «Pedro Escobedo.» Según este último señor, el método consiste en fijar las preparaciones por medio de la formalina y hacer uso, después, de una solución hidro-alcohólica de violeta dalia al 10 por ciento, lavar y montar.

Algunas veces he empleado dicho método y confieso que en mis manos no ha sido satisfactorio el resultado. El procedimiento que voy á describir y que he estado empleando desde hace más de un año, me ha dado, en cambio, muy buenos resultados.

Fijadas las preparaciones con alcohol-éter se dejan secar y se bañan, durante cinco minutos, con una solución reciente de tanino al 10 por ciento. En seguida se lavan con agua y se emplea el violeta de genciana fenicada de Nicoll. Se lavan, se secan y se montan.

El adjunto dibujo pone en evidencia los resultados obtenidos.

México, junio 20 de 1906.

DR. GAYÓN.

---

### Parte científica del Acta de la sesión del día 2 de enero de 1907.

---

CASO DE DESGARRADURA DE LA MÁCULA LÚTEA DE ORIGEN TRAUMÁTICO.—HIPERTROFIA DE LAS CÁPSULAS SUPRA-RENALES EN DOS AUTOPSIAS DE TABARDILLO.—NECESIDAD DE LA REVACUNACIÓN CONTRA LA VIRUELA.

El Sr. Dr. Licéaga no asistió por estar enfermo; pero envió la primera parte de un estudio estadístico sobre la mortalidad por tuberculosis en esta Capital, como trabajo de turno, al que dió lectura el suscrito. El señor Vice-Presidente dió cuenta á la Academia de que el Sr. Licéaga renunciaba la remuneración que el reglamento otorga á los trabajos de turno.

El *Dr. Uribe Troncoso* comunicó un hecho interesante de desgarradura de la mácula lútea en su centro, de origen traumático, y presentó al enfermo. Se trata de un joven dependiente de una cantina, el que al destapar una botella de Iron-Brew, se distrajo y sufrió el taponazo en un ojo, el cual inmediatamente se puso inyectado y doloroso, y sufrió por lo pronto la pérdida de la vista. Cuando al cabo de unos días cesaron esos síntomas, notó que no recobraba la vista por completo, sino que, en el centro del campo visual, había constantemente una mancha oscura. Consultó por este motivo con varios oculistas y entre ellos con el relator, quien por el examen encontró lo siguiente: Córnea y esclerótica sanas. Iris en irido-diálisis y al nivel de ésta una pequeña catarata traumática del cristalino. En el fondo del ojo se ve la papila normal con sus vasos; pero hacia la región temporal se ve una desgarradura de la coroides sobre la que se ve pasar un vaso, ramificación de uno de los papilares y perteneciente por consiguiente á la retina, lo que demuestra que en ese sitio esa membrana está intacta, viéndose en el fondo de la desgarradura, irregular de forma, el color blanco de la esclerótica. Al alrededor de ella, pero sobre todo hacia su parte externa, se ven granos pigmentarios que revelan que allí hubo una retino-coroiditis. Esta desgarradura se aparta por completo de las habituales que son peripapilares y concéntricas, mientras que ésta es irregular, horizontal y á cierta distancia arriba y afuera de la papila. Examinando la mácula á la imagen recta se ve una coloración rojiza que á primera vista puede tomarse por una hemorragia; pero no se trata de eso; pues el color no es uniforme, la forma es circular y se nota que la mancha está en un plano posterior al del resto del fondo del ojo y se nota que hay pigmento, luego lo que se tiene á la vista es la coroides por haberse desgarrado, concéntricamente y por contragolpe, la retina en ese lugar. Kundt y algún oftalmologista americano han citado casos de esta perforación de la que no se conocen sino 6 casos en la ciencia. En uno, perteneciente á Fuchs; la desgarradura no era completa de toda la membrana retiniana, sino que comprendía sólo algunas de sus capas, la de los conos y de los bastoncitos. En general se admite que nunca la desgarradura es total, sino que permanece la membrana limitante interna separando al cuerpo vítreo

de la coroides. Exactamente en el centro de la mácula se ve una pequenísimas desgarradura de la coroides, como hecha con la punta de un alfiler, casi imperceptible. Todas las lesiones descritas se ven claramente en un dibujo amplificado hecho por el relator y que presenta á la Academia. El examen del campo visual del enfermo denota la existencia de un escotoma concéntrico correspondiente á la desgarradura de la mácula descrita. El aspecto oftalmoscópico, descrito en este enfermo, no sólo es propio de las desgarraduras retinianas al nivel de la mácula; se han designado con el nombre de cráteres ó afección senil de la mácula casos en que la capa de los conitos y los bastoncitos se atrofian en las personas de edad avanzada y se presenta una depresión atrófica que simula una perforación. El caso presentado es el 7º en la ciencia, de perforación traumática del fondo del ojo y el 1º en México.

El *Señor Presidente* nombra en comisión á los Dres. Bandera y Montaña para que examinen al enfermo del Dr. Uribe. El último dice ya serle conocido el enfermo por haberlo enviado él precisamente al Dr. Uribe; y el primero, después de examinarlo, informa estar en todo de acuerdo con el Dr. Uribe, á quien felicita por la descripción tan exacta que ha hecho de las lesiones.

El *Dr. Hurtado* refiere dos autopsias de tabardillo en las que ha encontrado adenoma ó hipertrofia de las cápsulas supra-renales, que él juzga independiente de la enfermedad que causó la muerte. Dice que los autores que han hecho estudios recientes á este respecto informan que dicho adenoma se acompaña de fenómenos de hipertensión arterial ó hipertrofia del corazón. En su primera autopsia se trataba de una mujer de 35 años que había fallecido en el 2º septenario del tabardillo. Además de las lesiones propias de esta infección, encontró las glándulas supra-renales tan hipertrofiadas, que el mozo del anfiteatro las había tomado por los riñones; la del lado derecho, que era la mayor, media 15 centímetros de altura y 10 en su mayor anchura, afectando una forma como de un trozo de cono. Se encontraba reblandecida, de color amarillento y con hemorragias difusas. La izquierda, menos hipertrofiada y con los mismos caracteres. En los demás órganos había las mismas

hemorragias, dependientes sin duda de la infección general; dominaban en el tejido peripancreático. En la aorta había placas de aterosclerosis. En el otro cadáver las lesiones eran semejantes; pero las cápsulas estaban menos hipertrofiadas.

El *Dr. Bandera* pregunta al *Dr. Hurtado* si no había melanodermia, y éste le contesta que no la había, ni lesiones tuberculosas en ningún órgano ni en las cápsulas mismas, que aun resta por explicar la significación de su hipertrofia.

El *Dr. Manuell* refiere que hace unos días leyó en «El Imparcial» una noticia en que se hablaba de un caso de viruelas en una señorita bien vacunada y que había padecido viruelas locas, razón por la cual el médico tratante había estado vacilando algún tiempo con respecto al diagnóstico, y terminaba el párrafo abogando por la necesidad de la práctica de la revacunación. Cree que la Academia debe tomar en consideración el asunto por ser importante y de actualidad. Varias autoridades sanitarias han sostenido que en México la vacuna preserva para toda la vida, lo que no está de acuerdo con la observación de los clínicos, puesto que ni la misma viruela confiere la inmunidad *ad perpetuam*, y muchas veces en distintas sociedades se han referido casos de viruela en personas bien vacunadas y en la Asociación Americana de Salubridad Pública presentó un trabajo el *Dr. Landa*, muy bien documentado; pero también se presentó otro en que se afirmaba que la inmunidad era conferida para toda la vida, y esto no se puede aceptar; pues los hechos demuestran que la revacunación es necesaria.

El *subscrito* está de acuerdo en todo con el *Dr. Manuell*, juzga la revacunación necesaria, y en el párrafo aludido encuentra otro asunto de muy grande importancia, á saber: que la creencia de la perpetuidad de la inmunización por la vacuna, ofusca la mente de médicos, por otra parte muy competentes, y les hace incurrir en errores de diagnóstico con respecto á la viruela, que sin este motivo no cometerían. Recientemente en su práctica se presentó un hecho que corrobora lo anterior. Se presentó á su consultorio un joven de unos 20 años solicitando su opinión acerca de unas cicatrices que presentaba en la cara y en distintas partes del cuerpo. Di-

chas cicatrices eran características de viruela reciente, y así se lo había dicho desde el primer momento en que lo vió el Dr. Fichtner á quien antes había consultado con el mismo motivo. La historia del joven es que en una población del Estado de Puebla, en la que ejerce un médico bien acreditado, había enfermado hacia dos meses de una afección febril, con cefalea y fuertes dolores lumbares, sobreviniendo rápidamente una erupción papulosa que fué diagnosticada rubeola. Después esa erupción fué reemplazada por otra véscico-pustulosa acompañada de nuevo movimiento febril, y que fué la que dejó las cicatrices que ahora tiene. Se ve claro que el cuadro era el de la viruela; pero con el antecedente de estar bien vacunado el paciente y haber sufrido de niño viruelas locas, el compañero que lo atendió se extravió, diagnosticando primero rubeola y creyendo que consecutivamente había sobrevenido otra afección cutánea para él desconocida.

El *Dr. Núñez* opina también por la necesidad de la revacunación; pues son numerosos los casos de su práctica en que ha visto que la vacuna no da la inmunidad que de ella se espera. Varios casos conoce de gente acomodada perfectamente bien vacunada, en quienes ha observado la evolución completa de la viruela verdadera. En las casas de vecindad que ha visitado como Inspector Sanitario del Consejo, ha visto con frecuencia que cuando hay un enfermo de viruela verdadera caen otros con la misma enfermedad ó por lo menos con varioloide ó con varicela, siendo lo primero más frecuente cuando han pasado muchos años de la vacuna. Con respecto al éxito de la revacunación tiene la prueba en sí mismo; pues antes tenía la costumbre de limpiarse la lanceta en la muñeca sin que le prendiese nunca la vacuna; pero una vez que vió un magnífico grano en un niño muy robusto, intencionalmente se inculó esa linfa y la vacuna le prendió perfectamente á pesar de estar muy bien vacunado desde niño.

El *Dr. Hurtado* encarece también la importancia del asunto y dice que habiéndose dado por el señor Secretario de Gobernación la disposición de que todos los empleados de esa Secretaría fueran revacunados y se examinara desde el punto de vista de la vacuna-

ción á todos los enfermos que ingresan al Hospital General, él ha tomado con interés el asunto en su servicio, encontrándose con que algunas enfermas que decían haber sido bien vacunadas ni siquiera tenían las cicatrices; pero en otras sí existían y había dos con cicatrices de viruela que también decían haber sido vacunadas con éxito. Se propone seguir examinando cuidadosamente á todas las enfermas de su servicio é informará á la Academia del resultado de sus observaciones. Refiere en seguida el caso de una señora de su clientela bien vacunada, con cicatrices de vacuna características, múltipara, con embarazo en la 1ª quincena del 9º mes y deprimida por la muerte de un hijito que había perdido recientemente, que comenzó un día á tener calentura, cefalea, dolores lumbares y en la que al tercer día apareció una erupción discreta que resultó ser de varioloide. Los movimientos del feto y sus latidos cardíacos cesaron desde el tercer día de la enfermedad y hubo necesidad de hacer la extracción del feto muerto, del que le permitieron hacer la autopsia, encontrando como lesiones principales una congestión meníngea y la masa encefálica reducida á una papilla con derrame hemorrágico subaracnoideo y congestiones, y focos hemorrágicos en otras vísceras, miocarditis, etc., en suma, lesiones de una infección general aguda hemorragipara, hallando en el examen histológico del cerebro los capilares dilatados y corpúsculos exactamente iguales á los que el Dr. Toussaint ha descrito como característicos del tabardillo, y que en una obra reciente de Roger dice este autor ser propios de todas las infecciones generales, aunque hace 4 ó 5 años el mismo autor las creyó características de la viruela. La importancia del caso estriba en que la no práctica de la revacunación causó dos víctimas, una la madre, en quien por fortuna sólo se trata de varioloide; pero la otra, el feto, ya perfectamente viable, que sucumbió sin duda á la forma hemorrágica de la viruela; pues que ésta ni tan siquiera llegó á tener manifestaciones en la piel. Con este motivo opina que el Consejo Superior de Salubridad, debe modificar su opinión con respecto á la revacunación.

El *Dr. González Uruña* pidió la palabra para hacer una justi-

ficación retrospectiva; dijo, que sin externar su opinión sobre el punto científico que se discute, deseaba recordar que hace 5 años, cuando tuvo el honor de ser Secretario de esta Corporación, propuso como tema de concurso anual, el referente á que si entre nosotros era necesaria ó no la revacunación. Añadió que entonces nada prejuzgaba y que sólo se decidió á presentar dicho tema porque algunos de los hechos que hoy sirven de fundamento á los partidarios de la revacunación eran ya conocidos entre algunos médicos. Al someter la cuestión á la Academia, dos de sus miembros hablaron en contra, censurando al proponente por haberse atrevido á poner en tela de juicio una verdad que parecía un dogma: la inmunidad permanente conferida por nuestra vacuna humanizada. El resultado de esos ataques fué la no aprobación del tema. Pero las censuras en su contra continuaron aun fuera de la Academia. Celebra que el tiempo haya venido á demostrar la importancia que desde aquella fecha debió merecer el asunto; pues hoy, el tema ha suscitado interesantes trabajos y se adhieren á la opinión contraria á la dogmática personas tan respetables como las que han hablado.

El *Dr. Monjarás* dice que ha tenido la costumbre de revacunar á toda su familia de año en año sin que nunca, sino una sola vez haya prendido la revacuna y esto fué en una de sus hijitas que había sido vacunada en Bélgica con vacuna animal. Que es una observación sola; pero que apoya para él la opinión clásica. No encuentra justificados los cargos hechos por el Sr. Hurtado al Consejo, pues si es cierto que se refieren algunos casos positivos de viruela en personas vacunadas, son millares los negativos que existen. Además, insiste en que en muchos de los casos que se citan puede muy bien ser que la vacuna no haya sido hecha ni siquiera una sola vez en la vida ó no haya prendido; pues á pesar de todos los esfuerzos hechos de consuno por el Consejo y el Gobierno, es muy difícil, casi imposible, hacer la vacuna universalmente obligatoria; que en el Estado de San Luis Potosí, por ejemplo, que es el que él conoce bien, hay pueblos en los que nunca se ha podido introducir la vacuna, y cuando la viruela ha aparecido en ellos los ha diezariado. Refiere que ni aun en la Capital es posible llevar el servicio á la

perfección; pues contado es el número de madres que presentan á sus hijos á los 8 días de vacunados como se les exige. Y que este vicio no es sólo nuestro; pues en París, para remediarlo, se ha propuesto sean vacunados en los primeros días de su vida todos los niños que nacen en las Maternidades.

El *Dr. Manuell* dice que no se trata de las disposiciones del Consejo que defiende el *Dr. Monjarás* sino de si la vacuna inmuniza por toda la vida entre nosotros ó no. Que en cuanto á que la revacunación que hizo en su casa sólo una vez haya prendido y eso en una niña vacunada con vacuna animal, nada demuestra; pues la inmunidad dura unas veces menos y otras más, y bien podía haber sucedido que á otro de los niños le hubiera prendido ó le prenda en esta ocasión. Que el asunto está ya perfectamente resuelto por la ciencia y sólo aquí en México las autoridades sanitarias sostienen que lo único que da á las personas vacunadas, á ocasiones, es la varioloide; pero aun esto mismo es una prueba de la no perpetuidad de la inmunización.

El *Dr. Terrés* opina que el problema es en realidad vulgar y como dice el *Dr. Manuell*, ya resuelto; pero entre nosotros es de actualidad, porque estábamos acostumbrados á verlo con la venda de la enseñanza de nuestros antepasados y que hay que tener en cuenta, por otra parte, que muchas veces se olvida lo ya sabido, como es que la varicela es una enfermedad de individualidad propia, que nada tiene que ver con la viruela ni con la vacuna, que es ella la que constituye las llamadas viruelas locas, y que éstas, por lo tanto, no pueden inmunizar ni inmunizan contra la viruela y su importancia en los antecedentes de un enfermo de viruela, resulta por consiguiente nula. Por olvidar esta diferencia es por lo que ha oído á un médico vacunador, en una casa, alarmar á una familia porque al vacunar á un niño había otros con varicela, y esta es la causa también de que algunos médicos, basados falsamente en este antecedente, desconozcan la viruela como en el caso referido por el *Dr. Cicero* y otros muchos que variando los detalles todos hemos visto; recuerda entre otros uno en que una viruela hemorrágica fué desconocida, simplemente por el antecedente de estar bien vacu-

nado el paciente. En un trabajo presentado á la Asociación Americana de Salubridad Pública en diciembre próximo pasado, se dijo que cuando se presentaban casos de viruela en personas que presentaban cicatrices de vacuna, era que se había tratado de vacunas falsas, y esto es un error; pues la vacuna falsa precisamente nunca deja cicatriz. Los hechos de viruela en personas vacunadas no son escasos sino numerosos; pero aunque no lo fueran, aunque sólo fuera uno, éste bastaba, conforme á las reglas de la lógica, para derribar una proposición universal. Lo dicho por el Dr. Hurtado no es contrario á lo que sostiene el Dr. Monjarás, es simplemente diverso. No se trata de que la revacunación sea obligatoria sino de su conveniencia y la de que el Consejo abandone su opinión oficial y declare que la revacunación es útil, aunque no siempre necesaria. Este asunto ha sido discutido en diversas ocasiones en esta misma Academia y en otras Sociedades y siempre se han citado casos numerosos en apoyo de la conveniencia de la revacunación. Por la venda que antes teníamos sólo nos fijamos al principio en los casos en que en los extranjeros vacunados se presentaba la vacuna y el trabajo del Dr. Aveyra presentado á la Sociedad de Medicina Interna tuvo el mérito de que el Consejo lo tomara en consideración y diera su primer paso en pro de la revacunación, recomendando á los extranjeros su práctica. Sólo falta que dé un paso más recomendándola á los nacionales.

El *Dr. Monjarás* dice que no se propuso defender al Consejo; pues éste nunca ha afirmado lo que se le achaca; que no hay publicación oficial contraria á la revacunación; que algunos miembros podrán opinar de un modo y otros de otro, lo mismo que en la Academia y en cualquier corporación; pero que en tanto no haya declaración oficial con respecto á un asunto, no se puede hablar de qué opine en un sentido ú otro.

El *Dr. Terrés* dice que, en efecto, el Consejo no lo ha manifestado oficialmente; pero que varios miembros promoventes de él, y entre ellos su Presidente, han escrito varios trabajos sosteniendo el punto.

El *Dr. Monjarás* insiste nuevamente en que el Consejo nunca ha hablado por su conducto obligado, que es la Secretaría, y el *Dr.*

*Terrés* ratifica y precisa lo que acaba de manifestar, que no el Consejo, pero sí personas muy prominentes para él, han hecho públicas sus opiniones á este respecto.

El *Dr. Manuell* refiere que en el Boletín del Consejo existe un trabajo del Dr. Bernáldez en el que se habla de las hojas repartidas á los extranjeros sobre la conveniencia de la revacunación y que en ellas se dice que la vacuna humanizada inmuniza por completo.

El *Dr. Monjarás* repite que la opinión de una persona no es la del Consejo, y el *Dr. Manuell* precisa que no se refiere al trabajo del Dr. Bernáldez sino á las hojas repartidas por el Consejo.

R. E. CICERO.

---

## CLINICA EXTERNA.

---

### **Contribución al estudio de los tumores vesicales en México.**

En el curso de este año he operado á tres enfermos de tumor vesical, que han presentado algunas particularidades en su historia clínica, y por eso he elegido este punto para asunto de mi trabajo reglamentario.

El primer enfermo era un hombre de 65 años, de México, casado, sano anteriormente y de costumbres morigeradas. No tiene antecedentes hereditarios de importancia y tuvo un hermano que murió de una afección vesical muy dolorosa, cuyo diagnóstico no puede precisarme. El enfermo empezó á padecer el año de mil novecientos tres, consistiendo sus sufrimientos en micción frecuente y dolorosa, síntomas que unidos á una demacración un poco marcada fueron los únicos que tuvo; en este tiempo fué atendido como prostático.

En diciembre de 1905, que fué cuando me hice cargo de su curación, se quejaba de los mismos síntomas, pero muy intensos, y los datos que pude recoger, respecto á su padecimiento, por el interrogatorio y por la exploración, fueron los siguientes: micción frecuente tanto diurna como nocturna é independiente de cualquiera postura ó movimiento, ausencia de escurrimiento uretral. La orina, salvo un ligero enturbamiento por la presencia de pequeña cantidad de moco, era normal. El examen químico y microscópico no reveló

**Parte científica del Acta de la sesión del día 9 de enero de 1907.****DISCUSIÓN DEL TRABAJO DEL DR. HURTADO.—DISCUSIÓN SOBRE EL TRABAJO DEL DR. LICÉAGA.**

El *Dr. Hurtado*, de turno para su lectura de reglamento, leyó una memoria intitulada: «Considerandos sobre los fibromas uterinos y presentación de la estadística personal del autor, la que comprende 14 casos operados en el bienio de 1905-1906.»

Este trabajo dió lugar á la siguiente discusión:

Al *Dr. Manuell* le pareció oír en el trabajo del *Dr. Hurtado*, que algunas de las enfermas raquicocainizadas no experimentaban ningún dolor; pero sí sentían cuándo se hacían tracciones durante la operación en el peritoneo. Ahora bien, como en este órgano no hay corpúsculos del tacto, se le dificulta comprender que las enfermas hayan experimentado alguna sensación de naturaleza táctil.

El *Dr. Hurtado* dice que este asunto le viene preocupando desde hace tiempo y sería de desear que las personas competentes en estos asuntos, por ejemplo, el *Dr. Vergara Lope*, procuraran dilucidarlos. Apela al testimonio de los *Dres. Godoy Alvarez y Prieto* para que digan si cuando se atraen al exterior los tumores del vientre en las enfermas raquicocainizadas, éstas dan ó no señales de sensibilidad y no de dolor. Para darse alguna explicación de esto, recuerda que los neurólogos han estudiado la disociación de las diversas formas de sensibilidad, la que llega á su máximum en la siringomielia; pero no es exclusiva de ella; que esto lo explican anatómicamente por ser distintas las vías que en la médula siguen las diversas formas de la sensibilidad, y á este respecto cita al sabio *Ramón y Cajal* que ha dilucidado con exquisita precisión muchos de estos puntos. Ahora bien, las diversas formas de sensibilidad no sólo se disocian en los estados patológicos, sino también bajo la acción de ciertos venenos, y entre ellos la cocaína, que produce no sólo una disociación, sino por decirlo así, un desalojamiento de las sensibilidades. Cuando se hace la inyección intrarraquídea de cocaína, lo primero que se abole es el dolor, después viene la acción sobre la mo-

tilidad, y por último, sobre la sensibilidad táctil, la que generalmente persiste, aunque, con las mismas dosis, el tiempo que transcurre entre la abolición de estas funciones varía con los individuos. Para esclarecer el punto, el Dr. Prieto ha propuesto hacer raquicocainizaciones en los monos antropoides y por medio de pesos averiguar el estado de la sensibilidad. En cuanto á que no haya corpúsculos de tacto no es exacto; pues no sólo en la vulva existen de Meissner, de Krause y de Pacini, sino también en la vagina, y el Dr. Prieto en la tesis que presentó para su oposición á la cátedra de histología, señala la existencia de corpúsculos táctiles hasta en el ovario. Existen también en los ligamentos anchos, y por lo tanto, no es extraño que las enfermas raquicocainizadas sientan cuando se hacen tracciones en sus tumores al operarlas.

El *Dr. Manuell* no queda satisfecho con la contestación del Dr. Hurtado. El tacto es un sentido especial que tiene por órgano la piel y no se debe decir, si las enfermas raquicocainizadas experimentan alguna sensación cuando se hacen tracciones en su peritoneo, que dicha sensación sea de naturaleza táctil, de la que nos da á conocer la forma de los objetos. Además, es clásico que en el peritoneo no hay corpúsculos del tacto.

*Dr. Hurtado.*—Es verdad que el tacto es un sentido especial; pero no es en realidad exclusivo de la piel; muchos autores tienden á admitir que no es sino una forma un poco determinada de sensibilidad general; entre ésta y aquel no hay saltos sino que se ve una verdadera graduación. Los estudios de Golgi sobre el tendón rotuliano han comenzado á aclarar estos puntos. Se puede afirmar que el tacto no se limita á los lugares en que hay terminaciones especiales, sino que se manifiesta donde hay nervios sensitivos y los hay en el peritoneo; si éstos en sus extremidades no especializadas sufren una excitación, ésta es transmitida al cerebro y la paciente tiene la percepción de la excitación y por lo tanto siente.

*Dr. Manuell.*—A pesar de las explicaciones del Dr. Hurtado no queda convencido. Recuerda que la vista es el sentido especial para apreciar los colores, el oído para los sonidos y el tacto para la forma; que cada uno de ellos tiene órganos especiales para su ejer-

cicio y no lo es sin duda alguna el peritoneo para el tacto, pues es imposible que pueda apreciar la forma de los objetos.

*Dr. Hurtado.*—Es asunto de cultura de los individuos. La sensibilidad vaga se precisa en las personas cultas; en cambio, en las incultas es tan indefinida y poco intensa que entre la gente del pueblo es muy común no demuestren ninguna sensación cuando sufren heridas penetrantes de vientre y en las comisariás es habitual verlos en estos casos soportar las curaciones con inmensa indiferencia.

El *Sr. Dr. Licéaga* dió lectura á la segunda parte de su trabajo de turno referente á la tuberculosis y pidió fueran discutidas las ideas en él emitidas.

El *Dr. Hurtado* encuentra muy interesante y útil el trabajo. El asunto ha sido favorito del *Sr. Dr. Licéaga* que por su posición social ha hecho y puede aún hacer mucho en la lucha contra esta plaga. La estadística en que funda sus proposiciones es muy importante; pero hubiera sido de desear que no se refiriera sólo á la ciudad de México, sino que fuera comparativa con las de otros países. Por otra parte, las cifras que da no pueden ser consideradas como expresión exacta de la verdad; pues en nuestra Capital sucede que se toman á menudo por tuberculosos muchos enfermos que no lo están y á quienes, no pudiendo hacer un diagnóstico preciso, se les califica arbitrariamente de tuberculosos. Para tener una estadística exacta sería preciso que todos los enfermos fuesen muy bien estudiados desde los puntos de vista clínico y bacteriológico y hay que reconocer que esto es muy difícil, sobre todo para los médicos que ejercen en los barrios. A los médicos de los hospitales sí se podía exigir la ratificación de sus diagnósticos por el examen bacteriológico y las necropsias.

El *Dr. González Uruña* propone que pase la Memoria del *Dr. Licéaga* á la Sección de Higiene para que ésta dictamine sobre la manera más propia de llevar á la práctica las proposiciones que contiene y ese dictamen pueda servir de base para la discusión en la Academia.

El *Dr. Hurtado* no opina que deba pasar á la Sección de Higiene, sino ser discutidas todas las proposiciones en la Academia y después aquella sección organizar las conferencias de vulgarización.

*Dr. Licéaga.*—Es verdad que las cifras de la estadística pueden no ser completamente exactas; pero en globo sí lo son y esto es lo importante para que puedan servir de base á las proposiciones para la lucha antituberculosa. Las estadísticas del Consejo han sido hechas de la única manera posible, como en todo el mundo, y los errores que pueden deslizarse en ellas son idénticos á los que en todas se deslizan. No puso los cuadros comparativos que deseaba el Dr. Hurtado, porque no eran necesarios para el fin que se propone y porque las estadísticas de los otros países pueden ser consultadas en varias obras de todos conocidas. Siendo hechas las estadísticas de idéntica manera, los errores que pueden contener son de idéntica naturaleza; pero lo que importa no es la exactitud matemática sino el que las estadísticas puedan ser comparables entre sí y cada una dé una idea suficientemente aproximada para que sus cifras puedan servir de fundamento á conclusiones.

*Dr. Terrés.*—Los trámites que proponen los Dres. González Uruña y Hurtado no le parecen conducentes. Las proposiciones del Dr. Licéaga son bien definidas y seguramente toda la Academia las aceptará. Una vez aceptadas cree que el mejor medio de llevarlas á la práctica es que se autorice al mismo Dr. Licéaga para que él las realice del modo que juzgue más acertado. Es indudable que todos estarán dispuestos á dar conferencias.

El *Dr. González Uruña* opina como el Dr. Terrés; pero proponía que pasara á la Sección de Higiene la Mèmoría para que dicha sección diera forma al modo práctico de realizar las ideas.

El *Dr. Terrés* insiste en que no es necesario hacerlo de ese modo.

El *Dr. Licéaga* está conforme con lo sugerido por el Dr. Terrés y si la Academia le da su apoyo está dispuesto á organizar la lucha antituberculosa en el sentido que indica.

El *Dr. Hurtado* cree que sería bueno que se abriera un registro para que los socios que deseen dar conferencias se inscriban.

Siendo este asunto de organización, se consulta á la Academia si se aprueba la proposición del Dr. Terrés. Queda aprobada por unanimidad.

R. E. CICERO,  
Primer Secretario.

## ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

---

### Parte científica del Acta de la sesión del día 23 de enero de 1907.

---

El *Dr. Montaña* leyó su trabajo de reglamento relativo á un aparato de su invención llamado Endoftalmómetro y presentó á una persona con la pupila dilatada para que fuera examinada con su aparato por los señores académicos, lo que se hizo al terminar la sesión.

El *Dr. Cosío*, relator de la comisión para dictaminar sobre la memoria relativa al primer tema de concurso anual de 1905-1906, dió segunda lectura al dictamen que, puesto á discusión y votación, fué aprobado tanto en lo general como en lo particular sin dar lugar á aquella, no siendo, por consiguiente, otorgado el premio ni cantidad alguna á título de estímulo á la única memoria presentada.

---

### Dictamen sobre una Memoria presentada á concurso para optar el premio de \$500.

---

La Academia Nacional de Medicina de México sacó como primera cuestión á concurso para el año económico de 1905 á 1906 el siguiente tema: « Diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar. Medidas que conviene adoptar para impedir la propagación de la enfermedad »

Los que suscribimos, formando la mayoría de la comisión dictaminadora nombrada para juzgar la memoria sobre el tema propuesto y que viene firmada con el seudónimo de « Galeu, » hemos estudiado detenidamente dicho trabajo y emitimos el siguiente dictamen.

La memoria tiene el mismo título que la cuestión propuesta,

consta de 135 páginas manuscritas en papel de tamaño de pliego grande común. Trata las dos partes de la cuestión.

En la parte primera relativa al diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar se ocupa de la definición; del diagnóstico precoz por medio del examen físico comprendiendo la Inspección, la Palpación, la Percusión, la Auscultación y un signo subjetivo llamado «señal de Murat.» Trata en seguida del neumómetro y del espirómetro, aborda luego el diagnóstico precoz hecho según los síntomas que llama clásicos precoces, y estudia por separado la fiebre, la tos, la hemorragia, el estado de la digestión, la pérdida de peso, la fatiga, la anemia, la clorosis, el pulso, el sudor, el dolor, la piel, las membranas mucosas, las condiciones nerviosas, los síntomas oculares, la malaria, los riñones, la vejiga, el bazo y los síntomas intelectuales y morales.

Trata igualmente del diagnóstico precoz en los niños y por las pruebas de la tuberculina del extracto acuoso de bacilos tuberculosos, de la diazo-reacción, de la prueba que llama de la «Simiente humana,» de la albúmina en la orina, de la diazo-reacción de Michaeli, de la del cloruro y sulfato de sosa del Dr. Cabot, la de solución acuosa de Somatosa y la del yoduro de potasio. Menciona el diagnóstico por medio de los rayos X y el examen bacteriológico del esputo.

La segunda parte, en que se refiere á las medidas que conviene adoptar para impedir la propagación de la enfermedad, trata los siguientes puntos: alejar las causas predisponentes ya individuales, ya colectivas, hacer el diagnóstico precoz para evitar nuevos centros de contagio; aislamiento de las excreciones infectadas, desinfección de habitaciones y vestidos, precauciones sociales, relaciones sexuales, legislación, medidas prohibitivas; por último, la inmunización y la vacuna universal contra la enfermedad.

Aun cuando á primera vista parece estar desarrollado el asunto con buen método, en realidad no es así, porque confunde á veces bajo un mismo capítulo cosas totalmente distintas, mezcla en algunos lugares puntos de etiología que no son pertinentes. Menciona síntomas y signos de tuberculosis perfectamente avanzada y que

por lo mismo están fuera de lugar dado el enunciado de la cuestión que trata de resolver. No es completo en la enumeración y descripción de los distintos medios que pueden servir para diagnosticar la tuberculosis pulmonar incipiente. Insiste en detalles inútiles algunas veces y otras apenas menciona recursos de bastante valor. En la apreciación de los diferentes medios de diagnóstico declara patognómicos seis ó siete de ellos y más adelante habla de otro que dice ser el único patognómico.

Tiene la memoria bastantes errores y algunos de consideración. Acaso una parte de ellos pueden atribuirse al lenguaje empleado, el cual por tratarse seguramente de un extranjero tiene mala construcción en español y resulta á veces hasta incomprensible; sin embargo, en muchos lugares no hay duda para comprender bien lo que el autor quiere decir y comete realmente errores é inexactitudes. Por ejemplo, en la página 46 se lee lo siguiente: «La anemia de tuberculosis, explícate por la oclusión completa de la curva del canal torácico á su entrada á la vena subclavicular izquierda por nudillos tuberculosos. Se observa á menudo la cianosis de las extremidades.»

En la página 47 dice: «un pulso intermitente en un anémico es una indicación de tuberculosis.» En la 50 dice: «cuando se hallan (los sudores) son ciertas señales positivas de tuberculosis precoz.» En la 51: «Durante el sueño del tuberculoso la temperatura sube.» En la 53: «Las enfermedades del cutis que son tuberculosas son el herpes, *lupra* (no se sabe si quiere decir *lupus* ó *lepra*) la tuberculosis venucosa y el eritema nodosum.» En la misma página dice: «La tuberculosis pulmonar principia generalmente en las disposiciones glandulares ó los linfáticos de los aparatos respiratorios ó digestivos.» En la 54: «La enfermedad del pulmón es una extensión de un foco linfático ó glandular que se rompe y es conducida por la circulación venosa y depositada en el pulmón.» En la 56 se lee lo que sigue: «Durante la formación de los tubérculos hay más ó menos catarro particularmente de los alveolos y bronquitos que se extiende á la vejiga y otros órganos.» En la 57: «Cuando un sonido de fricción pleurítica se halla, es prácticamente tuberculoso

en su origen. Lo mismo refiere á una exudación sanguinaria de la bolsa pericárdica.» En la 58: «Una tos ligera con expectoración sangrienta le hará cuidarse, pues esto indica pleuresia tubercular. Si la supuración, males del corazón y de los riñones coexisten, es muy probable que haya tuberculosis.»

Creemos inútil señalar otros párrafos por el estilo.

En el curso de la memoria se notan contradicciones flagrantes.

La segunda parte de la memoria que se refiere á la manera de impedir la propagación de la enfermedad adolece como la primera de falta de método, de contradicciones, de inexactitudes, pero sobre todo, de omisiones; pues pasa por alto algunas medidas que son hasta vulgares.

Habríamos deseado conceder á la memoria suscrita por «Galeu,» el premio de \$500 á que aspira, tanto porque esto indicaría la bondad de tal memoria, cuanto para que desapareciera la mala impresión ya tradicional en la Academia de Medicina de que muy pocas, casi ninguna memoria presentada á concurso anual, resulta acreedora á premio; pero teniendo en cuenta el juicio que nos hemos formado del trabajo y por otra parte el lenguaje en que está escrito que la hace incomprensible en muchos puntos, tenemos la pena de proponer á la deliberación de la Academia Nacional de Medicina de México las siguientes proposiciones:

I. La memoria suscrita por «Galeu» no es acreedora al premio de \$500.

II. No es acreedora tampoco á remuneración alguna á título de estímulo.

III. No debe de publicarse en la «Gaceta Médica.»  
México, enero 16 de 1907.

DR. ORVAÑANOS.

DR. JOSÉ TERRÉS.

DR. T. NORIEGA.

DR. COSÍO.



**Dr. Leopoldo Río de la Loza.**

1807.—1876.

# GACETA MÉDICA DE MÉXICO

PERIODICO

DE LA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MEXICO.

---

AÑO DE 1907.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

---

**ACTA Núm. 1.—Sesión solemne del 1º de octubre de 1907.**

PRESIDENCIA DEL SR. DR. D. EDUARDO LICEAGA.

A las 6 y 15 minutos p. m. se abrió la Sesión y el Sr. Dr. Cicero, Secretario de la Academia, dió lectura á una carta suscrita por el señor Subsecretario de Instrucción Pública y Bellas Artes, Lic. Don Ezequiel A. Chávez, en la cual ruega al Sr. Dr. Licéaga en nombre del señor Secretario de Instrucción Pública y Bellas Artes, que si este alto funcionario no está presente en los momentos en que deba comenzar esta Sesión solemne, se sirva el referido Sr. Licéaga representarlo en tan importante acto y disculparle de no asistir cerca de la Academia.

A continuación el mismo Sr. Dr. Ricardo E. Cicero, dió lectura á un amplio y bien meditado informe relativo á los trabajos de esta Academia verificados en el año transcurrido de 1906 á 1907.

Acto continuo, el señor Presidente Don Eduardo Licéaga, pronunció un sobrio cuanto erudito discurso de clausura del año económico de 1906 á 1907.

El señor Secretario dió lectura al art. 17 del reglamento de esta Academia, según el cual el señor Vicepresidente de ella, Dr. Don José Terrés, pasa el año actual á ser Presidente, hecho que declaró solemnemente y puesto de pie el Sr. Dr. Licéaga.

Después el mismo señor Secretario dió lectura al art. 18 del reglamento, según el cual pasa á ser Primer Secretario el que esto subscribe.

Puesto nuevamente de pie el Sr. Dr. Licéaga declaró ser Primer Secretario de la Academia, el Dr. Antonio A. Loeza.

De acuerdo con el propio reglamento se procedió á efectuar la votación por escrutinio secreto para elegir los funcionarios que á continuación se expresan:

Vicepresidente. Fué electo el Sr. Dr. Don José Ramón Icaza por haber obtenido 18 votos y 1 el Sr. Dr. Licéaga, conforme con la frac. 1ª del art. 4º

Hecha la votación para elegir Segundo Secretario resultó como sigue: 17 votos el Sr. Dr. Ricardo E. Manuell, 1 el Sr. Dr. Hurtado y 1 el Sr. Dr. Prieto, por lo cual el señor Presidente con fundamento del art. 4º, frac. 1ª, declaró electo al Sr. Dr. Manuell.

Para Bibliotecario obtuvieron votos los Sres. Dres. José María Bandera, Jesús González Urueña y Francisco Hurtado, declarándose electo el Sr. Dr. Bandera por haber obtenido la mayoría de votos, conforme al mismo art. 4º

El puesto de Administrador se discernió por igual motivo al Sr. Dr. Manuel S. Soriano, habiendo obtenido votos para él, el Sr. Dr. Ignacio Prieto.

Procedióse para terminar á la elección de tres miembros propietarios de la comisión de estilo, para lo cual obtuvieron la mayoría de votos; para primer miembro, el Sr. Dr. Gregorio Mendizábal; para segundo, el Sr. Dr. Juan Peón del Valle; y para tercero, el Sr. Dr. José Ramos, habiéndoles declarado electos el señor Presidente.

El resultado de la elección para suplentes de los anteriores fué como sigue: primer miembro, Sr. Dr. Tomás Noriega; segundo, Sr. Dr. Porfirio Parra; y habiendo tenido igual número de votos los Sres. Dres. Cicero y González Urueña para tercer miembro, se hizo entre ellos nueva votación, quedando electo el Sr. Dr. Ricardo Cicero por haber obtenido la mayoría. Declarado esto por el mismo señor Presidente, se levantó la Sesión á la cual concurrieron los Sres. Dres. Bulman, Cicero, Díaz Lombardo, González Urueña, González Fabela, Hurtado, Licéaga, Manuell, Montaña, Monjarás, Núñez, Peón del Valle, Prieto, Saloma, Soriano, Terrés, Troconis, Val-

dés, Vértiz, Velázquez Uriarte, Villarreal y el Secretario que suscribe.

DR. LOAEZA.

Asistieron Delegados por las Sociedades científicas siguientes: Geografía y Estadística, Consejo Superior de Salubridad, Medicina Interna, Hospital Militar, Instituto Médico Nacional, Instituto Bacteriológico Nacional y el Sr. Dr. Don Rodolfo B. González, Delegado del Consejo Superior de Salubridad de la República del Salvador.

---

## ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

---

### RESEÑA DE LOS TRABAJOS EFECTUADOS EN EL AÑO SOCIAL 1906-1907.

SEÑOR MINISTRO:

SEÑOR PRESIDENTE:

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES:

En cumplimiento de una obligación que el reglamento me impone, vengo, al rendir la jornada del cargo de Secretario que la Academia se sirvió confiarme, á presentaros la reseña de lo que en su seno tuvo verificativo en el año social que hoy termina.

Gran satisfacción es para mí cumplir con este deber, por haberme cabido en suerte ocupar el puesto que hoy dejo, en un año de activa laboriosidad y en que ninguna nube vino á empañar la buena armonía que existe entre todos los miembros de la Academia.

En 43 sesiones reglamentarias se efectuaron las labores y la asistencia media fué de 21 socios. El número de memorias presentadas ascendió á 58, siendo de ellas 52 reglamentarias y 6 extraordinarias. Se hicieron 24 comunicaciones sobre diversos temas científicos interesantes. 6 de las memorias y 10 de las comunicaciones fueron acompañadas de la presentación de los pacientes respectivos. Una memoria lo fué con una radiografía; tres y una comunicación con

**Parte científica del Acta de la sesión del día 30 de enero de 1907.**

La Secretaría dió lectura al trabajo del socio correspondiente en Nueva York, Dr. J. Mount Bleyer, traducido al español por el Dr. Jesús Chico, de Guanajuato.

R. E. CICERO.

**Parte científica del Acta de la sesión del día 6 de febrero de 1907.****DISCUSIÓN DE LOS TRABAJOS DE LOS DRES. CICERO Y GODOY ALVAREZ.**

El suscrito dió lectura á su trabajo de turno, titulado: «Algo sobre las corrientes de alta tensión y alta frecuencia en dermatología.»

*Dr. González Uruña.* Sorprende verdaderamente que el trabajo del Dr. Cicero tenga entre nosotros el carácter de una verdadera revelación; pues este medio, entre nosotros casi desconocido, es puesto en práctica con mucha frecuencia en Europa en los servicios dermatológicos. Brocq muy particularmente es muy entusiasta por este género de tratamiento en las enfermedades pruriginosas; pero no es el único que en el hospital St. Louis, de París, tiene servicio electroterápico. Gaston es otro de los dermatólogos más partidarios de las corrientes de alta frecuencia. Aquí en México es muy importante este asunto porque existe con gran frecuencia una enfermedad muy pruriginosa, que en París es bastante rara, á saber: el prurigo de Hebra. El lupus eritematoso es otra afección también frecuente entre nosotros, crónica y rebelde á todos los tratamientos y en la que también se han obtenido algunos resultados favorables en Europa con la alta frecuencia. La acción de éstas parece ser general sobre el organismo y no se limita su aplicación á las dermatosis sino en general á todos los padecimientos dependientes de ese estado general llamado artritis. El Dr. Bonnefoy, en la obra que ha mencionado el Dr. Cicero, relata á este respecto casos muy interesantes. En suma, el recurso es muy importante y sería de desearse se propagara y difundiera con provecho para los enfermos y la enseñanza.

*Dr. Hurtado.* Apoya la argumentación del Dr. González Urueña y encuentra que es de sentirse que en la Escuela de Medicina no se haya establecido aún la clase de Terapéutica experimental en la que uno de los asuntos de estudio de más interés sería éste de las corrientes de alta frecuencia. Acentúa que los asuntos relativos á electricidad son poco conocidos de los médicos, en México, que los ven en general con desconfianza por estar en manos de charlatanes, no habiendo en realidad más que un médico que haya hecho de ellos una verdadera especialidad, el Dr. Jofre, que desgraciadamente no ha publicado los resultados de su vasta experiencia, sucediendo otro tanto con el Dr. O'Farrill, de Puebla. Que es de esperarse que los médicos que recientemente han comenzado á dedicarse á ellos hagan comunicaciones de sus resultados, como lo ha hecho en su trabajo el Dr. Cicero á quien aconseja perseverar en esa vía. Dice que la alta frecuencia es empleada sobre todo en Viena con muy buen éxito. Refiriéndose á los rayos X, que incidentalmente se tocan en el trabajo á discusión, refiere un caso clínico de su práctica en el que cree están indicados. En dicha enferma que ha hecho ver al Dr. Terrés creía pudiera tratarse de cáncer hepático y tiene detalles bastante curiosos como son el de que en una semana se vió aumentar considerablemente el bazo que antes no estaba interesado. El Dr. Terrés le ha dicho haber observado varios casos del crecimiento rápido del bazo y él mismo recuerda hace muchos años, en la Maternidad, haber visto que esta víscera se reducía considerablemente en los niños cloroformados para recobrar después su volumen primitivo. En su enferma hay síntomas del síndrome de Banti, y como en la esposa de un profesor de la Escuela se vió una mejoría muy acentuada, aunque temporal, pues al fin sucumbió á los progresos de la enfermedad, se propone hacer uso en la suya de los rayos X.

El *Dr. Godoy Alvarez* leyó á continuación su trabajo de turno, intitulado: «Diagnóstico precoz de la tuberculosis é indicaciones operatorias.»

*Dr. Hurtado.* Sabía que el Dr. Godoy iba á presentar ahora su memoria y deseaba fuera discutida ampliamente; pero como el tema es muy vasto, propone á la Presidencia quede á la orden del día para ser discutida con toda la extensión que requiere. Va á tocar

ahora sólo algunos puntos. El Dr. Godoy concede un lugar preferente al estudio de la fisiología patológica de la gran serosa abdominal con mucha razón. Las investigaciones recientes han demostrado que si se abre el vientre de un animal y se excita su peritoneo, éste reacciona mucho menos que cualquiera otra serosa. La innervación del peritoneo es otro asunto de gran interés. A este respecto se ha observado que el de los solípedos es muy sensible, que viene en segundo lugar el del hombre y que el de los perros es muy poco sensible, no siéndolo nada ó casi nada el de las ranas, como consta á todos los que en los laboratorios han manejado estos animales. Hay, además, gran diferencia entre la reacción del peritoneo parietal y la del visceral; éste es mucho más irritable y lo demuestran, por ejemplo, las frecuentes alteraciones de la cápsula de Glisson, que se encuentran en las necropsias. El Dr. Godoy toca el punto de la sensibilidad del peritoneo en las enfermas raqui-cocainizadas de que el opinante se ocupó en sesiones anteriores y se complace en ver confirmadas sus afirmaciones. Recuerda que rectificó que no se trataba de sensibilidad táctil sino de una sensación especial y que el Dr. Bandera, Profesor de Fisiología, le ha dicho que la innervación profunda del peritoneo está siendo estudiada actualmente con interés y que el opinante tiene en parte razón. Como este punto le interesa, lo está estudiando muy especialmente, y antes de abandonarlo por ahora hace constar que en el mesenterio hay corpúsculos de Paccioni. El estudio de fisiología patológica está muy bien hecho en la memoria del Dr. Godoy. El peritoneo es, en efecto, bastante tolerante, dependiendo esta tolerancia en parte de la virulencia de los gérmenes. Conocidos son los casos en que los enfermos han podido tolerar 4 ó 5 litros de pus en el peritoneo sin reaccionar. Desde que se usa la asepsia, las peritonitis post-operatorias son excepcionales. En sus enfermas tiene la costumbre de investigar el estado del pulso y de la temperatura desde 8 días antes de la operación, y esto le ha permitido observar que desde que no hace uso de la cloroformización, las consecuencias operatorias son más favorables, razón por la cual es cada día más partidario de la raquicocainización, no dando cloroformo sino cuando las enfermas sienten verdadero dolor y no sólo la sensación de estiramiento cuando se maniobra en ese sentido

en su peritoneo. La clasificación que hace el Dr. Godoy de las peritonitis le parece algo estrecha; pues el campo de la cirugía se ensancha en ellas constantemente. Recuerda un caso de piosalpinx, de naturaleza neumobacilar, en que la extirpación completa de las trompas y los ovarios determinó el restablecimiento de la enferma. Las peritonitis sobreagudas son las que ponen en más aprietos á los médicos para ponerse de acuerdo. Siente no ver consignados en el trabajo del Dr. Godoy la gangrena de los órganos abdominales y las trombosis.

*Dr. Manuell.* Sólo dos puntos tocará del trabajo del Dr. Godoy. El primero es relativo á la clasificación en que se habla de peritonitis de orden exclusivamente médico y exclusivamente quirúrgico, mencionando entre las primeras las de origen neumocócico, siendo así que el neumococcus es capaz de producir pus y por consiguiente peritonitis de orden quirúrgico. Tampoco encuentra bien colocadas en el primer grupo las gripales, pues aun cuando el microbio todavía no bien determinado de esta infección no produce supuraciones, sí prepara el terreno muy favorablemente para infecciones secundarias que pueden obligar á la cirugía á intervenir. El otro punto que desea tocar es de lenguaje; pues no le parece bien el término de peritonitis gonorreica, que estaría mejor reemplazado por el de gonocócica por ser el de gonococcus el causante de ellas, determinando en general formaciones fibrosas como en todas las serosas que ataca.

*Dr. Godoy.* No tiene inconveniente en cambiar el epíteto de gonorreicas por el de gonocócicas; pero en cuanto á la clasificación de las peritonitis neumocócicas entre las médicas, la basa en que nunca ha visto personalmente ni mencionado en las publicaciones que en el asunto se ocupan que peritonitis de dicha naturaleza hayan podido dar lugar á intervenciones quirúrgicas.

R. E. CICERO,

Secretario 1º