

OCTUBRE 20

PRESIDENCIA DEL SR. DR. SAMUEL GARCÍA

*Un caso de embarazo extrauterino*

El Sr. Presidente invita a los socios a hacer alguna comunicación.

DR. VALDÉS. — Refiere un caso extraordinario e interesante, como anticipo a trabajo que se propone llevar a cabo. Se trata de una señora entre los 35 y 40 años de edad, sin pasado patológico de importancia, a no ser en su niñez la escarlatina. Principia a menstruar normalmente a los 14 años, y entre los 18 y 20 contrae matrimonio, permaneciendo estéril durante cuatro o cinco años. Sin trastornos se conserva sana, tanto en su salud general como en sus órganos genitales. El esposo también es sano y por lo tanto no se encuentra explicación plausible a la esterilidad. A los cinco años de casada da a luz a un niño de término. El trabajo del parto es lento y es asistido por dos facultativos. Habiendo permanecido día y medio a su lado se retiran; en su ausencia, la enferma, desesperada por tan largo sufrir, pide a la partera le alivie sus dolores, y ésta le da cuernecillo de centeno. A su regreso los médicos, dominan los accidentes producidos por dicha substancia; más tarde atienden la fiebre puerperal desarrollada, y queda al fin la madre en aptitud de criar al niño. A los seis meses se establece la menstruación, en cantidad y duración normales. Tiene una época de tres a cuatro años de esterilidad, con ligero padecimiento del vientre; a continuación segundo embarazo que termina en aborto de tres meses, con ligera elevación de temperatura, uno o dos días. Al cabo de un par de meses retorna el período menstrual y dos años después una gestación que llega a su fin; el niño se logra y en la actualidad cuenta siete años, y acompaña a la madre, enferma, al consultorio. A los seis o siete meses de este penúltimo parto reaparece la menstruación con sus caracteres fisiológicos; a los dos años siguientes otro embarazo a término. Desde hace cuatro o cinco meses se queja de dolores en la parte posterior de la cintura y en la región anterior del vientre sobre el anexo izquierdo; el período ha sido irregular, abundante, se anticipa quince o dieciocho días, menorrágico y con flujo sanguinolento en los intervalos; esto la molesta mucho, y la obliga a consultar. La palpación es negativa; vulva reparada por perineorrafia bien hecha, vagina y cuello normales, de múltipara. Matriz ligeramente agrandada. Anexo izquierdo algo abultado y doloroso. Colocado el espejo, se ve escurrir del cuello un moco purulento y sanguinolento. El histerómetro se detiene en el istmo, y la entrada de la matriz sangra. Con estos datos expresó a la enferma no haberse formado juicio exacto, y como al mismo tiempo pensó en degeneración neoplásica del endometrio, propuso tomar un fragmento de la mucosa uterina para examen histológico. La paciente exigió anestesia clorofórmica, la que facilitó el logro del diagnóstico. Dilató el cuello con las seis sondas de Hegar; al pasar la primera le sorprendió, a la vez que se detenía, una sensación algo parecida a la que se siente cuando la uretra contiene concreciones calcáreas; la misma impresión le sucedió con las sondas restantes, y no pudo imaginar por de pronto qué podría ser; pasó luego la cucharilla y ésta crujió y sangraba y no traía ni mucosa uterina, ni nada ostensible; después de algunos intentos atrapó un fragmento de hueso muerto y despojado de sus partes blandas. Esto aclaró el diagnóstico. Cree que se trata de un ejemplar raro de embarazo extrauterino con producto muerto. Como es sabido, al eliminarse el quiste fetal sigue algunas de las vías naturales que primero encuentra; en este caso lo está verificando por el sitio más difícil: la pared posterior de la matriz. Tal hecho clínico le recuerda otro referido ya, el año pasado: una viejecita de 75 a 80 años con un tumor en la parte media del pubis y un frotamiento especial de enfisema subcutáneo; la ven varios médicos del Hospital Morelos, entre ellos el Sr. Dr. Ramón Macías, que la operó y a quien ayudó el exponente; no se pudo diagnosticar la naturaleza del tumor, pero en su interior se encontró un esqueleto parecido al que se exhumara en el panteón después de haber permanecido allí el cadáver seis o siete años; las partes blandas de este feto a término se fueron eliminando lentamente, por la vejiga.

Respecto al tratamiento hay dos caminos: dejar la evolución natural ayudada con los recursos terapéuticos aconsejados, o la intervención amplia, laparotomía, preferible a las vías naturales para no ir a perforar el quiste infectado y ponerlo en contacto del peritoneo. Aconsejó lo primero y no sabe qué habrá decidido la enferma, pues no ha vuelto a consultar. Consigna un caso tan raro a fin de contribuir a la formación de la literatura respectiva.

ASISTENCIA.—DD. Cosío, Cicero, Chacón, Escalona, García, Icaza, Landa, Licéaga, Loaeza, Monjarás, Mendizábal, Montaña, Prieto, Peredo, Silva, Tapia y Fernández, Valdés, Velázquez Uriarte, Vergara Lope y el Secretario que suscribe,

BULMAN.

*El tratamiento quirúrgico de la apendicitis.—La oftalmía blenorragica.  
Elección de segundo Secretario*

El Sr. Dr. Malda leyó su trabajo reglamentario "Algunas reflexiones sobre anatomía y clínica; el ciego y el apéndice vermiforme."

Dr. VELÁZQUEZ URIARTE.—Expresa que el trabajo del Dr. Malda le ha despertado, sobre todo, interés clínico. Lamenta que haya descrito los casos que refiere tan a la ligera; pero en lo que no está conforme es en la vaguedad sintomatológica; desea que precise el momento oportuno de la intervención y determine si es realmente una apendicitis; pues ésta desde Disuriafoy hasta Morphy ha sido quirúrgica. No siempre es fácil localizar un dolor de vientre, y aun suponiendo que se refiera a apendicitis, hay que deslindar los casos operables. Después de cuarenta y ocho horas está prohibido intervenir. Urge indicar cuáles son los síntomas que deben tenerse en cuenta para el diagnóstico. No está de acuerdo en que la brújula en una operación de apendicitis sea el ciego, pues hay casos en que al abrir el vientre no se ve más que pus.

Dr. CASTAÑEDA.—Por una parte es partidario de la intervención, pero por otra se inclina al tratamiento médico. El Dr. Velázquez Uriarte y él vieron a una enferma atendida por un profesor de la Escuela para quien había llegado el momento quirúrgico; la sujetaron a la expectación; el cuadro clínico mejoró, y la enferma curó, pues no ha tenido reincidencia después de dos años. En cambio, otro caso confirma la oportunidad referida por el Dr. Malda. Se trataba de una enferma que creyó urgente operar; la familia no se decidió, y hora y media más tarde no quiso operarla a pesar de las instancias, por haber comprendido que moriría en el acto quirúrgico, como aconteció treinta minutos después. Aquí pasó la oportunidad puesto que sin intervención ninguna, el enfermo sucumbió.

Para él no hay reglas generales; el signo preciso no es el dolor, ni la fiebre, ni la peritonitis, sino el pulso.

Dr. DÍAZ LOMBARDO.—Es aventurado decir que se debe operar todas las apendicitis, como afirmar lo contrario. Debe buscarse el conjunto de síntomas que indiquen cuándo debe operarse y cuándo no. Es partidario de intervenir prematuramente; pero en muchos casos debe esperarse. Hace la defensa de los antiguos maestros que aconsejaban operar en frío, pues en tales circunstancias las condiciones son favorables. Se aleja del sentir del Dr. Malda, porque no tiene en cuenta los detalles especiales de cada caso.

Dr. GARCÍA.—El trabajo del Sr. Dr. Malda es muy interesante; lo prueba la discusión suscitada. Cree, como el Dr. Díaz Lombardo, que el asunto es de hecho y que no son de fácil aplicación las reglas generales. El Sr. Dr. Malda tiene razón en diferenciar las apendicitis de gravedad sólo aparente, de las apendicitis de gravedad real sin apariencia. Un punto muy interesante tratado por el Dr. Velázquez Uriarte es el diagnóstico; no faltan casos en que éste queda sin resolución.

Dr. PIERRO.—Felicitó al Dr. Malda por su trabajo desarrollado en tres fases: anatómica, experimental y de aplicación. Respecto de la primera hubiera deseado que abundase en detalles a la manera de los estudios de Joanesco, que en cien cadáveres hace enumeración minuciosa sobre el particular. En cuanto a los experimentos juzga que los relatados por el Dr. Malda en el cadáver pierden mucho, porque en el muerto los movimientos reflejos y la laxitud de los tejidos no se conservan; le hubieran agradado mejor las experiencias en animal vivo. En lo tocante a la aplicación, aplaude la energía y modo de ser del Dr. Malda, que ha llegado a una conclusión feliz en su estadística; ojalá que ésta siga siendo así siempre, pues desde el cólico hasta la apendicitis séptica-ogangrenosa hay una gran variedad de estados clínicos que modifican la conducta del práctico. Debe considerarse no sólo el número de pulsaciones mayor de cien, sino también el agente causal: el peritoneo no reacciona ni evoluciona lo mismo ante el bacilo coli, el septicémico o el pneumococo. Cada uno de estos gérmenes hace variar nuestra conducta.

Dr. MALDA.—Agradece la amabilidad que han tenido los consoeios al ocuparse de un trabajo en donde expone sus ideas sobre el asunto. Está de acuerdo con las opiniones de carácter general expuestas y en la dificultad de hacer oportuno y preciso diagnóstico. No se extiende en detalles de anatomía por estar bien descritos en libros de ultramar. Respecto a técnica se limita a exponer lo adquirido en práctica. Acepta que es muy difícil establecer afirmaciones generales; pero asentado el diagnóstico opta por hacer incisión inútil a cruzarse de brazos. Espantado por casos de apatencia benigna con peritonitis generalizada, se inclina a la intervención. Prefiere abrir el vientre a perder a su enfermo por falta de operación oportuna.

El Dr. Montaño dió lectura a su trabajo reglamentario "Algunas palabras sobre diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la oftalmía blenorragica."

Dr. SILVA.—Felicitó al Dr. Montaño por su trabajo tendente a dilucidar conceptos y consejos prácticos.

Se procedió a la elección de segundo Secretario, que recayó en el Sr. Dr. Escalona.

Asistencia.—Dr. Castañeda, Cosío, Chacón, Díaz Lombardo, Escalona, García, González Trueta, Landa, López Herrera, Malda, Mannall, Mandizábal, Monjarás, Montaño, Peredo, Prieto, Silva, Tapia y Fernández, Velázquez Uriarte y el Secretario que suscribe,

RULMAN.

NOVIEMBRE 10

PRESIDENCIA DEL SR. DR. SAMUEL GARCÍA.

---

*Solicitud de la Sociedad de Profilaxis de las Enfermedades Venéreas.—El consumo de leche en Nueva York.—La Analgesia en Obstetricia.*

Se da cuenta de un oficio en que la Sociedad Mexicana Sanitaria y Moral de Profilaxis de las Enfermedades Venéreas, solicita el salón de la Academia para celebrar sus sesiones

DR. GARCÍA.—Recuerda que nació dicha Sociedad en el seno de la Academia, y como todas, ha sufrido vicisitudes. Celebraba sus sesiones primero en el Instituto Médico Nacional, cuando éste desapareció, en el consultorio del Dr. Terrés; pero han aumentado sus socios y el local citado es insuficiente para contenerlos.

DR. GONZÁLEZ URUEÑA.—Pregunta si alguna otra sociedad celebra sus sesiones en el local de la Academia.

DR. GARCÍA.—Informa que por acuerdo económico de la Mesa anterior, y mientras dure el arreglo de su salón, se reunía en este local la Sociedad "Pedro Escobedo".

DR. COSÍO.—Cree no haber inconveniente en acceder a la petición hecha por la Sociedad de Profilaxis. Sería injustificado egoísmo no facilitar, para fines tan nobles, como los que persigue esta Corporación, el local de la Academia.

Puesta a votación la solicitud de la referida Sociedad, fué otorgada la licencia pedida.

DR. MONJARÁS.—Da lectura a unos trabajos de la Comisión Privada para mejorar el consumo de la leche en la Ciudad de Nueva York, y expresa la necesidad de organizar en México un servicio semejante.

DR. LÓPEZ HERMOSA. Lee un trabajo extraordinario titulado "Analgesia y anestesia en Obstetricia".

DR. OTERO.—Le parece interesante, erudito, muy claro y de interés el trabajo del Dr. Ló-

pez Hermosa; pero desearía que el estudio del cloroformo se nacionalizara, es decir, que refiriera la historia de quién o quiénes empezaron por primera vez a usarlo. Refiere un hecho acaecido en San Luis Potosí: se trataba de hacer la talla a un fraile franciscano; se le aplicó el cloroformo; poco después el Dr. Coca creyó que el enfermo había muerto y no acabó la operación. El Dr. Parada, que llegó más tarde comprobó que estaba el enfermo en la narcosis clorofórmica. El procedimiento del cloroformo a la reina obra por hipnosis sugestiva. Las mujeres sufren más en el período de expulsión; las hay que paren sin dolor, y tan sólo sienten necesidad de defecar. El Dr. Juan María Rodríguez no aceptaba que hubiera mujeres que se eximiesen de la maldición divina: "Parirás tus hijos con dolor". Felicita al Dr. López Hermosa por haber usado la tocanalgina.

DR. LÓPEZ HERMOSA.—Refiere el caso de que una enferma del Hospital General, que parió sin dolor, y otro relativo a una señora de San Luis Potosí, que arrojó feto y placenta a la vez sin ningún dolor. Pero esto es excepcional. Cree como el Dr. Otero más doloroso el período de expulsión que el de dilatación; en éste se desespera y violenta la mujer porque no ve el resultado próximo; en tanto que en aquél le alienta la idea de que todo va a finalizar.

No juzga inocente la apnea en los niños. Combate el sopor con enemas de café y permanganato de potasio, pues supone que la tocanalgina tiene algo de morfina. Cuando el período de expulsión se prolonga debe extraerse rápidamente el producto.

ASISTENCIA.—DD. Castañeda, Cosío, Escalona, García, González Urueña, Icaza, Landá, Loeza, López Hermosa, Malda, Monjarás, Otero, Paredo, Troconís Alcalá, Valdés y el Secretario que suscribe,

BULMAN.

NOVIEMBRE 17

PRESIDENCIA DEL DR. SAMUEL GARCÍA

*El tratamiento quirúrgico de la ascitis.—Hemorragias y emetina*

El Dr. Toussaint lee un trabajo sobre el "Tratamiento quirúrgico de la ascitis".

DR. GARCÍA.—Considera interesante el trabajo del Dr. Toussaint porque señala un recurso más eficaz que la paracentesis. Aun cuando no establece una conclusión de carácter general, si es de enseñanza práctica. Ante una ascitis productora de radical peligro de muerte, es consolador, es útil tener un recurso más para prolongar la vida amenazada.

DR. TOUSSAINT.—Aun cuando es reducida su labor, sí puede dar como establecida la falta de peligro. La garantía de este proceder está en las válvulas de las venas.

En su enfermo no vació completamente la cavidad peritoneal de líquido; lo que dió por resultado que pasando éste a las venas en cantidad excesiva desempeñase el oficio de una inyección de suero y trajese la dilatación mecánica, fácil de dominar con un tónico cardíaco. Sería preferible, pues, extraer todo el derrame.

DR. GONZÁLEZ URUEÑA.—Comunica la ineficacia de la emetina en un caso de hemorragia gástrica. Hay que tener en cuenta los fracasos de esta substancia en otras hemorragias del tubo digestivo. Llamado a atender a un italiano alcohólico que ya otra vez tuvo melena y hematuria, le aplicó 0.04 cg. de clorhidrato de emetina; a la mañana siguiente 0.02 cg. y en la noche otros dos: total 0.08 cg. El enfermo continuó agravándose y murió a consecuencia de la hemorragia.

DR. GARCÍA.—Es importante la comunicación que acabamos de escuchar, pues contraría la creencia general que atribuye a la emetina la facultad de cohibir hemorragias. Cuán conveniente es como hoy tomar nota del debe y el haber de los medicamentos.

DR. ESCALONA.—En las hemorragias internas fracasa la emetina. A un tuberculoso le inyectó 0.04 cg. y no le cohibió la hemotisis; según la literatura médica de la substancia, se pueden utilizar hasta 0.12 cg. en veinticuatro horas.

DR. MANUELL.—No hay que pedir a la emetina como a otros medicamentos más de lo que puede dar. En un tuberculoso inyectó 0.06 cg. y su efecto fué heroico: no volvió la hemotisis en mucho tiempo; pero no hay que fiarse en estos éxitos afortunados, porque no son del resorte específico de la substancia, como en la disentería y la fiebre tifoidea. En casos como el del Dr. González Ureña no había derecho a confiar; y tratándose de hemorragia persistente debe ocurrirse a la Cirugía.

DR. LOARZA.—Quiere dejar consignados dos éxitos felices en tuberculosos con hemorragias pulmonares considerables. Inyectó durante tres días 0.04 eg. diarios: al día siguiente de la primera inyección disminuyó la sangre, después de la segunda los esputos estaban limpios, y se dominó completamente la sangre a las tres inyecciones. Agrega que el empleo de la Paratoxina Lemoine ha mejorado a sus tuberculosos.

DR. TOUSSAINT.—Distingue la tuberculosis parenquimatosa y la cavitaria. En la primera la emetina puede cohibir la hemorragia; en las segundas, en que las arterias disecadas con dilataciones aneurismales, se rompen, es imposible detener la sangre con emetina; otro tanto acontece en las dilataciones venenosas de la mucosa gástrica del alcohólico, en la úlcera y el cáncer de dicho órgano, en que sólo una intervención oportuna salva la vida.

DR. COSÍO.—La emetina, además de su acción específica amibiana, es un vasoconstrictor, no siempre eficaz. En una hemotisis del primer grado de tuberculosis fracasó dos veces; siendo en cambio esos hechos dos éxitos felices para la adrenalina. En una hemorragia gástrica el fracaso se repitió para la emetina, y la curación para la adrenalina.

DR. GONZÁLEZ URUEÑA.—Aclara que el enfermo no padecía seguramente de gastroalcoholosis, sino de gastritis exulcerosa, en la que es raro encontrar la fuente de la hemorragia: la mucosa sangra por varios sitios. Por los medios actuales es difícil asegurar el diagnóstico de varices.

En unión del Sr. Dr. Armendáriz prescribió al enfermo, además de la emetina, el tratamiento habitual: reposo, hielo, adrenalina en gotas, ergotina.

DR. MANUELL.—A este propósito vale la pena precisar el punto. Está de acuerdo en que no pueda asegurarse el diagnóstico nosológico; pero ante la sangre que mana en abundancia, ante la anemia aguda, es indispensable abrir el vientre; piensa más: habrá casos en que no se encuentre el sitio de la hemorragia; pero aun así debe la Medicina ceder su puesto a la Cirugía, que en estas circunstancias está en mejores condiciones para salvar la vida.

ASISTENCIA.—DD. Aragón, Cosío, Escalona, García, González Urueña, Landa, Licéaga, Loeza, Manuell, Monjarás, Silva, Tapia y Fernández, Toussaint y el Secretario que suscribe,

BULMAN.

NOVIEMBRE 24.

PRESIDENCIA DEL SR. DR. SAMUEL GARCÍA.

*La transmisión del tifo por los piojos.*

DR. GARCÍA.—Desea oír la opinión de los señores Académicos acerca de la propagación del tifo por el piojo.

DR. OTERO.—Los casos auténticos en que se ha hecho la experimentación en el hombre han contestado negativamente. En un individuo que se dejaba picar por piojos de tifosos no se obtuvo resultado. Nicolle y los americanos aseguran haberlo alcanzado en los simios. Se cree que el vehículo más a propósito es el piojo del cuerpo, después el de la cabeza y en seguida la pulga. Los bañistas y las enfermeras se contagian cuando pelan a los tifosos. Probablemente el piojo es el transmisor del tifo. Sin embargo, no hay que olvidar la vecindad de materias en putrefacción. Recuerda el caso de un rico que sin piojos, contrajo la enfermedad al descubrirse un caño.

Habiendo sido nombrado Médico Civil adscrito al Hospital Militar, va a tener oportunidad de estudiar el punto, pues debe visitar cuarteles y asilos de niños, adonde no se desinfecta la ropa.

DR. MONJARÁS.—Cree el asunto importante porque la profilaxis en Europa consiste en la destrucción del piojo, y en México no se ha hecho cosa igual.

Tiene estudios anteriores a los de Europa. En 1902 publicó a este respecto un trabajo que tendrá el gusto de leer. En enfermas piojosas del departamento hospitalario del Dr. López Hermosa, y en observaciones recogidas en el laboratorio del Consejo Superior de Salubridad perseguía los medios de cultivo del piojo, y cree, como decía en ese estudio, que este anuro es el agente transmisor. En San Luis Potosí, con exactitud matemática contenían las epidemias como el Sr. Licéaga lo hacía en México emprendiendo la limpieza de casas y gentes. En la terce-

ra Calle de las Artes hay un cuartel que fué *garage*, donde se ven tifosos tirados en el suelo, sucios y cerca de una capa de estiércol. En tales circunstancias no debe sorprender la epidemia actual. El piojo vive en la ropa sucia; en el vestido limpio no se propaga. En Europa se destruye el piojo por medio de fórmulas sencillas, sin apelar a costosas máquinas de desinfección. Tiene un lugar de experimentación: un dormitorio en la 6ª Calle de Donceles adonde se asilan los más malos y más pobres niños de la ciudad. Cuando llegan, se les quita y desinfecta la ropa, se les pela, baña y se les da ropa limpia para dormir. Alguna vez llegaron a ver una capa de centímetro y medio de altura de piojos sobre el suelo. El azufre no mata, sólo adormece al insecto. En el dormitorio no se ha observado más de un niño con tifo.

DR. LICÉAGA.—Le parece conveniente recordar las medidas que se tomaban en el Consejo de Salubridad para combatir la epidemia del tifo teniendo en cuenta las ideas antiguas, antes de conocer los trabajos de Nicolle, Rickets y Goldberger. En las casas donde había acumulación, como sucede en el cuarto del pobre, donde en espacio reducido y en el mayor desaseo, comen, duermen, etc., ocho o diez personas, trataron de mejorar las condiciones. Tan luego como tenía aviso el Consejo de un caso de tifo se enviaba un inspector, que rendía noticia detallada del número de individuos, sexo, niños, talla, edad, extensión del cuarto. Se trasladaba al enfermo al hospital, se bañaba a los habitantes de la localidad, la ropa de ellos en saco cerrado se destinaba a la desinfección, y con ropa limpia y desinfectada y a la medida, teniendo en cuenta el informe del inspector se les vestía; por último se les alojaba y mantenía en casa especial. Entonces se procedía a la desinfección del cuarto; los petates y harapos se quemaban, se desocupaba la pieza y se blanqueaban sus paredes, todo ello en un plazo de tres días concedido al dueño; si éste no lo hacía, el Consejo se encargaba de la ejecución. Ya modificadas las condiciones de la pieza volvía la familia a ella. En estos instantes no puede recordar la cifra, pero sí más de cuatro mil personas se bañaron y desinfectaron. Si volvía haber otro caso se repetía la desinfección.

DR. GONZÁLEZ URUEÑA.—Nicolle afirma que en Túnez ha desaparecido la epidemia destruyendo el piojo.

DR. COSÍO.—Al Hospital General han remitido niños con tifo del Asilo Constitucionalista; se les ha bañado y cambiado de ropa. En ese mismo departamento hay otros niños y no se ha observado hasta hoy la transmisión del padecimiento, debido quizás al aseo esmerado.

DR. GARCÍA.—En Europa se persigue al piojo; cuando los alemanes apresan a los rusos los limpian de piojos. Es conveniente que estas ideas de limpieza salgan de los centros de cultura y se extiendan a la sociedad, pues con el tiempo contribuirán a hacer desaparecer la epidemia.

DR. ICAZA.—Se habla de limpieza, pero desearía ver algo práctico: que el Sr. Monjarás diese a conocer esas fórmulas a que se ha referido.

DR. MANUELL.—Se considera al piojo como vehículo del contagio. Cita una observación hecha por un estudiante de Medicina. En la Escuela Correccional de Mujeres se extiende la epidemia, y a las no contagiadas se les embadurna con ungüento doble, y no adquieren la enfermedad; para el alumno el piojo propaga los microbios y éstos parecen con el mercurio. El hecho es que desapareció la propagación del tifo en el personal.

DR. TERRÉS.—Hay que estar alerta contra las afirmaciones aventuradas y los verdaderos ensueños. Se ha dicho que la etiología es lo que conocemos con más seguridad, y la verdad es que sucede lo contrario. Se ha hablado de observaciones indiscutibles y han resultado falsas. No conoce observación probatoria, relativa al piojo. La comisión que estudió los trabajos sobre el tifo, no aceptó las experiencias de Nicolle y de Rickets, después de haberlas repetido, pues no estaban sujetas al método combinado de concordancia y diferencia. Ojalá que las medidas implantadas contra el piojo en una población hicieran desaparecer la epidemia en ésta antes que en otras de la Mesa Central, para cerciorarse de si con esas medidas desaparece el tifo o subsiste independientemente, o a pesar de ellas.

Se han publicado casos curiosos: verbigracia, el de que todos los olores fuertes ahuyentan los piojos. Los que tal aseguran no han vivido en México. Se han hecho experiencias como la siguiente: se coloca en un tubo un piojo, se tapan sus extremos con algodón, en uno de ellos se provoca olor fuerte y el piojo huye y muere en el otro extremo.

Es conocida la acción tóxica del alcohol y del ácido acético sobre el piojo. En las escuelas se emplea con buenos resultados la yerba de la cucuracha.

Hay hechos recogidos en contra de la propagación del tifo por el piojo. En el Hospital de San Andrés entraban enfermos de tabardillo y permanecían sin diagnóstico varios días sin que se contagiaran los demás; siendo de advertir que no se les bañaba y abundaban en ellos tanto los piojos, que en cierta ocasión en casa le quitaron más de sesenta. Las estadísticas por cuar-

teles tomadas del Consejo de Salubridad dicen que en el octavo se propagó proporcionalmente más el tifo que en el segundo; siendo éste el cuartel en donde hay más gente pobre que tiene multitud de piojos. Hay que estudiar con calma y serenidad y no repetir lo que se ha dicho y repetido por otros.

DR. MONJARÁS.—Hay varias substancias como el unguento doble. Por su economía se recomiendan aceite y petróleo en partes iguales, vinagre, hervir la ropa con lejía. Los baños no son suficientes para quitar los piojos. Tendrá el gusto de traer próximamente las fórmulas.

No se trata de ilusiones, como dice el Dr. Terrés: hay que obedecer las disposiciones de la ciencia; y suprimir los parásitos y la mugre es de higiene general aun cuando nada tenga que ver esto con el tifo.

DR. GONZÁLEZ URUEÑA.—La destrucción del piojo se ha intentado y logrado mucho antes de que se tuviera el conocimiento de que fuese agente transmisor del tifo, en virtud de causar por sí solo un padecimiento de la piel: la tirsiasis.

Para aniquilar el del cuerpo basta la ebullición de la ropa. Las mujeres no se prestan al sacrificio de su cabellera y no hay veneno eficaz que mate al parásito sin ser nocivo a la piel; por eso se recurre a los medios mecánicos y se desecha el agua, porque el moco no permite su penetración en las tráqueas del animal; no así las grasas (aceite, manteca) que penetran en los orificios traqueales impidiendo la respiración. Se impide que emigren de la cabeza colocando en ésta, después de la unción de grasa, una venda o un pañuelo y terminando el arrastre de los piojos muertos con lavado y jabón. Esto por lo que toca al piojo, que en cuanto a la liendre, el vinagre superior, el xilol y el licor de Hoffman disuelven su quitina. Estos medios son, a la par, terapéuticos y profilácticos.

ASISTENCIA.—DD. Cosío, Díaz Lombardo, Escalona, García, González Urueña, Icaza, Landa, Licéaga, Manuell, Monjarás, Terrés, Valdés y el Secretario que suscribe.

BULMAN.

DICIEMBRE 1º  
PRESIDENCIA DEL SR. DR. SAMUEL GARCÍA

---

*El tratamiento quirúrgico del cáncer mamario.—La peritonitis consecutiva a las hernias operadas.—La profilaxis del tifo por la destrucción de los piojos*

DR. VALDÉS.—Dos asuntos trae para ocupar la atención de la Academia: el primero se refiere a algo que motivará un trabajo ulterior, pero al que se adelantó para aprovechar la pieza anatomopatológica que enseña. ¿Es conveniente o no en los cánceres de la glándula mamaria, la extirpación de los músculos pectorales mayores? Hay quien afirma que basta con la extirpación de la glándula y de los ganglios axilares; pero hay casos como el de la pieza que presenta, en que el escirro se une a la aponeurosis y al tejido muscular; de modo que si se quiere cortar el tejido completamente sano, para no ir a hacer siembras, hay que sacrificar el músculo pectoral.

El segundo asunto corresponde a la historia de una enferma por demás interesante y de cuyo estudio pueden desprenderse conclusiones de importancia.

La Sra. L. B. de H., múltipara, ha tenido siete hijos, el último hace catorce años. Ha padecido una osteomielitis del fémur, que terminó por una anquilosis de la rodilla. Ha tenido tifo. Era portadora de dos hernias inguinales, que el Dr. Monjarás creía conveniente se operasen. Hace tres semanas sufrió la estrangulación de la hernia izquierda. La noche en que principiaron los accidentes vió al Sr. Dr. Castañeda, quien intentó el taxis sin conseguirlo, dejando pendiente el caso para el día siguiente. El Sr. Dr. Castañeda probablemente olvidó la recomendación de Stromeyer, que dice: que cuando se tenga un estrangulamiento herniario y es de día, no hay que dejar poner al Sol, y si es de noche no hay que dejarlo salir, sin haber procedido; o bien el consejo de Colley de que en tales circunstancias, no hay que hacer otra cosa que atender lo que se presenta al cirujano.

Al día siguiente intervino, y por lo que toca a la técnica no tiene por lo pronto nada en que insistir. Con motivo de haber encontrado una porción intestinal negruzca, se hizo la resección de cuatro a cinco centímetros de intestino. La noche siguiente fué tranquila, los do-

lores desaparecieron y la temperatura fué normal. Esto mismo sucedió en los días inmediatos, pero al séptimo, sobrevino una reacción peritoneal alta. Se practicó a la enferma la proctólisis de Murphy en posición de Fowler, y como los síntomas de la peritonitis que se presentó, hacían el cuadro un tanto obscuro, se hizo una segunda intervención: una laparotomía y canalización del vientre. Este segundo accidente se conjuró, pero sobrevino un tercero; a las tres semanas apareció un nuevo foco en el fondo de Douglas; se dió salida al pus por la vagina. En nueva etapa de alivio ha entrado la paciente; la expulsión de gases y la defecación se hacen normales y parece que la tempestad abdominal ha sido conjurada; pero con gran desagrado hoy apareció en la nalga izquierda una placa de erisipela.

Volviendo al accidente principal o sea el de la peritonitis, ¿por qué fué causada? Dos hipótesis hay: 1ª, una infección proveniente del intestino y extendida a la herida; 2ª, una infección, del líquido contenido en el saco herniario y que pasó a la cavidad peritoneal. No cree en lo primero, pues cuidadosamente previno el incidente; se inclina más bien a la segunda suposición y esto le lleva a tratar de resolver si es conveniente dividir, como lo hizo, primero la aponeurosis y el anillo inguinal externo, antes que el saco, o bien después.

Los autores que ha consultado y que han sido varios, no están de acuerdo: unos, como Colley, se deciden por lo primero; otros como Chalot, dejan entrever que no se haga así; y los más, como Duplay y Reclus, Monod y Vanvers, no hacen mención del caso. Opina que hay que abrir primero el saco y hasta después la aponeurosis y el anillo inguinal externo. De este modo se evitará la infección proveniente del contenido del saco: líquido al que a través de las paredes del intestino han llegado gérmenes y productos sépticos.

DR. CASTAÑEDA.—El primer punto que toca el Sr. Dr. Valdés es interesante, pero hay que considerar los casos en concreto. El terreno muscular es poco propicio, dice Tuffier, para el desarrollo del cáncer, y por eso Tuffier conserva el músculo. Cuando está invadido, entonces sí hay que seguir la técnica inglesa, que lo quita.

La enferma de que habla nuestro compañero tenía una epiploftis antigua, adhesiva, y ya otras veces en que se había presentado el cuadro semejante al estrangulamiento se había hecho y logrado el taxis. Además a las altas horas de la noche en local no apropiado, no era prudente intervenir. Es juiciosa la suposición que hace el Dr. Valdés de que la peritonitis pueda depender de la abertura del saco, después de haber cortado la aponeurosis y el anillo inguinal externo; pero para poderlo afirmar categóricamente hay que observar otros casos en que no haya resección intestinal, y además hacer el análisis bacteriológico y el cultivo del líquido contenido en el saco.

DR. DÍAZ LOMBARDO.—Lleva tiempo de practicar sistemáticamente lo que aconseja el señor Dr. Valdés, aun cuando sin darse cuenta del porqué de sus éxitos favorables. Si casi siempre ha cortado primero el saco y hasta después hecho la desbridación del anillo, es porque encontraba mayor seguridad, teniendo en cuenta las adherencias del pedículo al anillo. Ahora se lo explica, con la suposición del Sr. Dr. Valdés, que impedía la infección proveniente del contenido del saco. En el caso del Dr. Valdés, no hay que suponer proviniera el mal de la resección intestinal, pues conoce la pericia y maestría con que él opera. Pero a mayor abundamiento de datos, hace ocho años perdió un enfermo en quien no se hizo resección, y sólo se redujo el intestino. En la necropsia, en que pensaba encontrar una perforación, no la halló.

DR. VALDÉS.—Es explicable por las mismas ideas, que al reducirse el intestino, ya en sus paredes había infección. Por lo que se refiere a lo dicho por el Sr. Dr. Castañeda, no es necesario hacer cultivos del líquido. Ya está perfectamente demostrado que el bacilo coli atraviesa las paredes del intestino, y en experimentos hechos en perros estrangulando este órgano con el líquido rezumado, aparecieron colonias en el caldo de cultivo.

DR. CASTAÑEDA.—Refiere el siguiente caso: una señorita de 40 años que desde hace cuatro padece de abundantes metrorragias, fué a Europa en 1818 y tratada en Leipzig, sin resultado: volvió a México y cuando la reconoció le encontró un fibromioma uterino. Le ha inyectado emetina sesenta veces en dosis de 0.03 centigramos por inyección: las primeras treinta diariamente, y las demás terciadas. La sangre ha desaparecido. Señala el hecho, por ser una nueva indicación de la emetina, como hemostático poderoso en Ginecología, y cuya aplicación no ha sabido se haya señalado antes.

DR. MONJARRÁS.—Desearía que con motivo de la campaña que actualmente se sigue contra el tifo, y por estar este asunto al día, la Academia tuviera a bien solicitar del Consejo de Salubridad las estadísticas que faltan desde el año pasado. En la última sesión le ha sorprendido la afirmación hecha por el Sr. Dr. Terrés, cuando significó que el tifo se había desarrollado con mayor intensidad en el Cuartel 8º de la ciudad, uno de los más aseados o

quizá el más, que en el Cuartel 2<sup>o</sup>, donde el desaseo es enorme. Debe haber un horror fundamental y que peca contra la epidemiología.

El Sr. Dr. González Fabela ha aseverado en el Consejo que la campaña contra el piojo no daría ningún resultado, y él opina de modo diametralmente opuesto.

Hay que destruir el piojo del vestido, para lo cual se desnuda a los individuos mantenidos de pie sobre un papel blanco para poder ver los parásitos que caigan. Esa ropa se llevará a barriles en donde se someterá a la acción de la benzena.

Queda después el problema de destruir el piojo del cuerpo, y con tal calificativo comprendo el de la cabeza y la ladilla del pubis. Existen varias preparaciones que los matan, como por ejemplo el unguento doble de mercurio y el ácido acético (vinagre) en caliente, así como otras muchas que podría referir. El ácido acético tiene la ventaja de disolver la quitina de las liendres o huevecillos cuya incubación es de siete días. Otro preparado magnífico es el aceite con petróleo.

DR. CASTAÑEDA.—Desearía que el Sr. Dr. Monjarás condensara todas sus observaciones en un folleto.

DR. MONJARÁS.—Con todo gusto lo haría; pero se opone una razón disciplinaria. El señor Dr. Licéaga ha dado el consejo de que instituída una campaña, sea una sola la autoridad que obre, sin intervenir dividiendo las opiniones, y en este caso, al repartir la Academia un folleto con ideas distintas a las que tiene el Consejo de Salubridad, haría vacilar los ánimos y entorpecería la acción del último. Si se ha permitido tomar la palabra en el asunto a debate, es porque todavía no se lleva a debido efecto lo que ya se sospechaba desde el año de 1892. Debe estar orgullosa la Academia, de ser la primera que considera todos estos detalles, pues aunque hace unos días el Sr. Dr. Pruneda dió una conferencia, la Academia ya lo había precedido en la apreciación científica del hecho.

ASISTENCIA.—DD. García, Licéaga, Monjarás, Manuell, González Urueña, Díaz Lombardo, Castañeda, Valdés, Montañó, Landa, Silva, Icaza, Rojas Loa y el suscrito,

ENRIQUE O. ARAGÓN.

DICIEMBRE 15  
PRESIDENCIA DEL SR. DR. SAMUEL GARCÍA

---

*Fallecimiento del académico titular, Sr. Dr. D. Miguel Otero*

El Sr. Presidente levantó la sesión en señal de duelo por la muerte del académico titular Sr. Dr. D. Miguel Otero, acaecida el 8 de diciembre del año en curso, y nombró a los señores DD. G. Mendizábal y J. Cosío, para que a nombre de la Academia dieran el pésame a los deudos.

ASISTENCIA. DD. Castañeda, Cosío, García, Mendizábal, Landa, Prieto y el Secretario que subscribe,

G. ESCALONA.

---

DICIEMBRE 22  
PRESIDENCIA DEL SR. DR. SAMUEL GARCÍA

---

*Las experiencias sobre la transmisión del tifo por el piojo*

El Sr. Dr. García dió lectura al trabajo reglamentario del Sr. Dr. Licéaga "Primeros ensayos de un estudio experimental destinado a investigar el agente o los agentes transmisores del tifo."

DR. MONJARÁS. — El trabajo del Sr. Dr. Licéaga da a conocer experiencias bien ejecutadas que servirán para que nuevos investigadores no repitan estos ensayos. Hay un punto histórico en lo que se refiere a los experimentos que se realizaron con las chinches, pulgas y los piojos: es el de consignar que fué él el primero en investigar el papel de los parásitos en las enfermedades transmisibles. Buscó primero en San Luis Potosí y luego en México, ayudado por el señor

Dr. González Fabela y el Sr. Dr. López Hermosa, que permitió tomara parásitos de enfermas con fiebre puerperal. Pudo comprobar que en la superficie de este parásito había, entre otros microorganismos, el bacilo ptoiciánico. Mas tarde se proponía emprender estudios con el tifo, que entonces no verificó porque faltaban elementos de parasitología en el Consejo de Salubridad. Tuvo el gusto de presenciar que el Sr. Licéaga proveyó de estos elementos a la mencionada institución; pero entonces tuvo también el sentimiento de abandonarla. Tiene depositado un pliego en la Sociedad "Pedro Escobedo" en el que traza el plan de estudios que deben llevarse a cabo para descubrir el agente patógeno del tifo.

DR. GARCÍA.—Felicitá al Sr. Dr. Licéaga por el empeño que manifiesta en cuestiones médicas; leyó con gran interés su trabajo y cree que a pesar de los resultados negativos de sus experiencias, éstos pueden servir de punto de partida a nuevos investigadores; pues en ciencias biológicas hay que estar constantemente cambiando los factores. Es lamentable que no haya continuado dichas experiencias de trascendental enseñanza, y que {demuestran la laboriosidad del maestro por todos conceptos tan reputado.

Hace doce días dió de alta a un convaleciente de tifo, que después tuvo un padecimiento neumónico. Durante la auscultación recogió un piojo que le hizo picaduras. No le consta que haya picado al enfermo; pero es probable que sí. No ha sufrido hasta ahora trastorno de ninguna clase en su salud.

El segundo Secretario dió lectura a un trabajo extraordinario del Sr. Dr. Terrés sobre "Etiología del tifo."

DR. GARCÍA.—Recuerda atrevidas y notables experiencias personales de nuestro consocio el Dr. Toussaint relativas al asunto de que se trata.

DR. MONJARÁS.—Dice que sí se ha reproducido experimentalmente el tifo; da lectura a unos estudios referentes y pide se nombre una comisión que repita dichas experiencias.

DR. GARCÍA.—Aprueba la proposición del Dr. Monjarás y la pasa a la Sección de Bacteriología.

ASISTENCIA.—DD. Escalona, García, González Uruña, Icaza, Landa, Licéaga, Manuell, Monjarás, Tapia y Fernández, Valdés y el Secretario que suscribe,

BULMAN.

DICIEMBRE 29

PRESIDENCIA DEL SR. DR. RICARDO E. MANUELL

---

*Un caso de aneurisma difuso.—La profilaxis del tifo.—Papel de la Academia en la epidemia actual*

DR. ICAZA.—Refiere un caso de aneurisma difuso en una enferma del Sr. Dr. Rafael López. Una niña de corta edad, recorriendo la azotea de su casa, pisó sobre el tragaluz y cayó en la pieza correspondiente; como consecuencia del golpe sufrió contusiones en el codo y una pequeña herida que atendió el Dr. López desinfectándola y suturándola; días después se quejó la enferma de adormecimiento y frialdad en la mano, faltaron las pulsaciones en las arterias del puño, y en el sitio traumatizado, aumentado de volumen, apareció un soplo; el diagnóstico se imponía, y para remediar semejantes trastornos se colocó una venda en la parte superior del brazo, se abrió el tumor, se vació la gran cantidad de sangre que contenía y se descubrió la arteria herida; limpiada la región terminó la maniobra operatoria con dos ligaduras, una alta y otra baja, en el vaso herido; se canalizó y se pudo lograr la cicatrización por primera intención, menos en el sitio canalizado. Los beneficios alcanzados fueron el restablecimiento de la circulación y la calorificación del antebrazo y las manos.

DR. MONJARÁS.—Lee un trabajo de Nicolle sobre la preparación de un suero antiexantemático, y propone que en México se emprendan estudios semejantes. Propone el aceite de eucalipto para evitar que el piojo contamine. En la escarlatina y el sarampión se utiliza la unción de aceite de eucalipto y una solución de aceite fenicado al 5% para la garganta; el fénico en el aceite pierde su acción cáustica: tal es la práctica aconsejada por Milne. En el Hospicio siguió tal práctica y costó una epidemia de escarlatina; con el tifo puede hacerse lo mismo. El Dr. Sargent aconseja el empleo del eucalipto. Lo ha empleado pero ha visto que no mata al piojo; tan sólo lo adormece.

DR. COSÍO.—Ratifica las observaciones del Dr. Monjarás. Ha conseguido que no se transmita la escarlatina en el pabellón de niños infecciosos del Hospital General, no obstante que en éste el aislamiento es difícil. Emplea la pomada con eucalipto, y toques de resorcina.

DR. ICAZA.—Para extinguir esta epidemia es de gran importancia una asepsia eficaz y destruir el piojo; está muy admitido y es seguro que dicho parásito es el propagador del tifo; se ha dicho que matándolo se extingue la epidemia, sin que por eso hayan de olvidarse las reglas generales de higiene. Es preciso inculcar a las gentes el horror al piojo.

DR. MONJARÁS.—Plotz y Baertte han hecho fructuosos estudios acerca del microorganismo, que han cultivado e inoculado a monos y cuyes. Nicolle obtuvo un suero que emplea en el hombre. No cabe duda que conociendo el agente patógeno se puede extinguir por completo la epidemia a la manera que Licéaga extinguió en México la fiebre amarilla. Nicolle desempiojando a la ciudad de Túnez, acabó con la epidemia.

Ha evitado el tifo en su dormitorio desempiojando a los aislados, y no obstante que en la parte baja de la casa se han dado tres casos de tifo los niños han escapado. Cree que en donde quiera que se haga eficazmente la desinfección y el aislamiento, como en Túnez, se hallarán limpios de tifo. Si se desempiojara a los enfermos y se persiguiera a los piojos infectados, se obtendría un efecto rápido y seguro.

DR. GONZÁLEZ URUEÑA.—Hay que llamar la atención acerca de que es el menor número de tifosos el que se registra en el Consejo de Salubridad. El 70% de las defunciones se registra sin asistencia médica, y cree que hay tifosos que pasan inadvertidos. La Academia no debe permanecer inactiva ante la epidemia; debe nombrarse una comisión permanente para que se ocupe del asunto.

DR. MANUELL.—Es palpitante el hecho. Hemos permanecido casi inactivos. Aunque no se ha demostrado científicamente que sea el piojo blanco el transmisor del tifo, es casi cierto, y hacia él deben ser dirigidas las energías. La comisión debía estudiar la manera más expedita de extinguir los piojos infectados, pues hay muchos lugares en que se ha conseguido la desaparición de la endemia. Debe aconsejarse, por ejemplo, cuál substancia es de fácil adquisición.

DR. MONJARÁS.—Ha sostenido constantemente y hoy vuelve a indicarlo, que son autoridades distintas la Academia y el Consejo; éste tiene papel activo; aquélla iniciador, pasivo, no ejecutivo. Puede nombrar comisiones para comprobar trabajos de Nicolle; puede también preocuparse por resolver nuevos problemas, y cada una de sus secciones contribuir con su contingente para hacer un estudio completo; pero cada corporación debe desempeñar su papel sin invadir las atribuciones de la otra; tampoco debe la Academia ofrecer sus servicios porque no tiene laboratorio ni estadística.

DR. GONZÁLEZ URUEÑA.—Las aclaraciones que acabamos de oír son radicales. La Academia no tiene la intención de proponer sus servicios, mas sí la obligación de estudiar la actual epidemia desde puntos de vista muy diversos. Hay detalles especiales en cada epidemia; se pueden traer trabajos de amplia observación, y sin querer que la Academia sea ejecutiva, puede el Consejo de Salubridad, que es puramente profiláctico, aprovechar los estudios de la Academia cuando ponga en vigor su autoridad.

DR. MANUELL.—Piensa lo mismo que el Dr. González Urueña: la Academia se limitará a decir a las autoridades sanitarias las conclusiones a que haya llegado en sus estudios; publicará los resultados y dará a conocer los consejos conducentes.

DR. CASTAÑEDA.—Es indiscutible que la Academia debe intervenir formando dos comisiones: una para la profilaxis rápida y otra para un estudio concienzudo y serio.

DR. ICAZA.—Siendo la hora tan avanzada prefiere se cite especialmente a todos los socios, para el estudio de tan delicado asunto.

DR. GONZÁLEZ URUEÑA.—Cree prudente la idea del Dr. Icaza, y pide se cite a los miembros de la Corporación indicándoles el objeto de la cita.

DR. MANUELL.—Acuerda que se convoque a los socios con el fin de resolver qué papel debe asumir la Academia ante la epidemia del tifo.

ASISTENCIA.—DD. González Urueña, Icaza, Licéaga, Manuell, Mendizábal, Montaña, Monjarás, Castañeda, Cosío, Chacón, Velázquez Uriarte y el Secretario que suscribe,

BULMAN.

ENERO 19.

PRESIDENCIA DEL SR. DR. SAMUEL GARCÍA.

*Fallecimiento del Sr. Dr. D. José P. Gayón.—Las propiedades terapéuticas del calcio.  
El pauperismo en la propagación del tifo.*

El Sr. Dr. García noticia la muerte del Sr. Dr. Gayón, y recuerda el mérito y los trabajos del extinto, que en otro tiempo fué miembro titular de la Corporación.

El suscrito da lectura a su trabajo de turno titulado: "Calcio".

DR. MONJARÁS. Refiere los servicios que la cal ha prestado a la Higiene pública. El agua de cal es desodorizante y la cal viva apagada en el agua se utiliza para encalar las paredes, donde obra como desinfectante; presta, además, útiles servicios arrojada en los excusados.

Hay que tener en cuenta la práctica de blanquear el cuarto de un tifo que sana o muere, como medio radical para detener una epidemia que se inicia en un cuartel, cárcel o escuela. La cal debe actuar sobre la vida del piojo, y la influencia de esta substancia sobre el parásito nos explicaría los resultados satisfactorios que se obtienen en las epidemias.

Después da lectura a un artículo de que es autor, publicado hace veinte años y que es de actualidad: "Papel del pauperismo en las ciudades; su extinción es el mejor medio profiláctico contra el tifo". Recuerda que no es partidario de los comedores públicos porque favorecen la propagación del tifo; suprimiéndolos y apartando al pordiosero sucio y vagabundo, tuvo la oportunidad de cortar una epidemia de tifo en San Luis Potosí; ahora que conocemos el papel del piojo fácilmente nos explicamos la eficacia de las medidas adoptadas.

DR. GODOY ALVAREZ.—Corroboró lo dicho por el Dr. Monjarás y dice que en los años de 92 y 93, en Querétaro, se perdieron las cosechas. Con tal motivo se fundaron asilos en donde se desarrolló el tifo.

DR. PRIETO.—En obras clásicas sobre el tifo se aprende que es una enfermedad que sigue a la miseria y la aglomeración, y que es inevitable en la guerra.

ASISTENCIA.—DD. Cicero, García, Godoy Alvarez, González Urueña, Manuel, Monjarás, Prieto, Velázquez Uriarte y el Secretario que suscribe.

BULMAN.

ENERO 26

PRESIDENCIA DEL DR. SR. SAMUEL GARCÍA

*Factores etiológicos del tifo.—Efectos nocivos de la emetina*

DR. MONJARÁS.—Informa acerca de sus trabajos de recolección del piojo, de sus estudios microscópicos y del análisis bacteriológico de la superficie del parásito; de las disecciones del

tubo digestivo, cabeza, glándulas, ovario y testículo y de los parásitos que pueden vivir en el tubo digestivo, glándulas y órganos genitales del anuro. Da a continuación lectura a un interesante artículo, y por último refiere que por medio de estadísticas se puede deducir el curso de las epidemias.

DR. GARCÍA.—Son importantes la lectura y los comentarios hechos por el Dr. Monjarás, por estar relacionados con la epidemia actual. En sus consideraciones, que abarcan el período de 1892 a 1898 se ve que no influyen sobre la endemia o la epidemia los albañales y lluvias. En México, el Dr. Terrés ha trazado curvas que siguen cierto paralelismo: a menos endemia más lluvia. Sería conveniente seguir observando los diversos agentes que se han señalado como causantes de endemias y epidemias, para dejarlos consignados y con ellos llegar a la adquisición de la verdad.

DR. CASTAÑEDA.—Ejerció en Pachuca y pudo observar a cinco mil familias en una decena de años. Trató de inquirir lo que había acontecido a cada enfermo la semana anterior a su padecimiento y encontró varias causas: desvelada, embriaguez, choques morales; pero hubo una, constantes mojadadas, que ya ha sido consignado por el Dr. Jiménez. Ha llegado a su conocimiento, por un médico de Puebla, que cierto presbítero amilanado por la epidemia se retiró del servicio eclesiástico, y recluso en su habitación hacia buches, se bañaba, se aplicaba lavativas: le dió tifo y murió.

DR. COSÍO.—Otro hecho señalado es el temor a la enfermedad. Este temor constante debilita el organismo. Es poco contagioso el tifo de enfermo a enfermo; ha visto a niños con coqueluche entrar en las piezas de los pequeños tíficos: han adquirido el padecimiento. Ignora el mecanismo; no sabe si el piojo haya intervenido.

DR. MONJARÁS.—En San Luis Potosí no hubo albañales y había tifo. Un individuo dueño de un rancho pidió permiso para recoger materias fecales en un estanque al que llegaban por un colector inclinado; dicho estanque estaba rodeado de casas, y ninguna persona enfermó de tifo a no ser las que fueron a la ciudad. No llovió en cinco años en San Luis Potosí, y hubo tifo. El Sr. Dr. Otero creía que había relación entre la capa telúrica y el tifo. En San Luis no existe dicha capa: hay que llegar a mil metros para encontrar agua. En París, en 1894, en el servicio del Hospital Cochín, de Dujardin-Beaumez y Dubleuf, presencié casos de tifo que se estaban confundiendo con fiebre tifoidea; asistió a la limpia de los albañales y tuvo la certeza de que ningún trabajador adquirió el tifo.

DR. PRIETO.—El mecanismo de la propagación de la endemia y la epidemia es distinto. En la primera tienen importancia los pequeños casos, que son los niños enfermos, mal diagnosticados, que no tienen carácter de tíficos y que, sin embargo, dan nacimiento a la enfermedad en los grandes. Hay que aislar a estos niños. En el adulto nace merced a cambios bruscos de la temperatura. Podría señalar casas, como la No. 60 de Medinas, en donde cada seis meses hay tifo; se desinfecta; llegan nuevos inquilinos y enferman. En una sala de cirugía de mujeres, en la cama No. 24 siempre daba erisipela; todo se cambiaba, se desinfectaba y acontecía por el estilo de la casa a que alude, y esto no por parásitos sino tal vez por la atmósfera en la que hay algo especial. En cierta epidemia el cadáver de un tífico fué transportado al panteón por cuatro cargadores: todos tomaron el tifo. No puede atribuirse a los parásitos porque no los había.

DR. GARCÍA.—El rigor de los métodos lógicos de observación es importante en las endemias y epidemias. Se ha observado que el cese de las lluvias acrece la endemia o la epidemia: tal acontece en los meses de diciembre, enero y febrero. En cambio la atmósfera húmeda disminuye la endemia o la epidemia en el mes de marzo. La endemia disminuye con las aguas, y éstas hacen desaparecer la epidemia. En todos estos hechos hay dos fenómenos de variaciones concomitantes con una relación causal. Respecto de la transmisión parasitaria hay hechos que la contradicen: fijándonos en el tanto por ciento, en la epidemia actual, de los cuarteles 2º y 8º, se recogen los datos siguientes: 48 por 1,000 en el 2º; 47.0 por 1,000 en el 8º; la diferencia es despreciable y, sin embargo, el número de piojos entre el cuartel 2º y el 8º, es enorme: en el 2º abundan, en el 8º escasean. Pero el número de enfermos es casi el mismo, habiendo gran diferencia en la cantidad del agente transmisor. En rigor lógico, la transmisión parasitaria no es de simple concordancia, por haber hechos complicados. Se ha asentado que los cambios bruscos de temperatura desarrollan más la endemia y recrudescen la epidemia. Parece que las mojadadas debilitan la resistencia del organismo y favorecen el desarrollo del germen de la enfermedad; también se ha observado que la sequedad de la atmósfera influye; quizá con el polvo se transmita el agente del tifo. Como se ve hay multitud de agentes por estudiar; pero para lograr el hallazgo del causante es preciso sujetarse al cartabón de los métodos lógicos. El

tratamiento es de gran importancia y será objeto de nueva consulta. Una enferma le preguntaba por cierta inyección antiftífica; no la conoce, ni sabe los resultados que haya dado. Es necesario censurar los tratamientos desordenados y mal aconsejados; hay especialistas que venden menjurjes caros y perjudiciales para los enfermos. En todas estas cosas está el interés social, y como médicos estamos obligados a cuidar de él.

DR. CASTAÑEDA.—Refiere que una enferma de hepatitis supurada, tratada con dos inyecciones semanarias de 0.03 cg. de emetina presentó astenia, paresia y paraplejia de la que al fin curó. Otro enfermo con padecimiento hepático análogo, después de quince o veinte inyecciones no podía andar; por último una enferma del Dr. Alvarez Amézquita recibió dos inyecciones de 0.03 cg. y se quejó de los mismos síntomas que los anteriores. Suspendió la substancia y la paciente mejoró. Como se advierte, estos tres casos son debidos a la emetina.

ASISTENCIA—DD. Castañeda, Cosío, García, González Urueña, Landa, Loeza, Licéaga, Manuell, Mendizábal, Monjarás, Peredo, Prieto, Rojas Loa, Uribe y Troncoso, Velázquez Uriarte y el Secretario que suscribe,

BULMAN.

## FEBRERO 2

PRESIDENCIA DEL SR. DR. SAMUEL GARCÍA

### *El tratamiento del tifo*

DR. GARCÍA.—Suplica a los señores académicos refieran lo que les ha dicho la experiencia acerca del tratamiento del tifo.

DR. MONJARÁS.—Piensa, ante todo, que el tifo es una infección tífica en la que reconoce dos períodos clásicos: uno de invasión del agente X, y otro en el que se manifiestan los efectos del envenenamiento por las toxinas. Supone que el germen se desarrolla en todo el tubo digestivo. Utiliza medicamentos que no alteran los jugos digestivos e inaugura el tratamiento con un vomitivo de ipecacuana y una purga de Seltz; sostiene la acción evacuable con calomel en dosis refracta, y a continuación salicilato de bismuto para contrarrestar el efecto del calomel; en seguida ácido láctico y leche agria. Si la temperatura es de 39° la reduce con agua tibia o fría. Pasado el primer período emplea el suero artificial, ya en inyecciones, ya en lavativas. En la piel aplica vinagre aromático, que destruye las liendres. Emplea también la esencia de eucalipto e instituye dieta láctea y permite el agua de limón; a las ocho de la noche suspende la medicación y prohíbe que molesten al enfermo. Levanta al paciente todavía con calentura, y cuando hay complicaciones las trata.

DR. SALOMA.—No hay tratamiento específico y por tanto se preocupa de facilitar la eliminación de las toxinas cuando el enfermo ya ha tomado laxantes o purgantes; insiste en que se le dé otro de aceite, que vuelve a propinar a los seis o siete días; con esto consigue descenso de la temperatura. Favorece la eliminación por el riñón con agua que no da en grandes cantidades, temeroso de molestar el vientre y producir meteorismo; hace que tome el enfermo, a tragos, de uno y medio a dos litros de agua en veinticuatro horas; obtiene de esta suerte orina clara, casi normal en color y cantidad, y de estos datos se sirve para averiguar si el paciente toma o no el agua prescrita. Teniendo en cuenta la amenaza sobre el corazón da gotas de tintura de estrofantó o de digital. En cuanto a los síntomas cada individuo requiere tratamiento especial. Considera la infección en dos períodos: el del primer septenario, de excitación (comparable a la del alcoholismo), con erupciones congestivas, pulso amplio, sistema arterial dilatado; el segundo, de general decaimiento, caracterizado por la depresión adinámica, dilatación arterial notable, en que casi se duplica el trabajo del corazón para llenar el árbol circulatorio. Entonces se limita a emplear medicamentos vasoconstrictores, como la ergotina, además de los tónicos del corazón, que emplea desde el principio. Aconseja, también, fricciones, baños, lavativas y ventilación.

Acaba de estar en Querétaro, y el Dr. Reséndis, que acepta la teoría del piojo, le hizo notar cómo se va propagando la epidemia en las calles, de un extremo a otro de las aceras sin pasar a la de enfrente, y en casas en donde aguas y albañales no están correctos.

DR. GARCÍA.—Agradece a los DD. Monjarás y Saloma las comunicaciones hechas acerca del tratamiento del tifo, sobre el que no hay nada específico mientras no resulte cierto lo asen-

tado por la prensa de información. La mayor parte de su vida médica la pasó en Jalapa. En los años de ejercicio en la capital ha podido advertir lo útil que es entonar el corazón desde el principio y auxiliar al sistema nervioso en su debilitamiento; tal cosa se consigue con 0.10 cg. de cafeína y 0.001 mg. de estricnina. Abate la temperatura con baños tibios (sedantes y diuréticos), o fríos, que además son antitérmicos. Atiende el funcionamiento del riñón, y el del intestino con laxantes y calomel. Dos enfermos que perdió habían dejado de orinar.

DR. MANUELL.—Como se trata de recoger impresiones acerca de los medios empleados en el tratamiento del tifo recuerda el aforismo: "o se cura con nada o no se cura con nada". Le queda la duda de si se puede mejorar el pulso: quizá sea mejor que se defienda solo. Vulpian, a propósito de los distintos tratamientos de la neumonía, decía: "¿no habéis ensayado alguna vez no hacer nada?" No es partidario de emplear los tónicos cardíacos desde el principio: lo cree peligroso porque se cansa el corazón; y no hay que olvidar la rápida asistolia que, debido a la degeneración de la fibra cardíaca, suele verse en esta enfermedad. Los sueros son ineficaces y aun perjudiciales; van cargados de toxinas; y si el órgano eliminador está sano, por lo menos se le agrega trabajo. Son útiles los sueros cuando se fabrican con la raza del agente causal de la enfermedad.

DR. SALOMA.—Está de acuerdo con el Dr. Manuell: el corazón en el tifo sufre de asistolia aguda, y si ésta se presenta desde el principio del padecimiento, debe atenderse. Hace muy poco vió a una enferma con arritmia: le dió estrofantó y se regularizó el pulso; pero suspendió dos días el medicamento y reapareció la perturbación. Entiende que es de aconsejarse se cambien los tónicos cardíacos a fin de evitar la costumbre.

DR. ESCALONA.—Acepta la táctica del Dr. Manuell de reservar siempre los tónicos cardíacos para cuando se necesiten. No cabe duda que el Dr. Saloma está de acuerdo con nosotros; mientras no haya debilidad, arritmia, aumento de latidos, no debe auxiliarse a la fibra cardíaca. Del Dr. Terrés he aprendido a cambiar tónicos cardíacos, para sumar constantemente el estímulo y evitar que se acumulen las substancias. En cuanto al suero fisiológico, no es del todo inocente su introducción en gran cantidad; en el tifo hay retención de cloruro de sodio, que se elimina durante la defervescencia sin cambio de régimen.

El riñón no elimina en las infecciones agudas el cloruro de sodio; sería expuesto, pues, introducirlo. El elemento sodio es el que congestiona e inflama el riñón.

DR. MONJARÁS.—Ha leído el empleo de suero de sangre de caballo como tratamiento, y el uso de 0.20 cg. de quinina repartidos en veinte dosis, como medio profiláctico. En la prensa americana se recomienda la tintura de yodo y baños de sol de una o dos horas; con los cuales sube primero la temperatura, y después baja. El enfermo debe usar anteojos azules.

DR. LANDA.—La helioterapia en el tifo se aplica en México en los hospitales americano e inglés; en los patios rodeados de jardines, se coloca al enfermo envuelto sólo en sábana o tela de punto.

ASISTENCIA.—DD. Aragón, Castañeda, Carrillo, Escalona, García, González Urueña, Icaza, Landa, Licéaga, Manuell, Monjarás, Prieto, Saloma, Uribe y Troncoso, Valdés y el Secretario que suscribe,

BULMAN.

FEBRERO 9.

PRESIDENCIA DEL SR. DR. SAMUEL GARCÍA.

*Tratamiento de los quistes sebáceos.—Las vegetaciones adenoideas.  
Complicaciones oculares en el tifo.*

El Sr. Dr. CICERO dió lectura a su trabajo reglamentario "La extirpación de los quistes sebáceos por el procedimiento de Sabouraud".

A continuación el Sr. Dr. PEREDO, de turno para lectura, presentó un trabajo sobre "Contribución al estudio de las vegetaciones adenoideas".

DR. TAPIA Y FERNÁNDEZ.—Elogia la descripción completa, las fotografías y los diferentes tipos de estos padecimientos narrados por el Dr. Peredo. Hace hincapié en la insuficiencia respiratoria, que se atribuye a distintas causas: catarros, bronquitis, etc. La sordera puede ser de forma exudativa o purulenta; estas otitis reiteradas no ceden mientras no se hace la extirpa-

ción de las adenoides. El aconseja siempre la necesidad de la intervención, aun en temprana edad.

DR. SILVA.—Además del efecto de estos padecimientos sobre el estado general, y al lado de las otitis serosas, mucosas o purulentas, los estados escrofulosos y la eczema, deben señalarse las manifestaciones oculares: suele verse una conjuntivitis impetiginosa que ataca la córnea y produce lesiones que pueden modificarse extirpando las adenoides. En Viena y en Berlín se tiene en cuenta la influencia de la edad, pues el padecimiento se reproduce en los niños recién nacidos. Para el diagnóstico no se practica el tacto en Europa, y se prefiere la rinoscopia anterior a la posterior, porque da más precisión, auxiliada por la adrenalina y la cocaína.

DR. TAPIA Y FERNÁNDEZ.—En niños pequeños, aunque rara vez, prefiere el tacto; a veces hay dificultad para practicar la rinoscopia anterior; con la posterior, los pequeños sufren y se espantan.

DR. PEREDO.—En tesis general están de acuerdo con él los señores Tapia y Fernández y Silva. Sólo en los medios de exploración para fijar el diagnóstico no están conformes; pero no hay que olvidar las circunstancias especiales e individuales, como desviación del cornete, edad del niño, etc.

DR. SILVA.—Entre los cuatro y diez años debe emplearse la rinoscopia anterior porque a esta edad es excepcional la desviación del cornete. En niños menores de cuatro años la rinoscopia posterior no es posible.

DR. MONTAÑO.—En setenta y cinco casos de tifo, ha observado dos complicaciones oculares: el flemón retroocular y la neuritis retrobulbar en una enferma del Dr. Gregorio Mendizábal, que ha recobrado la vista después de haberla perdido totalmente.

DR. BULMAN.—Hay una complicación ocular muy frecuente en los tíficos adinámicos: la perforación de la córnea. Tres casos observó durante su estancia en el Hospital General, y de ellos ha de recordar, sin duda, el Dr. Montaña, pues ya convalecientes pasaron a la clínica de ojos servida entonces por el Dr. Agustín Chacón.

DR. MONTAÑO.—Al hablar de las complicaciones oculares en el tifo, dijo de las observadas en estos setenta y cinco casos de la epidemia actual. Recuerda las referidas por el Dr. Bulman; pero pertenecen a otras epidemias.

DR. SILVA.—Son interesantes los dos casos narrados por el Dr. Montaña: en uno hay neuritis retrobulbar, y menciona la pérdida total de la vista. Desearía saber cómo encontró el nervio óptico al hacer el reconocimiento del fondo del ojo.

DR. MONTAÑO.—La enferma principió por neuritis descendente. El Dr. Ramos decía que en las infecciones sufre el *tráctus uveal*.

DR. SILVA.—Respecto de la observación del flemón retroocular consecutivo al tifo, ¿no sería debido a sinusitis anterior?

DR. MONTAÑO.—Estos dos casos de complicaciones oculares llegaron a sus manos en la convalecencia. Cree posible que el flemón retroocular haya sido consecutivo a sinusitis.

ASISTENCIA.—DD. Cicero, García, González Uruña, Icaza, Landa, Licéaga, Loeza, Manuel, Mendizábal, Monjarás, Montaña, Peredo, Prieto, Silva, Tapia y Fernández, Velázquez Uriarte y el Secretario que suscribe,

BULMAN.

FEBRERO 16

PRESIDENCIA DEL SR. DR. SAMUEL GARCÍA

*Ejercicio ilegal de la Medicina.—Algunos casos quirúrgicos*

DR. GONZÁLEZ URUEÑA.—Refiere dos casos que pertenecen al ejercicio ilegal de la profesión. Uno es de eritrodermia exfoliante o de pitiriasis rubra, como la designan algunos autores, pues dice que esta afección de la piel pertenece a grupo aún no definido. Dermatitis de rubicundez totalizada de pies a cabeza, con escamaduras cuyos productos abundantes pueden recogerse, de forma idiopática y de etiología y patogenia oscuras, era el padecimiento que hacía un mes llevaba quien le consultó. El individuo no facultado para ejercer la profesión proporcionó una pomada que por el color característico depositado en las uñas de los pies y las manos, sin duda era de nitrato de plata; y había prescrito un régimen alimenticio distribuido en esta forma: desayunó: seis bolillos, tres biftecs y una buena taza de café con leche; la cena era semejante y

en la comida se agregaban a estos alimentos otros platillos; en suma, que ingería el enfermo un kilogramo de carne al día. Es elemental en Dermatología la estrecha relación existente entre las dermatosis y la exacerbación de éstas por intoxicaciones originadas en el tubo digestivo. Para curar aquéllas el régimen lácteo se impone. Otro desastre del ejercicio ilegal de la profesión es la inflamación aguda de la cara, supuesta erisipela por un homeópata, y amenaza del Consejo de Salubridad, de que sacaría, por ser contagioso, de su domicilio al enfermo, quien hacía objeciones acerca de semejante diagnóstico. Tuvo que estar conforme con el enfermo: no era erisipela y sí eczema seborreico aguda. Este caso funesto para el enfermo afectaba a la vez su parte moral y su terapéutica. Tan frecuentes casos de ejercicio ilegal de la profesión le recuerdan el brillante trabajo de nuestro sentido compañero el Dr. Lavalle Carbajal, que se podría tomar en cuenta a fin de reformar nuestra Constitución.

DR. CASTAÑEDA.—Comunica algunos casos de oportunidad operatoria de urgencia. Un doliente de obstrucción intestinal, visto a la vez por un médico extranjero y por un académico distinguido, fué llevado a la Cruz Roja a las once de la noche y después a casa del exposante; tenía cinco días de obstrucción, vómitos y gran meteorismo. Como es de regla, exploró agujeros hernianos, recto, pelvis, apéndice, y en todos ellos no había ni cicatrices, ni bridas, ni padecimiento que explicara el trastorno; mas sí había una zona de obscuridad en la fosa ilíaca y el flanco derechos; se trataba de coprostasis. Prescribió unas cucharaditas de aceite de ricino, cada hora, y amasamiento: a la octava pequeña cucharada evacuó el paciente.

Otro caso fué de hernia estrangulada. Hizo la sutura de las tres capas; pero como en estos casos, con motivo del choque peritoneal se paraliza el intestino acumulándose gases que huyen por las suturas antes de que se forme la peritonitis plástica aséptica de defensa, en su práctica favorece ésta y apresura la fagocitosis aplicando yodo en la línea de sutura.

En otra enferma con fistula abdominal consecutiva al tratamiento de una neoplasia pelviana, hubo de deshacer un verdadero conglomerado en donde se encontraba la vejiga. En estos casos es perjudicial la canalización generalmente seguida, a la Mikulicz.

A otra doliente agotada por pleuresía purulenta rebelde ya operada varias veces, la trató siguiendo una técnica que cree suya: resección costal, descortización del pulmón, colgajo y desbridación de la pleura. De esta suerte el fondo del absceso queda a la vista. Encontró en la pleura un tubo olvidado en otra intervención.

Otro caso es el de una fistula pleural que había resistido tres operaciones anteriores; cesó cuando la operó siguiendo sus preceptos. Por último, en un cáncer encefaloide de la mama, dejó, contra el parecer del Dr. Valdés, los músculos pectorales.

DR. GARCÍA.—Los casos del ejercicio ilegal de la profesión a todos nos han preocupado. No recuerda el estado que guarda el interesante asunto tratado por el Dr. Lavalle Carbajal, pero sí sabe que en otros países la profesión tiene libertades limitadas; aquí carecemos de ley protectora de la sociedad; en Francia y demás naciones hay protección, excepto en Inglaterra donde quizá el amor a la libertad llega al sacrificio. El charlatanismo se extiende aun entre los titulados, que, como los que no tienen título, causan daños también.

En un caso de obstrucción intestinal renuente a medios médicos se aconsejó el auxilio del cirujano; más éste no quiso operar sino al día siguiente. Durante la noche el enfermo tuvo dos evacuaciones abundantes, a pesar de lo cual el operador intervino y dejó al doliente con una fistula. ¿Cómo defendemos a la sociedad de estos daños? Promete inquirir en las actas el estado que guarda el asunto Lavalle Carbajal, aun cuando no ve un momento propicio, pues apenas se habla de la formación del Congreso.

DR. GONZÁLEZ URUEÑA.—El trabajo reglamentario del Dr. Lavalle Carbajal pasó a una comisión. Esta acordó que la Academia no hiciese suya la proposición porque había pendiente una reforma, mas sí que se distribuyese a los diputados y se enviase a la Secretaría de Instrucción Pública. La tentativa fracasó. No sería inoportuno volver a tratar del asunto porque aun cuando está lejana la fecha del Congreso, se podría remitir a la comisión de anteproyectos de Constitución. Recuerda la competencia médica y jurídica del trabajo mencionado, pues en él hay datos de la Corte de Justicia proporcionados por el entonces magistrado Sr. Francisco Carbajal. Es completo: médico, jurídico e histórico porque abarca los diversos casos suscitados en diferentes puntos de nuestra República; puede calificarse como muy valioso y bien documentado.

DR. GARCÍA.—Es interesante la opinión del Dr. González Urueña; acepta la idea; la Academia debe meditar y formular proposiciones antes de resolver.

ASISTENCIA.—DD. Aragón, Castañeda, Cosío, Díaz Lombardo, Escalona, García, González Urueña, Landa, Prieto, Rojas Loa, Silva, Uribe y Troncoso y el Secretario que suscribe,

BULMAN.

FEBRERO 23

PRESIDENCIA DEL SR. DR. SAMUEL GARCÍA

*Experiencias con "alfasolina" en la Sociedad "Pedro Escobedo"*  
*Embarazo extrauterino*

DR. ARAGÓN.—La epidemia de tifo que en la actualidad asola a la ciudad ha hecho a la Academia ocuparse con detenimiento en el estudio de los distintos capítulos del tabardillo. En la Sociedad "Pedro Escobedo" ha acontecido lo mismo, y los DD. Otero, Monjarás, Miranda y Licéaga han presentado trabajos del todo interesantes.

Días pasados y en casa del Dr. Mesa Gutiérrez, se verificaron experimentos con la "alfasolina", los cuales fueron demostrativos en piojos, chinches, moscas y en un perro con pulgas. Todos los insectos murieron.

Para el viernes próximo y en la Sociedad "Escobedo", los Sres. Medellín y Sierra van a repetir los experimentos relativos a la "alfasolina". Se honra en invitar a los señores académicos.

DR. GARCÍA.—Ruega a los señores presentes tomen nota de la invitación y les encarece su asistencia.

DR. GODOY ALVAREZ.—Da lectura a un escrito sobre "Un caso de embarazo tubario. Laparatomía. Curación". Hace, después, consideraciones entre el caso actual y el presentado el año anterior, en una primípara de órganos no infectados, en donde es raro el embarazo extrauterino. En el presente la infección de las trompas lo favoreció; el huevo se desarrolló en el piso inferior del oviducto; al romperse sobrevino infiltración que penetró en el tejido subperitoneal y causó desarrollo de vasos, que explica las muchas ligaduras y la necesidad de canalizar.

A propósito del diagnóstico en el caso anterior, fué más fácil porque hubo todos los síntomas que caracterizan el aborto tubario; entre otros expulsión de la decidua, que en este último caso no se comprobó.

ASISTENCIA.—DD. Aragón, Cosío, Cicero, Escalona, García, Godoy Alvarez, Landa, Mendizábal, Monjarás, Peredo, Prieto, Saloma, Silva y el Secretario que suscribe,

BULMAN.

MARZO 1º.

PRESIDENCIA DEL SR. DR. EDUARDO LICÉAGA

---

*Fallecimiento del académico titular, Sr. Dr. D. Eduardo Armendáriz*

La Presidencia comunicó que hoy dejó de existir el Sr. Dr. D. Eduardo Armendáriz, miembro titular de esta corporación.

Después de nombrados los Sres. Godoy Alvarez y Cicero para dar el pésame a la familia del extinto, se levantó la sesión en señal de duelo.

ASISTENCIA.—DD. Castañeda, Cicero, Cosío, Escalona, Godoy Alvarez, González Urueña, Hurtado, Landa, Licéaga, León, Manuell, Mendizábal, Monjarás, Prieto, del Raso, Saloma, Valdés y el Secretario que suscribe,

BULMAN.

---

MARZO 8

PRESIDENCIA DEL SR. DR. SAMUEL GARCÍA

---

*El tabardillo en los niños.*

*Experiencias en el hombre para estudiar la transmisión del tifo*

El Dr. ESCALONA da lectura a su estudio "Al margen del capítulo "El tabardillo en México en los niños."

DR. LICÉAGA.—Desea rectificar un hecho: creyó oír que hasta hace diecisiete años no se había diferenciado el tifo de la fiebre tifoidea.

DR. ESCALONA.—No asienta esa afirmación en su escrito.

DR. LICÉAGA.—Está conforme porque con anterioridad ya el Dr. Miguel F. Jiménez había diferenciado esas dos entidades.

DR. COSÍO.—El tifo es raro en los niños; rareza que se acentúa mientras son más pequeños, pero sí existe, benigno, en las primeras edades; la mortalidad en los niños es de 1 ó 2%. En veintitrés niños atacados, uno murió de noma. Generalmente se manifiesta con apatía, sirmodorra; la adinamia es excepcional, así como la erupción. La limonada láctica al 4% es ácida y provoca vómitos; la da al 1%.

DR. ESCALONA.—Fue un lapsus, la prescribe al 4 por 1,000; el ácido es un pretexto para que beban agua los niños.

DR. SALOMA.—Da lectura a su trabajo "Apuntes para la etiología experimental del tifo exantemático."

DR. ICAZA.—Con pena toma la palabra para defender la moralidad. No estamos autorizados para hacer experiencias en el hombre, y los académicos menos que los demás. Sentando este precedente, mañana los fisiólogos, los anatómicos o los cirujanos ejecutarían operaciones delicadas para ver sus ventajas y resultados secundarios. Debemos oponernos a tiempo a estas experiencias porque el fin no justifica los medios, y desechar el principio de hacer males para obtener bienes. El médico debe prodigar bien a todos y no sacrificar a individuos aun cuando sean una plaga social; para castigarlos están las leyes. Este es su modo de pensar, y cree un deber, una obligación, manifestarlo.

DR. SALOMA.—Como dice el Dr. Icaza, el asunto es bien delicado; no ignora y se hace solidario de la responsabilidad moral; pero desea expresar que el criterio de la moralidad es elástico: hay personas, hablando en términos generales, que tienen en teoría magníficas ideas, y que prácticamente obran de manera inmoral ejecutando actos delictuosos. El criterio moral varía con las razas y con otras condiciones. Un cirujano intenta una operación de resultados problemáticos, fundado en mínima probabilidad de triunfo; la ejecuta y no se le considera inmoral, dado que persigue el bien que puede obtener su enfermo. Como es bueno también suprimir a un malvado para librar de él a la sociedad, y si en el terreno jurídico se elimina a un individuo por perjudicial, bien se podría sacrificar a ese mismo en provecho de los demás. Cree que el piojo es excepcionalmente un transmisor del tifo. Por tal creencia pensó que no iban a adquirir el padecimiento los sujetos de sus experiencias; por otra parte había estudiado el material en que iba a trabajar. Escogió menores de 15 años; sabía los antecedentes patológicos de éstos; conocía el tratamiento que les había de instituir en caso de que enfermasen; y tales circunstancias le daban casi la seguridad de contrarrestar el mal. Quiere que la discusión se encauce en el orden científico y se le señalen los defectos de su ejecución. No quiere tratar la moralidad del asunto. Si la Academia teme alguna responsabilidad con su trabajo, él la hace toda suya.

DR. ICAZA.—No acepta la experimentación en el hombre, y establece que no debemos hacer mal y sí hacer cuanto bien podamos. *Primum non nocere*. El cirujano que opera problemáticamente hace mal; pero si el individuo que va a operar muere sin intervención, y tiene probabilidades de salvarse con ella, hace bien. Los médicos no tenemos facultades para perjudicar a nadie; ni con criminales debemos establecer el precedente; no hagamos los médicos lo que hace la sociedad. Ella cuenta con el derecho, está legislada, tiene la justicia, nosotros no. Para tranquilidad de conciencia, el Dr. Saloma nos dice que no cree en el piojo transmisor; pero éste necesita dejar pasar algún tiempo después de haber picado a un enfermo para picar y enfermar a un sano. Por las razones expuestas cada quien juzgará con su criterio; pero insiste en que los experimentos deben hacerse en monos, nunca en el hombre.

DR. PRIETO.—Los experimentos deben hacerse en los animales que son receptores al tifo, y suprimirse en el hombre como inútiles. Otras experiencias ya conocidas no se ejecutaron con pureza. Sus pruebas en dichos animales no son concluyentes porque no se dejó al piojo el tiempo suficiente para que adquiriese el poder infectante, como se ha hecho con otros insectos; además, es un error aplicar los piojos estando el enfermo sudoroso.

DR. GARCÍA.—No cree concluyentes las experiencias del Dr. Saloma, desde el punto de vista científico. El trabajo del Dr. Saloma es de la Academia, pero sin que ésta se haga responsable de las afirmaciones que el autor asienta.

DR. SALOMA.—Aclara que en sus experiencias los piojos picaban al sano once y diez días después de haber picado al tifoso: época señalada suficiente para adquirir el poder infectan-

te. Respecto a lo dicho por el Dr. Prieto de que las experiencias en el hombre son inútiles porque en los animales se pueden hacer, cree que algunos síntomas, entre otros los del sistema nervioso, no son fáciles de observar; razón por la que deben intentarse en el hombre, en donde se obtienen las características de la enfermedad.

DR. ESCALONA.—Da lectura al trabajo del Dr. Terrés "Paracolibacilos e infecciones paratifoideas."

ASISTENCIA.—DD. Castañeda, Cosío, Escalona, García, González Urueña, Icaza, Landa, Licéaga, Loeza, Mannell, Mendizábal, Monjarás, Peredo, Prieto, Saloma, Ulrich, Uribe y Troncoso, Valdés y el Secretario que suscribe,

BULMAN.

MARZO 15

PRESIDENCIA DEL SR. DR. SAMUEL GARCÍA

*La impotencia y la neurastenia de origen genital*

El Sr. Dr. DÍAZ LOMBARDO da lectura a las siguientes conclusiones de un trabajo que más tarde presentará:

1<sup>a</sup>. - La impotencia es padecimiento más frecuente de lo que generalmente se considera.

2<sup>a</sup>.—En muchos casos de neurastenia la impotencia es causa de la enfermedad y no síntoma.

3<sup>a</sup>.—El tanto por ciento considerable de casos de impotencia tiene por causa lesiones blenorragicas o postblenorragicas de los órganos genitales.

4<sup>a</sup>.—Debe darse más importancia de la que actualmente se les da a las lesiones de las vesículas seminales.

Se refiere a la segunda porque hay muchos casos de neurastenia en los que la impotencia es causa y no síntoma; las patologías no hablan de la neurastenia de origen genital, y es conveniente contar con ella ya que operaciones verificadas en los órganos de reproducción la remedian.

Es de importancia conocerla porque los tratamientos generales empleados le son perjudiciales cuando no se atiende a la causa. Se pone en estado de excitación a los enfermos y si éstos llegan a caer en manos de charlatanes con específicos, o de electricistas, se hacen incurables y quedan en la desgracia moral más lastimosa; lo que no les hubiera ocurrido si hubieran visto al especialista, que sabe tratar directamente las afecciones de los órganos genitales.

Dr. CICERO.—Para evitar la confusión a que se refiere el Dr. Díaz Lombardo debe tenerse presente la regla general de efectuar exámenes clínicos completos. Taylor, al referirse a las diferentes causas de orden genital, señala los vicios congénitos, la blenorragia de los testículos y la esterilidad, como causas de neurastenia. Diday habla de pacientes que no son real y verdaderamente impotentes; muchos curan en un cuarto de hora de conversación con un médico honrado que les haga ver que la impotencia es imaginaria.

Dr. DÍAZ LOMBARDO.—Diday da consejos favorables para los neurasténicos, pues hay muchos huecos en el tratamiento, que obra por sugestión provocando un esfuerzo nervioso, producto de una más fuerte excitación. Estos consejos hacen perder precisamente el tiempo a los enfermos que no se tratan a tiempo estrechamientos y lesiones prostáticas. Taylor menciona las vesículas. El impotente que recurre a la conversación para sostener su capacidad, pierde tiempo en operarse.

Llama la atención de médicos generales y del público acerca de la impotencia ligada a lesiones de los órganos genitales, especialmente de las vesículas. Hace seis años se hablaba poco de próstata y nada de las vesículas. El Dr. Pastor señalaba las lesiones tuberculosas y la necesidad de una exploración completa.

Dr. TERRÉS.—Sucede varias veces que la diferencia de opiniones entre algunas personas, depende de que no se han puesto de acuerdo sobre la significación de las palabras; y cree que así ocurre en el punto a que se ha referido el Dr. Díaz Lombardo, pues el nombre de neurastenia se ha aplicado a la llamada esencial o propiamente dicha, la enfermedad de Beard, y también a muchos padecimientos completamente distintos de ella, que constituyen un conjunto sumamente heterogéneo, en el que caben los estados neurasteniformes de algunos autores

y las neurastenias hereditarias o constitucionales de Charcot. Ahora bien, la verdadera neurastenia, sin duda que no puede ser producida por la impotencia consecutiva a una enfermedad genital; lo que se produce entonces es una idea fija, una preocupación, como se decía antes, una monomanía que está muy lejos de la neurastenia. En lo que sí cree que está en lo justo el Dr. Díaz Lombardo, es en decir que dicha neurastenia no produce verdadera impotencia, salvo casos excepcionales, y entonces es muy curable, como también lo es la enfermedad que la origina.

Hay un punto en que no sabe si habrá entendido bien las ideas del Dr. Díaz Lombardo; pero le parece que no tiene este señor en cuenta sino la impotencia de origen genital, cuando es indiscutible que las hay de otro género, entre ellas las nerviosas, la que se ve en la tabes, y también en esos padecimientos entre los cuales hay que contar los psíquicos como la preocupación, y la verdadera sugestión de la impotencia, que era sin duda la que tenía presente Diday al referir esos casos a que ha aludido el Dr. Cicero, en que obraba felizmente la persuasión del enfermo.

DR. DÍAZ LOMBARDO.—Diday habla de la impotencia como síntoma del estado neurasténico, y niega la estrechez y otras afecciones genitales como causantes de la enfermedad, viéndolas más bien como accidentes que coexisten; pero en tiempo de Diday estas lesiones genitales eran ignoradas por falta de exploración o de conocimientos especiales.

DR. GARCÍA.—A la neurastenia se han añadido estados que no le pertenecen. La impotencia puede resultar de autosugestión, y desaparecer con un eupéptico o un consejo.

La pseudoimpotencia o la impotencia pueden dar lugar a un estado nervioso.

ASISTENCIA.—DD. Cicero, Escalona, Díaz Lombardo, García, González Urueña, Landa, Loaeza, Manuel, Monjarás, Prieto y el Secretario que suscribe,

BULMAN.

MARZO 22

PRESIDENCIA DEL SR. DR. SAMUEL GARCÍA

*Las intoxicaciones de origen alimenticio*

El Sr. Dr. MONJARÁS dió lectura a su trabajo reglamentario "Higienización de los derivados de la leche: nata, crema, mantequilla, etc., etc." Después manifiesta que ha continuado estudiando la biología del piojo. Lee, sobre este particular, un estudio sobre "La pipeta de Barber y su aplicación al estudio biológico del piojo."

DR. ULRICH.—Comienza a leer su trabajo reglamentario "Notas de actualidad sobre las intoxicaciones alimenticias y las autótoxicaciones intestinales."

DR. HURTADO.—Como las conclusiones a que llega el Dr. Ulrich estarían basadas en el exordio moral y sociológico, le rogaría no abrevie su lectura sino más bien que la amplíe y traiga los comprobantes de la atrofia cerebral y la paquimeningitis, de orden tóxico, de carácter sobreagudo. Esto es sorprendente, porque, en general, dichas lesiones caminan con lentitud, y aquí, por su rapidez, significan mengua de la raza, debilidad de la población. Desea y pretende que el Dr. Ulrich deje su modestia en casa, y le insta para que a la mayor brevedad traiga todas las demostraciones indispensables para hacer una publicación extraordinaria, hasta un resumen en los diarios; también propondría diese en este salón conferencias con proyecciones ya que es grandísimo el interés científico y social de su trabajo.

DR. GARCÍA.—Cuando el Dr. Ulrich termine la lectura de su trabajo, se resolverán las proposiciones del Dr. Hurtado.

DR. ULRICH.—No acepta la propaganda en periódicos no científicos: cree que basta con la publicación de su trabajo en la "GACETA MÉDICA."

Propone que simplemente se dé a conocer a la Superioridad para que prevenga mayores males. Las lesiones esclerosas de las meninges no son agudas; se han venido preparando quizá de dos años atrás, y por lo tanto no tienen el carácter que señala el Dr. Hurtado.

ASISTENCIA.—DD. Cicero, Díaz Lombardo, Escalona, García, Hurtado, Landa, Lícóaga, León, Manuell, Monjarás, Prieto, del Raso, Saloma, Terrés, Ulrich y el Secretario que suscribe.

BULMAN.

MARZO 29

PRESIDENCIA DEL SR. DR. SAMUEL GARCÍA

*Los coloides en el tifo.—El diagnóstico del embarazo*

El Dr. G. MENDIZÁBAL dió lectura a su trabajo reglamentario "Profilaxis y tratamiento del tifo."

DR. ESCALONA.—Seguramente lo que diga es modestísimo comparado con lo que acaba de expresar el Dr. Mendizabal; pero ha tenido oportunidad de tratar atabardillados que antes lo fueron por coloides: electrargol, colargol, que no modificaron en nada el curso del padecimiento. La misma impresión le ha dejado el colargol ingerido. Entre los muertos más sentidos figura el Dr. Ramírez por su talento, honorabilidad y modestia. A consecuencia de un flemon tuvo septicemia; el Dr. Terrés aconsejó el empleo de oro coloidal, que no modificó el mal.

DR. GARCÍA.—He escuchado muy complacido el trabajo documentado, bibliográfico y bien escrito del Dr. Mendizabal. Abriga grandes esperanzas en el éxito de la campaña contra el piojo: el tiempo nos dirá la importancia que realmente tenga en la disminución de la endemia o de la epidemia. Alude a otras causas, como la baja de la temperatura y la abundancia del polvo en relación con el aumento de la mortalidad por tifo y padecimientos respiratorios como las neumonías.

En su práctica, el electrargol en infecciones puerperales no dió resultados favorables; el colargol sí.

DR. HURTADO.—El Dr. Mendizabal manifiesta un gran entusiasmo que contrasta con el escepticismo del Dr. Escalona. La cuestión de si los coloides en el tifo dan resultado o no, es problema muy hondo. Le Dantec establece que el concepto filosófico debe abandonarse, sustituyendo la palabrería por la observación y la experimentación. El Dr. Mendizabal refiere los peligros de una elevación de temperatura y del descenso tan rápido que se produce con las inyecciones intravenosas. Deben graduarse las inyecciones intravenosas vigilando estrictamente sus efectos, valiéndose del análisis de la orina y del índice opsónico de la sangre. Esto sólo puede hacerse en los hospitales. Las opiniones contradictorias dependen de la concurrencia de multitud de circunstancias; cada caso modifica el criterio. Debe retocarse el asunto con una serie de pruebas, siguiendo riguroso método experimental para sacar conclusiones.

DR. LÓPEZ HERMOSA.—Da lectura a su trabajo reglamentario "Diagnóstico precoz del embarazo."

Los DD. Castañeda y Landa, teniendo en cuenta lo avanzado de la hora, piden se les conceda el uso de la palabra en la próxima sesión.

DR. DEL RASO.—El Dr. San Juan hacía el diagnóstico precoz del embarazo por ciertos signos que sirvieron como asunto de tema al Dr. Gallegos para su tesis. Estos eran: forma esferoidal, aumento de volumen y consistencia de caucho; tres signos físicos apreciados en dos exámenes durante tres o cuatro semanas. En los actuales momentos ilustra el asunto la reacción de Abderhalden, que se aprecia desde los primeros días: cuando es positiva, es característica del embarazo.

DR. LÓPEZ HERMOSA.—A los tres signos señalados por el Dr. San Juan agrega la fluctuación del líquido amniótico y las contracciones de la matriz.

Estos signos dar a conocer la existencia del embarazo y si éste evoluciona dentro o fuera de la cavidad uterina.

ASISTENCIA.—DD. Castañeda, Cicero, Cosío, Díaz Lombardo, Escalona, García, Hurtado, Icaza, Landa, Licéaga, López Hermosa, Manuell, Mendizabal, Monjarás, Montaño, Prieto, del Raso, Terrés, Troconis Alcalá, Uribe y Troncoso y el Secretario que suscribe,

BULMAN.

ABRIL 5

PRESIDENCIA DEL SR. DR. SAMUEL GARCÍA

*Nuevo socio honorario.—El diagnóstico del embarazo*

El Sr. Dr. URIBE Y TRONCOSO da lectura a un trabajo extraordinario sobre la "Necesidad de la enseñanza obligatoria de la Oftalmología en la Escuela Nacional de Medicina".

Se procedió a la elección del Sr. Dr. Victor Delfino, para socio correspondiente honorario.

DR. TROCONIS.—Pregunta si hay socios correspondientes y honorarios. Desea conocer los antecedentes del Dr. Victor Delfino, de Buenos Aires.

DR. GARCÍA.—Da lectura a la frac. VI del art. 10º.

Hecha la votación resultó electo por mayoría de votos.

El Sr. Presidente declaró socio correspondiente honorario al Dr. Victor Delfino, y acordó se le expidiera el diploma correspondiente.

DR. CASTAÑEDA.—El Dr. López Hermosa, en la sesión de hoy va a leer el complemento de su trabajo; espera escucharlo para tomar la palabra.

DR. LANDA.—Cree que el Dr. López Hermosa va a tocar hoy el diagnóstico diferencial; en cuanto al trabajo de la sesión anterior es didáctico, y le causa interés porque se ocupa de una cuestión muy estudiada pero no resuelta de modo completamente satisfactorio.

Autores antiguos y muchos modernos dividen los signos de embarazo en los tres conocidos grupos de *presunción*, *probables* y de *certidumbre*; pero signos de simple presunción en algunos libros, son probables en otros, y signos probables llegan a ser de certidumbre, según el criterio y modo de valorarlos. (Charles).

Gran parte de la confusión depende seguramente de que no se ha comprendido bien el significado de las palabras *sintoma* y *signo*.

El signo es un fenómeno valorizado para el diagnóstico o el pronóstico; y según el Dr. Terrés ("Manual de Propedéutica Clínica", 1914), los signos se encuentran entre los síntomas y fuera de ellos, y hay síntomas que siempre sirven de signos, otros que sirven a veces, y algunos que nunca lo son.

De modo que muchos de los llamados signos de presunción no son verdaderos signos diagnósticos, como ciertas perturbaciones nerviosas, cambios de carácter, antojos, neuralgias, etc., que suelen verse en estados distintos del embarazo y que si alguna vez sirven para el diagnóstico, es cuando se les considera en unión de otros de más valor.

Le parece más acertado admitir, siguiendo a Pinard y su escuela, la sencilla división en signos maternos (que son probables) y signos fetales (que son de certidumbre).

Así lo tiene indicado en apuntes que va a leer y que más tarde serán ampliados hasta donde sea necesario y la experiencia lo aconseje. (Da lectura a los párrafos relativos de dichos apuntes).

Edgar es uno de los autores que mejor tratan el punto. Su interesante libro *The Practice of Obstetrics* presenta una revista completa sobre el diagnóstico del embarazo.

El Dr. López Hermosa no ha insistido en fenómenos que son de mucho valor para el diagnóstico: tal es el que debe llamarse *signo de Edgar*, que consiste en manifestaciones de irritación vesical en los dos o tres primeros meses del embarazo. Va a leer en el citado libro lo que se dice acerca de este particular. (Lee).

Por su parte ha tenido ocasión, en los interrogatorios minuciosos que se hacen en la Clínica de Obstetricia, de comprobar lo afirmado por Edgar. Cuando les ha preguntado simplemente a algunas mujeres si al comienzo de su embarazo tuvieron perturbaciones urinarias, contestan que sentían *muy frecuentes deseos de vaciar la vejiga*.

Para probar que ciertos signos de simple probabilidad, unidos con otros pueden conducir a la certidumbre, cita un caso que accidentalmente pudo estudiar el año pasado en la Clínica. Se trataba de una multipara como de 35 a 38 años, cuya menstruación se suspendió en fecha no precisa en los recuerdos de la enferma; después tuvo corrimientos sanguíneos de más o menos importancia, que desaparecieron pronto; náuseas, vómitos y antojos; más tarde, ya crecido el abdomen, movimientos fetales; y por último, cuando ya creía próximo el alumbramiento cesaron los movimientos y le comenzó a faltar el pecho. Se hallaba en el abdomen un tumor de la forma exacta del útero a término, pero de consistencia *leñosa*, tan duro que no dejaba sentir nada, absolutamente nada, en su interior, y que más bien parecía un enorme fibroma. No se oyeron latidos fetales. Había pigmentación de la vulva, de la línea blanca y de la zona peri-

umbilical, y algunas requebraduras recientes; pigmentación notable de la aréola primitiva, aréola mosqueada, tubérculos de Montgomery y excreción de grandes gotas de *leche*. Por lo pronto no se pudo tocar por la vagina; sin embargo, los fenómenos observados, *especialmente los mamarios* en esos momentos, le sirvieron para anunciar el diagnóstico de embarazo con feto muerto, esperando más tarde, una vez completo el examen, poder definir las circunstancias patológicas del caso.

Las opiniones estaban divididas y más bien se desechó en general el embarazo. La enferma fué llevada de Maternidad a Ginecología.

El tacto reveló una vagina con su columna anterior rugosa y dura, fondos ocupados por un cuerpo durísimo, cuello entreabierto, desgarrado, sangriento y más duro que en el estado normal.

Los señores ginecólogos diagnosticaron un *neoplasma maligno* del útero, y dieron varias razones para no creer en la existencia de un embarazo.

Tantas exploraciones tuvieron por resultado la ruptura del huevo, y la salida cuarenta y ocho horas después, del miembro superior de un feto a término.

El médico encargado de la enferma dispuso una laparotomía inmediata. Después de abierto el abdomen y extraído el útero la mujer palideció profundamente y quedó muerta en la mesa de operaciones.

Veinticuatro horas después se practicó la necropsia en presencia del Sr. Dr. Ernesto Ulrich. Los anexos estaban cubiertos de nata y membranas purulentas; manchas verdosas y rojizas sobre toda la superficie del útero; y abierto éste se halló un feto a término, macerado, en principio de putrefacción y con presentación acromial. (Si mal no recuerda cabeza a la izquierda). Las principales alteraciones existían en el cuello y la vagina: consistían en una transformación de los tejidos en cierta masa dura y algo rugosa con el aspecto de neoplasia maligna. El Dr. Ulrich opinó, fundado en el aspecto macroscópico, en la existencia de una degeneración rara descrita por un autor alemán, cuyo nombre no recuerda en estos momentos. Nuestro apreciable colega recogió un fragmento para examen histológico.

DR. LÓPEZ HERMOSA. — Le parece raro que no existiera reblandecimiento en el cuello de un útero embarazado, pues desde Pajot se sabe que si el cuello conserva su dureza no hay embarazo. Ignoraba este nuevo signo.

DR. LANDA. — El signo del reblandecimiento del cuello señalado por Pajot es incommovible. En el caso referido se trataba de algo patológico, y no de crear un nuevo signo.

DR. LEÓN. — La Comisión de Publicaciones le informó que dentro de poco tiempo se publicaría su memoria de concurso; pero como ha obtenido más noticias desea enriquecer con estos nuevos datos su escrito. Consulta si puede incluir sus recientes adquisiciones. (1)

Se accedió a la petición.

ASISTENCIA. — DD. Castañeda, Cicero, Escalona, García, Icaza, Landa, León, López Hermosa, Manuel, Mendizábal, Monjarás, Prieto, del Raso, Tapia y Fernández, Terrés, Troconis Alcalá, Uribe y Troncoso, Valdés, Vergara Lope y el Secretario que suscribe,

BULMAN.

ABRIL 12

PRESIDENCIA DE LOS SRES. DD. GARCÍA Y MANUELL

*Un caso de placenta membranacea*

EL DR. E. LANDA pidió la palabra para referir un caso de *placenta membranacea*.

Rara anomalía, dice Edgar, que consiste en una expansión de la placenta sobre la mayor parte o aun en toda la superficie del corion. Resulta una estructura membranosa muy delgada. Hay alteración evidente en la caduca serotina que impide la formación de una placenta normal, con persistencia de las vellosidades coriales. Clínicamente esta anomalía se encuentra en casos de placenta previa y de ella pueden resultar fáciles retenciones y hemorragias. Por fortuna se ve esta anomalía muy rara vez en la práctica.

El ejemplar no está completo porque algunos estudiantes lo mutilaron; pero puede verse en una gran superficie un conjunto de islotes de vellosidades largas y enteramente libres, de

(1) Véa el T. X, 3ª Serie, 1915, pág. 3.

los cuales se desprenden vasos más y más gruesos que al fin se van a reunir en el cordón. Entre los diversos islotes hay porciones libres de membranas normales que dejan ver por transparencia los vasos que ponen en comunicación a unos con otros. Hay un pedazo como de ocho o diez centímetros, que era el fijo abajo y causante de la hemorragia, con los caracteres de la placenta normal.

La mujer a que se refiere el caso llegó con hemorragia al Pabellón de Maternidad del Hospital General la semana pasada. El médico encargado del servicio diagnosticó placenta central. Las pérdidas eran ligeras y constantes. Se tuvo a la enferma en reposo. Después de cuarenta y ocho horas poco más o menos, comenzó el trabajo de parto y salió en presentación de vértice un feto de siete meses que pesaba 1,500 gramos y que murió al siguiente día. No se han recogido datos con la mujer porque sus facultades mentales están perturbadas.

Presenta la pieza porque la anomalía es rarísima y desea que la observación no pase inadvertida.

El Sr. Presidente comisionó a los Sres. DD. Hurtado y López Hermosa para que examinasen la placenta presentada por el Dr. Landa. Con tal motivo se suspendió la sesión. Al reanudarse, el Dr. Hurtado informó ser de palpante interés el estudio de la placenta presentada, por tratarse de un proceso por falta de desarrollo. Lolanie, en Francia, ha hecho el estudio comparativo de la placenta en distintos animales y ha encontrado la de los roedores discoide y plana. La presentada se caracteriza por su desarrollo incompleto, pero suficiente para que el niño llegase a los siete meses. Es de lamentarse que no se le haya hecho a éste la necropsia a fin de comprobar si su desarrollo era completo y explicar su falta de vitalidad. El estudio macroscópico de la pieza debe completarse con los cortes histológicos, pues es del todo interesante la estructura, haciendo cortes delgados en los sitios normales o en los que no lo son, para juzgar estableciendo comparaciones.

ASISTENCIA.—DD. Cicero, Cosío, Escalona, García, Hurtado, Landa, Licéaga, López Hermosa, Manuel, Monjarás, del Raso, Rojas Loa, Troconis Alcalá, Silva, Vergara Lope y el Secretario que suscribe,

BULMAN.

ABRIL 26

PRESIDENCIA DEL SR. DR. SAMUEL GARCÍA

*Las memorias presentadas para cubrir las vacantes en Fisiología y Pediatría.  
Linfosarcoma del muslo.—Los aparatos de extensión para  
las fracturas del fémur*

La Secretaría da cuenta de haber recibido dos memorias, acompañadas de los documentos respectivos, que obsequian la convocatoria para cubrir los sillones vacantes de Fisiología y Pediatría, escritas por el Sr. Dr. Fernando Ocaranza y el Sr. Dr. Miguel R. Soberón, respectivamente. Se procedió a la elección del jurado que debería estudiar la de Fisiología y resultaron electos los DD. Vergara Lope, Uribe y Troncoso y Monjarás. Como este último se excusó de formar parte de la comisión, la Academia eligió al Sr. Dr. del Raso. Para integrar la comisión de Pediatría, fué designado el Dr. Cosío.

DR. GODOY ALVAREZ.—Refiere un caso de linfosarcoma del muslo, tan adherido a los vasos sobre la embocadura de la safena, que a pesar del gran cuidado observado en la operación, se abrió la femoral. Recurrió a la forcipresura durante cincuenta horas; el calor del miembro pudo conservarse y el edema que sobrevino desapareció. Cuando la lesión de la femoral alcanza la tercera parte se puede suturar; cuando es de mayor extensión se hace la ligadura, que no conduce a la gangrena, porque las más de las veces se restablece la circulación con la femoral profunda.

DR. VALDÉS.—A propósito de las fracturas expuestas del fémur, se han ideado más de cien aparatos y se han multiplicado los procedimientos. Entre nosotros el aparato de Tillaux, nos deja satisfechos cuando la fractura es cerrada; no así en la expuesta, que produce pseudo-artrosis.

En Europa está en uso activo el aparato de los Balkanes, y los cirujanos de distintas naciones lo emplean por sus felices resultados, su sencillez y la facilidad para las curaciones. Ha

tenido oportunidad de aplicar el aparato Crile en un doliente con fractura conminuta del fémur, a consecuencia de herida de Maïsser. Venía con el aparato inútil de dos férulas de 20 a 25 centímetros en vez de algo más conveniente. Estaba muy adolorido, con 38°, miembro edematoso; con dos heridas, una de entrada y otra de salida. El callo corresponde a todo el tercio medio del fémur. Aplicó el aparato de Crile, ligeramente modificado. Consiste en un travesaño de madera colocado fuera de la cama, o entre la cabecera y los pies, como él ideó; lo que da mayor firmeza. Tiene una chapa en el travesaño y otra próxima al muslo; y añadió una banda de lienzo para favorecer la contraextensión. Esta reforma no estorba a la curación, como lo demuestran las dos fotografías.

El aparato prestó bastante comodidad al enfermo durante veinte días que éste duró con el miembro inmóvil, o sea el tiempo que tardaron en cicatrizar las heridas. Todavía en decúbito dorsal, se hacía amasamiento, y algunas horas del día pasaba el enfermo con su aparato de extensión. Se acortó 3 centímetros el miembro inferior izquierdo. Considera satisfactorio el resultado, por el caso de que se trató; pues a los veinte días quitaba el aparato, cuatro días después hizo la extensión, y a los treinta y cinco comenzó a andar el fracturado.

DR. GODOY ALVAREZ.—No considera muy graves las fracturas de los huesos porque la infección no es muy frecuente. Acostumbra abrir la herida, hacer la osteosíntesis, inmovilizar el miembro con un aparato de yeso, con una ventana para curaciones.

Le parece muy bien la adición de la contraextensión.

No dijo el Dr. Valdés lo que hizo con la herida, ni la causa de la calentura.

DR. VALDÉS.—Cree que la calentura fué debida a la fractura y no a la absorción.

La osteosíntesis no se puede aplicar en todos los casos. En las fracturas cerradas no se atreve a hacerla; pero si la fractura es expuesta, varía su conducta según que esté o no infectada.

DR. ICAZA.—El aparato de que habló el Dr. Valdés es de muchas aplicaciones; pero cada caso es distinto y no hay que hacer generalizaciones: unas veces será conveniente hacer la sutura de los huesos y otras no. Si la fractura no es expuesta basta con el aparato de Tillaux; si lo está, con el de Crile; pero si los fragmentos cabalgan y no se pueden reducir, hay que desbridar y suturar los extremos fracturados. Pero de todas maneras es conveniente la inclinación de la cama para la contraextensión.

ASISTENCIA.—DD. Cícero, Cosío, Escalona, García, Godoy Alvarez, Icaza, Landa, León, Manuél, Monjarás, Montaña, Prieto, del Raso, Troconis Alcalá, Uribe y Troncoso, Valdés, Vergara Lope y el Secretario que suscribe,

BULMAN.

MAYO 3

PRESIDENCIA DEL SR. DR. SAMUEL GARCÍA.

*Las enfermedades de miseria*

El Dr. Uribe Troncoso envió una excusa, que fué aceptada, para no formar parte de la comisión que debe juzgar el trabajo de Fisiología. En su lugar fué elegido el Dr. Landa.

El Dr. E. LANDA dió lectura a su trabajo reglamentario titulado: "Enfermedades de miseria. Apuntes para el estudio de la hidrohemia causada por alimentación insuficiente".

DR. ROJAS LOA.—En los niños ha observado cuadros patológicos como los descritos por el Dr. Landa en individuos de cincuenta años o más. En aquéllos han dominado la anemia y la hidropesía. Los edemas se han localizado en los miembros inferiores, párpados, las vísceras y serosas. Señala, especialmente las enterocolitis y otros trastornos digestivos, subordinados quizás a la alimentación; cree que se trata de edemas discrásicos y no de beriberi.

DR. COSÍO.—En la Clínica atendió a dos niños que supuso con nefritis *à frigore*; mas no se confirmó lesión renal. Se trató de anasarca sin albúmina, y se diagnosticó edema discrásico por deficiencia alimenticia.

DR. PRIERO.—Hace observar que falta en el trabajo del Dr. Landa el estudio de la médula ósea y que no considera inflamatoria la esclerosis perivascular, según sus estudios personales en hígados cirróticos.

DR. ESCALONA.—Tiene dos historias clínicas semejantes a las del Dr. Landa. Con dos me-

ses de alimentación defectuosa de yerbas crudas, sus enfermas manifestaban gran languidez en sus funciones, con tendencia al sueño. Se preocupó de alimentarlas gradualmente y se aliviaron. Está de acuerdo con las ideas del Dr. Landa en lo referente al beriberi.

DR. MANUELL.—El trabajo del Dr. Landa es de lo más interesante. Recuerda, a propósito del beriberi, que los japoneses lo desterraron de la marinería mejorando la alimentación: disminuyeron el arroz y aumentaron la carne. Cuando no hay una alimentación suficiente, se producen esas caquexias por miseria fisiológica, inanición lenta por falta de albuminoides y de grasas, caracterizadas fundamentalmente por anemia progresiva y alteración de ciertas células del organismo.

DR. COSÍO.—Acepta las ideas del Dr. Manuell, y recuerda que hay diferentes cuadros sintomáticos: atréptico, atrófico e hipotrófico, dependientes de una mala alimentación. Se desarrollan diversos microbios, aparecen los edemas y se enflaquece y se agota el enfermo, por mala asimilación o intoxicaciones prolongadas.

ASISTENCIA.—DD. Castañeda, Cosío, Escalona, García, Icaza, Landa, León, Manuell, Prieto, Rojas Loa, Velázquez Uriarte, Vergara Lope y el Secretario que suscribe,

BULMAN.

## ACTA DE LAS SESIONES

MAYO 10 DE 1916.

PRESIDENCIA DEL SR. DR. SAMUEL GARCIA.

### *Un trabajo sobre Pediatría.*

El Dr. ROJAS LOA dió lectura a su trabajo reglamentario titulado "Algunas consideraciones sobre la Pediatría, como una rama especial de la Medicina".

Dr. SALOMA. - Cree de alta importancia el asunto tratado y ampliamente desarrollado por el Dr. Rojas Loa. Muchos de los padecimientos infantiles tienen tipo especial caracterizado no solamente por esta particularidad sino porque los hay en el adulto, con la impresión que les dejó la infancia; por ejemplo las enterocolitis crónicas rebeldes del adulto debidas en gran parte a defectos de alimentación durante la niñez. Hay niños con fiebre intensa sin síntomas locales, escurrimientos en las otitis, disnea frecuente por obstrucción de las fosas nasales en padecimientos infecciosos; todas ellas serian otras tantas consideraciones que podrían agregarse al trabajo del Dr. Rojas Loa.

ASISTENCIA.—DD. Aragón, Carrillo, Cosío, Chacón, Escalona, García, Hurtado, Landa, Manuel, Monjarás, Montañó, Peredo, Prieto, Rojas Loa, del Raso, Saloma, Terrés, Troconis, Alcalá, Uribe y Troncoso, Vergara López y el Secretario que suscribe.

BULNAN.

MAYO 17.

PRESIDENCIA DEL SR. DR. SAMUEL GARCÍA.

*Un suero contra el tifo.*

DR. MONJARÁS.—Dió lectura a un trabajo de Plotz, que Roux presentó en la sesión del 3 de abril del presente año en la Academia de Ciencias, perteneciente a Nicolle, sobre bacteriología del tifo y un suero preparado por este autor.

DR. ESCALONA.—El hemocultivo con cultivos de Bacilos de Plotz ha resultado estéril en las tentativas hechas en el laboratorio del Consejo Superior de Salubridad.

DR. PRIETO.—El cuy es muy receptible al germen del tifo como lo comunicó hace diez años, lo mismo que el asno y el caballo. En caso de resultar útil, la sueroterapia cambiaría la terapéutica del tifo. Debemos esforzarnos: el mal es más de nosotros que del extranjero.

ASISTENCIA.—DD. Castañeda, Cosío, Chacón, Escalona, García, Landa, Malda, Manuell, Monjarás, Troconis Alcalá, Uribe y Troncoso, Vergara Lope y el Secretario que suscribe.

BULMAN.

MAYO 24

PRESIDENCIA DEL SR. DR. SAMUEL GARCÍA

*El Paludismo en el Distrito Federal.*

DR. GARCÍA.—Refiere dos hechos de paludismo de forma grave, aunque deficientes por falta de examen de la sangre, desarrollados en esta ciudad.

Hace dos años, a una señorita con accidentes de irritación en los órganos genito urinarios, con proceso febril atribuido a ellos, y de éstos especialmente a la vejiga, a los dos o tres días del tratamiento impuesto, no se había logrado modificarle su padecimiento; una tarde la fiebre alcanzó 39° con excitación nerviosa. Un médico llamado con urgencia prescribió bromuro de potasio. A la mañana siguiente la temperatura había descendido; pero en la tarde pudo presenciar un acceso típico de paludismo con su calor frío inicial, ascenso termométrico a 41°8 y excitación nerviosa. La enferma no había salido más allá del Distrito Federal y sólo había hecho dos o tres excursiones repartidas entre el Country Club y Chapultepec.

Para dominar el acceso inyectó elorhidrato de quinina.

Poco después llegó el Sr. Dr. Licéaga, quien aceptó la idea del padecimiento y la modificación empleada, pues ésta no era nueva aun en el caso de tratarse de infección urinaria. A raíz de la inyección sobrevino estado cerebral alarmante con pérdida del conocimiento y sudor copioso. Al día siguiente en la mañana la temperatura se normalizó; pero en la tarde subió a 40°; en los siguientes días se fué aliviando y desapareció el acceso.

El año pasado por los días de mayo, una de sus hijas tomó alimento frío y no en buenas condiciones; tuvo malestar, vómito y fiebre; le prescribió dieta y purgante; días adelante la fiebre se hizo de carácter remitente y al quinto se acompañó de exantema que remeda al de la dotienenteria. El Sr. Dr. Terrés la vió a los quince y dieciocho días, época en que no descendía la fiebre, recetó euquinina y régimen dietético desinfectante. La calentura cedió y desapareció durante dos días; dejó de tomar durante tres días la euquinina, al cabo de los cuales retornó la fiebre llegando a 42° con vómitos y convulsiones. La experiencia del caso anterior le había enseñado en estos estados alarmantes la eficacia de la quinina; empleó de nuevo esta droga y venció el mal. La enfermita no pasó de la Colonia Roma. Como se ve, son dos casos de pernicioso en el Distrito Federal; deficientes por falta de examen de la sangre, pero dominados con el específico de la malaria. El Dr. Landa le refirió haber observado el paludismo en Xochimilco.

DR. COSÍO.— Recuerda un hecho presenciado en la sala de 52 año del Hospital de San Andrés, durante un examen profesional, en compañía de los DD. Licéaga y Terrés. El doliente

afectado de ataque de paludismo comprobado por la investigación de la sangre, no había salido de la Capital.

Otra enferma, empleada del Nuevo Mundo vivía por los talleres del Palacio de Hierro; el Dr. Angel Hidalgo le diagnosticó paludismo; estuvo conforme con este parecer; se le halló pigmento en la sangre y tampoco había salido de la Capital. Muchos niños de las escuelas afectados del padecimiento, sin examen de sangre, curan con la quinina.

Ha observado el paludismo en el barrio de Xoquipa, lado Oriente de la Ciudad, en la Calzada de Sta. Crucita, la Viga y Xochmilco.

DR. LANDA.—En efecto, refirió al Sr. Dr. García un caso en Xochmilco. Varios ha visto en el Hospital General; entre otros, un carrero que vivía en Ixtapalapa. En la sangre se encontraron cuerpos esféricos y un flagelado.

DR. SALOMA.—Lo ha visto especialmente en los niños, y como en éstos la fiebre es aparatosa, se vacila, pero el paludismo es benigno y cede a las primeras dosis. Agrega a los lugares palúdicos mencionados: Nativitas, en la estación de lluvias. En Xochmilco ha observado paludismo en los niños y las personas que han ido a pasear. En casas abandonadas de Romita vió tres casos, todos confirmados por el examen de la sangre.

DR. MANUELL.—Los DD. Carmona, Lavista y otros brillaban cuando se abusaba del diagnóstico de pernicioso. Los médicos militares entre otros el Dr. Macías, llegaron hasta el extremo de negar el padecimiento. El Dr. Terrés dijo que era escaso en la Ciudad. Una señora con "infección intestinal" que databa de mes y medio, se curó con quinina; vivía en Tacuba. Tanto en esta Municipalidad como en Atzacapotzaleo y Popotla hay casos, y más que aquí en Cuantitlán.

DR. TERRÉS.—La historia es poco más o menos la trazada por el Dr. Manuell. Con facilidad se diagnosticaba el paludismo; no merecen reproche los médicos de esa época: no había microscopios ni se conocía el hematozoario. Con ideas falsas se prodigaba el diagnóstico de legítimas perniciosas, que circulaban como moneda corriente, y a la postre resultaban: cólicos hepáticos, absceso de hígado, neumonías, etc., etc. Es cierto que se le ha atribuido haber afirmado que no había paludismo en México, pero ésta es una de tantas cosas que se le han achacado. Un profesor de clínica ha puesto en sus labios que las lluvias favorecen el tifo. Precisamente lo contrario al texto de su folleto. No ha negado el paludismo en México; puede consultarse la polémica que sostuvo con el Dr. Gavilño. Que México tenga paludismo no quiere decir que sea lugar paludoso. Vienen de fuera los anopheles infectados, pican y producen paludismo, lo mismo que sucede con las picaduras de añacranes procedentes de los lugares donde los hay ponzoñosos. Los culex que son los que hay en las zanjas de esta Ciudad, no producen paludismo, aunque un alemán afirmaba peregrinamente, según Reiche, que estos moscos pueden transmitirlo.

Ha visto paludismo en variadas edades. A un niño que vivía en el centro, le puso inyección de Erba, de 0.40 cg. al día y no le sirvió: entonces pidió la quinina a la farmacia y obró eficazmente.

DR. MANUELL.—Está comprobado por el Dr. del Raso la llegada del anopheles a México, según refirió una ocasión en la Sociedad de Medicina Interna; diciendo que en el mismo wagón en que llegaba a México viajaba el anopheles objeto de su observación.

ASISTENCIA.—DD. Carrillo, Cicero, Cosío, Chacón, Escalona, García, Landa, Manuell, del Raso, Rojas Loa, Saloma, Terrés, Troconis Alcalá, Velázquez, Uriarte y el Secretario que suscribe.

BULMAN.

MAYO 31.

PRESIDENCIA DEL SR. DR. SAMUEL GARCÍA.

*Elección de un nuevo académico.*

Votado el dictamen relativo, fué nombrado miembro titular de la Academia, en la Sección de PEDIATRÍA, el Sr. Dr. Miguel R. Soberón.

ASISTENCIA.—DD. Aragón, Castañeda, Cicero, Cosío, Chacón, Escalona, García, Gutiérrez Zavala, González Fabela, Hurtado, Icaza, Landa, Monjarás, del Raso, Rojas Loa, Saloma Toussaint, Troconis Alcalá, Valdés y el subscripto Secretario.

BULMAN

JUNIO 4.

PRESIDENCIA DEL SR. DR. SAMUEL GARCÍA.

*La prostatectomía suprapúbica.—Elección de un nuevo académico.*

El Dr. VELÁZQUEZ URIARTE leyó su trabajo de turno titulado: "Cinco casos de prostatectomía suprapúbica conforme a las técnicas operatorias de Freyer y Mayo".

Quedó comprendido en la fracción II del artículo 70 del Reglamento.

DR. HURTADO.— No discute el acabado trabajo del Dr. Velázquez Uriarte desde el punto de vista de la técnica, pues ni es especialista, ni el trabajo necesita ampliaciones; sólo indica que por creer interesante el contingente que puede suministrar el concepto de la hipertrofia prostática, el método experimental y la patogenia de la dolencia considerada desde el punto de vista de la Patología General, aborda el asunto y expone:

Cuando se extirpa la próstata a un perro, se presentan invariablemente fenómenos de dos órdenes distintos: primeramente se observa una detención de la secreción de todas las glándulas sexuales. El espacio balanoprepucial ya no contiene aquella secreción tan característica y que no falta jamás en estado normal; además, ni por el coito ni por la masturbación, fué posible que los experimentadores pudieran lograr eyaculaciones; la falta de espermatozoides es también muy patente, ya que el análisis microscópico fué siempre negativo, tanto en el medio uretral posterior, como en el conducto deferencial, a pesar de haber sacrificado varios prostatectomizados inmediatamente después del coito o la masturbación. No tardó en presentarse una atrofia de los testículos.

El estado aspérmico que sigue a la prostatectomía no es definitivo, pues vieron con sorpresa que después de cierto tiempo, los perros tuvieron de nuevo y espontáneamente, espermatozoides en sus restablecidas eyaculaciones. Esto creen atribuirlo a que la próstata se ha regenerado, toda vez que comprobaron que habíanse dejado algunos fragmentos glandulares cuando hicieron la operación.

Si se administra al perro después de la prostatectomía extracto glicerinado de próstata por la vía gástrica, obsérvese que la atrofia de los testículos deja de presentarse, que la eyaculación persiste, que los espermatozoides no desaparecen y que la secreción balanoprepucial es también manifiesta.

En el hombre la ingestión del extracto testicular de perro determina la hipersecreción de la próstata y de las glándulas de Cooper y de Littré.

De lo expuesto se pueden deducir las siguientes conclusiones:

1<sup>a</sup> La próstata es una glándula de secreción interna.

2<sup>a</sup> Esta secreción obra sobre la externa del testículo, de los deferentes y de las vesículas seminales.

3<sup>a</sup> La secreción interna del testículo actúa sobre la dinámica de la vejiga, pues si se castra un perro y se coloca una pinza de Kocher en cada cordón espermático, queda considerablemente aumentada la capacidad de la vejiga, pero este aumento desaparece desde el momento en que se quitan las pinzas; sin embargo, si antes de esto se da al animal una inyección del extracto testicular, el aumento persiste a pesar de haberse quitado las pinzas.

4<sup>a</sup> La secreción testicular determina la hipersecreción de la próstata de las glándulas de Cooper y de Littré:

En la clínica se observa que los castrados del serrallo se hacen prematuramente viejos y arterioesclerosos. Lo mismo pasa en los sacerdotes y en los hombres que voluntariamente se someten a la abstinencia sexual.

Se han visto modificaciones interesantes suplementarias en las vesículas seminales, los canales deferentes y en la mucosa uretral profunda, en los castrados.

En suma hay una hiperfunción compensadora y una resonancia, sobre el estado general de los individuos que estudió un médico que trabajó en Constantinopla varios años.

Hace veintiocho años que los DD. Lavista, Licéaga y Chacón, primero, y después Macías y González intentaron la prostatectomía. Estos facultativos fragmentaron la colosal próstata del conocido Sr. Julián Montiel en dos o tres sesiones. El éxito fué colosal para la época en que se hizo y esto los animó.

DR. CASTAÑEDA.— Hace seis años que estuvo en Berlín se le presentó la oportunidad de comparar la técnica de la escuela francesa con la inglesa. El tanto por ciento de mortalidad es

igual en las dos estadísticas. La suprapúbica es más rápida, dura diez a quince minutos, en tanto que la perineal alcanza hasta dos horas. La hemorragia ya no es mortal con los tubos gruesos que canalizan mejor en la suprapúbica, se conservan los eyaculadores porque es el fibroademona el que se extirpa y no la verdadera próstata. Por esta vía se evitan la septicemia y la infiltración de orina. No se puede afirmar cuál procedimiento es mejor; sucede lo que en las operaciones de la matriz, no hay vía predilecta: depende del hábito del cirujano. Lo que es fácil para uno no lo es ciertamente para el otro.

DR. VELÁZQUEZ URIARTE.—Pretende que se establezca el eclecticismo. Se impone la vía operatoria según el sentido en que se desarrolla la próstata; pues no es lo mismo que se dirija hacia la uretra prostática que hacia la vejiga. En este caso la intervención suprapúbica la hace del todo accesible en tanto que en el otro debe preferirse la vía perineal. No quiere obedecer a cánones precisamente porque no se pueden recomendar.

DR. LANDA.—Da segunda lectura al dictamen de Fisiología y puesto a votación resultó elegido el Sr. Dr. Fernando Ocaranza. El Sr. Presidente hizo la declaración de que el mencionado facultativo era miembro de la Academia

ASISTENCIA.—DD. Castañeda, Chacón, Escalona, García, Godoy Alvarez, González Fabela, Gutiérrez Zavala, Hurtado, Landa, León, Malda, Manuel, Monjarás, del Raso, Soberón, Troconis Alcalá, Velázquez Uriarte y el Secretario que suscribe.

BULMAN.

JUNIO 21

PRESIDENCIA DEL DR. SAMUEL GARCÍA.

*Elección del Dr. Gama —Sarampión.—Emetina.—Retención de orina.*

Se leyó y votó el dictamen de la Comisión de Cirugía. La elección resultó favorable para el Dr. José María Gama, que fué declarado miembro académico titular en la Sección de Cirugía General.

DR. ESCALONA.—Refiere casos de sarampión sin accidentes. Llama la atención de uno que tuvo como complicación colitis con dolores intensos, evacuaciones mucosangrientas abundantes.

DR. COSÍO.—La complicación que refiere el Dr. Escalona es de las más frecuentes en el sarampión; la epidemia del año pasado revistió carácter más grave; recuerda haber visto como consecuencia de ella bronconeumonias, otitis supuradas, colitis y enterocolitis. En un caso observó la erupción botonosa y confluyente, sin fenómenos catarrales, que más bien parecía de viruela en sus comienzos. En una familia había cuatro niñas; la mayor presentó trastornos catarrales, días después enfermaron a un tiempo las otras tres niñas con sarampión, presentando la primera la particularidad de no tener la erupción sino posteriormente a las contagiadas por ella.

DR. GARCÍA.—Como se ha tomado con cierto entusiasmo el empleo de la emetina en la disentería y el absceso hepático, refiere dos casos en que se apeló al medicamento. En uno fué favorable el resultado, en el otro adverso. A un niño con evacuaciones frecuentes (cien en veinticuatro horas), agotamiento por los dolores, falta de sueño y alimentación insuficiente, le prescribió infusión de ipeca que substituyó, por haber tenido vómitos, con inyección de 0.03 cg. de emetina: las evacuaciones se hicieron menos frecuentes y menos sangrientas; el niño sanó. En cambio en otro caso el resultado fué adverso; se trataba de un joven de 18 a 20 años, nervioso, con treinta a cuarenta evacuaciones en veinticuatro horas y temperatura que oscilaba de 37° a 38°. Inyectó 0.02 cg. de emetina sin obtener modificación ni en la frecuencia ni en el carácter de las evacuaciones. Hubo dificultad para conseguir la droga por su escasez y elevado precio. Del sexto al séptimo día tuvo hipo persistente, que cedió con morfina aplicada por un compañero que lo siguió atendiendo. Al décimo día falleció después de una inyección intravenosa de emetina. Le dijeron que tuvo dolor intenso en el vientre y vómitos frecuentes. Como se advierte, en este enfermo no se consiguió modificación de ninguna naturaleza con la emetina.

DR. CASTAÑEDA.—Recuerda casos de paraplejía, después de la inyección de emetina, ya

referidos en esta Corporación en otra oportunidad. Menciona, además, hechos de otro orden. Cuando se iniciaba en el ejercicio de la Medicina, atendió a un joven con retención de orina a quien sondeaba dos veces por día. La causa de aquel síntoma le era incierta, el enfermo no tenía estrechez uretral ni algún otro trastorno en su aparato genital, no era medular ni había sufrido ninguna infección febril, ni insomnio. Con su saber de entonces no se explicaba la retención. Procuró junta médica y el *compañero* llamado tampoco le ilustró. Días después el doctor Regino González opera al doliente, que al fin murió, de absceso en el hueso isquiorrectal.

Hace poco el Dr. Grande Ampudia le solicitó para un presunto hemorroidario con retención de orina a quien encontró además temperatura alta y empastamiento del hueso isquiorrectal; perturbaciones que cedieron a oportuna intervención.

En una enferma, después de cuarenta días de puerperio, sobrevino flemón y absceso isquiorrectal, también con retención de orina. Síntoma culminante y no nuevo, Tillaux lo señala, y es explicable por inhibición y no por obstáculo mecánico, como se imagina, en los prosáticos.

DR. TERRÉS.—La desigualdad del resultado de la emetina en los casos del Dr. García es explicable, por la multitud de microorganismos que pueden originar la disentería: el de Gaerner, Shiga, coli, etc., etc. La emetina sólo sirve contra la amiba. En el caso del Dr. García hubo dificultades para conseguir el medicamento pero también deben tenerse en cuenta las dosis cortas, que por timidez se usan en México. El emplea 0.12 cg. y sabe que se ha llegado hasta 0.20 cg. en casos excepcionales. Estas crecidas dosis evitan fracasos.

DR. MALDA.—El depósito de orina en la vejiga, como signo precoz en el absceso del hueso isquiorrectal, es un dato clínico importante. Cuando opera en el recto extirpando parte de él o dilatando el ano sabe que habrá retención.

DR. BULMAN.—Se impone en las colitis disenteriformes el examen microscópico o bacteriológico de las heces. La emetina, específico de la disentería, fracasa cuando las amibas están encapsuladas; en tal circunstancia deben usarse previamente lavativas con nitrato de plata. En su práctica evita la acción vomitiva de la ipeca asociándola con opio.

DR. COSÍO.—Un caso de disentería ambiana con 0.03 cg. diarios, en un niño de cinco años, fué de resultado desfavorable.

DR. GONZÁLEZ FABELA.—El debe y el haber de lo ematina, ha de tener por base dos factores: primero el examen microscópico y bacteriológico de la amiba o los bacilos y después la dosis. La quinina, específico del paludismo, fracasa en malarías, comprobadas por el examen de la sangre, debido a la mezquindad de la dosis. A tales enfermos ha aconsejado 4 gramos y podido asegurar la yugulación de los accesos.

ASISTENCIA.—DD. Castañeda, Cosío, Díaz Lombardo, Escalona, García, González Fabela, Gutiérrez Zavala, Landa, López Hermosa, Malda, Manuell, Mendizábal, Ocaranza, Peredo, Prieto, Rojas Loa, Silva, Soberón, Terrés, Tronconis Alcalá y el Secretario que suscribe.

BULMAN.

JUNIO 28

PRESIDENCIA DEL SR. DR. SAMUEL GARCÍA.

*Un trabajo sobre la Historia de la Medicina.*

El Sr. Dr. NICOLÁS LEÓN dió principio a la lectura de su trabajo reglamentario: "Apuntes para la historia de la enseñanza y ejercicio de la Medicina en México desde la conquista hispana hasta el año de 1833. 2ª Parte. 1582 a 1600." Fué clasificado en la Fracción II del art. 70 del reglamento.

ASISTENCIA.—DD. Carrillo, Cicero, Chacón, Escalona, Hurtado, García, González Fabela, Gutiérrez Zavala, Landa, León, Loeza, Lopez Hermosa, Monjarás, Manuell, Montañó, Ocaranza, del Raso, Saloma, Silva, Valdés, Velázquez Uriarte, Villarreal y el subscripto Secretario.

BULMAN.

JULIO 5.

PRESIDENCIA DEL SR. DR. SAMUEL GARCÍA.

*Afasia.—Elección del Dr. Rosendo Amor.*

DR. LOAEZA.—Da lectura a su trabajo reglamentario titulado: "Breve nota relativa a afasia." Quedó comprendido en el frac. II del art. 70 del reglamento.

El Sr. Presidente nombra a los DD. Mendizábal y Escalona para examinar al enfermo presentado. Se suspende la sesión, y una vez reanudada, el Dr. Mendizábal expresa que en efecto han encontrado en el enfermo el cuadro descrito por el Dr. Loaeza, que corresponde a sífilis cerebral. En la actualidad está un poco afásico, pero ha podido escribir su nombre. Es elocuente este caso respecto de la terapéutica por el salvarsán, medicamento que en realidad no cura. El tratamiento preconizado por el Dr. Loaeza ha mejorado al paciente, y si éste lo continúa, dentro de dos o tres meses estará bien. Los franceses, no ahora sino hace tiempo, con Hallopeau a la cabeza, sostenían que el salvarsán no cura. En la actualidad el mismo Ehrlich recomienda el mercurio y el yoduro después de la administración del salvarsán.

DR. MALDA.—Se le presenta la oportunidad de tratar de los casos en que tanto el cirujano como el médico tienen que atender enfermos nerviosos de origen sífilítico. Con la esperanza halagüeña de pronóstico benigno, piensa en la sífilis aun cuando tenga pocas probabilidades de serlo; y tiene que recurrir a la reacción de Wassermann o a la bacteriología. La primera, en lesiones del sistema nervioso no debe tenerse en consideración. Podría citar cinco casos: el último visto por el Dr. Tapia Fernández tenía lesión del oído y además algo cerebral; parálisis del facial y torpeza en los miembros superior e inferior. Se pensó en la sífilis; la reacción de Wassermann resultó negativa; mas la experiencia de casos anteriores los llevó a la extracción del líquido cefalorraquídeo en el que la reacción fué intensamente positiva. En otra enferma con accidentes oculares asistida por los DD. Uribe y Troncoso y Castañeda, las reacciones se repitieron exactamente como en el caso anterior. No confiamos en ellas y si en el estudio clínico de los enfermos. En cuanto al salvarsán, abunda en las mismas ideas que el Dr. Mendizábal: tiene acción rápida en la cicatrización de las ulceraciones de la piel y de las mucosas; mas no cura la sífilis, ni la ataxia con treinta inyecciones. En un tiempo creyó en la curación; hoy está decepcionado.

DR. HURTADO.—Ya está resuelto que las reacciones orgánicas deban hacerse en su oportunidad. En la sífilis cerebral hay hechos demostrativos del hallazgo de la reacción de Wassermann en el líquido cefalorraquídeo. La histología patológica explica la evolución de la enfermedad. Recuérdese la especial disposición en vasos terminales en esta región. En la parálisis, general progresiva sífilítica Nogouchi, en feliz momento de laboratorio, ha encontrado el treponema pálido en la corteza cerebral veinte y treinta años después de la infección. En las lesiones de la base del cerebro, la punción raquídea es peligrosa, sobreviene el vértigo, debe retirarse la aguja lentamente.

DR. MANUELL.—No se refiere a las observaciones del Dr. Malda, respecto a la curación de la sífilis, por ser verdades sabidas. Pero no está de acuerdo en su conclusión terminante de no hacer caso a la reacción de Wassermann, pues es de advertir que no es positiva en todos los sífilíticos, ni es patognomónica, ni la presentan todos. Es negativa en la sangre de los sífilíticos nerviosos, positiva en su líquido cefalorraquídeo; aun cuando también puede ser negativa. Si es positiva no es concluyente, sino por excepción, pues el tanto por ciento de enfermos que la dan es mayor sobre todo en la sífilis nerviosa. En casos dudosos debe recurrirse a la famosa piedra de toque.

DR. MALDA.—Está de acuerdo con las ideas del Dr. Manuell. En el enfermo del Dr. Tapia y Fernández antes de la reacción de Wassermann se había instituido el tratamiento anti-sífilítico. La piedra de toque por el mercurio queda siempre en pie. Desgraciadamente se descarta el diagnóstico clínico y hay la tendencia de llegar a él por técnicas de laboratorio o aplicando inyecciones inútiles

El Dr. Velázquez Uriarte da segunda lectura al dictamen de Ginecología. Hecha la votación, es aceptado el Dr. Rosendo Amor como miembro titular en la Sección de Ginecología.

ASISTENCIA.—DD. Castañeda, Díaz Lombardo, Escalona, García, Gama, González Fabela

Godoy Alvarez, Hurtado, Landa, Licéaga, Loeza, Malda, Manuell, Mendizábal, Monjarás, Ocaranza, Peredo, Rojas Loa, Soberón, Tapia y Fernández, Troconis Alcalá, Ulrich, Valdés, Velázquez Uriarte, Villarreal y el Secretario que suscribe.

BULMAN.

JULIO 12.

PRESIDENCIA DEL SR. DR. SAMUEL GARCÍA.

*El bacilo Thyphy exantematici, de Plotz. —Nuevo Académico —Intoxicaciones alimenticias y autointoxicaciones intestinales. —El aborto provocado.*

El Dr. GONZÁLEZ FABELA, lector en turno, lee su trabajo reglamentario "Investigación de bacillus Thyphy exantematici, descrito por Plotz, en varios casos de tifo de la epidemia de 1915 a 1916." Quedó comprendido en la fracción II del art. 70 del reglamento.

Dr. GARCÍA.—Cuando el Dr. Monjarás nos comunicó los estudios de Plotz, los creyó interesantes y por tal motivo los encomendó al Dr. González Fabela, quien al cumplir con tan delicada comisión le obliga a agradecerse.

Da segunda lectura al dictamen de Bacteriología el Sr. Dr. González Fabela y resulta aceptado el Sr. Dr. Francisco Paz, como miembro de la Academia en la Sección de Bacteriología.

A continuación el Sr. Dr. Ulrich da lectura a su trabajo denominado: "Intoxicaciones alimenticias y autointoxicaciones intestinales." Queda comprendido en la fracción II del art. 70 del reglamento.

Dr. SALOMA.—Ha visto en el Hospital General tres enfermos que corresponden a los cuadros a que alude el Dr. Ulrich: esposo e hijo que durante el mes de marzo principiaron en Cuernavaca a comer quelites y arroz cocido en agua. A los dos meses de tal alimentación presentaron síntomas semejantes los tres enfermos, y puede dividirse la dolencia en dos etapas. La primera, aguda: fiebre, cefalalgia, vómitos y diarrea con cólicos; la segunda: trastornos en la sensibilidad; no podían andar por paraplejía, sus miembros superiores también paralizados, insensibles, sin reflejos y con atrofia de las extremidades hacia el centro, especialmente en los esposos. En el niño hay edemas maleolares y consunción. Los DD. Bulman y Montaña lo vieron en un examen profesional; y tal vez ha venido a agregarse en él una tuberculosis a la par pulmonar e intestinal. Valdría la pena saber si se trata de beriberi.

Dr. OCARANZA.—En 200 casos que observó, no vió variabilidad de síntomas durante tres a seis semanas: anasarca falta de reflejos, al principio sin alteraciones digestivas; por lo tanto ha notado invariabilidad de síntomas. Excita a quien pueda hacerlo, al examen anatómopatológico, por diferir el padecimiento clínico observado al exótico con hidropesía epidémica de Manson, en el que hay dos formas: la disintérica y la neurítica. En Guaymas vió el beriberi verdadero de forma seca en la colonia china; los enfermos recibían los alimentos de su país, pero se les recogieron y desapareció el beriberi. En la epidemia de Tacubaya creyó en el beriberi mixto: después desechó esta idea, porque los enfermos no estaban sujetos a la alimentación japonesa.

Dr. LANDA.—Se complace en oír la lectura del Dr. Ulrich; opina como el Dr. Ocaranza que hay constancia en los síntomas. Dejó un punto de interrogación acerca de la naturaleza del padecimiento; el Dr. Terrés opina que se trata de caquexias por mala alimentación. El cree que es una hidrohemia según exámenes de sangre hechos por el Dr. Ulrich.

Dr. ULRICH.—No dice que un síntoma cambie, sino que los síntomas cambian de enfermo a enfermo. En Calcuta se presentaron casos de hambre, pero repugna atribuir sólo a enterotoxinas los accidentes; hay que añadir las autointoxicaciones por las alteraciones de las glándulas que no impiden la invasión de toxinas.

La hidrohemia es aumento de suero o disminución de elementos morfológicos y todo ello no es más que un síntoma y no una entidad nosológica.

Dr. MONTAÑO —Da lectura a un trabajo extraordinario acerca del aborto provocado.

*El bacilo Thyphy exantematici, de Plotz. —Nuevo Académico —Intoxicaciones alimenticias y autointoxicaciones intestinales.—El aborto provocado.*

El Dr. GONZÁLEZ FABELA, lector en turno, lee su trabajo reglamentario "Investigación de bacillus Thyphy exantematici, descrito por Plotz, en varios casos de tifo de la epidemia de 1915 a 1916." Quedó comprendido en la fracción II del art. 70 del reglamento.

DR. GARCÍA.—Cuando el Dr. Monjarás nos comunicó los estudios de Plotz, los creyó interesantes y por tal motivo los encomendó al Dr. González Fabela, quien al cumplir con tan delicada comisión le obliga a agradecersele.

Da segunda lectura al dictamen de Bacteriología el Sr. Dr. González Fabela y resulta aceptado el Sr. Dr. Francisco Paz, como miembro de la Academia en la Sección de Bacteriología.

A continuación el Sr. Dr. Ulrich da lectura a su trabajo denominado: "Intoxicaciones alimenticias y autointoxicaciones intestinales." Queda comprendido en la fracción II del art. 70 del reglamento.

DR. SALOMA.—Ha visto en el Hospital General tres enfermos que corresponden a los cuadros a que alude el Dr. Ulrich: esposo e hijo que durante el mes de marzo principiaron en Cuernavaca a comer quelites y arroz cocido en agua. A los dos meses de tal alimentación presentaron síntomas semejantes los tres enfermos, y puede dividirse la dolencia en dos etapas. La primera, aguda: fiebre, cefalalgia, vómitos y diarrea con cólicos; la segunda: trastornos en la sensibilidad; no podían andar por paraplejia, sus miembros superiores también paralizados, insensibles, sin reflejos y con atrofia de las extremidades hacia el centro, especialmente en los esposos. En el niño hay edemas maleolares y consunción. Los DD. Bulman y Montaña lo vieron en un examen profesional; y tal vez ha venido a agregarse en él una tuberculosis a la par pulmonar e intestinal. Valdría la pena saber si se trata de beriberi.

DR. OCARANZA.—En 200 casos que observó, no vió variabilidad de síntomas durante tres a seis semanas: anasarca falta de reflejos, al principio sin alteraciones digestivas; por lo tanto ha notado invariabilidad de síntomas. Excita a quien pueda hacerlo, al examen anatomopatológico, por diferir el padecimiento clínico observado al exótico con hidropesía epidémica de Manson, en el que hay dos formas: la disintérica y la neurítica. En Guaymas vió el beriberi verdadero de forma seca en la colonia china; los enfermos recibían los alimentos de su país, pero se les recogieron y desapareció el beriberi. En la epidemia de Tacubaya creyó en el beriberi mixto: después desechó esta idea, porque los enfermos no estaban sujetos a la alimentación japonesa.

DR. LANDA.—Se complace en oír la lectura del Dr. Ulrich; opina como el Dr. Ocaranza que hay constancia en los síntomas. Dejó un punto de interrogación acerca de la naturaleza del padecimiento; el Dr. Terrés opina que se trata de caquexias por mala alimentación. El cree que es una hidrohemia según exámenes de sangre hechos por el Dr. Ulrich.

DR. ULRICH.—No dice que un síntoma cambie, sino que los síntomas cambian de enfermo a enfermo. En Calcuta se presentaron casos de hambre, pero repugna atribuir sólo a enterotoxinas los accidentes; hay que añadir las autointoxicaciones por las alteraciones de las glándulas que no impiden la invasión de toxinas.

La hidrohemia es aumento de suero o disminución de elementos morfológicos y todo ello no es más que un síntoma y no una entidad nosológica.

DR. MONTAÑO.—Da lectura a un trabajo extraordinario acerca del aborto provocado.

DR. MANUELL.—Le es sensible que exista una deficiencia en el trabajo patético, poético y católico del Dr. Montaña. En efecto, lamenta que en su defensa no considere qué hace de los fetos en casos de embarazo extrauterino.

Los DD. Castañeda, Aragón y Montaña piden que se aplace la discusión. El Presidente pregunta a la Academia si así se hace y esto se acuerda.

ASISTENCIA.—DD. Aragón, Castañeda, Cosío, Chacón, Escalona, García, Godoy Alvarez, González Fabela, Landa, Licéaga, Loeza, López Hermosa, Malda, Manuell, Monjarás, Montaña, Ocaranza, Prieto, Saloma, Ulrich y el Secretario que suscribe.

BULMAN.

JULIO 19.

PRESIDENCIA DEL SR. DR. SAMUEL GARCÍA.

*Colocación del retrato de Pasteur en la Universidad Popular.—"Psicopatología legal y revisión de los Códigos."—Discusión sobre el barto provocado.*

El Sr. Presidente da cuenta de haber cumplido la comisión nombrada para asistir a la ceremonia que organizó la Universidad Popular al colocar el retrato de Pasteur en su salón de conferencias.

DR. LANDA.—Cree de justicia se consigne que el Dr. García, haciendo honor a la Academia, pronunció una bella alocución con beneplácito del Sr. Ministro de Francia, del Rector de la Universidad Popular y del público. Aprovechó felizmente la circunstancia de haber quedado el pabellón nacional, que cubría el retrato de Pasteur prendido en éste, a pesar de las tentativas que por desprenderlo intentó el Sr. Ministro de Francia, para demostrar que era nuestro y lo mucho que queríamos al insigne sabio, que no pertenecía a la Francia, sino a la humanidad.

EL DR. ENRIQUE O. ARAGÓN lee su trabajo reglamentario titulado: "La Psicopatología legal y la revisión de los Códigos." Quedó comprendido en la frac. I del art. 70 del reglamento.

DR. GARCÍA.—Se ha deleitado oyendo al Dr. Aragón, poseedor de amplios conocimientos de Psicología y ciencias afines. Lamenta que termine en coma, sin puntualizar las leyes penales; quedando en tales condiciones su memoria, sólo destinada a iniciar la necesidad de la reforma a las leyes. Excita al Dr. Aragón a que indique los cambios y transformaciones de los artículos penales.

DR. ARAGÓN.—Hace meses que está estudiando los artículos del Código Penal y ofrece traerlos.

A continuación el Sr. Presidente reanuda la discusión pendiente acerca del trabajo del Dr. Montaña, el que recuerda cómo en la sesión pasada fué interpelado por el Dr. Manuell acerca de la conducta que debe observarse en el embarazo extrauterino, considerado por algunos como tumor maligno que debía extirparse.

DR. MONTAÑA.—Debe vigilarse constantemente el embarazo ectópico y operarse al rededor del séptimo mes. Si el producto muere, es peligroso para la madre; hay que operar. Si está vivo aconseja expectación. En el cuerpo de su trabajo tiene contestada su interpelación el Dr. Manuell.

DR. VALDÉS.—Entiende que el Dr. Montaña expresa que los casos de embarazo extrauterino con feto vivo no deben operarse, y en caso contrario sí. En el sentir general de todos los autores conocidos, están en contradicción estas ideas. Entre el segundo y cuarto mes es imposible hacer el diagnóstico de feto vivo, y siempre es tan peligroso el embarazo tubario, que todos los cirujanos lo operan. El embarazo tubario que en su principio deja de serlo no es de consecuencia, pero cuando hay indicación de operar, no debe preocupar la vida del feto. El mismo intervino en un caso del Dr. Landa con producto vivo. Difícil es saber si un embarazo está vivo o muerto al segundo o tercer mes y aun en el cuarto y últimos del embarazo. Hay casos en que abortado el feto del embarazo tubario, cae en el abdomen y puede vivir; pero esto es excepcional, y es preferible operar en buenas condiciones y no entre el cuadro dramático que resulta de la ruptura del embarazo ectópico.

JULIO 19.

PRESIDENCIA DEL SR. DR. SAMUEL GARCÍA.

*Colocación del retrato de Pasteur en la Universidad Popular.—"Psicopatología legal y revisión de los Códigos."—Discusión sobre el barto provocado.*

El Sr. Presidente da cuenta de haber cumplido la comisión nombrada para asistir a la ceremonia que organizó la Universidad Popular al colocar el retrato de Pasteur en su salón de conferencias.

DR. LANDA.—Cree de justicia se consigne que el Dr. García, haciendo honor a la Academia, pronunció una bella alocución con beneplácito del Sr. Ministro de Francia, del Rector de la Universidad Popular y del público. Aprovechó felizmente la circunstancia de haber quedado el pabellón nacional, que cubría el retrato de Pasteur prendido en éste, a pesar de las tentativas que por desprenderlo intentó el Sr. Ministro de Francia, para demostrar que era nuestro y lo mucho que queríamos al insigne sabio, que no pertenecía a la Francia, sino a la humanidad.

El DR. ENRIQUE O. ARAGÓN lee su trabajo reglamentario titulado: "La Psicopatología legal y la revisión de los Códigos." Quedó comprendido en la frac. I del art. 70 del reglamento.

DR. GARCÍA.—Se ha deleitado oyendo al Dr. Aragón, poseedor de amplios conocimientos de Psicología y ciencias afines. Lamenta que termine en coma, sin puntualizar las leyes penales; quedando en tales condiciones su memoria, sólo destinada a iniciar la necesidad de la reforma a las leyes. Excita al Dr. Aragón a que indique los cambios y transformaciones de los artículos penales.

DR. ARAGÓN.—Hace meses que está estudiando los artículos del Código Penal y ofrece traerlos.

A continuación el Sr. Presidente reanuda la discusión pendiente acerca del trabajo del Dr. Montaña, el que recuerda cómo en la sesión pasada fué interpelado por el Dr. Manuell acerca de la conducta que debe observarse en el embarazo extrauterino, considerado por algunos como tumor maligno que debía extirparse.

DR. MONTAÑA.—Debe vigilarse constantemente el embarazo ectópico y operarse al rededor del séptimo mes. Si el producto muere, es peligroso para la madre; hay que operar. Si está vivo aconseja expectación. En el cuerpo de su trabajo tiene contestada su interpelación el Dr. Manuell.

DR. VALDÉS.—Entiende que el Dr. Montaña expresa que los casos de embarazo extrauterino con feto vivo no deben operarse, y en caso contrario sí. En el sentir general de todos los autores conocidos, están en contradicción estas ideas. Entre el segundo y cuarto mes es imposible hacer el diagnóstico de feto vivo, y siempre es tan peligroso el embarazo tubario, que todos los cirujanos lo operan. El embarazo tubario que en su principio deja de serlo no es de consecuencia, pero cuando hay indicación de operar, no debe preocupar la vida del feto. El mismo intervino en un caso del Dr. Landa con producto vivo. Díficil es saber si un embrión está vivo o muerto al segundo o tercero mes y aun en el cuarto y últimos del embarazo. Hay casos en que abortado el feto del embarazo tubario, cae en el abdomen y puede vivir; pero esto es excepcional, y es preferible operar en buenas condiciones y no entre el cuadro dramático que resulta de la ruptura del embarazo ectópico.

La reacción peritoneal y el dolor son suficientes para explicar la muerte sin que se tenga en cuenta la hemorragia. La vida fetal es casi imposible de garantizar, y es inútil sacrificar la vida más necesaria, que es la de la madre. Hay casos que demuestran que por excepción no son mortales. Recuerda los señalados en otra ocasión: la anciana operada que tenía un esqueleto fetal en el abdomen; el caso de los DD. Zárraga y Gutiérrez con muerte de la enferma y el producto, y el caso presentado en el Congreso del Centenario.

DR. HURTADO.—Cree pertinente encarrilar la discusión. El embarazo intrauterino nunca debe provocarse, dice el Dr. Montañó. El extrauterino no es embarazo y por lo tanto no tiene cabida en el trabajo del Dr. Montañó.

El asunto del aborto provocado ha entretenido a corporaciones sabias, y el Congreso Internacional de Roma en 1897 no llegó a conclusión precisa, pues se entretuvo en bordar indicaciones y contraindicaciones. El extrauterino, es irregular, monstruoso, suscita problemas distintos que ha tratado el Dr. Valdés, y este punto no lo debía tocar el Dr. Montañó porque no le reconoce él competencia, como él no podría reconocérsela en asuntos de *Oftalmología*.

La implantación de los tumores y no su naturaleza resuelven la gravedad del mal; un fibroma del tamaño de un chícharo en el cuarto ventrículo por su sitio es mortal.

El 80% de los embarazos extrauterinos es de fibromas. Basta ver el pizarrón del Hospital General donde se anuncian frecuentemente tumores que a veces resultan embarazos extrauterinos, y cuando se diagnostican éstos resultan fibromas. El embarazo del ligamento ancho, se enquista; el de la trompa termina con el aborto tubario y a veces por la muerte. En este caso hay que operar, utilizar para el diagnóstico la Reacción de Abderhalden, y revisar el otro lado porque hay propensión a que sea doble.

El tuvoovárico es favorable al feto; entonces debe operarse en el octavo mes y tener lista la incubadora. La vigilancia es impracticable al grado que se necesita. Esperar hasta los últimos meses es exponerse a muy malos resultados. En la mayoría de los casos no se hace la intervención porque no se ha hecho el diagnóstico. Refiere un caso grave operado hace tres semanas en compañía del Dr. Velázquez Uriarte en que se quitaron las tres partes superiores del quiste. En la mayoría de los casos de embarazo intrauterino no se interviene por razones de orden ortodoxo. En una cardíaca que se encaprichó en casarse, ya embarazada propuso el aborto; el Dr. Ramírez de Arellano se opuso y el Dr. Terrés guardó opinión intermedia; por fin llegó a término, salió del parto y muy poco tiempo después murió por síncope, por no habérsele provocado el parto a tiempo. En la tuberculosis el embarazo es desolador. Los ingleses defienden la vida de la madre. La ciencia no admite semejante estrechez en el criterio sino mayor amplitud. No hay que aceptar conclusión cerrada; deben abrirse los ojos y exigir una documentación de los casos presentados en las sociedades y congresos, porque así es como la ciencia progresa.

DR. MANUELL.—El Dr. Hurtado consideró injustificado y como fuera de lugar el embarazo extrauterino; pero como el Dr. Montañó traía una conclusión terminante, la obligación de respetar la vida del feto en los embarazos uterinos, cabía preguntar qué debía hacerse en los extrauterinos en donde hay feto vivo y con los derechos que el intrauterino. Esta fué la razón de su pregunta. El Dr. Hurtado al encarrilar la discusión le llamó al extrauterino anormal, y aun le prodigó otros calificativos de monstruoso y demás; pero no por eso deja de ser médicamente humano tratar de él.

DR. MONTAÑO. Siente mucho que el Dr. Hurtado no conozca el trababajo; si lo hubiese oído antes de escuchar al Dr. Valdés, no se habría permitido calificar sus nulas aptitudes ginecológicas; lo que principalmente trata es la cuestión moral. La conducta en la asistolia, la nefritis y otra pluralidad de circunstancias no las resuelve la Tocología sino la Moral, que se ha ido olvidando poco a poco. Cuando a últimas fechas vió figurar en un plan de estudios la asignatura de Moral Médica, la consideró fuera de lugar. En la actualidad la exigiría diaria y de una hora cuando menos. Esta necesidad le hizo provocar la discusión para que moralistas y tocólogos tomaran la palabra. La moral se va olvidando; el atentado directo contra el niño lo imputa de inmoral.

DR. HURTADO.—Pide se aplice la discusión para considerarla en el terreno moral.

ASISTENCIA.—DD. Aragón, Castañeda, Chacón, Díaz Lombardo, Escalona, García, González Fabela, Hurtado, Landa, Licéaga, Malda, Manuell, Monjarás, Ocaranza, Paz, Prieto, Rojas Loá, Soberón, Tapia y Fernández, Troconis Alcalá y el Secretario que Suscribe.

JULIO 26

PRESIDENCIA DEL SR. DR. SAMUEL GARCÍA

*La blenorragia en los niños.—Discusión sobre el aborto obstétrico*

El Sr. DR. PRIETO, lector de turno, lee su trabajo titulado: "Manifestaciones blenorragias en los niños"; queda comprendido en la fracción I del art. 70 del reglamento.

El Sr. Presidente anuncia que continúa la discusión promovida por el Sr. Dr. Montaña.

DR. MALDA.—Opina por la moral práctica y no por la dogmática, ni teológica; el asunto propuesto por el Sr. Dr. Montaña debe tratarse bajo dos aspectos: el deontológico y el clínico. El primero es escabroso, se ha tratado en juntas médicas, sociedades, congresos, sin haberse podido uniformar la opinión; la solución del Sr. Dr. Montaña tiene un fondo digno de todo aplauso, fondo de bondad, de moral absoluta que no existe en la bondad práctica puesto que implica un hombre y una sociedad ideales. No pretende lastimar las ideas de sus consocios; pero hay que marcar los puntos, ya que asisten estudiantes ávidos de conocer nuestras opiniones.

¿En qué época se ha de provocar el aborto?

Hay que distinguir el aborto del parto prematuro en el que el producto es apto para vivir. Se declara decidido defensor de él, y la conducta del Sr. Montaña es digna de encomio. Pero hay que distinguir el asunto lógico del moral. En una mujer cardíaca o nefrítica que se embaraza ¿qué resultaría si no provocamos el aborto? Vamos a ser testigos de una existencia que se apaga. No es partidario de la opinión del Sr. Dr. Montaña, defensor del producto y cómplice de la muerte de la madre; y sí está de acuerdo con los DD. Manuell y Valdés. Un alcohólico casado con una epiléptica tiene un primer hijo epiléptico y un segundo que no lo es, pero que a edad avanzada presenta perturbaciones mentales; viene un tercer embarazo y en vista de los resultados anteriores ¿qué hacen: detener o dejar que llegue a término para tener un loco? ¿Vale la pena vivir así? Hemos llegado al período álgido y fulminante de la cuestión: ¿en cuál de los dos extremos está el deber? Con los dos primeros ejemplos el embarazo continúa, el producto puede vivir y hay que saber esperar, como se dice en Obstetricia; pero vienen circunstancias extremas y entonces hay que provocar el aborto para salvar a la madre.

Para Spencer, la conducta humana es de moral relativa, y difícil precisar los actos malos y los buenos. La ley de Spencer sobre el progreso asienta: que el superior debe aprovechar su superioridad y el inferior sufrir las consecuencias de su inferioridad. La Clínica nos enseña cómo la nefrítica y la cardíaca están condenadas a muerte si no se evacúa su matriz. ¿Por qué no sacrificar al inferior en existencia en tales casos? En buena hora que se espere a practicar la operación cesárea en estrechez pélvica, para conservar al niño. Recuerda a una señora, esposa de un abogado, con estrechez pélvica, que llegó a término. El Dr. Viramontes comprendió la dificultad; mas no así, el Dr. Hitzig, que pasa una noche haciendo aplicaciones de forceps de resultado imposible. Asociado al Dr. Valdés hicieron la cesárea obteniendo producto muerto.

DR. MONTAÑO.—Principia por dar las gracias al Sr. Dr. Malda por su atenta y fina réplica, y advierte que los estudiantes de Medicina están allí para recoger la semilla que van a sembrar. Conoce la moral absoluta, mas no acepta la relativa, porque un acto es bueno o es malo.

Los ladrones, asesinos, violadores, podrían ser morales relativos, ante el derecho natural. La moral laica que defiende el Sr. Dr. Malda debe estar sujeta a reglas que guíen nuestra conducta hacia el bien o el mal y en esto no caben distingos. No se puede proponer una acción intrínsecamente mala para procurar fin bueno. Causar un aborto es atentatorio. Mañana, los jueces del porvenir, la sociedad, la familia, resentirán nuestra mala acción: el aborto con el pretexto de la salvación de la madre. Esto no debe hacerlo el hombre moral. La mujer que por cualquier circunstancia patológica no debe embarazarse, no es al consultorio del médico donde debe dirigirse en busca de remedio, sino al marido exigiéndole abstinencia completa; de otro modo son reos de homicidio. Ha atendido cardíacas con la fortuna de no verlas morir; al séptimo mes ha provocado el parto prematuro, teniendo todo listo para atender al engendro; en algún caso lo creyó muerto y resultó vivo. Se dicen que caben inmoralidades en ciertas excepciones; se estima más la honra que la vida y si estamos autorizados a salvar la vida, con mayor razón lo estaremos por salvar la honra; alguien ha dicho: salva tu honra si alguna vez se te comete algún atropello.

DR. LANDA. — No debe preocupar al Sr. Dr. Montaña la presencia de estudiantes de Medi-

cina en estos momentos; estamos tratando la cuestión desde un punto de vista científico y sin ataques a la moral. Es decir, no defendemos lo que ciertos *malthusianos* llaman el "derecho al aborto", sino que discutimos las indicaciones del aborto médico.

Como ha dicho muy bien el Dr. Malda, la cuestión debe considerarse bajo dos aspectos: quirúrgico y moral. En realidad la indicaciones del aborto obstétrico, si no están completamente definidas, son tan claras en determinadas circunstancias, que no debe vacilarse en interrumpir el embarazo si pelagra la vida de la madre. Casos de vómitos incoercibles, como el que Fabre cita en su libro de Obstetricia, justifican la intervención operatoria. Es cierto, por otra parte, que a pesar del aborto provocado pueden persistir las perturbaciones que lo motivaron; de modo que la pericia del médico, especialmente del partero, el buen sentido clínico y el conocimiento completo del caso, constituyen factores de primer orden en la resolución del problema. El punto está resuelto y ya casi no hay quien, detenido por escrúpulos de más o menos importancia, vacile ante un caso grave. Los autores modernos ya no se ocupan del lado moral de la cuestión y simplemente dicen en sus obras el modo de practicar el aborto terapéutico. Todo, pues, se ha reducido a cuestión de técnica.

Respecto de la parte moral pueden invocarse los argumentos bien conocidos; nada nuevo tenemos que agregar. Tal vez sean raros los casos de herencia morbosa bien definidos en que estuviera justificado el aborto en el concepto en que lo juzga el Sr. Dr. Malda. Sería entonces comparable, casi como una necesidad social, a la llamada "esterilización de los criminales", admisible y hasta legal en algunos Estados de la Unión Americana. De acuerdo con el Sr. doctor Nicolás León, cuya opinión de partero es respetable, se consultó el punto con un alto dignatario de la Iglesia Mexicana. Dijo este señor que la Santa Sede no considera lícita la ejecución del aborto para salvar la vida de la madre, entre otras razones, porque la ciencia médica no define aún de modo claro las indicaciones de dicho proceder.

Nunca llegaríamos a uniformar el criterio si discutiéramos ampliamente la falsa moral del problema. Para el creyente no existe más que la obediencia a las decisiones de la Iglesia; para el no creyente la cuestión es más clara y está casi resuelta por la Clínica. No tiene otra cosa que hacer el médico que poner el hecho en conocimiento de las autoridades judiciales, y ocurrir a uno o más colegas honorables y sabios que le ayuden a aclarar cualquiera duda respecto de las indicaciones y el pronóstico.

DR. GAMA.—Si se tienen en cuenta las creencias de cada médico el Dr. Montañó tiene razón; recuerda los decretos eclesiásticos y refiere que una hermana suya radicada en la frontera, a los tres meses de embarazo tuvo vómitos incoercibles. Le consultó por escrito al Dr. Schultz, hombre muy inteligente, proponiendo el aborto y haciéndole observar el último grado de aniquilamiento e inanición a que había llegado la enferma; autorizó el aborto y se salvó la vida de la madre. En México hay un caso de estrechez con operación cesárea. Napoleón I, que tanta necesidad tenía de un sucesor para el trono, permitió, aceptando la opinión de Dubois, se sacrificase al hijo para salvar a la Emperatriz. Ante el aborto de complacencia pedido para salvar la honra, acostumbra preguntar a la solicitante de qué honra se trata, puesto que ya no tiene ninguna, pues ésta no se salva cuando ya está perdida. El aborto provocado, no necesario, es penado con ocho años de prisión y suspensión del ejercicio profesional; pero el aborto médico debe practicarse cuando no haya otro medio de salvar a la madre. El 50% de epilépticos y alcohólicos dan hijos sanos.

DR. MONTAÑO.—El Sr. Dr. Landa dice que algún teólogo le contestó a sus preguntas en este asunto, que la Iglesia tenía su juicio en suspenso, porque la Cirugía no lo había resuelto aún. La Iglesia no espera para sus fallos a que resuelva nadie, pues ella es maestra suprema y tiene resuelto el problema desde mucho tiempo ha; lo que ha hecho últimamente es publicar el decreto que pone a disposición del Dr. Landa y del teólogo a quien consultó.

Al Dr. Gama le diré que a una enferma de tres a cuatro meses de embarazo con estrechez infranqueable de la pelvis, no debe provocarse el aborto y si esperar a que llegue a su desarrollo el niño y entonces practicar la cesárea.

No fué Dubois sino el Barón Larrey quien preguntó a Napoleón por qué se decidía; pero esto sólo prueba el estado psicológico del marido, pero no autoriza al médico a proceder como éste quiere. En cuanto a la honra de esas jóvenes no está en haber faltado a sus deberes sino a que la falta quede oculta; que si lo consiguen, seguirán ocupando su lugar honorable en la sociedad.

DR. LANDA.—Considera necesario hacer una aclaración: el eclesiástico de que se trata es persona respetable; con los efectos de la Santa Sede en sus manos opinó sobre el punto.

Además la obra de Bar, Brindeau y Chambrelent, en el capítulo sobre el aborto provocado, cita los acuerdos de la Iglesia a que alude el Sr. Dr. Montañó.

Por otra parte parece no advertir este señor que la defensa sistemática de la vida embrionaria puede tener como resultado fatal la pérdida de la mujer: en este caso habrán muerto dos seres en lugar de uno.

DR. OCARANZA.—Según parece, tratado el asunto desde el punto de vista científico, la discusión está agotada. El Sr. Dr. Montañó plantea ahora la cuestión por el lado moral, suponiendo que existe una moral laica universal. Esto no es cierto. Las ideas morales dependen siempre de las ideas religiosas del individuo o están basadas en la escuela filosófica que profese. Aquí ha oído hablar de Spencer y al hacerlo el Sr. Dr. Malda, ha recordado la filosofía individualista; ha mencionado también la moral absoluta y la moral práctica, y esto recuerda a Kant. De la misma manera podría recordar a Federico Nietzsche, de quien extraería ideas morales distintas de las que corren habitualmente, o podría mencionar el pesimismo de Schopenhauer, en donde se veía que la conciencia no es una cosa "en sí" sino que está formada por dos décimas de influencia hereditaria, otras tres de prejuicios y el resto por la costumbre y el miedo. Esa moral innata es absurda; basta recordar a los habitantes de las márgenes del lago Nyanza, que se comen a sus mujeres o a sus hijos cuando el hambre los obliga. Cree, pues, que propuesto el asunto como lo ha hecho el Sr. Dr. Montañó, es decir, considerándolo desde el punto de vista de una moral laica general, no es discutible, pero que esa moral general y láica no existe.

DR. MONTAÑO.—Dice el Dr. Ocaranza que no puede la moral subsistir independientemente de las creencias religiosas, y por consecuencia su valor para normar las acciones depende de las ideas de los asociados; está conforme, y dentro de su mismo credo religioso la moral tiene que ser absoluta concordando con él y aceptando que no puede haber moral laica universal. Ni la familia, ni el padre, ni la interesada tienen autoridad para poner en manos del médico el instrumento parricida, y por tanto no puede hacer lo que ellos opinen.

DR. TROCONIS ALCALÁ.—Su apreciable amigo el Sr. Dr. Montañó tuvo la bondadosa deferencia de invitarle a su lectura extraordinaria del miércoles antepasado. No obstante sus buenos deseos de corresponder debidamente a esta galante excitativa, le fué imposible asistir a dicha sesión. Afortunadamente hubo de aplazarse la discusión relativa de aquel importante trabajo y gracias a esta circunstancia le ha sido dable llegar a tomar participación en los debates promovidos a este respecto.

Informado ya de la memoria original y conociendo las apreciaciones a que ella ha dado margen en el curso de la discusión promovida, aprovecha la ocasión para exponer su juicio reforzado con las razones que se han manifestado en esta sesión y en la anterior.

Bajo dos aspectos debe considerarse el asunto: el uno verdaderamente científico o sea obstétrico y el otro puramente moral. El primero, es el único de nuestra exclusiva competencia. Tal era la opinión de Paul Dubois en los ilustrados y apasionados debates a que dió margen este mismo asunto en el seno de la Academia de Medicina de París a mediados del siglo pasado. El asunto obstétrico está resuelto. El médico tiene que cumplir un papel de acuerdo con la opinión de los interesados, a él tan sólo le toca advertir. La línea de conducta a que debe sujetarse el médico en semejantes casos es enteramente idéntica a la que sigue y observa en las demás circunstancias de la práctica profesional: a la interesada, primeramente que a sus familiares y allegados, es a quien compete la resolución extrema. En tales circunstancias, señalada la urgente indicación por el hombre del arte, queda reservado a los interesados acatarla o no en el sentido propuesto. La conducta médica es completamente igual a la que observa cuando se trata de mutilaciones; se trata de amputar un miembro gangrenado, v. gr., y se indica la urgencia de practicarlo por la absoluta necesidad de conservar la vida. Desde este punto de vista la cuestión está resuelta como ya ha dicho y en el terreno obstétrico ya no cabe discusión alguna en este sentido.

Por otra parte el asunto ha sido tratado suficiente y competentemente desde hace más de medio siglo, y a fe que después de todas las ilustradas opiniones expuestas en los apasionados debates iniciados y proseguídos en la docta Academia de París, a propósito de la conducta de Lenoir, ya no cabe agregar una palabra más, a no ser las que con motivo de los progresos realizados últimamente, deben tomarse en consideración en el sentido de seguir observando la conducta ya trazada.

Entre nosotros, en 1852, el Sr. Dr. Hidalgo Carpio, ejemplar de cristianos, hombre de

grande mérito, opinó en favor del aborto terapéutico. El Sr. Dr. Rodríguez, en una memoria destinada a esta Academia, que por circunstancias que no es del caso referir, leyó en el primer Congreso Médico de 1892 y que a insinuaciones del Dr. Bulman se publicó en el Boletín del Instituto Patológico, trata magistralmente el punto. Cuando el Sr. Dr. López Hermosa leyó en esta Academia su juicio crítico sobre los artículos relativos del Código Penal, nadie dijo palabra; pero el Sr. Dr. Breña contestó al mencionado Dr. López Hermosa. En cuanto al aspecto teológico, el Dr. Rodríguez recurrió al padre Labastida, quien dijo que la Santa Sede no estaba suficientemente ilustrada en Obstetricia y quería que la Academia de Medicina elevara al Papa una moción. Propone se publiquen todas estas opiniones para que la juventud médica se ilustre.

El Sr. Presidente de acuerdo con la Mesa acepta la idea del Sr. Dr. Troconis.

DR. GARCÍA.—Los prejuicios continúan, pero no obstante se advierte alguna luz. No es la Medicina como las Matemáticas, de solución exacta en sus problemas. El Dr. Montaña se ha encastillado en el artículo quinto del Decálogo. Se mata por omisión o por comisión; el que provoca un aborto lo hace por comisión, pero pueden sacrificarse dos seres por omisión. El quinto precepto no ha sido obstáculo para matar a nombre de la religión; los cristianos varias veces han matado; entre otros, los tribunales inquisitoriales mataban.

ASISTENCIA.—DD. Cosío, Chacón, Escalona, Gama, García, González Fabela, Landa, Licéaga, Malda, Monjarás, Montaña, Ocaranza, Paz, Prieto, Tapia y Fernández, Troconis Alcalá y el Secretario que suscribe.

BULMAN.