

la sarna, él asienta y afirma que el aceite la cura en un término de tres a cinco días; supera a los tratamientos conocidos por que no tiene las contraindicaciones de éstos. Incorporado el aceite en la serie de antipsépticos, azufre, naftol, bálsamo del Perú, etc., no merece ocupar el cuarto lugar, sino el primero.—La secuela que en su aplicación aconseja el Instituto Médico, es parecida a la de San Luis: jabonamiento, fricción con zacate, permanencia en baño tibio, unción del aceite, cambio de ropa; esta operación en actos sucesivos puede repetirse al siguiente día o el mismo las veces que sea necesario. Considera tan eficaz y decisivo el tratamiento de la sarna por el aceite de chicalote, que no vacila en proponer se le llame procedimiento mexicano o del Instituto Médico, puesto que fué en este Establecimiento donde se instituyó y se usa al presente. Después agregó, que el Dr. Terrés asoció el aceite referido con bálsamo del Perú, reforzando así la acción de ambos agentes; mezcla que resulta ventajosa, sobre todo en los niños.

DR. ARMENDÁRIZ.—En el experimento comparativo que cita en su trabajo, ambos medicamentos, aceite y azufre, curaron la sarna en el mismo tiempo. Cuando a la pomada de Helmerich se le suprime el carbonato que la integra, no surte; esa sal lleva el papel de ablandar la piel y abrir los surcos para que el azufre obre sobre el parásito. El no mira en el derivado oleoso del chicalote más que ventajas: no es doloroso, calma las comezones, es barato, no despidе el olor sulfuroso de la pomada, etc.; en suma, le concede grande utilidad.

DR. HURTADO.—Lee, anticipándose a su turno, su trabajo reglamentario cuyo rubro es "Breve reseña histórica de la Cirujía del Sistema nervioso." No provoca discusión.

DR. GONZÁLEZ URUEÑA.—Da lectura a una comunicación que llama "Nota previa sobre la obtención en México de la Leprolina de Rost."

DR. HURTADO.—No ha mucho tiempo atendía a un enfermo leproso; teniendo ya conocimiento de la existencia de la leprolina quiso emplearla, pero la imposibilidad de adquirirla le vedó realizar su propósito. Hoy que ya se alcanzó su obtención y se tiene en México, será fácil y obvio usarla, pues es quizá el único recurso científico y serio que cabe experimentar.

Concurrieron a la sesión los DD. Aragón, Armendáriz, Bulman, Calderón, Cosío, Escalona, Chacón, González Urueña, Hurtado, Landa, Manuell, Monjarás, Peredo, Silva, Soriano, Valdés, y el primer Secretario.

G. Castañeda.

ACTA NUMERO 13.

SESIÓN DEL 24 DE DICIEMBRE DE 1913.

Presidencia del Sr. Dr. Ulises Valdés.

La prostatectomía: variedades en la técnica operatoria; el procedimiento inglés de Freyer el procedimiento de Young; la importancia de conservar los canales eyaculadores.

El Dr. Landa, segundo Secretario, dió lectura al trabajo de turno del socio correspondiente Dr. D. José de Jesús González, de León, Guanajuato, que intitula: "Asinergia congénita de los movimientos palpebrales." No provocó discusión.

No habiendo en la orden del día asunto oficial de qué tratar, el señor Presidente invitó a los miembros presentes para hacer alguna comunicación.

DR. CASTAÑEDA.—La prostatectomía es una operación que desde años atrás se ha practicado en México, primero por los DD. González y Macías, siguiendo una técnica que tiene mucho de original, después por otros operadores, pero siguiendo o adoptando como rumbo de ataque la vía baja o perineal. El cree haber sido el primero que en México la realizó, por la vía alta, suprapúbica o transversal, según el procedimiento inglés de Freyer. El mes de septiembre último la consumó y le pareció de ejecución fácil, y no ha mucho el Dr. Guerrero y él la repitieron en el Hospital General. Posteriormente a la primera intervención referida la ha practicado también el Dr. Velázquez Uriarte; esto significa que ya se va introduciendo entre nosotros ese procedimiento que ha adquirido cierta fama en Europa.

DR. VÉRTIZ.—La extirpación total de la próstata es operación moderna. Aquí, el Dr. Lavista fué el primero que con ventajas intervino en la glándula hipertrofiada; a través de un ojal perineal llegaba al órgano, le hacia dos incisiones laterales y una perpendicular y con ello provocaba su atrofia; los enfermos descansaban. Los DD. Macías y González, a través de un ojal también la extirpaban, pero a ciegas. El fué el primero quien la ejecutó por la vía perineal, como es debido, usando la incisión prerrectal de Nelaton; la ha hecho cinco o seis veces; en algunos casos ha quedado incontinencia de orina. El Dr. Urrutia probablemente ha mejorado el procedimiento, pues operados suyos han quedado sin esa incontinencia.

DR. VALDÉS.—Los DD. González y Macías fueron los primeros, quizás, que en el mundo, enuclearon la próstata; el Dr. Deffis llevó a Francia y mostró a Albarrán próstatas por ellos enucleadas; este Profesor mejoró el procedimiento. El ha seguido la técnica americana de Young, cuya secuela es: incisión bisquiática angular, prerrectal, descubrimiento, dirección y levantamiento del bulbo, corte del ligamento uretrorrectal, penetración al espacio *despegable*; quedan descubiertas así la porción membranosa de la uretra y el pico de la próstata; previa incisión periglandular se aplica por aquélla un tractor (inovación del autor), que bien abate y exterioriza el órgano, el cual se ataca y aísla casi a flor de piel con el dedo o con espátula al través de dos incisiones laterales, una para cada lóbulo y que indemnes dejan los canales eyaculadores. Ha intervenido así en dos ocasiones; encuentra ventajas en la canalización; Young afirma que la incontinencia sobreviene pocas veces.

DR. CASTAÑEDA.—No describió en detalle la técnica de la prostatectomía suprapúbica, porque no fué ese su pensamiento, sino simplemente el hacer constar que le corresponde la prioridad de su aplicación en México. Los fundamentos anatómicos del procedimiento son: que la glándula está envuelta en una cápsula fibrosa y en una vaina que contiene el plexus venoso periprostático, y que es en el espacio de entre ambas capas donde se indilga el dedo que hace la enucleación. La operación se consuma rápidamente, la hemorragia se cohibe en el espacio muerto que deja la supresión de la glándula, espontáneamente, a la manera de como naturalmente se corrige en una matriz después del desembarazo, por la retractilidad; la canalización se resuelve empleando tubos de grueso calibre donde no se detienen ulteriormente los coágulos; no consta que los operados se infecten; la mortalidad quirúrgica por este procedimiento es de 4 a 6 por ciento y no debe ser tan mala la técnica inglesa puesto que le consta que se practica ya con frecuencia en la Clínica Oficial de la Facultad de París.

DR. VALDÉS.—Por la manera de proceder en la operación de Freyer tienen que sacrificarse fatalmente los canales eyaculadores: no cree que la hemostasia

puede realizarse espontáneamente por el mecanismo que señala el Dr. Castañeda, pues las condiciones anatómicas de ambas cavidades, la uterina y la que forman las paredes periprostáticas, no son comparables; la canalización por arriba le parece inferior a la natural que se hace para la vía baja.

DR. CASTAÑEDA.—El Dr. Freyer, autor de la operación, afirma, aunque él mismo no se lo explica, que los canales eyaculadores quedan intactos; el Profesor Tuffier dice que ello acontece porque al crecer la glándula los empuja hacia la periferia viniendo a quedar en la corteza que los cirujanos llaman vaina.

DR. VÉRTIZ.—Recuerda que en tiempos pasados, el Dr. Muñoz, en los cálculos, nos usaba la talla perineal, mientras que el Dr. Lavista seguía para el mismo objeto la talla suprapúbica; obteniendo mejores éxitos el primero. El Dr. Lavista tenía que recurrir a veces al ojal perineal para canalizar después a los enfermos infectados. No obstante las objeciones teóricas al ataque por la vía alta, si los hechos las contradicen, hay que inclinarse ante éstos.

Concurrieron a la sesión los DD. Bulman, Cicero, Cosío, González Uruñeja, Monjarás, Landa, Valdés, Vértiz y el primer Secretario.

G. Castañeda.

ACTA NUMERO 14.

SESION DEL DÍA 7 DE ENERO DE 1914.

Presidencia del Sr. Dr. Ulises Valdés.

El tracoma y el catarro de primavera: diagnóstico diferencial. Importancia del diagnóstico prematuro y rápido del tracoma: el procedimiento de Noguchi.—El mecanismo de la acomodación.

El DR. A. CHACÓN hizo su lectura de Reglamento con un trabajo intitulado: "Diagnóstico diferencial entre las granulaciones tracomatosas y las proliferaciones palpebrales del catarro de primavera," que dió lugar a la siguiente discusión.

DR. URIBE Y TRONCOSO.—El tema que trata el Dr. Chacón, el diagnóstico diferencial entre el catarro de primavera y el tracoma, es generalmente fácil para los especialistas, sobre todo si se estudia el curso del padecimiento; pero puede ser difícil para quienes no cultivan la oftalmología.

Un extranjero, al cual reconoció no ha mucho tiempo y al que se le había diagnosticado tracoma, no tenía sino un simple catarro de primavera. Este error, tratándose de un emigrante, perjudica mucho.

La clínica basta para hacer la diferenciación entre los dos padecimientos. Además de los signos indicados por el Dr. Chacón debe tenerse en cuenta que en el tracoma la mucosa palpebral está generalmente engrosada, mientras que en el catarro de primavera la reacción no es tan marcada y falta la secreción. Tocando con un estilete las granulaciones del catarro, se nota una dureza fibrosa especial que falta en las granulaciones tracomatosas. El diagnóstico no puede reposar en el examen bacteriológico del tracoma, porque hasta ahora no se conoce el germen productor de la enfermedad. El protozoo descrito por Provazcek se ha encontrado en otros casos, entre ellos la oftalmía purulenta y aun la conjuntivitis crónica. Durante su estancia en México, el Prof. Fuchs dió una conferencia en la Sociedad