

## CLINICA INTERNA.

---

### Auto-observación de una serie de afecciones cardiacas.

---

El trabajo que tengo la honra de presentar á mis ilustrados colegas en esta sesión, se refiere á una serie de padecimientos que he tenido en un período de poco más de un año, todos tal vez determinados por causas ocultas, pero de una muy probable identidad.

Mis antecedentes patológicos, que creo debo mencionar, han sido los siguientes: una pleuroneumonía con derrame probablemente seroso en el lado izquierdo, causada por una mojada estando el cuerpo sudando; absorbido el derrame, se adherieron las hojas serosas parietal y pulmonar, por cuya circunstancia el pulmón se extiende hasta cubrir el corazón, ocultando por esa parte los latidos de éste, que se sienten perfectamente en el epigastrio, indicando, como muy probable, que hay también adherencia con el lado izquierdo del pericardio, con desviación de la punta hacia el centro y sobre el diafragma. Dos años después hubo una neumonía, también del lado izquierdo, de siete días de duración, comenzando la enfermedad con una aguda punzada en el oído izquierdo (1). En 1861 hubo una de las grandes epidemias de tabardillo que se han presentado en México, y entonces padecí, después de una mojada, una gravísima enterocolitis disenteriforme con estado tifoideo, y es de llamar la atención sobre el particular, que no obstante haber asistido gran número de tifoideos durante mi largo ejercicio de la profesión (45 años) y que ha habido casos de tifo en mi familia, jamás he padecido esta fiebre. ¿Esa enterocolitis no podría ser considerada como un tifo larvado, tal como lo refiere Graves en su clínica y cuya historia cuenta Mr. Jaccoud en una nota, consignando el desem-

---

(1) En mi práctica he visto tres enfermos neumónicos, que han tenido punzadas en uno de los oídos al principio de la enfermedad.

barque, en un puerto, de marinos enfermos de una enteritis disenteriforme que dió lugar, se supone, á un contagio que determinó, no en la forma de disentería, sino en la de tifo característico, una epidemia en los habitantes del puerto que estaban bajo circunstancias más favorables que los tripulantes, que habían sufrido grandes penurias en larga travesía? Continuando mis antecedentes, mencionaré una colecistitis, que determinó una hepatitis circunscrita á la región de la vesícula y dejó un endurecimiento limitado, también que subsiste. Algún tiempo después padecí una severísima infección, manifestada por un gran crecimiento del bazo (casi llegaba hasta la fosa iliaca), dolor muy intenso en la región y en el hueco supraclavicular izquierdo, que se exacerbaba oprimiendo en este lugar con la punta del dedo. El dolor esplénico no permitía mudar de postura, haciendo permanente el decúbito dorsal, y calentura de  $38^{\circ}$  á  $39^{\circ}$  y sudores profusos, que empapaban la almohada y el colchón.

En 1875 estuve dos meses en Tulancingo, y tres semanas antes de salir de la población comencé á tener diariamente un acceso de dispnea, después de comer, que duraba de cinco á diez minutos. Posteriormente, por temporadas más ó menos lejanas, sufría esa dispnea en la mañana, al levantarme de la cama y al andar, que desaparecía cuando venía una amplia inspiración. Raras veces he tenido coriza y jamás ha durado más de un día, pero siempre el catarro ha bajado á la tráquea y á los gruesos bronquios. Siempre que ha habido esas epidemias de catarros del pecho, que antes de la invasión de la gripa duraba en cada enfermo á lo más siete días y que se les designaban con el nombre de algún acontecimiento ó de alguna moda, etc., cuando los he padecido, han tenido en mí mayor duración. Fuí uno de los primeros afectados en aquella grande epidemia de gripa; pero es de notar que entonces mi bronquitis específica fué pasajera y duró á lo más dos días, predominando los signos de depresión nerviosa, dolores intensos en las regiones lombar y posterior del tórax, y la convalecencia fué prolongada.

En los últimos días de Diciembre de 1905 comencé á tener cóscuilleo en la laringe, dolor con ardor en la tráquea y tos se-

ca; al segundo día de la enfermedad los accesos de tos fueron frecuentes, con carácter coqueluchoide y difícil expectoración de moco blanco. En todo el tiempo de la enfermedad nunca pude acostarme del lado derecho, porque aumentaba la tos, que me fatigaba mucho. Solamente dos días tuve calentura de  $38^{\circ}$  á  $39^{\circ}$ ; pero sí había sudores, á pesar de sentir el frío de la estación. Desde el principio de la afección sobrevenía una gran aceleración de los latidos del corazón, verdadera taquicardia, llegando á haber de 140 á 160 pulsaciones; por lo regular esta violencia comenzaba con el acceso de tos y duraba un poco más de un cuarto de hora, ocasionándome angustia y opresión en el pecho: en ocasiones la taquicardia se establecía por algún tiempo, aunque no coincidiera su principio con la tos. El Sr. Dr. D. José Saloma, que tuvo la bondad de asistirme, porque no pudo hacerlo el Sr. Dr. Villagrán, que me ha curado en otras enfermedades, me dijo: que tenía una bronquitis generalizada, siendo de mayor importancia en el lado izquierdo; no me indicó que hubiera percibido signos de lesión orgánica del corazón. Poco más ó menos al mes del principio de la enfermedad aparecieron edemas considerables en los pies y piernas. Se hicieron tres análisis de la orina y no hubo albúmina, y respecto de los cloruros, no se encontró disminución de ellos. En el esputo no hubo bacilos característicos de la gripa.

En los meses de Julio y Agosto de 1906 padecí un catarro gastro-duodenal, que me debilitó mucho, por la necesidad de mantener una dieta láctea; cuando pasaban tres horas del alimento venían vómitos acres y amargos, amarillos y copiosos; me alivié luego que me abstuve de tomar leche, alimentándome con atole de maíz.

En los primeros días de Diciembre de ese año comenzó otra bronquitis, que no fué de grande importancia; sin embargo, diariamente, al salir del Hospital General, después del ejercicio que tenía que hacer recorriendo los pabellones de Medicina, por motivo de ser Jefe del Departamento, se me cianosaban las manos y los labios. Me encontraba ya casi bueno el último día del año y asistí en la noche á la capilla de San Rafael, en donde había calor y aire confinado por la aglomeración de gente, y allí mismo, sin sufrir enfriamiento, sentí ardor y carraspea en la laringe y en el pecho, y desde luego empezó la tos, que

fué exacerbándose, hasta tomar el siguiente día el carácter de los accesos de tos ferina, y siendo difícil la expectoración; hubo dos días calentura de 39°. Poco tiempo después, el 6 ó el 7 de Enero de este año, comenzaron á hincharse los pies; progresando los edemas llegaron á los lomos, el escroto y los párpados; la fatiga era grande y los movimientos aumentaban la dispnea; cuatro ó cinco veces en el día y repetidas en la noche, se aceleraban las pulsaciones, llegando en algunos accesos de taquicardia á ser difíciles de contar los latidos, pues pasaban de 150 por minuto; en cada uno de esos accesos sufría grande angustia, y para terminar se hacía intermitente el pulso, latiendo el corazón tres, cuatro ó cinco veces muy seguido, suspendiéndose las pulsaciones tres ó cuatro segundos, hasta que se regularizaban, y entonces sentía un alivio considerable de la angustia que me venía cuando se aceleraba el pulso.

En la enfermedad del principio de 1906, de menos entidad, pero semejante en sus caracteres á la de fines de ese año y principios de éste, mis apreciables compañeros y amigos los Dres. Saloma y González Fabela me aconsejaron que fuera á pasar el resto del invierno á tierra caliente; pero por dificultades que hubo no pude cambiar entonces de clima. En este año, en vista de que mi enfermedad iba de mal en peor, me trasladé á Yautepec el día 19 de Enero. El cambio, contra lo que se esperaba, no fué favorable más que para disminuir la tos; pero los demás accidentes de la enfermedad empeoraron; aumentaron mucho los edemas, los accesos de taquicardia fueron más aproximados unos de otros y más prolongados, mucho mayor la angustia, sobre todo cuando la arritmia, que también duraba más de diez minutos, hacía suspender por segundos los latidos del corazón. En los análisis que se hicieron de la orina nunca hubo ni siquiera vestigios de albúmina, los cloruros eran normales, pero sí era notable, sobre todo las últimas veces, la disminución de la urea.

Cuando me alivié del primer ataque de la enfermedad al principio de 1906, me aseguraron los Sres. Saloma y González Fabela que no había lesión orgánica del corazón; no sé si no quisieron mis apreciables amigos y compañeros alarmarme; sea lo que fuere, lo cierto es que cuando pude hacerlo me ausculté con el fonendoscopio con cuidado y detenidamente y no percibí soplo en ninguno de los orificios del corazón. En Yautepec le

Sr. Dr. A. Falcón dijo á una persona que había oído soplo en el foco mitral; pero posteriormente, cuando se reunió con el Sr. Dr. Villagrán, que una vez me hizo el favor de ir á verme, ni él ni este señor percibieron ruido anormal en ninguna parte.

No obstante, lo cierto, ó dudoso, de lo indicado en el párrafo anterior, lo que era positivo entonces fué que había considerable asistolia, de mucha mayor gravedad que la que hubo en el principio de 1906. ¿Esta asistolia dependió de una debilidad ó de una degeneración del miocardio? Creo que era por debilidad, porque después el corazón ha recobrado mucho de su fuerza, lo que no se habría conseguido si se hubiera tratado de una degeneración extensa de las fibras musculares, ó se habría necesitado de mayor tiempo para que los hacecillos sanos se hipertrofiaran y suplieran á los que se hubieran inutilizado por la degeneración.

Habiendo sido sin duda asistolia, se recurrió primero á la digital, que no dió resultado, pues sobrevinieron pronto los signos de acumulación, sin obtener notoria mejoría en los de la adinamia del corazón; tampoco fué satisfactoria la administración de la cafeína, ni la del estrofantus; el yoduro de sodio, apesar de que lo tomé en pequeña cantidad, produjo el primer día catarro intenso en la nariz y en la faringe y dolor en el seno frontal. Se recurrió entonces á los bromuros de sodio y de amonio y á la valeriana, y pronto comenzaron los molestísimos signos de angustia y taquicardia á ser menos manifiestos en su intensidad y frecuencia; vino el sueño y éste fué muy satisfactorio para recobrar algo de las fuerzas y levantar mi moral y permitir descansos considerables en los sufrimientos, pues dormía en las noches y muchas horas en el día. Sin embargo de esta mejoría en el elemento nervioso de mi enfermedad, los edemas no disminuyeron y más bien puede decirse que aumentaban, sin que dejara de tomar lactosa con la leche y bebidas diuréticas.

Para hacer más molesta mi situación, sobrevino una nueva afección del estómago: accesos de gastralgía, vómitos de materia biliosa y acre y una absoluta anorexia. La leche era insupportable, en los primeros tragos venía la náusea, y si insistía en tomarla, la devolvía; por lo que me ví obligado á tomar atole frío, que lo recibía sin repugnancia y además determinó una

diuresis que hizo disminuir un poco los edemas. Generalmente al principio de la noche el dolor del estómago era muy intenso y agudo y se irradiaba hacia la espalda, por lo cual fué necesario recurrir á la inyección de un centigramo de clorhidrato de morfina cada noche, produciendo en lugar de sueño insomnio; pero el dolor cesaba y podía gozar de tranquilidad. Ya en otra ocasión en que padecí una sciática, la morfina administrada hipodérmicamente me quitó el sueño toda una noche, pero por fortuna entonces desapareció completamente la neuralgia con una sola inyección. Como en esta temporada no ha dejado de venir el dolor del estómago al fin de la tarde, no ocurría al medicamento sino hasta que el sufrimiento se hacía insoportable, para no adquirir la costumbre. Por fortuna, jamás ha habido necesidad de aumentar la dosis de morfina, pues á los 4 ó 5 minutos cesa completamente el dolor.

El 19 de Marzo el dolor fué molestísimo desde las 9 de la mañana, y por temor de acostumbrarme á la morfina soporté el mal con la intención de reservar el medicamento para la noche; en la tarde el dolor desapareció espontáneamente y llegada la noche no apareció, pero comencé á tener unos eructos repetidas ocasiones, teniendo el gas que expelía el sabor de hígado de ternera, lo que me causaba náusea; á las 9<sup>1</sup>/<sub>2</sub> p. m. vino un vómito de cerca de un pozuelo de sangre descompuesta, como asientos de café, con ese mismo sabor de hígado; hubo poco después otros dos vómitos del mismo aspecto que el primero; después fueron de sangre roja, repitiéndose cuatro veces; dos horas y media después del último vómito llamó el vientre é hice una deposición melánica y otras dos veces fueron las evacuaciones de sangre pura. Calculo que la pérdida de este líquido, tanto por arriba como por abajo, fué en junto de cerca de un litro. En esta noche no hubo dolor y pude dormir algunas horas. Es inútil decir que la dieta fué absoluta dos días, y después se me prescribió una cucharada de leche cada dos horas. Cuando se fué aumentando después el alimento, volvía el dolor lo mismo que antes.

Aunque por mi edad y la propensión á padecer las bronquitis, pudiera pensarse que soy enfisematoso, en mi concepto no es positivo que lo sea, puesto que cesando esos catarros bronquiales, cesa la tos completamente, lo que no sucede en la enfisema, pues los afectados de ésta nunca dejan de toser.

¿Es positivo que no hay lesión en alguno de los orificios del corazón? ¿Me habré engañado al auscultarme yo mismo? Mis estimados amigos las Dres. Mejía y Villagrán afirman que no han percibido soplo, ni ruido anormal en ninguno de los llamados focos de auscultación, referentes á los orificios del corazón. Por debilidad del miocardio puede sobrevenir taquicardia, pero por degeneración creo que nó. Pero todos los signos de la evidente asistolia que he padecido, el desenfreno del corazón y los traspíes después de la carrera, ¿de qué han provenido?

✓ Estamos todos conformes con saber explicar y poder entender la marcha de las enfermedades de la noble entraña y los síntomas correspondientes á cada una de ellas; ¿pero nos atreveremos á decir que conocemos las afecciones relativas á su inervación? De algunas seguramente podremos decir que sí, pero no de todas. En el antagonismo que hay entre los efectos de la inervación del corazón, dependientes unos del neumogástrico y otros del gran simpático, hay, se puede decir, semejanza con las fuerzas centrípeta y centrífuga en el sistema solar, pues siendo absolutamente contrarios los efectos de la primera y los de la segunda, resulta que obrando simultáneamente una y otra se obtiene una continua y admirable regularidad en los movimientos del sistema y, además, se asegura indefinidamente, mientras se mantenga el equilibrio en la actividad de ambas fuerzas, la sucesión indefectible de los fenómenos que caracterizan, tanto en la tierra como en los demás planetas, las estaciones correspondientes á cada uno de ellos. Así obran las fuerzas contrarias en el corazón; una que acelera y otra que retarda el movimiento: pero por la acción simultánea de ambas, se obtiene la admirable regularidad de los movimientos del corazón, indispensable para la distribución, en todas las partes del cuerpo, de la sangre que nutre á los órganos, al mismo tiempo que la corriente de la sangre negra y de la linfa lleva al centro circulatorio el flúido que necesita regenerarse. Se sabe que suspendiendo la acción del primero, el gran simpático, obrando por sí solo determina la aceleración de los movimientos del corazón, y lo contrario si se suprime ó suspende la influencia de este gran sistema nervioso ganglionar, el neumogástrico retarda los latidos: pero aunque los puntos de partida de las corrientes nerviosas del neumogástrico y del gran simpático se encuentran en la mé-

dula espinal en los lugares en donde nacen las raíces de ambos, parece que el Autor de la Naturaleza no quiso que el corazón, que durante toda la vida tiene que funcionar incesantemente, estuviese en peligro, cada vez que se altera la influencia de alguno de los sistemas nerviosos antagonistas, tan susceptibles de sufrir afecciones funcionales por padecimientos de alguno de tantos órganos como son los que están sometidos á la inervación de esos sistemas ganglionares nerviosos, y para evitar que el corazón sufriera trastornos de graves consecuencias en sus funciones, le dotó con lo que pudiera suplir á aquellos nervios cuando alguno de ellos dejara de influir favorablemente sobre la entraña, de un pequeño sistema ganglionar nervioso, que se encuentra en la base del corazón, entre las aurículas y los ventrículos, que tiene tanta importancia en la independencia de su modo de obrar, cuanto que tiene poder para conservar en la entraña signos de vitalidad por algún tiempo, después de separarla de la cavidad del pecho. Entre los ganglios de este sistema son notables tres: el de Remac y el de Bidder, situados en la embocadura de la vena cava inferior el primero y en el tabique aurículo ventricular el segundo, ambos son excitadores de los latidos; el tercero, cuyo funcionamiento modera la acción de aquéllos, es el de Ludwig, colocado en el tabique interauricular. La situación de este ganglio en el tabique interauricular explica, en mi concepto, la influencia que tiene el hacecillo muscular que describió M. His, que se continúa desde la aurícula derecha, sigue por el *septum* interventricular hasta llegar á los músculos papilares de los ventrículos, hacecillo que mantiene, si se conserva en la experiencia de separar las aurículas de los ventrículos, los movimientos de las partes seccionadas, con la regularidad con que se sucedían antes de la separación; tal vez por esas banditas musculares corre influencia nerviosa partida de aquel ganglio nervioso.

Sin embargo de aquellas circunstancias favorables para que subsistan influencias vitales que mantengan una regularidad normal en los incesantes movimientos, durante la vida, en el órgano que jamás descansa, siempre es de tener presente que las principales fuentes de corrientes benéficas y saludables para el fin á que está destinado el corazón, están en la médula espinal, en los puntos en donde nacen las raíces del pneumo-

gástrico y las del gran simpático. Pero todavía hay factores que influyen sobre la actividad mayor ó menor del corazón. Ludwig, Cyon y Thiry, observando que la excitación de la médula separada del cerebro, obra sobre la presión de la sangre, aunque se destruyan todos los nervios cardiacos que ligan al corazón con la médula, concluyen esos observadores que la acción de ésta de ninguna manera se ejerce sobre el mismo corazón, sino más bien sobre el sistema circulatorio periférico, y que esa acción sobre este sistema obra principalmente sobre la vascularización de las vísceras abdominales, por el intermedio de los *nervios espláncnicos*, y cuando éstos se dividen se obtienen efectos semejantes á los que resultan de la sección de la médula entre el occipital y el atlas, y excitando los extremos periféricos de aquellos nervios divididos, se obtienen efectos semejantes á los que produce la excitación del segmento posterior de la médula. A lo anterior agrega Matías Duval, que en el estado patológico, las variaciones del pulso dan datos precisos sobre el estado de la inervación del corazón; pero que la frecuencia de las pulsaciones nada enseña respecto del estado de la circulación propiamente dicha; así es que puede latir violentamente sin que la circulación sea muy activa, si en cada contracción el corazón lanza menos sangre que la que debe impulsar normalmente: en la agonía puede ser muy rápido el pulso, siendo, sin embargo, la circulación muy lánguida.

Es positivo que hay lesiones orgánicas del corazón que no se dan á conocer en clínica por los signos de soplos ó ruidos anormales; pero no se debe olvidar que siguiendo la observación de cardiacos en asistolia que no revelan por la auscultación lo propio de su lesión orgánica, en cada uno de esa clase excepcional de enfermos se llega por fin en alguna vez á percibir el soplo, ya sea porque oportunamente se ausculte al paciente inmediatamente después de ejercicios musculares que hacen palpar con mayor vigor el corazón, ó por efecto de la acción de medicamentos tónicos para la entraña como la digital, la caféina, la esparteína, no siendo raro que desde entonces deje de ser frustra la semeiología. Si es cierto, como no dudo que lo sea, lo que afirmaron los médicos que me han hecho el favor de observarme, que no han percibido ningún soplo en mi corazón, entonces es de considerar que es de necesidad en casos como el pre-

sente buscar otras causas de asistolia diversas de las propias de las lesiones de los orificios ó de sus válvulas, puesto que respecto de mí sobraron los accidentes que determinaron la revelación de los signos de auscultación, puesto que los frecuentes accesos de tos, la medicación que se siguió, etc., fué más que suficiente para reforzar las contracciones cardiacas. Ya dije respecto de la degeneración del miocardio, lo que pienso sobre la imposibilidad ó por lo menos la muy grande dificultad que hay en esta circunstancia de remediar la asistolia para conseguir una compensación, resultado en otras circunstancias de una pronta y favorable hipertrofia de muchas fibras sanas que suple á las degeneradas; pero aun así, la gravedad es constante por tiempo indefinido, subsistiendo el peligro de que una afección interesante ó cualquier otro motivo debilite el proceso de regeneración, y en mí, como lo he indicado, ha habido mucho que basta para debilitar más y más el miocardio y, sin embargo, la asistolia no ha proseguido, y no padezco, por ahora, fuera de los edemas que subsisten en la parte superior de las piernas, ni fatiga ni debilidad en el corazón. Así es que, si no es una ilusión favorable para mi estado de ánimo, que no haya lesión irreparable en mi corazón, no obstante, no estoy tranquilo en cuanto al fin fatal de la afección, cualquiera que sea, si de nuevo vuelvo á estar bajo la influencia de causas que juntas con el frío, que indudablemente es un factor importante, han causado mis dos enfermedades semejantes en semeiología, pero mucho más grave la segunda que la primera.

Lo que ha sido notable en las dos ocasiones en que he estado con asistolia, ha sido: el desenfreno del corazón, que revela, en mi concepto, ó que el neumogástrico, por afección propia no definida, ha funcionado débilmente, preponderando, por tanto, la influencia del gran simpático, ó que los demás nervios á que antes he hecho referencia, comprendiendo los ganglios propios de la entraña, han padecido.

No siendo posible en el caso decidir qué sea lo cierto, por no haber comprobación positiva, me inclino no obstante á creer en una afección del neumogástrico por todo lo que se refiere á los antecedentes que he consignado.

Desde tiempo muy atrás al año de 1906 he tenido en temporadas dispnea algunas mañanas; notables fueron los accesos

cuotidianos de fatiga, de ansia que sufría en Tulancingo después de la comida; pero lo que es muy notable y especial en las dos veces en las cuales ha habido una importante gravedad, que al estado de asistolia en ambas ocasiones ha precedido una bronquitis generalizada, caracterizada por tos intensa, convulsiva, coqueluchoide, modificándose á este respecto favorablemente luego que han preponderado los signos cardiacos. No es de olvidar que el estómago de tiempo atrás ha sido demasiado susceptible, tanto que por cualquiera motivo, por insignificante que sea, se inflama, y muchas veces sucede esto sin causa aparente, y el catarro que resulta, casi siempre se manifiesta con leucorrea abundante y dolores intensos: además, al desaparecer en este año los sufrimientos de la asistolia, luego comenzó la gastralgía, la grande inapetencia y, por último, ha habido la hemorragia, resultado casi indudable de una úlcera del estómago. ¿Todo lo que ha sobrevenido en el curso de la serie de afecciones, tanto las de este año como las de los anteriores, depende de alteración funcional, pero no permanente, del neumogástrico? La misma úlcera puede ser considerada como una manifestación de una neurosis, admitiendo lo que Gilles de la Tourette ha demostrado con hechos comprobados y numerosos, y es: que muchas úlceras del estómago son resultado de crisis nerviosas, determinadas por afecciones morales en personas hísticas, durante las cuales se hiperemia intensamente la mucosa del estómago, tanto que se producen erosiones, principio alguna de ellas de la úlcera. Sabido es que personas sanas de nervios, se enferman ó del estómago ó del intestino ó del hígado, después de padecer una afección moral intensa.

Para terminar, recordaré que la pleuresía que padecí en la infancia y que deformó notablemente mi tórax, fué del lado izquierdo, y algunos fisiologistas creen que el neumogástrico de este lado es el más importante para las funciones del corazón, y quién sabe si aquella pleuroneumonía imprimió una susceptibilidad notable al neumogástrico en mi individuo? Los hilos nerviosos del nervio neumogástrico se reparten en el corazón, en el pulmón y en el estómago, y del pulmón y del estómago y del corazón he padecido muchas veces durante gran parte de mi vida. No debo dejar desapercibida la circunstancia de que

los bromuros y los antiespasmódicos aliviaron notablemente la taquicardia y la angustia, cuando se prescribieron, después de haber fallado la medicación tonicardiaca.

México, Julio 17 de 1907.

Póstuma al Dr. José Olvera.

---

## ACADEMIA N. DE MEDICINA.

---

### Parte científica del acta de la Sesión del día 24 de Julio de 1907.

El *Dr. Peón del Valle*, dió lectura á su trabajo de reglamento intitulado: "La Instrospección involuntaria. Contribución al estudio de las ilusiones de lo ya vivido."

El *Dr. López Hermosa* dió también lectura al suyo, intitulado; "Breves consideraciones acerca de la placenta previa, especialmente desde el punto de vista de su tratamiento."

Se abrió nuevamente la discusión sobre el segundo tema de concurso para 1907-1908, propuesto por el subscripto. "Tratamiento del cáncer de la mama," quien manifestó que después de la impugnación que se había hecho al tema, él no tendría más que repetir la argumentación que empleó para fundarlo. No habiendo quien hiciera uso de la palabra, se sujetó á votación y fué desechado por unanimidad.

El subscripto propuso en substitución de él, este otro tema: "Accidentes producidos por el uso del tabaco. Descripción clínica basada principalmente en observaciones personales. Medidas educativas y administrativas que deben tomarse para restringir este uso." Expuso sus argumentos sobre la importancia del tema. Puesto á discusión, nadie hizo uso de la palabra. Sujeto á votación, fué aceptado por unanimidad.

El *Dr. Núñez* dió noticia de la sentida muerte del Profesor Sir William Kingston, del Canadá, acaecida en Abril del corriente año. No habiéndose recibido noticia oficial, el Sr. Presidente acordó fuera borrado simplemente de la lista.

Secretario Primero,

R. E. CICERO.