

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 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 Uruña, 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 protozooario 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

de Oftalmología en la que refirió los trabajos de su discípulo el Dr. Liduer. Este autor ha encontrado las inclusiones de Provazcek no sólo en casos de oftalmía purulenta de los recién nacidos, sino aun en la mucosa vaginal de las madres y en la uretra del hombre. De allí deduce que el tracoma no es sino una forma crónica de la oftalmía purulenta de inclusiones, la cual se caracterizaría, según él, por síntomas especiales que la distinguen de la oftalmía purulenta de gonococos. Dice haber encontrado cicatrices en los tarsos de los niños que han sufrido oftalmía purulenta de inclusiones. Esta teoría no ha podido confirmarse. Últimamente Heymam ha emitido la opinión de que las inclusiones celulares del tracoma, no son sino gonococos en vías de degeneración o de desintegración. Como se las encuentra también en la conjuntivitis crónica ordinaria, no pueden ser el agente causal del tracoma.

Así, pues, no es posible, en la actualidad, hacer el diagnóstico de tracoma por el examen bacteriológico. La clínica sigue teniendo el principal papel.

En el catarro de primavera la abundancia de leucocitos eosinófilos en la secreción conjuntival, pudiera ser un elemento de diagnóstico. El Consejo Superior de Salubridad debería tener en los puertos y fronteras agentes sanitarios capaces de hacer el diagnóstico perfecto del tracoma en los emigrantes.

DR. CHACÓN.—Da las gracias por la atención concedida a su trabajo. El nombre de catarro de primavera que se da a la afección, como bien lo dijo ya el Dr. Uribe y Troncoso, es impropio, porque no hay realmente secreción catarral importante. Si se conociera el germen específico del tracoma, la identificación de la enfermedad sería fácil. La clínica no basta a veces para llegar a su conocimiento; sólo con una larga observación del caso se alcanza bien el diagnóstico. Los prácticos quedan perplejos no pocas ocasiones; por ejemplo, el Dr. Santos Fernández, de la Habana, muy versado en estas investigaciones y de grande experiencia, duda en ciertos casos. Los errores en el diagnóstico, como es de presumirse, deforman las estadísticas relativas.

DR. MONJARÁS.—El asunto asume también gran importancia en el orden de la Higiene. Aunque le causa pena decirlo, disiente de la opinión vertida por el Dr. Uribe y Troncoso; apoyado en la autoridad de Noguchi cree que no basta la clínica, como se ha afirmado, para sentar un diagnóstico cierto del tracoma. No cabe observar el curso en el caso de emigrantes, porque se dispone sólo de un momento para examinar al presunto enfermo. El Profesor japonés mencionado asienta que con el recurso de la micrografía el diagnóstico es infalible; ya tendrá oportunidad de comunicar a la Academia esos trabajos poco conocidos.

DR. URIBE Y TRONCOSO.—Afirma que en la actualidad, ni bacteriológica ni histológicamente puede hacerse el diagnóstico del tracoma. Ha dicho ya que el protozoo de inclusiones de Provazcek no es el agente causal de la enfermedad. Las granulaciones tracomatosas no son tampoco específicas de la enfermedad, y sus caracteres histológicos no permiten hacer el diagnóstico diferencial. Así lo demostró en la controversia que hace tiempo sostuvo en esta Academia con el difunto Dr. Lorenzo Chávez a propósito de la presunta epidemia de tracoma que dicho oculista decía existir en la ciudad de México, y que no era sino una epidemia de conjuntivitis folicular en una escuela, como se ha encargado de demostrarlo el tiempo.

El diagnóstico entre el tracoma y el catarro de primavera es fácil de hacer por la clínica. No así en otras afecciones, como la conjuntivitis folicular; pero en ellas tenemos otros recursos, como el aislamiento de los enfermos en lazaretos a propósito

Aun a los emigrantes puede aplicarse este recurso, no sólo para descubrir los fraudes, como sucede con aquellos enfermos que se aplican adrenalina para encubrir su mal, sino también para poder tratar por los colirios adecuados los casos de conjuntivitis catarral que a veces simulan y en otros enmascaran al tracoma.

Repite que ni bacteriológica ni histológicamente puede hoy diagnosticarse el tracoma; y reserva su opinión, respecto a lo dicho por el Dr. Monjarás acerca del procedimiento de Noguchi, que no conoce.

El DR. MONTAÑO lee su trabajo de turno, cuyo rubro es: "Algunos apuntes sobre el mecanismo de la acomodación extra e intracapsular."

DR. CHACÓN.—La interesante comunicación del Dr. Montaña toca lo mismo al fisiólogo que al oculista y ella resume las ideas modernas sobre la cuestión. Según él la teoría del Prof. Gullstaud, de Ussala, es la que mejor explica el fenómeno de la acomodación.

DR. URIBE Y TRONCOSO.—El trabajo que acaba de leer el Dr. Montaña suscita un punto muy interesante de fisiología ocular. El mecanismo de la acomodación ha sido estudiado muy cuidadosamente durante los últimos veinticinco años, con motivo de la revisión que varios oftalmólogos pretendieron hacer de la clásica teoría de Helmholtz. Antes, aceptada por todos, esta teoría sufrió después ataques rudos. Primero el Dr. Carmona y Valle, a cuya interesante teoría de la acomodación acaba de referirse el Dr. Montaña, y luego Tscherning, en Francia, pretendieron que la acomodación se hacía, no pasivamente como indicaba Helmholtz por la simple elasticidad del cristalino, al cesar la tracción de la cristaloide debido al relajamiento de la zónula, sino activamente, por estiramiento de las fibras zonulares a consecuencia de la contracción del músculo ciliar.

Las observaciones de Tscherning acerca de las imágenes catóptricas del cristalino, enseñaron que, durante la acomodación, la periferia del cristalino se aplasta, mientras su centro se eleva, formando un lenticono anterior. Tscherning pretendía, además, que la clásica experiencia de Helmholtz, acerca del aumento de convexidad del cristalino cuando se extrae del ojo en su cápsula o cuando se destruye la zónula en todo el ecuador, había sido muy exagerada por los adeptos del maestro alemán, y que el aumento de espesor medía sólo medio milímetro, sin corresponder al estado de acomodación máxima que debería existir en este caso.

Para el Dr. Carmona, la tracción de la zónula era producida por la compresión que los procesos ciliares ejercen sobre las fibras anteriores de la zónula al contraerse las fibras circulares del músculo ciliar; mientras que las fibras longitudinales, estirando la corioide hacia adelante, comprimen el vitreo y mantienen en su sitio al cristalino.

Para Tscherning las fibras longitudinales al contraerse producen el retroceso del ángulo anterointerior del músculo ciliar; lo que origina la tracción de la zónula. Al hacer sus observaciones con las imágenes catóptricas o de reflexión sobre la cristaloide anterior, el Dr. Tscherning tuvo oportunidad de observar un hecho raro, ya descrito por Cramer: al fin de la acomodación la imagen producida en la cristaloide anterior desciende vivamente hacia la imagen corneana; es decir, el cristalino sufre en totalidad un desalojamiento hacia abajo.

Después, el Prof. Hess, Wanscher y Heine demostraron que este descenso acomodativo del cristalino depende de la acción de la pesantez, porque inclinando la cabeza del observado 90° de uno u otro lado, las imágenes descienden siempre según la vertical, y la pequeña imagen cristaliniana *tiembla* visiblemente.

Este curioso fenómeno era inexplicable por la teoría de Sscherning y Carmo-

na, porque estando restirada la zónula en toda la periferia del cristalino y aplicado este último sobre la foseta hialoidea, no era posible que pudiera desalojarse siguiendo las leyes de la pesantez. Por el contrario, el descenso era fácilmente explicable según la teoría de Helmholtz, porque estando relajada la zónula deja libre al cristalino para moverse en totalidad. Las experiencias de Tscherning me parecieron tan interesantes y de tal valor científico, que creí posible explicar la contradicción entre la teoría de Carmona-Tscherning y el descenso acomodativo del cristalino, por los datos que conocíamos respecto a la anatomía del cristalino.

En Marzo de 1900 publiqué en los *Annales d'Oculistique* de París, un artículo en el cual recordaba a los fisiologistas el hecho ya invocado por el Dr. Carmona, de que el cristalino está formado de dos sustancias físicamente diferentes: una es el núcleo central, duro e incompresible, la otra las capas corticales blandas, y que según Plique, tiene la consistencia de goma espesa. Como, según Carmona, durante la acomodación esta sustancia semiblanda, comprimida en la periferia, pasa al polo anterior del cristalino que hace abombar y avanza en la cámara anterior, creí posible que este lenticono anterior que se encuentra sin apoyo firme, pues las fibras de la zónula se insertan sobre la cristaloide a poca distancia de su borde, fuera el que se desalojara según la acción de la pesantez, es decir, que el descenso de las imágenes catóptricas no era debido a una caída en totalidad del cristalino, sino sólo a un desalojamiento intracapsular de la sustancia gomosa o semiblanda, según las leyes de la pesantez.

Este trabajo fué el punto de partida para nuevas investigaciones del Prof. Hess, quien habiendo tenido la fortuna de encontrar un individuo portador de una mancha sobre la cristaloide anterior, pudo demostrar con toda exactitud, que no es la masa blanda intracapsular la que se desaloja, sino el cristalino en totalidad, puesto que también cae el saco cristaliniano.

Esta observación de Hess ha venido a decidir la cuestión en favor de la teoría de Helmholtz, pues sólo con ella puede explicarse el descenso acomodativo. Así, pues, estoy convencido de que la acomodación se hace porque la zónula se relaja y no como indica el Dr. Montaña, siguiendo al Dr. Carmona, por estiramiento de las fibras en su inserción al cristalino.

DR. MONTAÑO.—No es partidario de la teoría de Cherny como parece colegirse del contenido de su escrito. Explaya y puntualiza sus ideas ya emitidas: dice que es de difícil explicación el desalojamiento hacia abajo del cristalino; insiste en que el Dr. Macías sólo ha encontrado en el músculo ciliar, fibras longitudinales, y repite que la contracción de este músculo disminuye la longitud de los procesos ciliares, aumenta su espesor y obra así como ajeno en el intrincado mecanismo de la acomodación, etc.

DR. URIBE TRONCOSO.—La aplicación de los procesos ciliares sobre las fibras anteriores de las zónulas, tiene forzamente que producir un estiramiento de ellas y una tracción, no un relajamiento como pretende el Dr. Montaña. Lo explicaré mejor con una figura. Si se supone una cuerda que tenga cierta tensión y se hace sobre ella una presión en su medio, siendo fijo el cabo posterior, tiene que producirse una tracción sobre el cabo libre anterior.

Todos los observadores están de acuerdo en que la distancia entre los procesos ciliares y el ecuador cristaliniano no varía, pues aunque por la acción de las fibras circulares que obrarían como un verdadero esfínter, se aproximen al centro las cabezas de los procesos, el diámetro ecuatorial disminuye al mismo tiempo en igual proporción durante la acomodación; lo que deja invariable la distancia.

La observación del Dr. Macías de que gran número de fibras circulares terminan como longitudinales, ya era conocida. En cuanto a que no existan las fibras circulares, es un punto que no considero resuelto y habrá que esperar nuevas comprobaciones.

Concurrieron a la sesión, Valdés, Cosío, Bulman, Prieto, Uribe y Troncoso, Montañó, Monjarás, Vértiz, Chacón, González Urueña, Escalona, Landa, Peredo, Hurtado, Velázquez Uriarte, Rojas Loa y el primer Secretario.

G. Castañeda.

ACTA NUMERO 15.

SESIÓN DEL DIA 14 DE ENERO DE 1914.

Presidencia del Sr. Dr. Ulises Valdés.

Sobre el tratamiento de las osteoperiostitis directas consecutivas

a las otitis medias.—La clasificación médicolegal de las lesiones. Reformas indispensables al Código Penal.

El DR. PEDRO P. PEREDO, lector de turno, presentó su trabajo reglamentario, que versó sobre las "Osteoperiostitis directas consecutivas a las otitis medias."

Como presentara una enferma que corrobora lo dicho en su escrito, al terminar éste, el Sr. Presidente nombró en comisión á los señores DD. Francisco Hurtado y Manuel Godoy Alvarez, para que previo un examen emitieran su dictamen verbal; se interrumpió un momento la sesión.

DR. HURTADO.—Habla en nombre de la comisión. Dice que el asunto tratado por el Sr. Peredo, es de interés no sólo para el especialista, sino también para el cirujano general y para el médico; en él se refresca la memoria de todos, al recordar el mecanismo anatómico y patológico de las huidas o emigraciones del pus o de los gérmenes de la caja a las regiones vecinas; fenómeno difícil de justipreciar. El Sr. Peredo se comportó prudente con su enferma a quien curó con la simple intervención extrahuesosa; en casos análogos otros trepanan el mastoideo sin necesidad; la paciente en cuestión ha tenido diez abortos, quizá es sífilítica, convendría hacerle la reacción de Wasserman. Cita dos casos en los cuales las lesiones óticas toman propagaciones bien lejanas hacia el cerebro y cráneo; complicaciones que se miran cuando no se interviene con tino y oportunamente.

DR. PEREDO.—Manifiesta sus agradecimientos al Dr. Hurtado y ofrece proseguir el estudio de la enferma según sus indicaciones.

DR. GODOY ALVAREZ.—Ratifica lo dicho por el Dr. Hurtado como miembro de la comisión; particularmente, agrega, que en el caso del Dr. Peredo se trató de una otitis media traumática, pero hay que considerar también los flemones mastoideos por periostitis de la región y los que provienen de una otitis externa, capaces de engendrar igualmente la infección del periostio y el edema consecutivo.

La Presidencia abrió la discusión aún pendiente del Dictamen sobre clasificación de las lesiones. Los incisos 2 y 3 del art. 599 que fueron reprobados en discusiones anteriores y vueltos a la Comisión para su reforma, fueron modificados por la misma en este tenor: las palabras "en parte del cuerpo que se acostumbra