ACTAS DE LAS SESIONES.

2 DE OCTUBRE DE 1918.

PRESIDENCIA DEL SR. DR. RICARDO E. CICERO.

La hematología de las altitudes.

El Dr. VERGARA LOPE leyó su trabajo de turno titulado: *La hematología de las altitudes*, que quedó comprendido en la fracción II del artículo 52.

DR. OCARANZA. — Dijo que en la memoria que presentó al V Congreso Médico Mexicano y a la que hizo alusión el Dr. Vergara Lope, no tuvo intención de atacar personalidades, sino que hizo una crítica de buena fe porque considera que aunque el libro de que es autor el Sr. Vergara Lope, *La Vida en las Altiplanicies*, haya merecido premio del Instituto Smithsonian y de otras corporaciones científicas, no por eso queda fuera de que se le puedan hacer algunas rectificaciones y de que se emitan nuevas opiniones, que son el resultado de los estudios del Sr. Ocaranza sobre esa materia. También el doctor Luis E. Ruiz, enseñaba en su cátedra de Higiene que el Dr. Angel Gaviño hizo en México estudios sobre la anoxemia, que fueron muy anteriores a los del Sr. Vergara Lope. Concede a este señor que ya haya sido el único que ha escrito sobre la hiperglobulia por concentración, debida a las condiciones de sequedad y enrarecimiento del aire atmosférico.

Con respecto a los instrumentos que se han usado en estas observaciones, el señor Ocaranza prefiere el de Thomas, que tanto es preferido por observadores de los Estados Unidos como por distintos autores; pero según su propio sentir, estas preferencias dependen más bien de la habilidad y costumbre de cada quien para manejar determinado aparato.

No ignoraba, al presentar su memoria al V Congreso Médico los trabajos de Toussaint sobre la fórmula leucocitaria, a los que alude el Sr. Vergara Lope; y no encontrando constancia de esos trabajos en los periódicos en que se pudieron haber publicado, se creyó indudablemente facultado para hacer con el Dr. Izquierdo un estudio especial, y a ellos se refirió en su memoria.

Declara el Sr. Ocaranza no tener una idea definitiva sobre las relaciones que existen entre la hiperglobulia y la densidad de la sangre; pero teniendo presentes los trabajos del Sr. Vergara Lope y otros, ofrece para breve tiempo presentar en la Academia los resultados de sus investigaciones, que ha continuado, sobre la fisiología de la sangre.

Termina el Sr. Ocaranza celebrando que el Sr. Dr. Vergara Lope no se haya sentido lastimado por el juicio que sobre sus trabajos hizo.

DR. VERGARA LOPE.—Dice que en su libro *La Vida en las Altiplanicies* refiere que sólo cuando él leyó los trabajos del Dr. Viault pudo comprender que los suyos confirmaban los de este autor; y sigue diciendo que no se refirió al Dr. Gaviño, porque bien sabido es por los que fueron sus condiscípulos, entre ellos los Sres. Cicero y Montañó, que el Dr. Ruiz fué el primero que lo inició en sus trabajos, y que en el apéndice a su libro consta la aclaración que a este propósito hizo cuando el Sr. Gaviño le llamó la atención sobre el particular; que por tanto no reclama la prioridad y sí se pone en tercer lugar; pero según parece, Jourdanet precedió a todos ellos en sus investigaciones sobre la influencia de las alturas. Explica la hiperglobulia por concentración en los tuberculosos diciendo que es más activa en los períodos de piroxia; pudiendo decir que la concentración es debida a la sequedad del aire por la semejanza que existe con los resultados obtenidos en las experiencias en gallos.

Hasta ahora ninguno ha explicado la hiperglobulia por los fenómenos de concentración, y desea que los observadores puedan hacer experiencias sobre esta cuestión, para demostrar su aserto.

DR. OCARANZA. — Dice que al referirse en su memoria a los cuatro indígenas aztecos que subieron al Popocatepetl, no menciona al autor de esa observación porque no consta su nombre en la obra del Dr. Vergara Lope.

DR. VERGARA LOPE. — Explica que no pudo concurrir a esta ascensión y que el autor de la observación fué el profesor Herrera, quien no es idóneo en este género de observaciones; razón por lo que resultó imperfecta.

DR. MONJARÁS.—El asunto a debate debe ser objeto de minuciosos estudios por ser muy interesante. El, en 1892, presentó un trabajo en el Congreso de Medicina celebrado ese año en Roma, que comprendía una serie de observaciones de individuos colocados en las mismas condiciones de vida. Aconsejó que en este género de investigaciones siempre se procure que los sujetos estén en circunstancias semejantes, y que se anoten las máximas y las mínimas que se obtengan en cada observación, pues las medias dan lugar a errores de consideración, si no se hacen las anotaciones.

DR. TROCONIS ALCALÁ.— Se dirige al Sr. Vergara Lope recomendándole la tesis inaugural del Dr. Amézcuca, que contiene datos que podrían ser de utilidad para los estudios que sigue sobre el asunto que se discute.

DR. VERGARA LOPE. — En su libro ya citado se satisfacen las condiciones exigidas por el Sr. Monjarás; y refiriéndose al Sr. Dr. Amézcuca dice que ya conoce su tesis, pues dicho señor fué su ayudante en la clase de Fisiología, donde aprendió el manejo de los aparatos y siguió las observaciones que allí hacía a propósito de esta cuestión. El Dr. Landa de quien habló el Sr. Ocaranza, fué igualmente su ayudante y él pudo conocer los aparatos en uso. El Sr. Amézcuca prefiere el aparato de Hayem por más exacto. Agrega que es un deber decir que las experiencias mejor hechas son las del Sr. Sánchez de Tagle, que murió prematuramente poco tiempo después de haber obtenido el título de médico. Este señor habla extensamente de la densidad de la sangre en su relación con el aumento de hematías.

DR. MONJARÁS.—Está de acuerdo con el Sr. Vergara Lope en la preferencia que da al aparato de Hayem.

DR. CICERO. — Se muestra partidario del aparato de Hayem y juzga que fué atinada la comparación que hizo el Sr. Vergara Lope de la pipeta con el tubo de escurrimiento de un embudo y que tachó de impropio el Sr. Ocaranza; igualmente juzga muy razonables las observaciones del Sr. Dr. Monjarás para que los experimentos sean perfectos; opina también que no debe desecharse la acción de la hematopoesis; y termina suplicando al Sr. Ocaranza dé preferencia en sus investigaciones a sus observaciones personales antes que dársela a otros autores que andan en desacuerdo con el Sr. Vergara Lope.

ASISTENCIA.—DD. Chacón, Cicero, González Urueña, Loacza, López, Monjarás, Montaña, Ocaranza, Soberón, Troconis Alcalá, Vergara Lope.

El Primer Secretario,

DEMETRIO LÓPEZ.

9 DE OCTUBRE DE 1918.

PRESIDENCIA DEL SR. DR. RICARDO E. CICERO.

Los primeros casos de gripa en el Distrito Federal.—La reacción de Wassermann.

DR. LANDA.—La epidemia de la llamada *influenza española* se ha venido extendiendo con rapidez desde la frontera norte hasta el Estado de San Luis Potosí, según afirman los telegramas publicados por la prensa del día. Se puede asegurar que en el Distrito Federal, no obstante que nada se ha dicho aún sobre el particular, ya se dieron los primeros enfermos de este mal. Refiere un caso que observó en el Hospital General por el mes de julio, que le llamó poderosamente la atención por la forma rara del padecimiento. Se trataba de un joven de veinte años que se presentó con una intensa hemotisis, fiebre alta, algo de tos y ciertos fenómenos pulmonares que hacían pensar en la existencia de una congestión aguda. Pronto cayó el paciente en estado tífico, y como no se

aclaraba el diagnóstico, dudando que fuera tabardillo lo que se estaba observando, pasó el enfermo al departamento de tíficos. Allí lo siguió estudiando y pocos días después le encontró un exantema poco notable, y pudo convencerse de que el mal principal radicaba en los pulmones, pues había matitez en un lado, algunos vagos estertores y disnea. Murió el enfermo. La autopsia reveló, sobretodo, una extensa neumonía próxima al período de hepaticización gris. No cree que, tan aislado este caso, en época en que no se hablaba de la existencia de la gripa en el norte del país, deba considerarse como manifestación de la epidemia; pero hace notar la semejanza clínica que existe entre este enfermo y los que ahora se están describiendo como clásicos de gripa.

Otra cosa hay más importante; hoy por la mañana, en compañía de muchos de los médicos del Departamento de Salubridad, fué al cercano pueblo de La Piedad a estudiar una enfermedad que rápidamente se ha desarrollado en un batallón recién venido del Estado de Guerrero. Son como 600 individuos entre soldados, mujeres y niños; hicieron el viaje a pie; están sumamente agotados, palúdicos muchos de ellos, hambrientos, semidesnudos; enfermos, por último, de un mal agudo de carácter esencialmente catarral con localización en las vías respiratorias. Tosen, tienen calentura, facies gripal; algunos han muerto; y uno de los jefes del cuerpo afirma que han enfermado como 400 de ellos. Importa hacer notar que no llegaron enfermos de este padecimiento, y que dos o tres días después de alojados en un cuartel *inmundo* empezaron a caer atacados por dicha dolencia. Tal hecho es suficientemente demostrativo para poder asegurar que la gripa existe en el Distrito Federal y que dentro de muy breves días la veremos desarrollarse en toda su plenitud.

DR. DEL RASO.—Presentó como trabajo de turno una memoria que titula *Notas complementarias al sacrodiagnóstico de la sífilis*, que fué considerado en la fracción II del artículo 52 del reglamento.

DR. GONZÁLEZ URUEÑA.—Considera muy atinada la elección del tema por ser de actualidad. Habla de las modificaciones introducidas por varios autores. Buscar linfocitosis en el líquido céfalorraquídeo es muy útil así como también albúmina, pues el 20% normal, suele subir a 0.50 centigramos. Cree que se ha exagerado la importancia de la reacción de Wasserman para diagnosticar sífilis, y Leredde ha contribuido en esto. Hay casos de reacción positiva en la lepra, lo cual es de tenerse en cuenta por el parecido que hay a veces entre la lepra y la sífilis.

DR. DEL RASO.—Respeto mucho la opinión tan autorizada del Dr. González Urueña y dice que la presencia en el líquido céfalorraquídeo de 0.60 centigramos de albúmina es considerada por Leredde como indicio probable de sífilis; esta albúmina se busca agregando al líquido unas gotas de ácido nítrico; si el cuerpo buscado existe, se forma un anillo característico, y si aparece antes de tres minutos puede suponerse que hay cerca de 0.60 centigramos de albúmina. El Dr. del Raso encuentra justa la opinión de Leredde, quien cree que en la mayor parte de casos la reacción positiva, aun en leprosos, quiere decir sífilis.

En su experiencia así lo ha confirmado; en ocho casos escogidos, los resultados serológicos han coincidido con los datos de la clínica y con los resultados de la terapéutica. Leredde cree que con el trascurso del tiempo muchas de las enfermedades crónicas van a considerarse como episodios de la sífilis, desconocida muchas veces. El Dr. Díaz Lombardo tiene casos de alteraciones articulares y óseas consideradas como de origen tuberculoso y que han curado por el tratamiento antisifilítico.

DR. CICERO.—Cree, como el Dr. González Urueña, que la clínica es más concluyente que el laboratorio y que éste puede considerarse como un coadyuvante muy recomendable. Refiere un caso de lepra bien aparente en una señora con tubérculos que databan de más de veinte años; había tenido catorce hijos sanos y ninguno aborto; el esposo murió en edad avanzada. La señora tuvo reacción de Wasserman positiva y con el tratamiento arsenical antisifilítico se dió un azote a la enfermedad. Concluye que si bien Leredde es autoridad en lo relativo a sífilis, no lo es en lepra, y que en París hay menos enfermos de lepra que en México, en relación con el número de habitantes. Refiere dos casos más de enfermas de lepra con reacción positiva y resultados adversos por el tratamiento contra la sífilis.

DR. GONZÁLEZ URUEÑA.—No critica el trabajo del Dr. del Raso: estima que las afirmaciones de Leredde son aventuradas en lo referente a la reacción de Wasserman y que ésta puede ser intensa cuando hay lepra.

DR. DEL RASO.—Manifiesta que la supremacía de la clínica sobre el laboratorio es indudable, pero que hay ciertos detalles en el laboratorio muy concluyentes, como la presencia del bacilo de Koch en los esputos, la albúmina en la orina, los tubos renales que pueden considerarse casi como patognómicos. Conceptúa como concluyente una reacción de Wasserman hecha por persona que sea del todo competente. Refiere el caso de una niña a quien se creyó coxálgica; se buscó la reacción de Wasserman y resultó positiva; curó con inyecciones de neosalvarsán. Los hechos relatados por el Dr. Cicero son muy atendibles. Leredde dice que en los leprosos puede haber sífilis latente.

DR. CICERO.—Fournier ya había llamado la atención sobre que muchas afecciones óseas tenidas por tuberculosas eran curadas por el tratamiento mixto antisifilítico, especialmente en niños.

ASISTENCIA.—DD. Cicero, del Raso, Icaza, Landa, Loeza, Monjarás, Ocaranza, Soberón, Terrés, Troconis Alcalá, Velázquez Uriarte, Vergara Lope.

El Segundo Secretario,

MIGUEL R. SOBERÓN.

16 DE OCTUBRE DE 1918.

PRESIDENCIA DEL SR. DR. RICARDO E. CICERO.

Las levaduras del pulque.

El Prof. Cordero leyó su trabajo de turno titulado: *Las levaduras del pulque*, el cual quedó comprendido en la fracción II del artículo 52.

DR. CICERO.—Celebra que el Sr. Cordero haya traído tan interesante estudio, que lo es desde el punto de vista científico y patriótico; esto último porque pone de relieve un asunto netamente nacional. Juzga que las levaduras son de importancia en su aplicación en Dermatología. Brocq fué el primer entusiasta por este medicamento; después tuvo que reducir su entusiasmo porque no en todos los casos se ven resultados favorables; los mejores éxitos se han obtenido con levaduras frescas. Cita el caso de un enfermo que padecía sicosis de la barba, que no pudiendo sanar con el uso de levadura seca, hizo uso de la fresca y logró un alivio; recuerda que el mal éxito de la levadura seca, facilitó el descubrimiento de la cerolina, que tiene efectos laxantes muy ventajosos. A falta de cerolina se puede usar la levadura fresca, fácil de conseguir, y si ahora el Sr. Cordero presenta un producto nacional tan eficaz como la levadura de cerveza, se comprende todo lo importante de su estudio.

ASISTENCIA.—DD. Castañeda, Cicero, Cordero, Cosío, Chacón, Icaza, Landa, López, Loeza, Escalona, Malda, Monjarás, Montañó, Paz, Troconis Alcalá, Soberón, Ulrich.

El Primer Secretario,

DEMETRIO LÓPEZ.

ACTAS DE LAS SESIONES.

SESIÓN DEL 4 DE DICIEMBRE DE 1918.

PRESIDENCIA DEL SR. DR. RICARDO E. CICERO.

Los coloides en Terapéutica.—La acción del radio en el cáncer.

El Dr. BULMAN leyó su trabajo de turno titulado: *Coloides*, el cual quedó comprendido en la fracción II del artículo 52.

Dr. CICERO.—Juzga que los coloides, haciendo a un lado teorías, han resultado útiles en la práctica, pues son eficaces en las infecciones agudas como la erisipela, el tabardillo, etc. Relató el caso de una erisipela de repetición que nunca había cedido tan rápidamente, como cedió con tres inyecciones de oro coloidal. Expresó que la acción de los coloides es igualmente eficaz en algunos padecimientos crónicos, y que ya el Dr. Bulman en otra ocasión presentó un trabajo sobre el cobre coloidal en este género de padecimientos, y dijo entonces que los coloides obran por su constitución física y no por la naturaleza del medicamento. El ha usado el cuprargol en afecciones cancerosas y aunque no ha obtenido resultados satisfactorios del todo, sí alivios importantes; citó el caso de un cáncer del pecho, visto también por el Dr. Villarreal; había producido ya la caquexia y se había extendido considerablemente; cediendo a insinuaciones de los familiares de la paciente, la trató por los rayos X; pero viendo los efectos inútiles de este tratamiento, se acogió al cobre coloidal y obtuvo primero, ligero alivio, prolongándose la vida de la paciente un año, con tal resultado que parecía haber un retardo en el curso de la enfermedad; la caquexia determinó al fin la muerte.

Dr. VILLARREAL.—A su consultorio ha visto llegar enfermos de cáncer, tratados por la cuprasa en condiciones muy graves, y no se anima a declararse partidario del procedimiento. Refiere que actualmente tiene en curación por el radio a una paciente con un epiteloma del cuerpo de la matriz, en condiciones muy deplorables: flebitis de la íliaca y *flegamatia alba dolens*, que fué tratado anteriormente por largo tiempo con la cuprasa. Ofrece comunicar a la Academia los resultados del nuevo tratamiento.

Dr. BULMAN.—Manifiesta que en su trabajo se concreta a hablar de la acción física inmediata de los coloides y su reacción sobre el organismo; por eso no se ocupa de cada uno de dichos cuerpos en particular.

Dr. D. LÓPEZ.—Difiere de la opinión tan optimista del Dr. Cicero, pues él, como el Sr. Villareal, ha observado que la cuprasa no detenía el avance de los cánceres; recuerda al Dr. Cicero que en junta vieron a un enfermo de cáncer de la lengua; que por indicación hecha en esa junta por este señor se hicieron varias inyecciones de cuprasa; esto no influyó en el curso del padecimiento y dos meses después el enfermo murió. Otro caso de cáncer de la mama operado y reincidente fué tratado por la cuprasa por el doctor López por más de seis meses; en ese tiempo sólo hubo algunas veces un alivio sugestivo; la enferma murió en plena caquexia.

Dr. CICERO.—No ha dicho que sean muy halagadores los resultados de la cuprasa; pero en algunos casos ha habido alivio del padecimiento. Refiriéndose al enfermo a que hizo alusión el Dr. López, dijo: que recomendó la cuprasa como último recurso, pues el caso ya era perdido.

Dr. GODOY ALVAREZ.—En un caso de cáncer del estómago, comprobado, no abordable quirúrgicamente y en estado desesperante, recurrió a la cuprasa; aplicó dieciséis ampollitas de 5 c.c. que mantuvieron a la enferma durante once meses en relativo alivio, pero al fin la paciente falleció. Juzga que este medicamento es de tenerse en cuenta cuando no hay otro recurso que tocar.

Se concedió el uso de la palabra al Dr. VILLARREAL para presentar varios enfermos tratados por el radio.

Divide los casos que presenta en dos grupos:

1o. De epitelomas superficiales. 2o. De cánceres profundos.

1ER. GRUPO.—*1er. Caso.*—Una joven con un epiteloma del carrillo, pequeño y superficial, rebelde a todo tratamiento; se hizo aplicación ligera de radio con placa de media fuerza y filtro de aluminio; la reacción fué muy viva: produjo radiodermatitis superficial que desapareció en mes y medio. Curación del epiteloma. Este caso fué recomendado al Dr. Villarreal por el Dr. Fernando López.

2o. *Caso.*—Una úlcera de la frente de 10 cent. de extensión en el diámetro transversal y 6 en el vertical, cubierta de costras que sangraban fácilmente; por más de cuatro años fué tratada esta úlcera por diversos medicamentos y por distintas personas; el doctor Villarreal, durante cuatro meses trató esta úlcera con diversas pomadas, y convencido de la naturaleza del padecimiento, aplicó el radio y la enferma sanó en cuatro semanas; quedó una cicatriz apenas perceptible de la piel, sana y sin bordes.

3o. *Caso.*—Úlcera situada en el dorso de la nariz y comunicada con la cavidad nasal; la trataron por más de diecisiete años como sifilítica, hasta con inyecciones de salvarsán, sin resultados: como de hecho existían antecedentes específicos, el Dr. Villarreal la trató también con yoduro de potasio e inyecciones de calomel; no obteniéndose ninguna modificación, posteriormente aplicó el radio; la curación se obtuvo en cuarenta días con resultados verdaderamente estéticos; la piel se diferencia muy poco de la sana y no existe deformación.

2o. GRUPO.—*1er. Caso.*—Un tumor maligno de la amígdala, clasificado como de los más graves por el Dr. Ulrich; alcanzando dimensiones considerables, rechazaba la tñvula e invadía el istmo de la garganta; los ganglios carotídeos adquirieron el volumen de una naranja; era de temerse la intervención quirúrgica por los grandes destrozos que habría que hacer; opinión ya tomada en consideración por otros cirujanos que se negaron a operar. Sin más pérdida de tiempo se le hicieron aplicaciones de radio y se obtuvieron como resultado del examen histológico practicado por él, resultados verdaderamente asombrosos: la amígdala enferma se ha reducido notablemente y está sana al grado de no poderse distinguir en la actualidad de la del lado opuesto; el grupo ganglionar se ha reducido y tiene ahora el tamaño de una almendra.

2o. *Caso.*—Una enferma portadora de un epiteloma vegetante del ángulo derecho de la boca, que destruyó parte del carrillo, con hemorragias e intoxicación por la saliva pútrida; había sido tratada durante dos años sin éxito por el Dr. Cicero. En la primera semana en que se aplicó el radio fué notable la destrucción del tumor; en la segunda semana comenzó a observarse la cicatrización de la úlcera y vino la desaparición completa del tumor. La enferma ha sanado, y le queda una radiodermatitis que ha podido ver el Dr. Cicero, quien está muy complacido por este resultado. Ha dejado pasar tiempo desde el mes de agosto para observar a la paciente y actualmente está en condiciones de poderse practicar una autoplastia que acabará por dejar bien a la enferma. (Esta no se presentó hoy, pero ha ofrecido venir en la sesión próxima).

El Presidente nombró a los señores Godoy Alvarez y Vélez para examinar a las enfermas presentadas por el Dr. Villarreal.

DR. GODOY ALVAREZ.—Dijo que no vacilaba en calificar de muy notables los casos presentados; a la vez que eran novedosos porque aquí sólo por las descripciones hechas en los periódicos o en los libros eran estos casos conocidos; cita el del linfadenoma de la amígdala como verdaderamente admirable, pues la amígdala ha regresado por completo. El examen de los otros casos demostró que el radio tuvo en ellos un poder cicatrizante notable, e indica que si bien es cierto que no en todos hizo el Dr. Villarreal exámenes histológicos que comprobaran la naturaleza del mal y en algunos de ellos podía pensarse en el lupus o en una manifestación sifilítica, sin embargo los resultados son maravillosos y es de felicitar por ello al Dr. Villarreal.

DR. VÉLEZ.—Expuso que las cicatrices que dejaron las úlceras son perfectamente movibles, sin bordes, sin adherencias y con aspecto de piel sana. En el caso del linfadenoma, el examen interior de la boca permitió comprobar que no hay diferencia entre un lado y otro; exteriormente sólo hay un ligero abultamiento en los ganglios; este caso perfectamente demostrado como tumor maligno ha dejado y con mucha razón satisfecho al observador, por lo que felicita al Dr. Villarreal.

DR. CICERO.—Se declara entusiasta partidario del radio, y sin juzgarlo una panacea lo considera de gran importancia; expresa, sin embargo, que hay que esperar la sanción

del tiempo. Encuentra justificada la observación que hace el Dr. Godoy Alvarez sobre la necesidad de practicar los exámenes histológicos que comprueben los casos; pero es preciso tener en cuenta el estado pusilánime de los enfermos, que no siempre permite se hagan estos exámenes; observa que habría sido muy interesante haber tomado fotografías de los enfermos en su estado primitivo, para comparar el resultado. Hace hincapié en que el diagnóstico de los procesos ulcerosos es difícil si no se recurre a deslindar perfectamente el caso; la confusión puede venir; pero en clínica hay sobrados recursos para afirmar que algunas veces se trata de epitelomas o de ulceraciones sífilíticas, o de lupus, etc. Hace mención de la importancia que tiene el antiguo tratamiento específico, hoy desacreditado sin razón, como tratamiento de prueba: el yoduro en altas dosis, que hace desaparecer las ulceraciones sífilíticas con rapidez. Esto es un magnífico recurso para el diagnóstico; a veces se encuentran afecciones mixtas en las que se obtienen alivios con el tratamiento específico, pero persisten otros caracteres que confirman el epiteloma.

DR. VILLARREAL.—Agradece que sus observaciones hayan sido bien acogidas por la Academia y expone que sus estudios procuró hacerlos con todo detenimiento y lo más perfecto posible; demostró que se trataba de procesos ulcerosos crónicos, tratados sin éxito por varios médicos; en uno de sus casos el diagnóstico clínico fué hecho por el Dr. Fernando López, de cuya competencia no hay que dudar; en otros no quiso expresamente hacer preparaciones histológicas porque el corte de un pequeño fragmento de tejidos abre las puertas a infecciones terribles. Recuerda al Dr. Cicero cómo en las clínicas parisienses se hacen diagnósticos clínicos perfectos sin necesidad del microscopio.

El radio da también buenos resultados en los procesos tuberculosos, y ofrece presentar próximamente un caso de lupus curado por este medio. Como conclusión expone que se está en posesión de un recurso terapéutico que da resultados maravillosos en casos que podrían reputarse como perdidos.

ASISTENCIA.—DD. Bulman, Castañeda, Godoy Alvarez, Cicero, Monjarás, Montañón, López, Troconis Alcalá, Vélez y Villarreal.

El Secretario Segundo,

MIGUEL R. SOBERÓN.

SESIÓN DEL 4 DE OCTUBRE DE 1916.

PRESIDENCIA DEL SR. DR. RICARDO E. MANUELL.

Localización de proyectiles.

DR. VALDÉS.—Lee su trabajo reglamentario titulado: *Localización de proyectiles*.

DR. CASTAÑEDA.—Considera que el trabajo del Dr. Valdés tiene las cualidades de ser correcto, técnico e interesante, y una lectura no basta para penetrarse uno de él; aunque mejor serviría una demostración objetiva, simulando su aplicación.

DR. VALDÉS.—Como no es posible reproducir fielmente una aplicación del aparato, por falta de instalación eléctrica, se va a conformar con traer un bloque de madera con perforaciones que muestran cómo se puede hacer esa fijación de un punto haciendo la de los planos que fijan las líneas.

DR. CASTAÑEDA.—Cree que estos conocimientos deben divulgarse entre el público médico, especialmente entre el militar. Propone que una comisión acompañe al Dr. Valdés a unas demostraciones objetivas en el cadáver.

DR. VALDÉS.—Recuerda que tiene un paciente con una bala en un muslo, con que hace días lo hirieron en Xochimilco, que por ahora es imposible aprovechar por el aumento de volumen del miembro, resultado del proceso inflamatorio de defensa; pero modificado el estado local tendrá un buen caso para hacer la demostración deseada, tanto de fijación como de extracción.

DR. MANUELL.—Cree que el asunto es de positiva importancia, dado que el proceder

del Dr. Valdés es el que se está siguiendo en Europa. Acepta la idea del Dr. Castañeda y lo nombra en unión del Dr. Icaza y del Dr. Malda, para que a una indicación del señor Valdés ocurran a las demostraciones dichas.

ASISTENCIA.—DD. Castañeda, Cosío, Chacón, Hurtado, Manuell, Monjarás, Montañó, Mendizábal, Ocaranza, Paz, Terrés, Troconis Alcalá, Valdés.

El Secretario Primero,
G. ESCALONA.

SESIÓN DEL 8 DE NOVIEMBRE DE 1916.

PRESIDENCIA DEL SR. DR. RICARDO E. MANUELL.

Sueroterapia del tifo exantemático.

El DR. FRANCISCO PAZ lee un trabajo extraordinario titulado: *La sueroterapia en el tifo por el suero de convalecientes*.

DR. TERRÉS.— No está seguro de que el Dr. Paz haya dicho al principio que su trabajo sea un resumen de lo que se ha hecho en ese sentido, porque de ser así era conveniente que agregara algunos de los trabajos emprendidos en México, como el del Dr. Santiago Ramírez en el Lazareto de San Joaquín, y otro que ha hecho el Dr. Perrín en compañía de algún médico cuyo nombre se le escapa en el momento. Estos señores hacían separadamente lo siguiente: el Dr. Perrín practicaba la suerreacción de Wassermann, y si era negativa, esterilizaba el suero, rotulaba las ampollitas y el otro médico por su lado las inyectaba sin prejuicio alguno, y terminada la observación, Perrín cotejaba los resultados.

Con objeto de juzgar de la eficacia del tratamiento por la inyección del suero, había también que comparar con los resultados obtenidos con tratamientos de otro orden, como el del Dr. Anaya y el del Dr. Ponce, de Tulancingo, que ha dado una mortalidad de 2%.

Además, para que adquieran más valor los hechos referidos por el Dr. Paz, era preferible que señalara con pormenores todas las observaciones.

DR. PAZ.—No refiere con pormenor las observaciones porque ya han sido publicadas en la *Gaceta* con motivo del concurso sobre tifo. Los trabajos a que alude el Dr. Terrés le eran desconocidos, y en cuanto al del Dr. Ramírez supone que tendría una técnica igual a la empleada por el Dr. Hidalgo y por él, porque el Dr. Ramírez le pidió informes acerca de ella.

Se propuso al presentar el trabajo, hacerlo en forma de resumen.

ASISTENCIA.—DD. Calderón, Castañeda, Cosío, Chacón, Gama, Hurtado, Icaza, Landa, Loeza, Manuell, Mendizábal, Montañó, Ocaranza, Paz, Prieto, del Raso, Saloma, Silva, Terrés, Troconis Alcalá, Valdés, Velázquez Uriarte.

El Secretario Primero,
G. ESCALONA.

SESIÓN DEL 10 DE ABRIL DE 1918.

PRESIDENCIA DEL SR. DR. JUAN VELÁZQUEZ URIARTE.

Algunas consideraciones sobre el pie zambo.—Adenocarcinoma del cuerpo uterino.

El trabajo reglamentario de turno está a cargo del DR. MIGUEL R. SOBERON, quien le intitula: *Algunas consideraciones sobre el pie zambo*. El expresado señor académico presenta dos operados, a quienes examinan los doctores Castañeda y Valdés, por acuerdo del Presidente.

DR. CASTAÑEDA.—El primer niño fué tratado por el procedimiento de la modelación. La deformidad casi ha desaparecido y el niño anda con movimientos normales. El segundo niño fué operado: se le practicó la tarsectomía y ahora presenta un pie en buenas condiciones y apenas si se ven las cicatrices operatorias.

Sobre los diversos procederer recomendados prefiere la modelación en los niños de corta edad, y la operación sangrienta en los de años más avanzados. Cita dos casos del Hospital de Jesús, uno por él mismo operado y el otro por el Dr. Rafael Rojas Loa. En ambos se hizo tarsectomía y se obtuvieron muy buenos resultados, tal como si hubieran sido operados por especialistas.

DR. SOBERÓN.—Insiste sobre las consecuencias que trae el *pie zambo* sobre todo en el miembro inferior correspondiente y sobre la pelvis. Insiste, asimismo, sobre los pormenores para hacer un buen vendaje en el *pie bot*, tanto en el tratamiento por modelación, como después de la tarsectomía.

EL DR. JULIÁN VILLARREAL, lee su trabajo reglamentario: *Adenocarcinoma del cuerpo uterino, no infectado, en una virgen de 56 años de edad, complicado con un fibroma del ligamento redondo derecho, intraligamentario y adherido a la pared posterior de la vejiga. Panhisterectomía y colpectomía parcial por la vía suprapúbica. Éxito operatorio y terapéutico hasta la fecha, más de un año de la intervención*?

DR. VELÁZQUEZ URIARTE.—El caso tiene interés desde los puntos de vista técnico y patológico. El cáncer no es patrimonio de los traumatismos ni del envejecimiento de la matriz: encuéntrase, por lo contrario, en las jóvenes y en las vírgenes. Menciona el caso de una señorita de 24 años de edad, que tenía menstruaciones dolorosas de algún tiempo atrás. Varios médicos la habían atendido sin resultado. El día en que la vió por primera vez, la encontró delgada y pálida; al palpar el vientre no se dió cuenta del padecimiento; recurrió al tacto rectal y encontró la pelvis ocupada por una masa dura y el Douglass enteramente lleno. Tres días después se operó a la enferma y se descubrió un cistosarcoma de los ovarios, que se habían confundido sobre la línea media. Cita otros dos casos más de cáncer uterino en señoritas de 28 años a quienes se practicó la histerectomía, y recuerda asimismo, cuántas veces ha operado antes, en compañía del Dr. Villarreal, cánceres uterinos en vírgenes cuya edad variaba entre 28 y 30 años.

DR. VILLARREAL.—Quiso hacer resaltar que en vírgenes se encuentra el cáncer uterino, y en estos casos, cuando no hay infección secundaria, el resultado operatorio es ampliamente favorecido.

El caso que presenta tiene también, de importante, la situación del tumor intraligamentario, porque es anómala y causó una gran dilatación de las venas de la vejiga.

ASISTENCIA.—DD. Cicero, Castañeda, García, González Urueña, Landa, López, López Hermosa, Loeza, Monjarás, Orvañanos, Tapia y Fernández, Terrés, Soberón, Valdés, Velázquez Uriarte, Vélez, Villarreal.

El Secretario Primero,

FDO. OCARANZA.

SESIÓN DEL 12 DE JUNIO DE 1918.

PRESIDENCIA DEL SR. DR. JUAN VELÁZQUEZ URIARTE.

La vaginofijación supracervical.—El prúrigo de Hebra, atípico, en México.

DR. ROSENDO AMOR E.—Leé su trabajo reglamentario sobre *Vaginofijación supracervical*.

DR. VELÁZQUEZ URIARTE.—Por la importancia que tienen todos los procedimientos para corregir las desviaciones uterinas, es conveniente poner en claro los puntos fundamentales. Dice Winter que mucho valor se ha dado a los ligamentos, en lo que se refiere a la estática de la matriz y muchas veces se han cortado los ligamentos, especialmente los redondos, persiguiendo un buen fin; pero por desgracia los fracasos han sido frecuentes y,

al contrario, la extirpación de los anexos ha puesto la matriz en su lugar. Según experiencias del mismo autor, tan sólo basta conservar los músculos perineales para mantener la matriz en su estática normal, que en realidad depende de todo un complejo.

Hay que distinguir las retroversiones según que se observen en auli, multi o primípara, y en estos últimos casos, según que haya o no perineos desgarrados, etc. Cada uno de estos casos requiere diversas consideraciones terapéuticas.

Las vaginofijaciones tienen el inconveniente de que en realidad fijan la matriz y por eso fueron substituídas por las vaginosuspensiones. Las desviaciones se tratan casi siempre en las multiparas y cree el opinante que usando la vía vaginal y algunos de los procedimientos recomendados por el Dr. Amor se podría obtener buen resultado; pero con la condición de rehacer todo lo que un parto desgarró o una infección dejó desorganizado. Por lo mismo, recomienda hacer el canal, agregando a la vaginofijación, una colpo, o una perineorrafia.

DR. ROSENDO AMOR.—Agradece al Dr. Velázquez Uriarte la forma que usó para discutir su trabajo, y agrega que desde el principio dijo que no quería ocuparse de anatomía, fisiología o patología por la imposibilidad de abarcar tantas cosas en un solo trabajo. Conviene en que, en cada caso, debe usarse el procedimiento adecuado. Esto es elemental. Es muy cierto, asimismo, que la estática uterina no es la estática de los ligamentos. En su trabajo se reduce a un círculo muy estrecho: matrices que causan dolores o molestia, y casos de esterilidad, y en los que no hay grandes lesiones, ni peri, ni endouterinas; en una palabra, se refiere a la corrección de desviaciones libres o muy débilmente adheridas. Según el caso, emplea el procedimiento extra o intraperitoneal.

Por lo que acaba de decir se verá que no ha tratado el asunto sino en su parte más sencilla.

Ha tenido oportunidad de hacer algunas operaciones de vaginofijación en estos últimos tiempos y ha visto cómo el primer punto supracervical es suficiente para atraer la matriz sin dificultad alguna. Por lo demás, no tiene una experiencia grande sobre los procedimientos que indicó; pero sí algunos casos demostrativos que hablan a favor del método que propone para su estudio.

El DR. JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA, lee su trabajo reglamentario que titula *El prúrigo de Hebra, atípico, en Méjico*.

DR. RICARDO CICERO.—Está de acuerdo con lo asentado por el Dr. González Urueña y hace notar que, el prúrigo de Hebra tiene frecuentes formas anormales que lo confunden con la eczema respecto de la cual tiene, sin embargo, diferencias capitales; las exacerbaciones anuales, y que los brotes de eczema no son tan característicamente crónicos. Muchos médicos no dermatólogos confunden el prúrigo con la sarna; pero debe tenerse en cuenta que ésta no es crónica, sino en el caso de que se le abandone, y no tiene las exacerbaciones que se ven en el prúrigo de Hebra. Entre los síntomas de este último, menciona como muy importante, el infarto ganglionar de la ingle, que no está en relación con las lesiones cutáneas, y que no duele, es muy grande y no supura; se ha confundido con el infarto sífilítico; pero difiere en que éste es permanente, y transitorio el otro. La etiología del prúrigo de Hebra sigue siendo muy obscura: la debilidad de los padres, el alcoholismo y la sífilis no son siempre factores etiológicos.

ASISTENCIA.—DD. Amor, Aragón, Bulman, Cicero, Calderón, Escalona, Gama, González Urueña, Landa, López, López Hermosa, Malda, Monjarás, Peredo, Soberón, Velázquez Uriarte.

ACTAS DE LAS SESIONES.

SESIÓN DEL 29 DE ENERO DE 1919.

PRESIDENCIA DEL SR. DR. RICARDO E. CICERO.

Importancia de la esofagoscopia como medio de diagnóstico de las estenosis del esófago.

El DR. PEDRO P. PEREDO lee su trabajo de turno titulado: *Importancia de la esofagoscopia como medio de diagnóstico de las estenosis del esófago*. Quedó comprendido en la fracción II del artículo 52.

DR. COSÍO.—Refiriéndose al diagnóstico hecho por el Dr. Peredo en el último enfermo de los citados en su trabajo, dice no recordar que existan espasmos simplemente nerviosos, que persistan por dos o tres días y que hayan producido una dilatación, la cual es más bien el resultado de estenosis permanentes que neuropáticas.

DR. PEREDO.—Justamente llama la atención el hecho que observa el Dr. Cosío, pero ha leído en autores modernos, hechos semejantes al observado por él, y dice que tales dilataciones se observan aun en casos de estenosis neuropáticas en las que la retención de alimentos ha durado sólo veinticuatro horas; no se dan explicaciones satisfactorias del mecanismo.

DR. COSÍO.—La explicación que se da es problemática, pero si el hecho existe y se ha observado, hay que darlo por cierto aunque la interpretación sea difícil.

DR. DÍAZ LOMBARDO.—Compara los estrechamientos espasmódicos del esófago con los de la uretra, y dice que así como en éstos lo que se observa no es el estrechamiento puro sino lesiones particulares, lesiones semejantes pueden ocasionar el espasmo esofágico, y mucho servirá para descubrirlas la esofagoscopia.

DR. PEREDO.—Ya le había llamado la atención que Griset no hiciera referencia en su obra a los estrechamientos espasmódicos puros; pero posteriormente leyó las descripciones de Strümpfel de casos semejantes al relatado, y también este autor cita simples contracciones espasmódicas producidas por la ingestión de líquidos muy fríos o muy calientes. Atenderá las indicaciones que se le hacen, dedicando su atención a definir este punto.

DR. VILLAREAL.—El asunto tratado por el Sr. Peredo trajo a su memoria el caso de un paciente que durante mucho tiempo tuvo disfagia al grado de no poder tomar alimento; la exploración en este enfermo, que era de edad avanzada y muy nervioso, fué muy difícil; no pudo pasar la sonda, la radioscopia demostró la existencia de una bolsa a un lado del cuello, y abajo de ella un estrechamiento que supuso fuera espasmódico; con dificultades pasó una candelilla uretral; y tratando el estrechamiento a manera de los uretrales, hizo pasar sucesivamente candelillas más y más gruesas; de este modo llegó a introducir sondas metálicas y una oliva de 12 mm., siempre valiéndose de la radioscopia. En tres meses curó el paciente.

Como ejemplo de que muchas veces la esofagoscopia no es completa, cita el caso de una enferma que ha curado de cáncer de la laringe con aplicaciones de radio, y que será motivo de una comunicación especial; después de detener el avance del cáncer vino un estrechamiento esofágico tan grande que la paciente no pudo ya pasar alimentos; la exploración fué imposible por rigidez de la columna vertebral; valiéndose de la pautila radioscópica fijó la situación del conducto y pudo pasar una bujía; después, y bajo la acción del cloroformo, pudo pasar sondas más gruesas, hasta el No. 20, que se quedaban por cuatro o seis días, permitiéndose de esta manera la alimentación. Un día la sonda se fué al estómago; allí enrollada fué vista por medio de la radioscopia; pensó sacarla por medio de unas pinzas de esófago, arregladas expresamente; pero el día

fijado para esta operación ya no se vió la sonda y la operación tuvo que suspenderse; actualmente la enferma está bien.

DR. ARAGÓN.—Afirma que las estenosis neuropáticas son más bien intermitentes que permanentes, y que no se han encontrado dilataciones arriba del estrechamiento, y que sí es muy posible que este género de estenosis ceda con el paso de sondas o por medio de la sugestión. Como comprobación de su dicho refiere la observación de una señorita histérica, que habiendo caído en estado cataléptico tuvo en seguida dificultad completa de la deglución por espasmo del esfago, que fué dominado poco a poco sugiriéndole primero que pasara líquidos y después bolos alimenticios más y más grandes.

Presenta otro caso de un enfermo que tenía espasmos electivos para determinados alimentos. En este paciente no se pudo corregir el padecimiento.

La esofagoscopia demuestra la existencia de lesiones que pueden ser debidamente tratadas. Recuerda el caso de un enfermo que padecía estenosis esofagiana; se le practicó una gastrotomía, y sucumbió. Si se hubiera hecho antes la esofagoscopia, tal vez se hubiera salvado.

DR. PEREDO.—Los casos presentados le hacen recordar el de una enferma histérica que sufría frecuentes estados catalépticos y con ellos espasmos esofagianos que impedían la alimentación; el Sr. Dr. F. de P. Chacón practicó en ella la amputación del cuello de la matriz por el conocimiento que había de que siempre que el cuello recibía alguna excitación por el coito o por otro medio, se producía la catalepsia, y por este medio la enferma curó.

ASISTENCIA.—DD. Aragón, Castañeda, Cicero, Cosío, Chacón, Díaz Lombardo, Escalona, García, Godoy Alvarez, González Urueña, Icaza, Landa, Mendizábal, Monjarás, Montañó, Peredo, Prieto, del Raso, Vélez, Villarreal, Prof. Cordero y el subscripto.

El Secretario Primero,
DEMETRIO LÓPEZ.

SESIÓN DEL 25 DE OCTUBRE DE 1916.

PRESIDENCIA DEL SR. DR. RICARDO E. MANUELL.

Septicemia hemorrágica.

El Sr. Dr. Cosío lee un trabajo titulado: *Un caso de septicemia hemorrágica.*

DR. HURTADO.—Considera interesante el trabajo, que le parece completo y bien estudiado, entre otros pormenores por haber hecho en la paciente hemocultivo, exploración que completa el estudio, porque el examen bacterioscópico suele ser insuficiente.

Relata un caso observado en la calle de Carpio; se trataba de una señora joven de buena constitución que tras un paseo en bicicleta a Chapultepec, sufrió un enfriamiento y a consecuencia una congestión pulmonar, a la vez que reacción peritoneal, raquialgia y púrpura que hizo creer en una viruela hemorrágica. Pronto se desechó esta idea porque disminuyeron las hemorragias cutáneas y en cambio se acentuaron los otros fenómenos mencionados y aparecieron síntomas nerviosos principalmente cerebrales. No se hizo hemocultivo como fuera de desearse; sólo se hizo examen bacterioscópico en el que se encontró el neumococo. Al fin murió la señora en plena septicemia que indudablemente fué neumocócica.

La septicemia hemorrágica es provocada por el neumococo, el neumbacilo o por otros microbios. Roger piensa que el tabardillo sea una septicemia hemorrágica. En diversas necropsias de muertos por septicemia se han encontrado derrames en varias cavidades y en el hiatus de Winslow donde ha encontrado algo como gelatina, y reblandecimiento rápido de las vértebras.

DR. MANUELL.—También opina que el caso presentado por el Dr. Cosío es muy interesante. Le llama sobre todo la atención que su enfermo haya curado. Recuerda que

hace algunos años presencié un hecho semejante, en compañía del Dr. Hurtado. El caso del Dr. Cosío tiene semejanzas con otros observados por él. El síntoma dominante, ya citado por el Dr. Hurtado, es la raquialgia. Lo presentaba intensísimo un enfermo del Dr. Hidalgo, de su servicio del Hospital Militar. Tenía además gran tendencia a las hemorragias, como la que determinó un simple piquete de inyección hipodérmica, que necesitó un gran apósito para contenerla. La temperatura de estos enfermos, por lo general no es alta, se limita a unos cuantos décimos de grado. Hay extrema palidez de las mucosas debida a lo que se encuentra en las necropsias: derrames sanguíneos en diversas cavidades; lesiones todas que contrastan con lo limitado en la lesión pulmonar. Debido a que el hombre es de los animales más resistentes a la infección neumocócica, casi siempre se localiza en el pulmón, que le sirve como una barrera. Si se debilita el individuo o concurren otras circunstancias más, la lesión pulmonar es insignificante y sobreviene la septicemia por la generalización del germen, tal como sucede en otras especies de animales, el ratón, por ejemplo.

ASISTENCIA.—DD. Calderón, Castañeda, Cosío, Chacón, Gama, García, Hurtado, Icaza, Landa, Loeza, Manuell, Montañó, Ocaranza, Paz, Peredo, del Raso, Saloma, Soberón, Tapia y Fernández, Terrés, Troconis Alcalá, Valdés y el que suscribe.

El Secretario Primero.
G. ESCALONA.

SESIÓN DEL 28 DE FEBRERO DE 1917.

Presidencia del SR. DR. RICARDO E. MANUELL.

Reflejos musculares.—Sueroterapia del tifo exantemático.

La Secretaría lee un trabajo extraordinario del SR. DR. JOSÉ TERRÉS: *Reflejos musculares* (1).

También lo hace con ano de igual índole del SR. DR. JOSÉ DE JESÚS GOZÁLES, de León, Gto., titulado: *Investigaciones acerca del poder curativo, sobre el tifo, del suero de convalecientes de la misma enfermedad.*

DR. PRIETO.—La importancia del asunto consiste en que hace treinta años se tiene en estudio. Hasta hoy puede considerarse como uno de tantos recursos terapéuticos, que no tiene nada de específico. Para que pudiera ser curativo se necesitaría que el suero de animal no se extrajera después de una sola inyección inmunizante sino después de haber hiperinmunizado.

Falta en la memoria consignar los caracteres de la epidemia: ya que varían de un tiempo a otro, los resultados terapéuticos se valorizan de modo distinto según aquéllos.

DR. ESCALONA.—En el Hospital General se están llevando a efecto algunas experiencias sobre sueroterapia, del todo imperfectas; pero que en lo comparables con lo dicho por el Dr. González hay algo que comentar. Se han administrado dosis hasta de 60 c.c. en un día; la dosis media es de 40 c.c. Después de la aplicación no se ha visto reacción manifestada por elevación térmica. El que habla no ha llegado a ver modificaciones favorables en tifos atáxicos ni adinámicos. Los casos benignos los ha visto evolucionar sin acortamiento de plazo y los graves han conservado este carácter. Es de lamentarse que las historias que presenta el Dr. González sean incompletas y que por esto no se puedan apreciar científicamente los resultados que consigna, siendo ellos de interpretación muy personal; se necesitarían historias completas para justipreciarlas y no contar con datos aislados; por ejemplo, no es lo mismo inyectar suero a un enfermo con tifo benigno, de los que se curan a pesar de todo, que a uno con tifo que no se cura con nada. El carácter de benignidad de la epidemia actual en México, no debe olvidarse, porque no sería remoto que fuera igual en León, y que se reprodujeran hechos que aquí

(1) Publicado en la "Revista Médica". T. I. N.º 1. Puebla, 15 de agosto de 1918.

(Nota de la Red.)

hemos presenciado. En efecto, el Dr. González refiere uno de una señora que curó, según él, por habersele aplicado la sueroterapia. En la familia de esta señora ha habido propensión al tifo y siempre ha sido mortal, aun después de la aplicación del suero.

Por la amabilidad del Sr. Dr. Icaza tuvo ocasión de ver a un enfermo de tifo en la calle de Lisboa; en la familia de él este mal ha sido un azote, varios miembros han perecido y despierta pánico el solo nombre de tifo. El paciente, además, es artrítico; tiene eczema de gran extensión en la piel; es antiguo dispéptico y arterioescleroso. La terapéutica observada por el Sr. Dr. Icaza y por el que habla, fué excesivamente sencilla, al grado de haber pasado el enfermo días sin medicamento. Sanó, produciendo el hecho el natural asombro en la familia; pero falta decir que el ataque fué sumamente benigno, al grado de que no le impidió al señor levantarse de su lecho casi todos los días, y la erupción haber sido tan fugaz que desapareció antes que la fiebre.

DR. MANUELL.—El trabajo del Dr. González es plausible; pero en cuanto a la utilidad de la sueroterapia en el tifo, es asunto en estudio aún. El Dr. Paz trajo hace poco, a iniciativa de la Presidencia, un trabajo relativo al mismo punto, en que hacía un resumen de los trabajos emprendidos por él y por el Dr. Hidalgo. Al principio estos señores se ilusionaron pero su entusiasmo fué fugaz.

Todos los que han experimentado en este terreno están conformes en que la duración del tifo no se abrevia. En la memoria del Dr. González se refieren casos que terminaron a los once días y uno a los veintisiete. Se resiste uno a creer que haya sido tifo solo. Respecto de los primeros no hay que olvidar que hay casos tan leves que cuesta trabajo hacer el diagnóstico y otros hiperinfecciosos que matan aun a los once días, como el del Dr. Hidalgo.

La benignidad según la edad y el medio no es exclusiva del tifo, se observa en los niños con la escarlatina, el sarampión y la fiebre amarilla. El público cree que los nacidos en Veracruz no sufren de vómito, lo que ha hecho que algunas mujeres vayan a parir a ese puerto para evitar en lo futuro ese mal a sus infantes. Los médicos han visto en Veracruz infecciones muy ligeras en los niños, con ictericia, que sin duda son ataques ligeros de fiebre amarilla. En estos seres los emuntorios están expeditos y la defensa es eficaz.

Es sabido también que las epidemias, como las enfermedades, tienen sus períodos de decrecimiento y si durante él se experimenta el suero u otro medicamento, los resultados son brillantes. En la época actual en que ha visto enfermos de todas edades, y sólo tres graves, todos han curado sin verdadera terapéutica, como ha dicho ya otras veces.

También cree que falta en la memoria del Dr. González puntualizar los atributos de la epidemia.

Respecto de los sueros, para poder asegurar su verdadera facultad inmunizante habría que procurar primero aumentarla haciendo series de inyecciones. El Dr. Paz dice que no se puede inyectar sino una sola vez y que es imposible apreciar el poder antitóxico del suero. En los resultados hay que tener en cuenta la manera de reaccionar del organismo y los aparentes alivios que no hay que atribuir a la terapéutica.

Tiene la cuestión dos aspectos: el científico y el de utilidad práctica. El primero está apenas en estudio y el segundo es además dudoso.

En cuanto a la extracción de la sangre, dice el trabajo que cuando el escurrimiento de ella se suspende, se debe desligar el brazo para que llegue sangre arterial al miembro, y se vuelve a ligar. Es defectuosa la técnica porque siempre que se extraiga sangre de las venas no se debe impedir la llegada de la arterial por la ligadura extrema de la porción del miembro respectivo.

ASISTENCIA.—DD. Castañeda, Cicero, Godoy, Alvarez, Icaza, Manuell, Monjarás, Ocaranza, Peredo, Prieto, Soberón, Vergara Lope, Villarreal y el subscripto.

El Secretario Primero,

G. ESCALONA.

SESIÓN DEL 11 DE ABRIL DE 1917.

Presidencia del SR. DR. RICARDO E. MANUELL.

La colobiasa de quinina en el paludismo.

El que suscribe lee su trabajo de reglamento: *Una nota breve al calce del capítulo Las Colobiasas*. En él asienta que la colobiasa de quinina no es eficaz para combatir el paludismo.

DR. PAZ.—Corroborar lo que dice el autor del trabajo diciendo que ha tenido oportunidad de hacer repetidos exámenes de sangre de enfermos sujetos a tal medicación y que constantemente ha visto la persistencia del hematozoario, sobre todo de *Plasmodium vivax* en personas sometidas a ese método. Recuerda en particular de un caso en que después de sus inyecciones, además del *plasmodium* continuaron los accesos febriles.

ASISTENCIA.—DD. Amor, Castañeda, Chacón, Gama, García, Godoy Alvarez, González Urueña, Icaza, Landa, López Hermosa, López, Manuell, Monjarás, Montaña, Ocaranza, Paz, Rojas Lca, Soberón, Silva, Tapia y Fernández, Vélez y el que suscribe.

El Secretario Primero,
G. ESCALONA.

SESIÓN DEL 23 DE MAYO DE 1917.

Presidencia del SR. DR. RICARDO E. MANUELL.

Tratamiento quirúrgico de los derrames pleurales.

El SR. DR. ICAZA lee su trabajo reglamentario titulado: *Tratamiento quirúrgico de los derrames pleurales*.

DR. GODOY ALVAREZ.—Felicitá al autor y declara que ha seguido el tratamiento clásico en hechos como el presentado, en que llenó todas las indicaciones. Cree, sin embargo, que la operación no es de emplearse en todos los casos de derrame purulento como afirma el Dr. Icaza; que no es lo mismo que la infección sea provocada por estafilococo que por neumococo o por bacilo de Koch. En este último supuesto debe, precisamente no operarse porque empeora la situación del paciente; fué lo que hace poco observó en el Hospital General. En casos de ser agente el neumococo, una punción puede bastar. Una resección costal expone a una retracción del tórax que siempre se debe valorar. En el supuesto de que sean sépticos los derrames, es de rigor la intervención, la que llenará alguna indicación en cada caso.

En virtud de que la llegada del aire pudiera ser una amenaza de síncope por el cambio brusco de presión, se ha ideado, entre otros, un arreglo que se empleó en el Hospital Juárez, que consistía en colocar un tubo de caucho en un orificio estrecho de la pleura y en el extremo libre del tubo una gasa como filtro.

DR. ICAZA.—En su trabajo asienta que un derrame purulento puede curar con la sola punción y aun sin ella, y que las intervenciones se destinan a casos como el que sirvió para su historia presentada.

DR. CASTAÑEDA.—En la estadística que trajo con motivo de su último trabajo, figuran tres enfermos operados de absceso pleural necesario y ha visto uno en este año. Pudieran quedar comprendidos los tres primeros diciendo que fueron operados tres y aun cuatro veces ya con pleurotomía; ya con una Slander; no bastando ellas puesto que llevaban fistulas de más o menos importancia. En estos casos ha efectuado una marsupialización. Ha descubierto del todo las paredes del absceso hasta el límite de su cavidad desbridando lo necesario y descortezando la víscera. De esta manera ha podido observar cómo se va

llenando la cavidad, cual si se tratara de un absceso común. En uno de sus pacientes no pudo descortezar y se limitó a raspar y a excitar con una substancia, y espera que el vacío se llene de la misma manera.

DR. ICAZA.—Conoce hechos demostrativos de que la pleurótomía no impide la ampliación del pulmón, como prueba de que no hay inconveniente de que entre el aire. El Dr. Castañeda, continúa, no ha necesitado siempre la resección.

En cuanto a comparar los focos pleurales con otros como los hepáticos, no lo considera acertado, porque en los segundos se puede esperar, en efecto, que se llenen, en tanto que en los primeros puede no suceder, porque la víscera no se acerca nunca a la pared ni ésta a la primera.

En su enferma, continúa, le dió treguas en que hubo espera, alivio y reducción del foco y tras la última en que no había más esperanza, recurrió a quitar hasta los espacios intercostales y fué entonces cuando vinieron la gemación y la salud.

DR. GODOY ALVAREZ.—Que exista peligro de entrada de aire no es dudoso y por eso se han ideado varios recursos, sin que esto quiera significar que desconozca que la pleurotomía no impide el desplegamiento del pulmón.

DR. ICAZA.—La canalización no es inocente; por eso se aconseja una punción aséptica o la desbridación amplia con lavados o sin ellos.

DR. GAMA.—Opina que unos derrames curan con punción, otros con operación de Stlander y otros por medios médicos. Recuerda de un hecho en que un derrame que llegaba hasta la cuarta costilla, formado de serosidad que empezaba a hacerse purulenta, sanó con revulsiones locales.

No se debe olvidar, continúa, que las fistulas de larga duración traen consecuencias lejanas de importancia. Tal fué el caso de un joven al que se hizo una pleurotomía por un derrame como de litro y medio, y no habiéndole bastado se le hizo una Stlander a los siete meses, se fistulizó y a los dos años le sobrevino una degeneración amiloide del riñón, debida a la supuración prolongada. También considera que no son comparables los abscesos del tórax y del abdomen; en el primero sucede no rara vez que el pulmón se pega arriba y ningún recurso basta para juntar las dos paredes. Sabe de un enfermo en el que se hicieron quince intervenciones, se produjo una infección profunda, una fistula consecutiva y el pulmón siguió pegado en la parte alta. Cree en la gravedad de la marsupialización. En cuanto a la entrada del aire, recuerda que D. Miguel Jiménez insistía en el peligro de su introducción en los empiemas; de ahí la idea de adaptar válvulas en los orificios del tórax para impedir la penetración del aire exterior y que favorecieran la salida del interior. Cita un hecho en que en el paciente espontáneamente se presentaron esos requisitos.

DR. CASTAÑEDA.—Pide su opinión a los internistas acerca del triángulo paravertebral y si se debe considerar su presencia como una indicación de toracentesis de urgencia. El tratamiento quirúrgico debe comprender algunas veces el descortezamiento del pulmón.

DR. MANUELL.—Contesta diciendo que el triángulo de Grocco se presenta en cualquier derrame, que depende de la presión intratorácica por él producida (cantidad, etc); por eso es de diverso tamaño. No puede servir de criterio para determinar la toracentesis; depende más bien del lugar que ocupen otros órganos como el hígado o el corazón, o del conjunto de circunstancias: la desviación del hígado hacia la izquierda y abajo en los derrames del lado derecho; la del corazón hacia la derecha, en los izquierdos, y sobre todo tratándose de esta víscera en los primeros, la compresión de las aurículas, que puede provocar un síncope. Sin embargo, no es raro que derrames abundantes sean tolerados.

En cuanto al tratamiento quirúrgico, desea insistir en la importancia del descortezamiento para quitar la pleura endurecida y prevenir la esclerosis pulmonar, y procurar, por lo que al pulmón toca, la aproximación de las dos superficies. La cavidad debe ser reducida por cualquier medio. En los casos de retracción exagerada lo primero es impracticable. No hay un plan único para todos los casos; unos requerirán sólo punción, en otros bastará la pleurotomía y en otros será preciso una resección.

No ve amenaza alguna en la penetración del aire. El pulmón sano se acerca a la pared. Si se retrae hay que descortezarlo.

La intervención pronta evitará el engrosamiento de la pleura visceral y consecuencias, como vicios en la forma y el padecimiento del pulmón sano.

DR. VALDÉS.—Lamenta la tardanza con que los enfermos llegan a manos del cirujano, porque si es cierto que las repetidas punciones pueden provocar la curación, algunas veces, no es eso lo que sucede, y entonces cuesta excesivo trabajo remediar el mal por la retracción que se efectúa; al contrario si se opera oportunamente: se despliega fácilmente el pulmón y el problema se reduce mucho.

El aire no impide la curación ni por la acción mecánica ni por otra razón; los propios movimientos respiratorios van distendiendo el pulmón. Por lo demás su penetración, en realidad, no se puede evitar ni con el recurso de Reverdin ni con ninguno. Es punto superior a éste el evitar la retracción haciendo que la operación se efectúe oportunamente y hacer, llegado el caso, el descortezamiento o el libramiento de la víscera, o procurar que se acerque por medio de la pared, según el caso.

DR. ICAZA.—Tiene razón el Dr. Valdés cuando dice que los enfermos se operan tardíamente. No vacila en considerar que cada caso requiere indicaciones especiales y que mientras se llenen con mayor oportunidad, mayor es el beneficio para los pacientes.

Se debe tener en consideración en primer término la expansión del pulmón. Recuerda un hecho en que no hubo expulsión violenta del pus.

DR. AMOR.—El tratamiento quirúrgico del empiema no está resuelto. El aumento de espesor de la pleura aunque capital no es el todo: también hay que contar con la esclerosis del pulmón. Tampoco se deben olvidar las fístulas consecutivas a los empiemas.

En las heridas penetrantes de pecho con herida del pulmón hay que suturar para facilitar la aproximación del pulmón a la pleura. Cuando se ha tratado de impedir la penetración del aire, se ha obturado el orificio con tela de salud. En las heridas estrechas se realiza en parte este requisito especialmente en los niños, tal como lo vió en el Hospital Juárez.

En empiemas abundantes puede no bastar la Stander común y necesitarse resecciones hasta de la segunda costilla y el ángulo del omoplato, y hacer como dos hojas de una puerta que se juntaran. En cuanto al descortezamiento no es tan sencillo como el del riñón, cuyo parenquima forma una hernia al abrir la cápsula.

Se puede decir que en cada caso se tiene que aplicar distinto criterio operatorio. Los empiemas traumáticos en tuberculosos no son demasiado graves porque adherencias anteriores producen lóculos.

Por lo general es partidario de las intervenciones precoces y extensas.

ASISTENCIA.— DD. Amor, Calderón, Castañeda, Gama, García, Godoy Alvarez, González Urueña, Manuell, Monjarás, Ocaranza, Silva, Tapia y Fernández, Troconis Alcalá, Valdés, Vélez y el subscripto.

El Secretario Primero,
G. ESCALONA.

SESIÓN DEL 20 DE JUNIO DE 1917.

Presidencia del SR. DR. RICARDO E. MANUELL.

Atrofia del hígado sin ascitis.—¿Cáncer o sífiloma?

El SR. DR. Cosfo, hace la comunicación siguiente: un individuo de 46 años tuvo hace seis meses una enterocolitis, con cólicos y tenesmo, fiebre, anorexia y subictericia, que le duró tres o cuatro meses. Pasó dos meses bien y hace uno que le empezaron nuevamente evacuaciones alvinas líquidas, tres o cuatro al día, amarillas, precedidas de retortijones. Tiene subictericia metapigmentaria, disminuída el área hepática, la esplénica normal, edema blando no doloroso, en el miembro inferior izquierdo. Al buscar ascitis se encuentra cambio de matítez a claridad en el decúbito lateral izquierdo; en el derecho no hay cambio: no hay ascitis por lo tanto. No hay circulación complementaria. En la orina nada extraordinario.

Se trata, en resumen, de una atrofia del hígado, sin ascitis ni circulación complementaria; pero con insuficiencia hepática indudable. La causa es difícil hallarla: pudiera ser una flebitis. La evolución y el tratamiento dilucidarán el problema.

El Sr. Dr. MANUELL en seguida hace otra comunicación acerca de un enfermo, titulada: *¿Cáncer o sífiloma?* Nombra el mismo a los señores Icaza y Castañeda para que examinen al enfermo. Lo hace a nombre de los dos, el primero, quien dice, que, en efecto, el hecho es interesante desde todos puntos de vista; que, dados los antecedentes relatados por el Dr. Manuell, considera indudable la existencia de la sífilis, pero que el tumor es independiente de ella, por ser lesión que no se desarrolla en sífilíticos. La considera como un linfosarcoma; cree pertinente hacer un examen citológico del tumor para terminar el estudio. En cuanto al tratamiento lo haría consistir en el antisifilítico por medio de yoduro y mercurio y una extirpación del tumor, que piensa sea fácil, porque el plexus, la vena y la arteria están respetadas por la neoplasia.

Dr. CASTAÑEDA.—También cree que el enfermo sea sífilítico; que estuvo sujeto, al principio, a un tratamiento insuficiente; el diagnóstico se ha corroborado por la suero-reacción. La duda está en si el tumor es derivado de la sífilis, pues la bolita con que empezó era móvil, un ganglio, y no son los ganglios órganos donde comiencen las neoplasias malignas: por lo demás, la falta de límites, la existencia de red venosa y decremento de ganglios supraclaviculares del otro lado inclinan en ese sentido. El estado general bonancible no es un dato en contra de lesión maligna por ser ésta local; la califica de adenosarcoma. En este supuesto es de pensarse que haya principiado en el ganglio.

No lo considera imposible y en apoyo de esa creencia relata dos hechos: uno referente a una señora de 70 años en quien una neoplasia maligna comenzó en los ganglios carotídeos y después invadió los supraclaviculares: y otro, el de un señor con cáncer inguinocrural sin padecimiento visceral.

En su concepto no debe tratarse la sífilis con mercurio y yoduro, sino con salvarsán, para no perjudicar con los primeros la evolución del neoplasma. En cuanto a la intervención la considera muy delicada por estar invadida la piel, a pesar de que están indemnes los vasos y los nervios.

Dr. VILLARREAL.—La historia del paciente hubiera quedado completa con el examen histológico del tumor, que considera tumor maligno de los ganglios de la axila. Aunque no olvida que la reacción de Wassermann pudiera ser errónea, creo que en el caso viene a robustecer el diagnóstico de sífilis. El tratamiento lo haría consistir en el antisifilítico y en la intervención pronta, ya que en su concepto está limitado el tumor; que pueden extirparse los ganglios y que no hay órganos nobles en peligro. Se deberá después perseguir el tumor en todas sus manifestaciones, combatiendo hasta la ulceración temida.

Dr. VALDÉS.—Opina como los cirujanos que le precedieron, que se trata de un tumor maligno en un sífilítico. Cree que principió el primero en el ganglio mamarario, que es el primero que se infecta en el cáncer de la mama, aunque no hay que olvidar el hecho excepcional de que principia en un resto embrionario de glándula en el hombre. El tratamiento lo haría consistir en la intervención inmediata y después en el antisifilítico: con todo y la invasión de la piel, manifestada por ulceraciones que si disminuyen las probabilidades del buen éxito operatorio, no harían modificar la conducta. La parte delicada de la intervención no es tanto la extirpación del tumor sino el cubrir la brecha que sería necesario hacer, por ser indispensable dejar limpia la región, aun en la piel.

En las primeras sesiones del año trajo una pieza anatómica de un cáncer de la mama extendido como un hongo debajo de la piel. Para cubrir el espacio dejado, al extirparlo, hizo deslizar la piel desde el ombligo hacia arriba y del cuello hacia abajo.

Volviendo al hecho en estudio, piensa que el pronóstico no se puede formular, porque es posible la reproducción y es probable que no suceda; queda el recurso de los rayos X y de las pequeñas operaciones que quitarían lo que se fuera reproduciendo.

Dr. VILLARREAL.—Tiene la impresión de que la piel está invadida y por eso adherida al tumor; piensa que la mejor manera de cubrir el espacio descubierto sería la autoplastia por deslizamiento; problema que no existe tratándose del cáncer de la glándula mamararia. En la autoplastia no es asunto insignificante el peligro de una infección.

En Inglaterra se extirpan los tumores de la mama arrastrando en la extirpación los pectorales y los ganglios de la axila.

DR. CASTAÑEDA.—En resumen, dice, sujeto sífilítico, con un neoplasma ganglionar, maligno, técnicamente operable. El pronóstico es grave por la evolución rápida, la adherencia de la piel, su no limitación (según opina) porque la cirugía no lo eliminará totalmente y porque su reproducción es segura.

DR. ICAZA.—Insiste en que es operable el tumor; pero le parece que el tratamiento antisifilítico debe ser el primero. En cuanto a la manera de cubrir el espacio que deje la extirpación, cree que con la autoplastia sea suficiente.

DR. VILLARREAL.—Si se temiese virulencia tal que amenazara la inmediata reproducción, bien pudieran aplicarse los rayos X en el momento de la operación, envolviendo el tubo con gasa aséptica para proteger del polvo la región. Los rayos deshacen los primeros conglomerados de células neoplásicas aun en el mediastino, tras de pocas aplicaciones.

DR. MANUELL.—Llama la atención acerca de tres puntos: 1o. La invasión de los ganglios del otro lado; 2o. La invasión rápida de la piel; 3o. Que el tratamiento antisifilítico está contraindicado en personas con cáncer porque apresura su desarrollo. En estos casos se debe suspender.

DR. MALDA.—El tumor no ha seguido la vía habitual, ya que es linfática la actual. El crecimiento de los ganglios del otro lado ¿depende de la propagación del cáncer o es manifestación sífilítica? ¿Ha seguido la vía linfática o la vía sanguínea? Si fuere ésta, la gravedad sería mayor, porque no tardaría en aparecer algún tumor en otro lugar. En cuanto a la intervención, opina como el Dr. Villarreal. Piensa en la amenaza de que el paciente reciba más tarde como único alivio la morfina.

DR. ICAZA.—Le da suma importancia a la sífilis y cree conveniente que se le haga nueva suero-reacción, y de resultar positiva como la anterior, proceder al tratamiento antisifilítico.

DR. VILLARREAL.—Es forzoso este tratamiento, de ratificarse la sífilis, pues hay que tener en cuenta que es nocivo en el epiteloma y no lo es en sarcomas o linfosarcomas como éste.

Recuerda el caso de una señora que llevaba desde hacía veinte años una úlcera en el dorso de la nariz; porque había sospechas de sífilis en el esposo, se le sujetó al tratamiento; no bastó nada, el salvarse la mejoró algo. La ulceración siguió con sus bordes como cortados a pico, su fondo gris y su exudado. Teniendo en cuenta el *nolli me tangere* de los epitelomas se le trató con una pasta; todo fracasó. La sujetó por fin al tratamiento yodurado y en una semana se llenó la úlcera de costras que cayeron con resorcina; mejoró la úlcera, que está en vías de curación. El crecimiento de los ganglios de ambos lados requiere atención; una paciente que los tenía resultó con leucocitosis; otra, que murió, con un linfosarcoma que invadió los ganglios.

DR. GAMA.—Recuerda dos casos a propósito de tratamiento antisifilítico en cancerosas. Uno era un joven norteamericano con sarcoma del maxilar inferior, que tenía antecedentes sífilíticos; se le sometió al tratamiento intenso y empeoró. En Texas lo operaron, se reprodujo el tumor y sobrevino la muerte. Otro era una persona con epiteloma de la laringe; se le aplicó 606; agravó; fué precisa la traqueotomía por asfisia y murió al fin.

En efecto, el sarcoma es limitado, los carcinomas no: éstos crecen rápidamente; en el caso es preciso tomar con un trocar un fragmento para examen histológico. Si por desgracia se encuentran glóbulos celulares, se tratará de un carcinoma de crecimiento rápido.

En cuanto al hecho referido por el Dr. Villarreal, piensa que pudo tratarse de una esporotricosis en las que el yoduro sana en quince días.

DR. VILLARREAL.—No se encontraron en examen anterior cuerpos amarillos.

ASISTENCIA.—DD. Bulman, Cosío, Castañeda, Calderón, Gama, García, Icaza, Landa, López Hermosa, Malda, Manuell, Mendizábal, Monjarás, Paz, Valdés, Villarreal y el subscripto.

El Secretario Primero,

G. ESCALONA.