

ACTAS DE SESIONES

ACTA DE LA SESION DEL DIA 13 DE ENERO DE 1926.—PRESIDENCIA DEL SR. DR. F. BULMAN.

SE PROPONE QUE LA ACADEMIA SE CONSTITUYA EN INSTITUCION DE BENEFICENCIA PRIVADA.

Principió la sesión a las 19.30.

El Sr. Secretario Perpetuo lee una invitación de la Sociedad Española de Beneficencia, para una fiesta. Se nombra representante al Sr. Dr. E. Landa.

El mismo Sr. Secretario da lectura a una comunicación del Colegio de Cirujanos Americanos, en la que dicha corporación da las gracias a la Academia por la sesión en honor del Dr. Alberto J. Ochsner.

Se leen los títulos de las publicaciones recibidas que quedan en la Biblioteca a disposición de los señores académicos.

El Secretario anual da lectura al acta de la sesión anterior siendo aprobada.

El Dr. Espinosa y de los Reyes se excusa por no poder asistir a la sesión y pide un mes de prórroga para presentar su trabajo de turno.—Se le concede.

El Sr. Prof. J. M. Noriega solicita igualmente una prórroga de ocho días para hacer su trabajo reglamentario, siendo concedida por la asamblea.

El Sr. Presidente somete a votación el asunto para el que se citó especialmente, relativo a si la Academia se constituye como Sociedad de Beneficencia Privada para tener personalidad jurídica.

El Dr. Monjaráz reclama el trámite y opina que primero debe someterse el punto a discusión y que pase a una comisión para su estudio.

Dr. Bulman.—El expediente relativo, compuesto de todos los antecede-

dentes del asunto y del resultado de una consulta jurídica ha sido enviado a todos los socios que, por tal motivo, ya lo conocen y pueden votar según sus convicciones, desde luego.

El **Dr. Miranda** cree más pertinente, someterlo a discusión, tanto más cuanto que algunos de los señores Académicos han enviado, por escrito, sus votos razonados y no sería justo que los presentes no pudieran hacer conocer su opinión.

Pide la palabra el **Dr. Viramontes** y dice que el expediente con el resultado de la consulta hecha al Sr. Lic. Elourdy se refiere a una forma de alcanzar la personalidad jurídica; pero que primero debe preguntarse a la Academia si está dispuesta o desea adquirir dicha personalidad y resuelto este punto podía discutirse si se acepta la forma propuesta u otra.

El **Sr. Presidente** dice que hay dos proposiciones: una del Dr. Monjaráz pidiendo se discuta el proyecto ya conocido y otra la del Dr. Viramontes solicitando se apruebe primero si la Academia quiere adquirir la personalidad legal.

El **Dr. Vélez** apoya la proposición del Dr. Viramontes.

El **Dr. Monjaráz** aclara que él no hace ninguna proposición sino que solo se opone al trámite de la mesa.

El suscrito apoya la proposición del Dr. Viramontes haciendo ver que preguntar a la Academia si desea adquirir la personalidad jurídica equivale a inquirir si se toma en consideración la proposición, lo que es el primer trámite reglamentario para tratar cualquier asunto. Puro el Sr. **Dr. Monjaráz** indica que eso ya está aceptado en la sesión en que se trató este asunto.

El **Dr. Vélez**, dice que leyendo con atención, puede notarse que hay en ese párrafo tres proposiciones distintas la primera es el ofrecimiento del Dr. Cerda Espinosa, la segunda que el Dr. Pruneda cree que es urgente que la Academia tenga personalidad jurídica y la tercera, que el mismo Sr. Pruneda se ofrece a consultar el punto con el Sr. Director de la Facultad de Jurisprudencia y que es esta última proposición la que aceptó la asamblea, por lo que sí puede discutirse.

El **Dr. Landa** apoya al Dr. Vélez y el Sr. Dr. Pruneda, dice que haciendo memoria puede asegurar que las cosas pasaron como dice el Dr. Vélez.

En vista de estas razones el **Sr. Presidente** modifica el trámite y pone el asunto a discusión, suplicando al Dr. Viramontes formule su proposición por escrito. El académico aludido presenta su moción en la forma siguiente: ¿Conviene a la Academia adoptar la personalidad jurídica?

Puesta a discusión, hace uso de la palabra el Sr. Dr. Vélez en pro, y con acopio de razones y vehementes conceptos sostiene las ventajas que resultarían a la Academia si tuviera personalidad legal no solo para el caso presente, sino para otros muchos que pueden presentarse en lo futuro. Sostiene asimismo que si se aceptara la forma de Sociedad de Beneficencia Privada sería indispensable modificar los estatutos, pero hay otras formas, y él propondría una, en la que no se necesita hacer cambiar el reglamento.

No habiendo quien tome la palabra se somete a votación nominal, siendo aprobado por veintain votos contra uno del Sr. Dr. Monjaráz.

Se pone a discusión el segundo punto, o sea la forma de adquirir la personalidad legal.

Toma la palabra el Dr. Vélez y opina que lo mejor es nombrar una comisión que estudie el punto, pero desde luego afirma que respetando debidamente el estudio técnico y concienzudo el Sr. Lic. Elorduy, le encuentra el inconveniente de que la Academia tendría que cambiar por completo sus estatutos, mientras que hay otra forma que ha utilizado la "Barra de Abogados" y que fué adoptada por la Asociación Médica Mexicana, dándole forma de Asociación y al efecto da lectura a los artículos de los estatutos de la Barra citada en su parte conducente.

El Dr. Ocaranza explica la idea del Sr. Dr. Cerda Espinosa, respecto a los fondos que desea legar y expresa el deseo del citado Dr. de que el Presidente de la Academia sea el patrono de ese legado; refiere como el Director de la Facultad de Medicina es el patrono del legado Ortiz de Parada, sin que hayan tenido dificultades ni con Directores ni la Escuela.

El Dr. Monjaráz, que está de acuerdo con el Dr. Ocaranza, hace ver que en su concepto no tienen derecho los académicos a cambiar la forma de la Academia, la cual no puede ni debe ser Sociedad de Beneficencia, ni Sociedad Científica, sino Academia, que en otro caso, y, como tanto la forma propuesta por el Sr. Lic. Elorduy como la que indica el Dr. Vélez, obligarían a efectuar ese cambio, él está en contra de ambas proposiciones.

El Dr. Vélez aclara, refiriéndose a lo dicho por el Dr. Ocaranza, que, en el caso del legado Ortiz de Parada no hay dificultad alguna porque la Escuela de Medicina, como parte que es del Gobierno, tiene ya su personalidad legal.

Previas algunas aclaraciones de los Dr. Miranda, Bulmen y Monjaráz, se acepta que se nombre una comisión y aceptando la idea del Dr. Vélez, apoyada por el Dr. Valdes se propone por unanimidad que sea la Mesa Directiva la que se encargue de estudiar el acuerdo y presentar dictamen.

Se leen los turnos de lectura y se levanta la sesión a las 21.15, con

asistencia de los señores Académicos Amor, Arroyo, Castañeda, Cervera, Godoy, Alvarez, Izquierdo, Landa, Monjaráz, Miranda, Ocaranza, Paz, Prieto, Pruneda, Ramírez E., Rojas Loa, Soberón, Valdés, Vallarino, Vélez, Villarreal, Viramontes y el suscrito.

Secretario Anual.

LUIS RIVERO BOBCEL.

SESION DEL DIA 20 DE ENERO DE 1926.—PRESIDENCIA DEL SR.
DR. F. BULMAN.

LA CASA DEL ESTUDIANTE MEXICANO EN PARIS.—UN CASO
RARO DE HERIDA POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO

A las 19.45 se abre la sesión.

Lectura del acta de la anterior, que previas las modificaciones propuestas por el Dr. Monjaráz, es aceptada.

El Dr. Troconis pide prórroga de un mes para presentar su trabajo de turno.—Se le concede.—El Dr. Miranda comunica que el Dr. Troconis está con crispela en la cara y sugiere la conveniencia de que se le visite. Queda comisionado el Dr. Espinosa de los Reyes.

El Dr. Izquierdo ha tenido la pena de perder a la señora su mamá y el Sr. Presidente suplica a los Sres. Miranda y Vélez que lo visiten.

El Dr. Vélez obsequia a la Academia un folleto titulado "La casa del estudiante mexicano en París".

Dr. Villarreal.—Aprovechando la oportunidad de que no hay lectura de turno, toma la palabra para un caso raro e importante. Se trata del niño Manuel Silva de dos años de edad que se presentó a la Cruz Roja llevando una herida por arma de fuego entre las dos cejas, con salida de masa encefálica y sin salida del proyectil. El niño presentaba pérdida de conocimiento, paralizado el lado izquierdo del cuerpo, el estado era grave. Se lo atendió poniéndole toques de yodo, se le purgó y después se le trató como a todos los que presentan conmoción cerebral. Los primeros días estuvo bastante grave y poco a poco fué recuperando el conocimiento, hasta que llegó a ser normal. Cuando estuvo en condiciones de hacerse la radiografía simple, se vió que el proyectil estaba alojado en la masa en-

cefálica, en la parte posterior derecha y era pequeño. En la radiografía estereoscópica, podía verse el proyectil sobre el cuadrante posterior derecho, en plena masa encefálica, como a $3\frac{1}{2}$ cms. de la pared craneana. El niño seguía con manifestaciones de parálisis del miembro inferior izquierdo y parálisis facial del mismo lado. Cuando los fenómenos infecciosos habían desaparecido, se le hizo otra radiografía para hacer la localización del proyectil utilizando el rayo normal; luego con un alambre de plomo puesto alrededor del cráneo se hizo la gráfica acabando de demostrar la distancia en que se encontraba el proyectil, con respecto al plano horizontal que pasa sobre el alambre. Las radiografías se hicieron con el niño acostado y la fluoroscopia teniendo al niño sentado. No se había podido conseguir que el enfermo se pusiera en pie. Se hizo la operación y al llegar a la meninge se introdujo como $1\frac{1}{2}$ cms. el escalpelo, a esa distancia no tocó ningún cuerpo extraño y se introdujo más. En estas condiciones se trasladó al niño al cuarto oscuro aplicándole el aparato de los rayos X. Con él se pudo ver el proyectil y se comprobó su posición, pudiendo extraerlo, aunque con bastante cuidado, porque se estaba trabajando en la masa encefálica. Se amplió un poco el trépano hacia el asterión para introducir la yema del dedo y poder sacar el proyectil. Con todo cuidado se hizo la extracción y se dejó canalizado. El niño quedó en estado de sopor durante las primeras horas, después fué recuperando el conocimiento: a las 48 horas se retiró la canalización y desde el día siguiente el niño se sentó. 4 días después se bajó de la cama, recuperó sus movimientos y comenzó a andar. La evolución de la herida fué muy sencilla.

Hubo alguna diferencia entre la fluoroscopia y la radiografía pero se explica, que al hacer algún movimiento, la bala sufría un desalojamiento y así se explica este $\frac{1}{2}$ cent. que se notó al hacer la operación.

Dr. Vélez.—La comunicación es muy interesante, porque no ha sabido de ninguna intervención practicada para extraer una bala de la masa encefálica. La diferencia que explica el Dr. Villarreal que se encontró entre la radiografía y la fluoroscopia se explica porque el proyectil tenía una movilidad más o menos grande, aun cuando se enquistó en su concha fibrosa, esta era mayor que el proyectil y había más o menos cantidad de líquido que fué el que permitía los movimientos. No es raro que un proyectil de lugar a una colección de líquido. Refiere un caso de un niño al que se le hicieron todas las investigaciones necesarias para poder hacer la intervención en un momento dado. Este niño, jugando con un rifle de salón recibió un balazo; la herida cicatrizó sin ningún accidente en semana y media, el proyectil no salió y el paciente no presentó perturbaciones nerviosas, pero

teniendo en cuenta la presencia del proyectil se procuró hacer la localización; se encontró en el entrecruzamiento de dos rayos luminosos. El citado enfermo erigió y no ha presentado trastornos ni síntomas alarmantes y no fué necesaria hacer ninguna intervención. Tuvo conocimiento de otro caso también con un niño a quien hubo necesidad de extraerle la bala y que al fin murió a consecuencia de trastornos cerebrales. Estos casos han sido los primeros en los que se hizo la localización del proyectil por procedimientos de los rayos X.

Dr. Villarreal.—La impresión que le dió el proyectil cuando lo tomó con la pinza fué la que comprobó cuando lo sostuvo con la yema del dedo, antes de dividir los tejidos que lo envolvían. El proyectil estaba envuelto de una red de tejido vascular, pero tuvo la suerte de encontrarlo y extraer el proyectil sin producir lesiones de gran importancia. Es este importante caso y tendrá el gusto de presentarlo a la Academia junto con las radiografías.

Refiere un caso curioso, tanto por la localización cuanto por los accidentes. Un rancharo del estado de México recibió un balazo en el pómulo del lado derecho, cayó y ya tirado recibió otro balazo que hizo la oreja y el cráneo. Allí permaneció recibiendo el agua durante 6 horas que pasó sin conocimiento, hasta que pudo moverse y se refugió en un cobertizo; lo atendieron como pudieron y este individuo se salvó, pero quedó completamente sordo del lado izquierdo, con desvanecimientos que lo imposibilitaban para trabajar. La herida que tenía en el apófisis mastoideas la consideraban como el orificio de salida. Se hizo la radiografía y se encontró que había una bala cuya punta llegaba hasta la oreja media del lado opuesto, sin haber herido la carótida interna, ni los nervios del maxilar inferior y se había alojado hacia adelante de la carótida interna, atrás de los nervios del maxilar inferior. Viendo la localización del proyectil obtenida por la radiografía y las gráficas se intentó entrar por la faringe, pero antes con una sonda acanalada por el conducto auditivo externo impulsó el proyectil hacia la faringe y pudo comprobar que había sido fracturado el hueso y ver la membrana del tímpano desgarrada. Desde ese momento comenzó a oír y cesaron los desvanecimientos, no habiendo regresado el enfermo.

Dr. Vélez.—Como se ha tratado de cuerpos extraños, desea hacer algunas consideraciones acerca de la extracción, por medio de dos electroimanes combinados, de partículas de acero o hierro penetrantes del globo ocular. Estos fragmentos pueden ser extraídos por medio de una simple pinza; sin embargo, se usa mucho imantar dicha pinza para poder tener

con ella una doble acción, la prehensión y la atracción. Los electro-ímans que se usan en oftalmología han adquirido una gran potencia, pero ese poder está limitado por el temor de hacer una nueva desgarradura en el ojo, si el fragmento sale atraído brusca y enérgicamente por los grandes electro-ímans. El procedimiento que él sigue y que recomienda consiste en fijar el cuerpo magnético a cierta distancia, con un imán poderoso (el electro imán gigante de Haab p.ej.) sin pretender que la atracción se haga con el aparato y que éste logre la salida brusca y por otro camino que el de entrada, del cuerpo extraño, que haría seguramente una nueva y tal vez más grave desgarradura.

Para hacer el diagnóstico de cuerpos extraños de hierro y acero, intra-oculares, se usan aparatos de precisión, los sideroscopios que son aparatos extraordinariamente sensibles y reclaman una instalación semejante a los aparatos astronómicos, tanto por necesitar una sólida base, cuanto por requerir un perfecto aislamiento del medio ambiente. En las ciudades es muy difícil usarlos porque sufren la influencia de las corrientes eléctricas que pasan por los alambres de los tranvías, telégrafos y teléfonos, por lo tanto, como medio diagnóstico, no son de utilidad práctica. Clínicamente nos queda un procedimiento: buscar el dolor más o menos agudo que se provoca colocando el ojo dentro del campo magnético de un poderoso electro-imán. Se recurre también a las fotografías, con los rayos X, en las que se puede precisar por medio de útiles especiales el lugar en que está el cuerpo extraño, aún cuando éste sea muy fino y de otros metales que no sean el hierro y el acero. El procedimiento que recomiendo consiste en usar dos electro-ímans, uno poderoso con el que se fija el cuerpo extraño dentro del ojo en el lugar que ocupa, formándole un poderoso campo magnético, y en estas condiciones se hace entrar por la herida que causó el cuerpo extraño la extremidad fina de un electro-imán de poca potencia y fácilmente manejable para atraer la partícula de hierro o acero, que así sale con más facilidad, sin producir nueva herida, y haciendo la menor dilaceración de los tejidos oculares. Así ha podido el Dr. Vélez hacer extracciones de cuerpos extraños ferruginosos intraoculares, conservando dichos ojos una agudeza visual bastante buena, después de la operación.

Dr. Bulman.—Se proceda a la segunda lectura de una proposición que ya fué leída, referente a la creación de una junta de honor.

Dr. Vélez. Recuerda que este punto fué tratado con anterioridad y resuelto por un grupo de personas nombradas expresamente. Esta proposición fué desechada por la comisión y por la Academia, por haberse expuesto razones en contra. Si se insistiera en este asunto se daba el de-

recho de pensar que algo grave pasaba en la Academia que había dado lugar a semejante determinación.

Dr. Monjaráz.—Cree que no debe tomarse en consideración esta proposición por haber sido ya desechada por el mismo grupo que ahora forma la Academia.

Dr. Bulman.—Tienen razón los Sres. Vélez y Monjaráz. Tuvo que firmar por ser el Presidente, pero recuerda bien el asunto que fué resuelto con anterioridad.

Dr. Ramírez E.—Pregunta si va a ponerse a discusión para tomar la palabra en contra y da sus razones. Las personas que forman la Academia de Medicina, son personas honorables todas, forman un cuerpo selecto entre los médicos y sería algo muy pesado suponer que alguno de sus miembros cometiera alguna falta tan grave que pudiera ser juzgado por la Junta de Honor que pretende establecerse. Prefiere que al saberse algo de ellos les cause admiración y no suponer que fueran capaces de cometer una acción que los avergonzara.

Dr. Landa.—Dice que desconocía se hubiera presentado con anterioridad la proposición y que las razones de orden legal cree que son de aceptarse.

Se pone a discusión. Votación: no es de aceptarse la proposición. Se levanta la sesión a las 21.10 con asistencia de los Sres. Dres. Arroyo, Espinosa de los Reyes, Landa, Monjaráz, Miranda, Prieto, Ramírez E, Rojas Loa, Ulrich, Villarreal, Valdez, Vélez y el suscrito.

Secretario Anual.

LUIS RIVERO BORREL.

SESION DEL DIA 27 DE ENERO DE 1926.—PRESIDENCIA DEL DR. FRANCISCO BULMAN.

LA MORTALIDAD EN LA CIUDAD DE MEXICO.— APARATO PARA ESTUDIAR EL METABOLISMO.—EL DR. Mc. REYNOLDS VISITA LA ACADEMIA.

Se abre la sesión a las 7.30.

El **Dr. Vélez** previo permiso del Sr. Presidente, presenta al Sr. Dr. **John O. Mc. Reynolds** de Dallas, Texas, distinguido oculista, Presidente

del Comité que organiza la gran Convención de la Asociación Médica Americana, para el 19 de abril del presente año, quien ha venido a México para estrechar las relaciones entre los médicos nort-americanos y los mexicanos, o invitar a éstos últimos a concurrir a la mencionada convención.

Dr. Monjaráz.—De turno, explica su trabajo, en virtud de que el Dr. Reynolds no entiende el castellano. Presenta una estadística de la mortalidad en la Ciudad de México basada en la clasific. de Bertillon, desde el año de 1901 hasta 1925. Tablas de sobrevivida, edad media y longevidad, edad y sexo conforme a Bertillon. No se discute el trabajo. El Sr. Secretario perpetuo leyó una dedicatoria que el Dr. Bertillon hizo en su libro sobre estadística, al Sr. Dr. Monjaráz a quien puede considerarse como introductor del sistema de Bertillon.

Dr. Miranda.—Presenta un aparato para determinar el metabolismo basal de los individuos y explica sus aplicaciones y funcionamiento, haciendo una descripción detallada del aparato. Dice que empleándolo se pueden resolver problemas muy interesantes de fisiología patológica, y tener datos útiles para las aplicaciones terapéuticas. Cita casos de bocio relacionado con el mal funcionamiento de la glándula tiroides, casos de obesidad por hipo e hipertiroidismo, de queratomalacia, etc.

Dr. Valdéz.—Se felicita de que el Dr. Miranda haya traído un aparato que hacia falta en nuestro medio. Es para los cirujanos algo muy útil cuando se trata de operar la glándula tiroides, se puede decir casi indispensable, para poder guiarse en la indicación operatoria y en la oportunidad en que debe hacerse la operación.

Es el estudio del metabolismo basal en la cirugía del tiroides, lo que el estudio de la urea de la sangre en la cirugía prostática. Si el cirujano se atreve a hacer una prostatectomía cuando el enfermo lleva más urea de la que debe haber normalmente en su sangre, es seguro que, o se tendrá un fracaso, o el enfermo tendrá una convalecencia muy difícil. La disminución que se ha tenido en la mortalidad por esta operación en los últimos años, depende casi exclusivamente del estudio de la urea en la sangre, para evitar una intoxicación. Cosa semejante se puede decir de la cirugía del tiroides con relación al metabolismo basal. En el bocio hipertóxico es muy peligroso emprender una operación cuando el metabolismo es anormal, y aun el simple aviso de la operación, puede ser de funestos resultados. Tuvo la pena de ver morir a un enfermo hipertóxico al entrar a la sala de operaciones por el temor que le tenía a la intervención. No se debe emprender esta operación sin estar seguro del metabolismo basal, porque hay tres factores que ponen al enfermo en malas condiciones para la opera-

ción: el choque psíquico, el anestésico y el traumático, tres enemigos que tiene el cirujano y que constituyen escollos difíciles de vencer. El estudio del metabolismo determina no sólo la indicación operatoria, sino también la oportunidad y la clase de operación que debe elegirse. Felicita al Dr. Miranda por haber adquirido un aparato del que se carecía y desde ahora no emprenderá ninguna operación sobre el tiroides sin hacerse acompañar del Dr. Miranda, para que le haga las indicaciones necesarias, así como no interviene en ningún prostático, sin la previa determinación de la urea sanguínea de sus enfermos, practicada por su colaborador, el Dr. Perrín.

Dr. Izquierdo.—Es un aparato muy importante y muy útil en la clínica. Los conceptos antiguos acerca de la patología de la nutrición quedaron sin ningún significado, pero desde que se comenzó a estudiar el metabolismo, se tuvo una base científica de aplicación práctica. La producción del calor no representa una forma de energía utilizable por los organismos, sino una condición muy interesante para el funcionamiento del protoplasma. La producción del calor resulta de los fenómenos químicos de la nutrición misma, del metabolismo, como se le llama; de allí la importancia de medir la cantidad de calor; ahora bien, no es preciso medir directamente la cantidad de calor producida, se pueda medir sabiendo la cantidad de calorías que producen los alimentos y en esto se basa una serie de procedimientos. Tratándose de animales, el problema no está resuelto. Un médico cuyo nombre no recuerda, está estudiando el metabolismo del gato, encerrándolo en un aparato especial.

Tratándose del cuerpo tiroides el estudio del metabolismo es más interesante, porque se dice que es el fuelle del organismo, que cuando aumenta su actividad, se activan las combustiones y cuando la actividad tiroidea disminuye, disminuyen también las combustiones.

Dr. Vélez.—El aparato para la medición del metabolismo no sólo es de aplicación general para médicos y cirujanos, sino que en las especialidades tiene mucha importancia. Señala algunos casos en que, en oftalmología, puede tener aplicación el aparato de que se trata. En los casos en los que no se hayan encontrado lesiones apreciables, en el fondo del ojo, se puede recurrir al aparato para señalar alguna circunstancia que ha modificado el metabolismo, y hasta podría recurrirse a él cuando se tratara de examinar el estado normal del organismo. Sería muy útil que se pudiera lograr que las personas, aun las que creen estar sanas, recurrieran cada determinado tiempo para hacerse examinar de esta manera, se podrían evitar así muchos males que se conocerían en su principio. Se podría utilizar al hacer el reconocimiento para los seguros de vida, etc.

El Dr. Brioso da lectura al informe de la tesorería correspondiente al semestre.

Se levanta la sesión a las 21 horas, con asistencia de los Sres. Dres. Arroyo, Bulman, Alonso, Brioso Vasconcelos, Castañeda, Hurtado, Izquierdo, Espinosa de los Reyes, Landa, Miranda, Monjaráz, López, Pruneda, Ramírez E., Vélez, Valdés y Viramontes.

El Secretario Anual.
LUIS RIVERO BORREL.

SESION DEL DIA 3 DE FEBRERO DE 1926.—PRESIDENCIA DEL DR. EVERARDO LANDA.

UN CASO CURIOSO DE HERIDA POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO.

A las 19.30 se abre la sesión.

Se da lectura del acta de la sesión anterior, que con las modificaciones propuestas por el Dr. Monjaráz es aprobada.

El Dr. Loaeza participa su próximo viaje a Europa y pide licencia para faltar durante seis meses que dilatará su viaje de estudio. El Dr. Landa propone que lleve un saludo de la Academia a los honorarios en Europa.—Se acepta.

Dr. Pruneda.—Cuando se extendió el nombramiento de socio honorario del Dr. Lagrange se acordó que se hiciera el envío por conducto del C. Secretario de Relaciones Exteriores. A ese respecto tiene dos comunicaciones, una del Sr. Ministro de Relaciones Exteriores participando haberse hecho dicha entrega y una carta del Dr. Lagrange, a las cuales da lectura. (Lectura de las cartas).

El Dr. Alonso. Pide permiso para dar lectura a su trabajo en la próxima sesión porque desea que estén presentes los paulistas.

El Dr. Villarreal.—Como Presidente de la comisión, nombrada para estudiar los trabajos presentados sobre el tema "La enseñanza de la medicina en México" informa que el dictamen está ya concluido y que espera la llegada del secretario de la comisión para darle lectura.

No habiendo trabajo reglamentario, se concede la palabra al Dr. Villarreal, quien en la sesión pasada presentó una comunicación y ofreció traer al sujeto de la observación y al mismo tiempo las radiografías correspondientes, así como las del otro caso que citó. Da lectura a la ordenata del enfermo a que se va a referir y vuelve a explicar el caso.

El Dr. Landa nombra a los Doctores Gama y Rojas Loa para que examinen al niño que presenta el Dr. Villarreal.

Se suspende la sesión, durante unos minutos y al y al reanudarse, habiendo sido examinado el niño, toma la palabra el Dr. Gama y dice que: el niño que presenta el Dr. Villarreal es un caso verdaderamente notable que merece las felicitaciones de la Academia por el éxito que ha obtenido dadas las condiciones del enfermito. Todas las afecciones y los traumatismos del cráneo en las que el cerebro ha sido herido constituyen lesiones muy graves en este caso más todavía por tratarse de un niño que no llegaba a los dos años. Es un caso curioso desde el punto de vista de como se hizo la herida, que parece haber sido con una pistola de metal de impronta, con una bala muy chica. El Dr. Villarreal procedió haciendo el menor traumatismo posible a esta criatura dados los antecedentes graves que había tenido: estado comatoso acompañado de perturbaciones de la respiración; accidentes por la compresión cerebral y por el derrame de la pia madre. Esto explica porqué el niño estuvo tanto tiempo sin recobrar el conocimiento. Una vez lograda la localización del proyectil, se hizo la extirpación a través de un orificio pequeño pudiendo lograrla. Se ven las variaciones en la posición del proyectil por el mismo derrame del líquido. El niño tenía el peligro de una meningo-encefalitis traumática, pero gracias a los recursos asépticos y a los cuidados que se le prodigaron, pudo salvarse. Examinando al paciente, se ve que sus pupilas están iguales, su visión parece normal lo mismo que sus oídos. Su inteligencia le parece que está en magnífico estado. Felicita al Dr. Villarreal por este éxito. Dice que hace algún tiempo vió a un niño que cayó de una escalera haciéndose la fractura del cráneo con grandes desgarraduras de la dura madre sin herida de la piel, y el líquido céfalo-raquídeo formó un derrame. El niño curó de su lesión, pero meses después, comenzó con calosfrío y calentura y luego cayó en estado comatoso y en un esfuerzo de tos, arrojó una cantidad considerable de pus por boca y nariz seguramente a consecuencia de un absceso cerebral. En el niño que presenta el Dr. Villarreal cree que no es de temerse esta complicación dado el perfecto estado que guarda el niño.

El Dr. Ramírez E. da lectura al dictámen que rinde la comisión nombrada para juzgar los trabajos de concurso del tema: "Estado actual de la enseñanza de la medicina en México", el cual es puesto a votación por el Sr. Presidente.

El Dr. Gama dice que no puede votar sobre trabajos que no conoce y pide que se les dé lectura.

Dr. Landa.—La mesa opina que no debe considerarse la proposición del Dr. Gama porque la comisión ha estudiado esos trabajos y la Academia debe tener confianza en la resolución que ha tomado.

El Dr. Gama insiste en que se lean los trabajos.

Dr. Rivero.—El objeto de nombrar una comisión es el de evitar a la Academia leer todos los trabajos que se presenten, la comisión ha presentado una síntesis de cada uno de ellos que es la que sirve a la Academia para juzgar si debe o no, tomarse en consideración.

Dr. Viramontes.—Pregunta si no debe quedar de primera lectura.

Dr. Pruneda.—Contesta manifestando que el Reglamento no señala que haya segunda lectura. Esto se ha hecho en algunos casos, siguiendo las prácticas llamadas parlamentarias, pero que el reglamento no menciona para la clase de dictámenes que está considerándose. No acepta la proposición del Dr. Gama porque sería no tener confianza en la comisión.

El **Dr. Villarreal** pide que se lean nuevamente las conclusiones. Se les da lectura y se pone a votación. Habiendo votado todos por la afirmativa, se acepta el dictamen de la comisión.

Dr. Demetrio López.—Infirma que el día 28 de enero terminó el plazo para que la comisión nombrada para estudiar el tema "Tratamiento de la diabetes por la insulina" presentara el dictamen. Como algunos trabajos han merecido una atención muy cuidadosa no ha sido suficiente el tiempo. Autorizado por el presidente de la comisión suplica a la Academia se prorrogue el plazo por un mes más, para rendir este dictamen.—Se concede. Se leen los turnos y se levanta la sesión a las 21.30 con asistencia de los señores doctores, Alonso, Arroyo, Cosío, Cicero, Gama, López D. Monja-ráz, Miranda, Pruneda, Rojas Iba, Ramírez E. Villarreal, Valdés, Viramontes y el secretario.

Secretario Anual.
LUIS RIVERO BORRELI.

SESION DEL DIA 10 DE FEBRERO DE 1926.—PRESIDENCIA DEL DR.
FRANCISCO BULMAN.

EL METODO FISTULIZANTE DE LAGRANGE EN EL TRATAMIENTO
DEL GLAUCOMA

A las 19.45 se abre la sesión.

Lectura del acta de la anterior, que con las modificaciones propuestas por el Dr. Villarreal es aceptada.

Dr. Alonso.—Da lectura a su trabajo de turno, titulado: "El método de Lagrange en el tratamiento del glaucoma".

Dr. Gama.—El trabajo que ha presentado el Dr. Alonso le parece muy completo. Principia por hacer un resumen de las ideas reinantes acerca del síndrome que se llama glaucoma, para fundar el procedimiento de Esclerectomía del Dr. Lagrange, notable por su sentido clínico, por su perfecta técnica quirúrgica y sus excelentes resultados. Reconoció al enfermo que presenta el Dr. Alonso y que fué operado por el procedimiento de Lagrange, que representa un verdadero adelanto en la Oftalmología. En el enfermo, los dolores han desaparecido y presenta un mejoramiento notable en el estado del globo ocular tratado por el procedimiento de Lagrange.

Dr. Vélez.—Ha sido muy grato para él haber escuchado la lectura de un trabajo tan interesante como lo es el del Dr. Alonso y se permite felicitarlo calorosamente. El reputado oculista después de haber hecho un estudio de la anatomía y fisiología del globo del ojo en relación con el glaucoma, señala las teorías reinantes para explicarlo y entra de llamo a tratar el procedimiento de Lagrange, de fistulización permanente del ojo que practica con tanta habilidad. El trabajo del Dr. Alonso es muy completo, satisface aún al más exigente de los oculistas, porque analiza los puntos más interesantes en el asunto del glaucoma y funda el porqué del método de Lagrange. En los casos de glaucoma que se le han presentado al Dr. Vélez, ha practicado, en el mayor número, con éxito, el procedimiento de esclerectomía o de trepanación de Elbot que en suma es una variante del método general de fistulización del ojo, por esclerectomía. Para las operaciones, tratando de mejorar el glaucoma se deben tener presentes todas las circunstancias del caso y aplicar el procedimiento apropiado a cada caso. La aplicación del procedimiento varía según si el glaucoma es primitivo o secundario y según la predominancia de los fenómenos de hipertensión. En el glaucoma hemorrágico hay gran peligro al hacer la intervención operatoria con grandes incisiones por el peligro de una hemorragia expulsiva que pierde seguramente el ojo; es menos peligrosa una incisión pequeña que una grande.

En los casos de glaucoma con fuertes adherencias del iris, la cara posterior de la cornea y con obstrucción del ángulo írido corneano y es-

trepanamiento del Canal de Schlem es difícil practicar la operación de iridectomía, pues ésta queda incompleta, es delicada por el peligro de hemorragia y da lugar a enclavamientos irianos, siempre peligrosos para el porvenir del ojo.

En algunos casos el trócano de Elliot es una excelente operación fácil de practicar y menos peligrosa tal vez que la iridectomía por ejemplo. Prefiere la trefina de mano, sin resorte. Siendo inconveniente hacer una trepanación esclerocorneal, sobre los procesos ciliares se debe intervenir siempre sobre el limbo esclerocorneal y con toda precaución. El Dr. Vález describe el procedimiento de Elliot y la manera de usar la trefina de mano. Ofrece presentar algunos operados por el procedimiento de trepanación esclerocorneal de Elliot. El Dr. Vález usa para las esclerotomías, esclerectomías o iridectomías el cuchillo pequeño y delgado de Graefe modificado por Wecker, el cual obrando por transixión causa menos dolor que el triangular que penetra más a la cámara anterior, hiere fácilmente el iris y corta por presión que en casos de ojos con glaucoma agudo causan intensos dolores. A la operación de Elliot se le señala como defecto la hipotonía permanente, que a veces produce pero también se puede aplicar a la esclerectomía de Lagrange que quita una porción de esclerótica más amplia y por tanto puede tener el mismo peligro. Tanto en unas como en otra operación la pequeña fístula que se forma debajo de la conjuntiva por la salida del humor acuoso desaparece a poco y la filtración se hace perfecta debajo de la conjuntiva. El tratamiento del glaucoma reclama el estudio cuidadoso de cada caso, para así aplicar el procedimiento, más adecuado, fácil de aplicar y que la práctica señale como más eficaz para el tratamiento de tan grave y peligroso mal. Considera por último que el método de esclerectomía fistulizante del Prof. Lagrange es un gran adelanto en el tratamiento del glaucoma.

Dr. Viramontes.—Entiende que la mira principal del Dr. Alonso es señalar la idea fundamental del Prof. Lagrange, de hacer filtrar el ojo, por una fistula artificial hecha con la esclerectomía, en la concha ocular. El tratamiento de Lagrange se puede llamar la idea directriz, la idea fundamental de los procedimientos para tratar el glaucoma; los otros métodos de esclerectomía son variantes de él.

Dr. Alonso. Manifiesta sus agradecimientos a las personas que se han ocupado de su trabajo y quiere decir dos palabras a propósito de él. Tiene que hacer algunas observaciones: desde luego, el procedimiento de Elliot, no es más que una modificación del procedimiento de Lagrange, la parte trascendental del asunto está tratada por este último autor. Ha practicado mucho el procedimiento de Elliot, pero debido al accidente que señala en su trabajo, lo abandonó, practicando desde entonces el de Lagrange y la práctica le ha dado el convencimiento de la superioridad de este método. Habla de la manera cómo usa el cuchillo triangular y no encuentra que sea doloroso si está bien afilado, y además siempre acostumbra hacer las operaciones con anestesia retro-ocular aún para la extirpación del globo del ojo.

Se levanta la sesión a las 21.25, con asistencia de los Sres. Dres. Alonso, Arroyo, Cícero, Gama, Izquierdo, Espinosa de los Reyes, Landa, Monjaráz, Ocaranza, Rojas José Tomás, Ulrich, Villarreal, Vélez y Viramontes y el suscrito.

Secretario Anual.
LUIS RIVERO BORREL.

ACTAS DE SESIONES

ACTA DE LA SESION DEL DIA 17 DE FEBRERO DE 1926.—PRESIDENCIA DEL DR. FRANCISCO BULMAN.

BREVES CONSIDERACIONES ACERCA DE LAS HEMORRAGIAS
PUERPERALES.

A las 19.45 se abre la sesión.

Se dió lectura a una invitación de la Junta Directiva de la Beneficencia Privada para que asistan representantes de la Academia a una reunión para el estudio de la mortalidad infantil. Por haberse recibido el mismo día después de la hora citada, no es posible que concurra ninguna persona, pero quedó comisionado el Dr. Monjarás para que asista a las juntas siguientes. Se les comunicará por escrito.

Dr. López Hermosa.—Lectura de su trabajo: "Breves consideraciones acerca de las hemorragias puerperales, principalmente las que son determinadas por mola hidatiforme".

Dr. Miranda.—Aun cuando ha estado muy alejado de los estudios de Obstetricia, su experiencia personal lo invita a dirigir unas cuantas palabras para comentar el trabajo del doctor López Hermosa. La importancia de la cuestión de la albúmina durante la evolución de la mola en un caso que fué observado por él fué casi instantánea, porque se había estudiado a la enferma y se había comprobado que no existían ni huellas de albúmina y a la semana siguiente al hacer un nuevo reconocimiento, se encontró albúmina en proporción de $1\frac{1}{2}$ gramos; simultáneamente, la tensión máxima era de 1.75 m.m., este aumento en la tensión arterial y la aparición de la albúmina fueron los elementos que sirvieron para pensar en la mola hidatiforme. Habiendo presentado una hemorragia, el caso fué tratado por el Dr. Valdés haciendo un taponamiento, tanto cervical como vaginal,

bajo anestesia por el éter y determinó la expulsión de la mola el mismo día 11 o 12 horas después. La expulsión fué íntegra. Desde que se aplicó el tapón cesaron las hemorragias y no volvieron a presentarse. La enferma tuvo después de la mola hidatiforme dos abortos de un mes el uno y de cuatro el otro y había quedado bastante anémica pues la cifra de hemoglobina era de 50 %; después del segundo aborto la hemoglobina descendió más. En estas condiciones se le hizo la transfusión de 400 c.c. de sangre, con lo que se consiguió reestablecer a la enferma por el momento; pero persistió la anemia a pesar de los tratamientos de arsénico y fierro y el estudio que se hizo de la sangre enseñó que tenía una anemia de forma clorótica. Teniendo en cuenta el estado de la enferma se le administró corporalútea y con esto pudo comprobarse que en el término de un mes la hemoglobina subía hasta 90 %. Su estado general mejoró y en esa época se hizo embarazada nuevamente y persistiendo con el tratamiento de extracto de corporalútea el embarazo evolucionó sin molestias. En los anteriores había tenido vómitos, sobre todo, en el de la mola, después de la administración de cuerpo amarillo, el embarazo fué normal y sin molestias de parte de la enferma, conservando bien su estado general y dió a luz un niño que pesaba 4½ kilos.

Dr. López Hermosa.—El caso citado por el Dr. Miranda viene a demostrar la importancia del asunto que ha traído a la consideración de los señores académicos. Cuando la albúmina se presenta en los primeros meses y coincide con vómitos, debé el médico estudiar el caso y la observación es de gran importancia. Dice el Dr. Miranda que la señora tuvo dos abortos y esto no le extraña porque la mujer quedó muy anémica y no pudo resistir la continuación de los embarazos presentándose los abortos por necesidad. Desde que se trató la anemia y se la combatió, pudo encontrarse la mujer en condiciones de resistir el embarazo. El tratamiento pudo haber impedido los vómitos. El taponamiento no se opone al tratamiento propuesto por él. Cuando la mola trae fuertes hemorragias es preciso detenerlas y uno de los medios más eficaces, es el taponamiento.

Dr. Ramírez E.—El asunto de la etiología de la mola es muy obscuro. Algunos autores consideran que la producción de la mola indica un padecimiento de orden endocrino. Cuando se hace una raspa, por metritis crónicas, las hemorragias desaparecen mientras se vuelve a regenerar la mucosa y ésta adquiere los mismos caracteres que tenía antes. Es difícil precisar qué relación hay entre el ovario y las alteraciones del endometrio, hay pequeños quistes en el endometrio en la época pre-menstrual en los que la mucosa presenta un aspecto especial. Es muy frecuente que cuando

hay insuficiencia ovárica por falta de acción del ovario, la época pre-menstrual se alarga y esto da lugar a ciertas enfermedades. Lo que caracteriza la endometritis fungosa, es la persistencia anormal de la época pre-menstrual. Si se estudia lo que sucede en ese estado, observamos dos fenómenos muy curiosos: el cuerpo amarillo no existe y hay una anemia de forma clorótica. En la mujer es difícil tener la documentación necesaria para estudiar el estado pre-menstrual y el estado de los ovarios y no podemos saber qué relación hay entre ciclo ovárico y el estado pre-menstrual; pero hay un hecho fundamental y es que el estado pre-menstrual corresponde completamente al período del celo de los animales y en ellos sí se puede estudiar esta relación. Teniendo estos datos, en el estado pre-menstrual hay un aumento de las glándulas de la mucosa uterina, un esbozo de adenoma y un abatimiento de la hemoglobina como en la clorosis. En el caso que cita el Dr. Miranda, pudo tratarse de una clorótica. Se sabe que el cuerpo amarillo dura tres semanas, pero si hay embarazo el cuerpo amarillo no desaparece sino que se transforma en el cuerpo amarillo del embarazo; si se extirpa en los primeros períodos, el aborto se produce. En una persona que tenga insuficiencia del cuerpo amarillo se producen alteraciones de la mucosa uterina, se produce un estado clorótico y vienen los abortos.

La experiencia ha demostrado que un gran número de casos de vómitos del embarazo se corrigen con la administración de cuerpo amarillo. No es de extrañar que en el caso relatado por el Dr. Miranda, no se hubieran presentado los vómitos después de la administración del cuerpo amarillo, puesto que la enferma tenía insuficiencia de este mismo cuerpo amarillo. Se sabe que algunas mujeres presentan perturbaciones e intoxicaciones en la época pre-menstrual que indican un estado de intoxicación. En artículo publicado en el Journal of the American Medical Assn, se considera este fenómeno como de orden tóxico y correspondiente a la época en que el ovario no tiene cuerpo amarillo. Es posible que esta insuficiencia ovárica coincida con el período de la expulsión de la mola. Las mujeres que presentan mola, tienen fenómenos más graves que cuando presentan un embarazo normal. Todos estos datos pueden estar relacionados con la insuficiencia del ovario puesto que ella es capaz de producir la alteración del endometrio.

El Dr. López Hermosa vuelve a leer a parte reativa a la patogenia de la mola hidratiforme, que menciona en su trabajo para hacer ver como tiene en cuenta el posible origen endócrino de algunas perturbaciones.

Dr. Bulman.—Presenta un ejemplar de un libro de clínica quirúrgica obsequio del Dr. Castañeda a la Academia con una dedicatoria que dice:

“Para la Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina, obsequio del Autor”. Se le dan las gracias al Sr. Dr. Castañeda. Se abren los sobres que corresponden a los autores de los trabajos que se publicarán presentados al tema, “Estudio Crítico de la Enseñanza de la Medicina en la República”, correspondiendo el primer lugar al Sr. Dr. Esteban Pous Cházaro y el segundo al Dr. Salvador González H.

Para recibir a los nuevos académicos, se fijó la fecha 14 de Abril con el objeto de que tengan tiempo para preparar sus trabajos.

El **Dr. Brioso Vasconcelos** pide sea nombrado administrador de la Gaceta el **Dr. Miguel E. Bustamante** y el **Sr. Jorge López** Bibliotecario de la Academia.

El **Sr. Presidente** pide autorización para aceptar esas proposiciones y hacer los nombramientos respectivos, lo cual fué aceptado por la asamblea.

Se levanta la sesión a las 21.10 con asistencia de los señores doctores **Alonso, Arroyo, Castañeda, Izquierdo, López Hermosa, López D., Monjaráz, Miranda, Ramírez E., Tapia y Fernández, Valdéz, Villarreal, Vélez** y el suscrito.

Secretario Anual.

Luis RIVERO BORREL.

ACTA DE LA SESION DEL DIA 24 DE FEBRERO DE 1926.—PRESIDENCIA DEL SR. DR. FRANCISCO BULMAN.

OBSTRUCCION CRONICA DEL COLEDOCO.

A las 19.35 se abre la sesión.

El **Dr. Godoy Alvarez** da lectura a su trabajo de turno titulado: “Obstrucción crónica del Canal Colédoceo por litiasis y fístula biliar”. Habiendo presentado a la enferma se comisiona a los Dres. **Villarreal y Hurtado** para que la examinen.—Se suspende la sesión.

Habiendo examinado a la enferma, toma la palabra el **Dr. Hurtado** y dice que lo relatado por el **Dr. Godoy Alvarez** es verídico. La herida es irregular porque se hicieron dos intervenciones. La enferma presenta un estado general bueno, se va reponiendo lentamente, pero revela todavía los caracteres de la fístula biliar, tiene color un poco icterico; su pulso es lento, hay un ligero soplo aórtico debido a su antiguo mal. Examinando la herida y haciendo que la enferma haga inspiraciones profundas se encuentra el hígado y haciéndolo más fuerte y más profunda la palpación se nota que sale un poco de líquido. Cree que debiera haberse hecho el

estudio bacteriológico del líquido recogido para poder conocer los microbios que pudieron haber influido en la infección. Es muy común encontrar en estos padecimientos el bacilo coli como principal, al grado que los cirujanos modernos hacen una terapéutica especial en esos casos, cuando no se hace el diagnóstico del absceso, haciendo la vacunación por siembras de colibacilo. El segundo caso que presenta tiene un hecho muy curioso: después de que la enferma estaba bien vino a presentarse un nuevo absceso que estaba situado profundamente. En este caso hay que adoptar el diagnóstico para poder hacer las conclusiones necesarias para seguir la marcha postoperatoria. Hay que felicitar al Dr. Godoy por la intervención porque ha resuelto esta cuestión. La cirugía de este orden es muy difícil y muy comprometida y se necesita mucha habilidad para salir bien. Cita el caso de una enferma artrítica que presentó el síndrome de colemia crónica y en París tuvo los primeros ataques; vió a buenos médicos y tuvo que regresar a su país. Fué a consultarle y se le hizo un estudio muy minucioso y se le propuso la extirpación de la vesícula biliar. Se encontró la vesícula alargada, cambiada de su sitio, rodeada de adherencias, como una salchicha llena de sinuosidades. Se le hizo una amplia canalización y la enferma duró varios días en reponerse. Cita otro caso que vió en Nueva York y dice que los médicos que atendieron a la enferma le extirparon un cálculo enorme con gran dificultad. Termina recomendando que siempre se haga el diagnóstico bacteriológico para evitar sorpresas y acortar la curación.

Dr. Villarreal.—Examinó a la paciente. Como ya lo indicó el Dr. Hurtado, la cicatriz es extensa y va sobre el borde externo del músculo recto anterior derecho; tiene una pequeña incisión que ha dejado una cicatriz como una incisión en bayoneta. La técnica seguida por los doctores que operaron a esta enferma es correcta. Encontraron la vesícula y los cálculos; haciendo la ligadura del canal cístico para llegar al fondo de la región del colédoco, habiendo diagnosticado obstrucción del colédoco por cálculos. No recuerda si dijo el Dr. que al hacer la incisión del canal colédoco se extirpó el cálculo, haciendo la canalización del canal hepático, pero no recuerda si se dijo que encontró permeable el canal o no lo estaba. La enferma es delgada y su padecimiento no es de más de dos años. Las infecciones son graves. En ese caso los cálculos han desaparecido. Cuando han permanecido durante muchos años, se producen lesiones de estenosis en el colédoco y se hace difícil el cateterismo. Presentó a la Academia hace muchos años un caso de anastomosis del colédoco con el estómago a consecuencias de una obstrucción del colédoco con un tumor del páncreas. Estas operaciones son difíciles porque hay que levantar el hígado y hay veces

en que no se puede maniobrar con facilidad. El cálculo que después arrojó la enferma pudo haberse extraído y evitado de esa manera los días de alarma que tuvo la paciente. La enferma lleva hasta la fecha una pequeña curación y no puede darse por curada completamente. Su aspecto es bueno, no se queja de ningún dolor. Haciendo la exploración del abdomen se sienten las fibras de la canalización.

Dr. Godoy Alvarez.—Da las gracias a los señores que han tomado la palabra. Quiere disipar algunas dudas que han presentado sus compañeros con relación al trabajo. Dice el Dr. Hurtado que la fístula no cicatrizó después de la operación. La enferma fué tratada primero en Zacatecas y allí se le hizo la punción para dilatar la fístula que se hacía pequeña. La enferma tenía necesidad de una operación amplia, el diagnóstico se hizo teniendo en cuenta los signos que presentaba, se observó una variación marcada de movilidad. El objetivo era quitar la vesícula y después llegar al canal colédoco cateterizándolo. (Vuelve a hacer una explicación de la operación que realizó). Cree que esta enferma está curada de su padecimiento. Con respecto a la anastomosis con el estómago no cree que sea fisiológica. Cita un trabajo que el Sr. Dr. Castañeda presentó el año pasado y refiere ciertas aclaraciones que se hicieron con motivo de él. El Dr. Hurtado ha hecho referencia a otros casos de absceso que comenta largamente.

Dr. Villarreal.—Pide la palabra para una rectificación. No niega que la enferma no esté en las mejores condiciones, ha dicho que a la enferma se le ha desobstruido el canal colédoco y que las dificultades fueron grandes, no obstante que no había grandes adherencias a los órganos; la enferma estaba delgada y su padecimiento era de dos años; cuando el padecimiento es más viejo, cuando tiene 15 o más años de haber comenzado, la operación se hace más laboriosa. Doyen refiere que se puede reparar el canal colédoco. Es conveniente hacer una canalización del colédoco y del hepático, porque siempre queda un orificio y puede restablecerse la comunicación fácil de la bilis.

Dr. Hurtado.—Hace algunas rectificaciones a lo que ha dicho el Dr. Godoy A. Cita el caso de una prima suya a quien se le abrió el canal colédoco al colon transversal, con magníficos resultados.

Dr. Villarreal.—Pide la palabra para contestar a una objeción hecha por el Dr. Godoy. En los casos graves de obstrucción del canal colédoco por cancer, puede el cirujano hacer una anastomosis y ésta la hace por la víscera más fácil. La mejor de las vías para avocar el canal para su modo de pensar, es el estómago o el intestino grueso y entre éste y el estómago, prefiere el estómago.

Dr. Godoy Alvarez.—Hace hincapié en el trabajo que presentó a la Academia el año pasado el Dr. Castañeda, citando casos de colecistostomías que se hicieron incompletas. Finalmente hace algunas nuevas aclaraciones para dar por terminado el asunto.

Se leen los turnos de lectura y se levanta la sesión a las 21.30 con asistencia de los Sres. Dres. Amor, Cosío, Godoy, Ulrich, Villarreal y el suserito.

Secretario Anual.

Luis RIVERO BORREL.

SESION DEL DIA 3 DE MARZO DE 1926. — PRESIDENCIA DEL SR. DR. FRANCISCO BULMAN.

UN CASO DE URETER DOBLE

A las 19.45 se abre la sesión.

Se dá cuenta de las publicaciones recibidas.

Dr. Rivero.—Lectura del trabajo de turno reglamentario titulado; "Un caso de ureter doble".

Dr. Godoy.—Felicitas muy afectuosamente al Dr. Rivero por su trabajo tan bien desarrollado, con un diagnóstico muy preciso, usando todos los recursos del laboratorio para conocer estos casos, que antes eran tan difíciles y que ahora se llevan a feliz término con gran pericia. Pregunta si antes de proceder a la operación estudiaron las funciones fisiológicas del otro riñón, porque pudiera encontrarse el caso de tener que extirpar el otro riñón.

Dr. Rivero.—Respecto a la observación que hace el Dr. Godoy Alvarez dice no se hizo el estudio de la permeabilidad renal pero se había hecho examen de la orina separadamente de cada riñón y de la bolsa y se observó la composición de la orina de ambos riñones y se comprobó que era la misma; en una se observó la cantidad de urea y cloruro de sodio; y se comprobó que los riñones funcionaban bien y que la bolsa que se iba a extirpar no daba verdadera orina.

Dr. Villarreal.—El trabajo indica un amplio conocimiento en la materia. Fué muy oportuna la operación. Quiere asentar ciertos principios de técnica y de examen y hacer algunas preguntas relativas.—El Dr. dice haber usado una solución de bromuro de potasio y en otra parte del trabajo que la solución había sido de Bromuro de Sodio, pregunta además qué diferencia habría usando cada preparación o si es igual el yoduro que el bromuro.

Desde el momento en que se introdujo una sonda en el orificio fistuloso que se encontraba cerca del meato ordinario, dice que si se hubieran tomado las radiografías, hubieran podido darse cuenta de la existencia de ese orificio anormal y después haber hecho todo lo que se refiere al examen del líquido.

La cuestión de hacer el cateterismo ureteral bilateral causa un traumatismo en el aparato urinario; hacer una inyección en el uréter enfermo ¿no hubiera sido suficiente para dejar el riñón sano? Son datos que pregunta porque siempre es preciso no comprometer la salud del paciente. Pregunta también si el estudio radiográfico demostró que las pelvici-las normales lo estaban.

Dr. Kivero.—Pide permiso a la Mesa para contestar a las preguntas del Dr. Villarreal en la próxima sesión.

El **Dr. Cosío.**—Solicita licencia para faltar a la Academia por tener que salir para Europa. Se le concede.

El Secretario de la Comisión Organizadora del VII Congreso Médico Latino-Americano, pide la lista de las personas que forman la Academia.

Dr. Vélez.—Hace algunas semanas presentó el Dr. Viramontes un caso curioso de ectopia del cristalino con cristalino transparente. Presenta un caso semejante, con la diferencia de que en éste los cristalinos son opacos. El caso del Dr. Viramontes pudo corregirse con la indicación de cristales y hacer una corrección por medio de vidrios, dado que la agudeza visual de su enfermo mejoraba; en este caso no se puede lograr nada con la aplicación de cristales porque tiene sus cristalinos opacos, fuera de su lugar y la parte del cristalino se encuentra ocupado el centro. En el ojo izquierdo el cristalino está hacia arriba y hacia adentro y en el derecho se encuentra hacia abajo y afuera. La pupila derecha permite ver las dos porciones, la ocupada por el cristalino y la porción opaca. El caso es curioso, porque este enfermo no tiene una visión suficiente para poder conducirse; tiene menos de un décimo de agudeza visual.

El diagnóstico ha sido más fácil que en el caso presentado por el Sr. Villarreal y el diagnóstico más sencillo, porque no mejorando la agudeza visual por medio de lentes, dado que la porción luxada del cristalino se encuentra en el centro de la pupila, con ningún cristal puede mejorarse esa visión. Opina que estos ojos están detenidos en su desarrollo, pero estima que si se le hace una iridectomía por el procedimiento de extracción del cristalino con su quiste, se mejora. En este caso se pierde algo de humor vítrio pero no pierde el ojo. Considera el caso operable. Pide se nombre al Dr. Gama para que examine al enfermo.—Se suspende la sesión.

Dr. Gama.—El joven que acaba de ver es un caso muy curioso y muy claro, de ectopía del cristalino. En el ojo derecho el cristalino se desvía hacia arriba y hacia dentro, dejando un pequeño espacio por donde pueden entrar los rayos luminosos. La agudeza visual es de menos de un décimo. Se puede notar el temblor del iris, por el aumento que hay en la cámara anterior del lado de adentro. En el lado opuesto se ve una desviación del cristalino es más marcada hacia arriba y el cristalino está opacificado. En este caso no se puede corregir con los lentes y al extraer el cristalino, aun cuando se pierde algo de humor vítrio, la operación puede dar buenos resultados. No se puede ver el fondo del ojo y es necesario estudiar para ver cómo está el nervio óptico y el estado del humor vítrio. Refiere el caso de un sacerdote que tenía cataratas en los dos ojos. Este padre no se quiso operar. Tenía la costumbre de oír todas las misas de la mañana y un día después de bajar la cabeza para besar el suelo, al levantarla violentamente, vió, y dijo que era un milagro. Fué que al levantar la cabeza rápidamente se rompieron las adherencias y pudo ver, como si se hubiera tratado de una operación de catarata por abatimiento, refiere otro caso de un sacerdote egipcio que operó a Calazana de catarata por el procedimiento de abatimiento, fué el primero que se conoce; esto prueba que el procedimiento de operación por abatimiento es muy antiguo, más de lo que relatan los libros de *Oftalmología*.

Dr. Villarreal.—Presenta un enfermo que fué cogido por un tranvía y le llevó la parte anterior del pié. Fué llevado a la Cruz Roja donde se le hicieron las ligaduras y después se comenzó a hacer el tratamiento para evitar la infección. Los practicantes consiguieron que la pérdida de substancia no fuera grande, cayeron los bordes gangrenados pero como la sección se hizo cerca de la articulación media del pié conservándose una pequeña porción del 5º metatarsiano, otra menor del 4º y otra mucho menor del 3º y 2º; en estas condiciones se procuró conservar la parte que había dejado el tranvía, faltando la planta en la parte interior y habiendo una pérdida de substancia hasta cerca del cuello del pié. Con los procedimientos antisépticos se consiguió que a las 5 semanas estuviera cubierto de superficie granulosa y se pudo intentar un injerto del escroto del individuo. Hecha la sección de una porción del escroto, se preparó la parte de piel quitando el tejido celular y sosteniéndola con puntos de sutura. Uno de los practicantes hacía las irrigaciones de suero sosteniendo el injerto con tela ahulada hasta obtener el resultado que se ve. La parte anterior está cubierta y se conservan los movimientos del pié. Como ya es una serie grande de casos de cirugía conservadora presenta el individuo para que se examine.

Se nombra al Dr. Castañeda y al Dr. Rojas Loa.

Dr. Rojas Loa.—Ha examinado el caso presentado por el Dr. Villarreal. Se trata de una amputación traumática. En las radiografías se ven los huesos del tarso con la articulación de la extremidad posterior.

Se nota una porción pequeña de la extremidad posterior del metatarso.

Los movimientos son bastante completos y se explica porque la amputación no dividió las inserciones. Se ve un muñón redondo bien logrado y cubierto con piel distinta del pié. El Dr. Villarreal explica que la piel la tomó del escroto. Se nota la diferencia en la coloración del segmento del pié y del injerto. Parece que después de la amputación hubo un proceso porque en la segunda radiografía se ve una osteítis. Le parece que la piel está un poco restirada; sin embargo, el individuo marcha bien y la presión no es dolorosa. El caso es curioso y amerita una felicitación por su parte.

Dr. Bulman.—Dice que siempre ha admirado las cualidades del Dr. Villarreal como cirujano; pero en este caso, no puede menos que felicitarlo porque ha visto en él una tendencia marcada a la cirugía conservadora. Es un caso muy elocuente de enseñanza. ¿Qué hubieran hecho nuestros antepasados ante un traumatismo como el que hoy presenta? Hubieran cortado el pié y tendrían que haberlo hecho porque no conocían lo suficiente la asepsia. En este caso ha habido dos elementos: el buen juicio del Dr. Villarreal y la asepsia que hizo que se conservara la porción del pié de un individuo colocando un injerto y haciendo que no perdiera sus movimientos. Une sus felicitaciones a las del Dr. Rojas Loa y con este sólo objeto ha salido de su mutismo habitual que por ahora ha olvidado.

Dr. Villarreal.—Toma la palabra para expresar su reconocimiento a los señores que han hecho uso de la palabra. Cree que la cirugía que se enseña en el cadáver para ejercitar la mano, es muy distinta de la que se hace en la clínica. Los cortes de la piel y de los huesos es necesario verlos desde otro punto de vista, considerándolos desde el punto de vista de la evolución de las heridas. Se necesita haber ejercitado mucho los cortes de la piel para después lograr hacer injertos procurando no mutilar los miembros aprovechando otra parte de la piel. Hay casos en los que se puede utilizar el prepucio. Ofrece presentar algunos trazos hechos con injertos de esta piel, que le han facilitado la curación de los enfermos y en la cuestión de amputación traumática la conservación del miembro se considera como indispensable.

Dr. Miranda.—Da lectura al dictámen de la comisión nombrada para estudiar los trabajos presentados al tema de Concurso. "La insulina en el tratamiento de la diabetes". Puesto a votación el dictamen es aprobado

y se procede a leer el sobre que contiene el nombre del autor del trabajo premiado. Resultando ser el del Dr. Mario Quiñones.

Turnos de lectura para la próxima sesión.

Se levanta la sesión a las 21-30 con asistencia de los señores doctores Bulman, Castañeda, Escalona, Godoy, Alvarez, Gama, López D., Monjaráz, Miranda, Ulrich, Vélez, Rojas Loa, Villarreal y el suscrito.

Secretario Anual.

Luis RIVERO BORREL.

SESION DEL DIA 10 DE MARZO DE 1926.—PRESIDENCIA DEL
SR. DR. FRANCISCO BULMAN.

ERRORES DE DIAGNOSTICO.

A las 19-45 se abre la sesin.

Lectura del acta de la anterior, que sin modificaciones es aceptada.

Dr. Valdés.—Presenta su trabajo reglamentario titulado: "Errores de diagnóstico".

Dr. Hurtado.—Son muchos los puntos que deben ponerse a discusión acerca de este trabajo. Sería imposible tratarlos de una manera detenida, son muchos los errores de diagnóstico que se comenten en la práctica diaria, tanto en medicina interna como en externa. Muchas veces los errores dependen de ciertas condiciones morales y sociales, que obligan al paciente a ocultar ciertos signos y que llevan al médico a un diagnóstico incompleto o incorrecto. Refiere el caso de una señora mexicana casada con un español. Tuvo metrorragias por mucho tiempo, fué a la Capital y tuvo un síndrome de peritonitis aguda que hacía imposible la exploración correcta, esta enferma tenía fiebre muy alta 40°. Se creyó que se trataba de un fibroma reblandecido y que había que intervenir inmediatamente. Se anestesió a la enferma, se le abrió el vientre y se encontró en medio de una tumefacción con todo el aspecto del útero. Ya se iba a proceder a la extirpación, cuando se hizo una punción exploradora, se introdujo la aguja y se sacó un pus verdoso. Era una salpilgítis supurada. Se había venido a colocar en el lugar de la matriz. Esta enferma curó después de la operación.

La laparotomía exploradora se ha interpretado mal. Muchos la hacen para cubrir un mal diagnóstico. En todos los tiempos de la operación se debe acordar el médico que se puede fallar y hay que pensar en todos los caminos que lleven hacia la perfección del diagnóstico. En cuestión de

tuberculosis genital hay una gran confusión. Según algunos autores italianos es frecuente confundir la tuberculosis con los cánceres del cuello.

Dice que tiene en curación a una señora que es madre de cuatro niños bien desarrollados, el esposo está bien constituido. Empezó a tener metrorragias y presenta una lesión del cuello uterino. Algún médico le dijo que necesitaba una operación. Al hacer la exploración se encontró una ulceración del lado izquierdo, el cuello con mucosidades, cubierto de una nata de pus, con puntos pequeños como si fueran colonias de estreptococo. . De un año a esta parte ha perdido 12 kilos de peso de manera progresiva. El diagnóstico está ssuspense. Espera que pase la metrorragia para completar el diagnóstico.

Es necesario eslabonar los juicios diagnósticos para llegar a la verdad. Refiere el caso de un compañero suyo con aspecto de vejez precoz que vivía en una casa baja y húmeda y estaba bajo la influencia de una atmósfera viciada. Tuvo un reumatismo que se duró dos años. Pasó algún tiempo y comenzó a tener un dolor en la región aórtica abdominal que le quitaba su presencia de ánimo. Se sacaron radiografías y se hicieron varios diagnósticos. En una de las juntas se creyó notar la presencia de un cálculo en el riñón derecho. Se hizo la nefrectomía posterior, se abrió el riñón, pero no se encontró el cálculo. El riñón estaba blando y lo quitaron porque lo creyeron tuberculoso. Después de la intervención se presentó una gran cantidad de pus que nunca se agotó. Se le formó una hernia del colón y murió. Reconstruyendo la historia del paciente y ligando el reumatismo con el padecimiento, puede fundarse la hipótesis de que el reumatismo que padeció este señor fué tuberculoso y después tuvo una osteitis de la cara anterior de las vértebras que produjeron un absceso que se abrió cuando se extirpó el riñón.

Dr. Bulman.—Suplica al Dr. Hurtado se quede con el uso de la palabra para la sesión próxima por tener que presentar a una enferma del Dr. Amor.

Dr. Amor.—Presenta a una señora que trae una plastia uretral muy parecida a la de una enferma que ya presentó. Esta señora tuvo un cáncer avanzado del cuello y parte del cuerpo invadiendo el parametrio en forma especial. Desgraciadamente en el transcurso de la operación se seccionó el ureter degenerado como a 12 c. m. del sitio de implantación vesical. Por lo pronto se hizo una uretero-cistostomía. Esta señora pasó por un mes de gravedad y fué mejorando poco a poco. No obstante las actividades a que se dedica esta señora, el esfuerzo físico, la pueden ver cómo está. Es un caso que presenta a la consideración de la Academia.

Quedan nombrados los doctores Valdés y Gama para examinar a la enferma y rendir su dictamen en la sesión próxima.

Se leen los turnos de lectura para la próxima y se levanta la sesión a las 21 horas con asistencia de los señores Dres. Arroyo, Amor, Bulman, Escalona, Godoy Alvarez, Hurtado, Landa, Monjaráz, Miranda, Rivero, Valdez y el suscrito.

Secretario Anual.

Luis RIVERO BORREL.

SESION DEL DIA 17 DE MARZO DE 1926.—PRESIDENCIA DEL
DR. FRANCISCO BULMAN.

**LAS RELACIONES ENTRE ALEMANIA Y MEXICO.—ERRORES DE
DIAGNOSTICO.—LA REACCION DE ABDERHALDEN.**

A las 19.30 se abre la sesión.

Se dá lectura al acta de la sesión anterior que sin modificaciones es aceptada.

Se invita a la Academia a una conferencia que se verificará en el Anfiteatro de la Escuela Preparatoria el día 23 del actual. Versará sobre "Las relaciones entre Alemania y México". Quedan invitados los académicos para concurrir a ella.

Se dá lectura a una carta del Dr. A. Benchetrit de Caracas en la que solicita algunos datos sobre la lepra en nuestro país.

Dr. Villarreal.—Pide se nombre al Dr. Cicero para que sea quien conteste la carta aludida suministrando los datos que se solicitaron en ella.

El Presidente lo acuerda así.

El **Dr. Bulman** comunica que el Dr. Amor sale para Europa y le ha encargado que en su nombre, pida una licencia para separarse de la Academia por el tiempo que tarde en su viaje de estudio. Pregunta si debe concederse la licencia. Contestando la asamblea afirmativamente. Primero la presidencia informa que el Dr. Vélez está enfermo y suplica al Dr. Gama le haga una visita a nombre de la Academia.

Dr. Hurtado.—Para continuar con el asunto pendiente. Una observación muy importante relativa al diagnóstico. Afirma el Dr. Valdés que vió a una señora a quien creyó con fibroma y al abrir el vientre encontró que estaba embarazada, habiendo necesidad de volver a cerrarlo. El hecho no fué de importancia, porque el embarazo siguió su curso. En la ac-

tualidad en un caso semejante no tiene la misma importancia de hace medio siglo, hoy se acepta que se puede intervenir en casos de embarazo complicado con neoplasma, cuando éste presenta un crecimiento evolutivo rápido. Son muy extensas las estadísticas de intervenciones quirúrgicas motivadas por un tumor en un embarazo que no se suspende con la operación.

Los fibromas casi siempre están encapsulados y el cirujano con una técnica hábil puede desencapsularlos y dejar que el embarazo siga su curso. Cita varios casos de un médico francés que extirpó por error de diagnóstico un útero embarazado. Cuando no se encuentran los signos del movimiento del feto, hay un dato muy valioso, la reacción de Abderhalden quien afirma que el embarazo produce una desintegración de la albúmina placentaria y que se puede comprobar esto por medio de un examen serológico que constituye lo que se llama la reacción de Abderhalden. El suero-diagnóstico se ha practicado por varios autores y algunos opinan que hay unos fermentos en el embarazo que ejercen una acción especial sobre la albúmina placentaria y otros creen que no existe esta acción. Los resultados positivos pesan más que los negativos. No sabe que exista una estadística para asegurar tales hechos. Pasa a otra observación: Una enferma que tuvo un aborto y presentó eclampsia puerperal. Hace tiempo refirió una observación en la que demostró que en la eclampsia puerperal se encontraba en la corteza cerebral, masas de sinsisio placentario. En las personas que abortan hay necesidad de seguir el curso porque es fácil encontrar el sinsisio. Pregunta a los señores que se dedican a la ginecología cuáles son sus ideas acerca de este asunto.

Dr. Ramírez.—Con relación a la reacción de Abderhalden en el diagnóstico del embarazo, se puso en comunicación con el autor y tiene una correspondencia larga. Por la reacción se persiguen dos cosas fundamentales: una que se puede llamar doctrinaria y otra de aplicación. Desde el punto de vista de la parte doctrinaria la idea de Abderhalden en pocas palabras se reduce a esto: cuando se introducen en el organismo sustancias albuminoides extrañas a su composición normal aparecen en el torrente circulatorio otras sustancias capaces de producir la destrucción de los albuminoides introducidos y a los que el autor llama fermentos.

La parte doctrinaria de los fermentos defensivos ha sido muy combatida sobre todo en España. Actualmente hasta el mismo Abderhalden no sostiene su opinión. Había generalizado los hechos y señalaba que una persona que tuviera un padecimiento en un órgano, este órgano producía sustancias que no podía producir en estado normal y que tenía un anti-

geno específico, la producción anormal o el anti-cuerpo llamado fermento defensivo. Experiencias posteriores han comprobado que estos fermentos no existen. Si un individuo tenía un padecimiento en los riñones y se le hacía la reacción, resultaba positiva. Se quiso establecer una relación entre la teoría de las Cadenas Laterales de Harlick y la doctrina de Abderhalden. Hay una cosa que prueba esta manera de opinar. Durante la menstruación del endometrio de las mujeres sufre fenómenos de sitolisis. El fenómeno de la menstruación es endocrino, pero hay que ver si durante la menstruación existen sustancias capaces de destruir el endometrio del útero. Hizo varias experiencias. Tomó un útero de mujer, que tenía un fibroma intersticial, y que acababa de ser extirpado en las mejores condiciones posibles, con el endometrio hizo una preparación que servía para estudiar la reacción de Abderhalden, utilizando suero de mujer durante y fuera de la menstruación. Todas las experiencias dieron resultados semejantes. Las mujeres estudiadas durante la menstruación daban reacciones positivas, todas las mujeres examinadas fuera de la menstruación, dieron resultados negativos. El suero de los hombres daba reacción negativa.

Luego durante la menstruación, existen sustancias capaces de destruir in vitro las albúminas de origen endometrial. La destrucción es posterior a la aparición de los fermentos, que en consecuencia no son defensivos.

Estas experiencias se las comunicó a Abderhalden y pasaron más de 8 meses para que contestara. Después le decía en una carta que la contestación no había sido inmediata porque había querido repetir las experiencias, llegando a la misma conclusión y que la interpretación era contraria a la doctrina de los fermentos defensivos.

Desde el punto de vista de la técnica, la teoría es sencilla. Colocando el suero del sujeto por estudiar y las sustancias albuminoides en un saco hecho con una membrana dializadora, se coloca este saco en una basija conteniendo agua bidestilada.

Las albúminas que han sido atacadas por el suero, se transforman en peptonas y en el agua que rodea el saco, se revela la presencia de peptonas con un reactivo muy sensible. El procedimiento es sencillo, pero la técnica es muy complicada, la nilhidrina es tan sensible que es suficiente que la pipeta se toque con la mano, para que la reacción resulte positiva. La sustancia albuminoide de todos los tejidos que entran en la reacción pueden tener gérmenes banales que son suficientes para hacer positiva la

reacción. Se necesita pues una asepsia absoluta. Esta reacción necesita repetirse varias veces, lo menos 20, para ver si en más del 50 % de los casos han sido positivas o negativas. Si la reacción se hace con fines prácticos es muy complicada, sólo desde el punto de vista de la investigación se puede emprender. Desde el punto de vista del embarazo, la reacción es cierta, el que se deba al desarrollo de fermentos defensivos, no está probado, y por lo que se refiere a su aplicación es difícil, razones por las que no se ha generalizado.

Dr. Hurtado.—Agradece la explicación dada por el Dr. Ramírez y le pide que la redacte para que conste.

Dr. Villarreal.—Dice que no tuvo ocasión de oír el trabajo del Dr. Valdéz, pero cree que deba haberse ocupado de los errores de diagnóstico, entre los que puede citarse el que consiste en confundir un fibroma con un embarazo. El Dr. Hurtado ha referido un caso que vió, en el que un cirujano de renombre extirpó una matriz embarazada creyendo que se trataba de fibroma uterino. Es curioso que hubiera presenciado caso semejante por el año de 1896. Un cirujano también de renombre hizo una histerectomía supra-vaginal total, abrió el vientre y al presentarse el tumor, notó el Dr. Villarreal, con no poca sorpresa que la matriz tenía aspecto de embarazada. El cirujano continuó su operación y el Dr. Villarreal solicitó que se hiciera el examen de la pieza anatómica, la cual al ser seccionada mostró un feto de más o menos cuatro meses. Recuerda al Dr. Hurtado que presentó un caso de una enferma que tenía un fibroma y un embarazo de seis meses. La operación fué difícil por el sitio de implantación del tumor; pero al fin tuvo la fortuna de poder reparar la herida y el embarazo siguió su curso, teniendo esta señora un niño a término. El Dr. Kelly de Nueva York, tiene varias fotografías estereoscópicas, tomadas por él; entre ellas, una de un fibromioma uterino, el mayor que ha operado, porque pesa 11 ks., en una mujer embarazada en el 4º mes. En esta ocasión no fué tan afortunado, porque en la noche del día de la operación vino el aborto. La enferma más tarde se hizo embarazada, la criatura nació viva, pero desgraciadamente fué mal atendida por una partera y murió de una infección puerperal. Quiere referir un caso práctico. Fué consultado por una mujer joven, de 28 años, multipara, con sus reglas perfectamente bien, casada y en relaciones con su esposo. Esta señora que no creía estar embarazada fué a consultar y dijo que tenía dos fibromas y que le habían aplicado los rayos X. Fué reconocida y se sintió la matriz crecida, el cuello reblandecido, los fibromas no los encontró, le manifestó su opinión sobre que se trataba de un embarazo y la citó para el mes si-

guiente para comprobar con la marcha un diagnóstico. Cree que el médico que le aconsejó la aplicación de los rayos X debía haber esperado para *desengañarse*. Ha tenido casos semejantes en los que no se trata de fibromas sino de embarazos.

Se leen los turnos de lectura, y se levanta la sesión a las 21.10 con asistencia de los Sres. Dres. Arroyo, Gama, del Raso, Hurtado, Miranda, Monjaráz, López D., Landa, Ramírez E., Tapia y Fernández, Villarreal y el suserito.

Secretario Anual.

Luis RIVERO BORREL.

SESION DEL DIA 24 DE MARZO DE 1926.—PRESIDENCIA DEL DR. FRANCISCO BULMAN.

A las 10-45 se abre la sesión.

Lectura del acta de la anterior que sin modificaciones es aceptada. Se dió lectura a los nombres de las publicaciones recibidas.

Se dió cuenta con una carta de la American Medical Asosiations dirigida al Dr. Ocaranza en la que invitan a los socios a una conferencia que se verificarán en Dallas Texas en abril de 1926.

No estando presente el Sr. Dr. Villarreal de turno toma la palabra el **Dr. Monjaráz**.—Para hacer un comentario. Promete presentar un trabajo que envió al 2º Congreso de San Luis y que se refiere a la ventilación de las habitaciones. Hace la diferenciación entre aereación y ventilación; pero interrumpe su comunicación para que tome la palabra el **Dr. Villarreal**.—Quien da lectura de su trabajo de turno titulado: "Histerectomía abdominal total y apendisectomía, con la resección de la vejiga" presentando a la enferma objeto de esta observación.

Para examinar a la citada enferma se nombra a los Dres. Hurtado y Castañeda. Y se suspende la sesión.

Dr. Hurtado.—Toma la palabra y dice que la historia es sumamente detallada, en ella se traslucen las dificultades técnicas de la operación, pero hay un punto interesante que indica la originalidad de este tratamiento, la lesión vesical que constituye una innovación. Hace muchos años los médicos trataban de huir de las intervenciones pélvicas. En el caso particular antes de la operación del Dr. Villarreal se cometieron muchos errores, —porque se le hicieron cuatro intervenciones—. Fijar la matriz a la pared abdominal es un procedimiento completamente fuera de uso. Siempre

ereyó el Dr. Villarreal, que se trataba de una esclerosis. La originalidad consiste en la conservación de los ureteros y del tegumento de la vejiga. Siente no haber podido ver cómo se ha reconstruido la vejiga. Felicita al Dr. Villarreal por su operación tan bien lograda. La enferma tiene muy buen aspecto.

Dr. Castañeda.—No tiene nada que agregar a lo que ha dicho el Dr. Hurtado. Ciertamente la historia es completa, así como la descripción de la operación. Un vientre abierto por otra persona que no hubiera sido el Dr. Villarreal, no hubiera resistido la operación, que era un verdadero problema y ante ellos muchas veces el cirujano no sabe si se debe o no intervenir. Hay que tener presente que la enferma no murió y esto fué debido a que se cuidó la sangre y que se canalizó y se siguió una técnica correcta. Lo fundamental de esta operación y la parte de enseñanza, es la reconstrucción de la vejiga, porque muchas veces cuando se encuentra adherida a la matriz son casos en los que se prescinde de la operación. Lo importante fué que se pudo conservar el trigono, pregunta cómo es posible que la vejiga reducida al tamaño de un limón pueda contener más de 150 c.c. de orina. Le llama la atención, pero recuerda que le oyó decir a un profesor que en las grandes distensiones de la vejiga hay una parte serosa que es muy fácil de distenderse y la musculosa, va haciéndolo poco a poco, la mucosa no puede hacercelo al mismo tiempo se despega de la muscular y forma un espacio sub-mucoso dejando grietas por donde se hacen infiltraciones que producen esfaceles. La técnica seguida por el Dr. Villarreal viene a derrocar otras como la de convertir la vagina en vejiga, la de fijar los ureteros a la piel y llama más la atención porque ha sido una técnica correcta que ha impedido la formación de fistulas. Ha quedado admirado por esta operación y felicita calurosamente al Sr. Dr. Villarreal.

Dr. Rivero.—En la notable operación que ha referido el Dr. Villarreal hay una parte que se refiere a ginecología y que no tocará porque ya sobre este asunto han tomado la palabra personas conocedoras; lo más importante es lo que se refiere a la vejiga. En el problema del tratamiento quirúrgico de los neoplasmas, cuando invaden las paredes de la vejiga y se infiltra el tumor en la pared misma, no encuentra otra solución que la extirpación de la vejiga y ante él, los cirujanos se han estrellado. Se ocurre que si se suprime la vejiga, hay que desviar la orina por otro camino y de allí han surgido procedimientos operatorios procurando avocar los ureteros a otra parte, se ha ocurrido hacerlo en la vagina en la mujer y en el recto en el hombre. Como cuando el ureter no tiene en su punto terminal sus fibras musculares al distenderse la vejiga, el líquido refluye hacia los riñones resul-

tando que muchas veces se hacen las infecciones ascendentes y otras veces degenera el tejido renal y acaba con las funciones de este órgano. El Dr. Amor ha intentado hacer esta operación, pero los resultados no han sido satisfactorios. En la patología se observan las grandes distenciones en las que la vejiga llega a adquirir una capacidad inmensa. Refiere el caso de un señor que vino del Estado de Guerrero con un gran tumor del vientre al que se le hicieron radiografías y el radiólogo decía que parecía un gran tumor de agua. Se encontró una próstata muy crecida, se le pasó una sonda llegando a extraerle 3 litros de orina. Con esto se puede calcular el tamaño que tendría esta vejiga. En el caso del Dr. Villarreal, la enferma conserva cierta potencia de contracción en sus músculos. El caso es interesante y podría aplicarse en los tumores malignos de la vejiga, aun cuando, puede cambiar, porque no siempre el trigono está intacto y se necesita que haya una pared posterior para poder formar una cavidad cerrada. En los tumores malignos se afecta el trigono y muchas veces la pared anterior hasta cerca del cuello de la vejiga haciendo imposible seguir esa técnica, pero en otros casos, en las esclerosis vesicales producidas por infiltraciones de pequeña cantidad de líquido, se hacen crónicas. Es apreciable que sin duda algunos autores han tratado de avocar los ureteres al ciego el que a la vez se independiza del resto del colón y abocando el apéndice a la piel (hace la explicación) No sabe si este procedimiento se haya llevado a la práctica, pero sí se comprende la dificultad de semejante operación lo que demuestra cómo preocupa este problema para que los autores hayan ideado este proceder. Ha visto a un joven operado por el Dr. Urrutia que tenía una extrofia completa de la vejiga y al que le hizo la operación utilizando la piel para hacer la autoplastia. Pasando los años se ha ido estrechando poco a poco el orificio de la parte anterior hacia la región del pubis y se ha ido distendiendo la mucosa; en la actualidad tiene la vejiga una capacidad de 150 c.c. y se ha podido hacer un trayecto que servirá de uretra.

Dr. Villarreal.—Agradece a los señores que han tomado la palabra los conceptos que han tenido respecto a su labor. De una manera general está de acuerdo con la dificultad de este procedimiento. Las afecciones cancerosas en un principio pueden dominarse por otros procedimientos que no son los quirúrgicos. Ya ha hablado en otras ocasiones de la importancia que tiene la electro-coagulación en ciertos tumores vesicales; hay tumores muy extendidos, en los que los agentes físicos no son suficientes y en esos casos hay que intervenir quirúrgicamente. Cuando el tumor está en el bajo fondo vesical y hay infiltración, se tiene perdida toda esperanza. El procedimiento de formar una pequeña vejiga es mejor que llevar un ureter

a otro lado. Algunos autores se sirven de una asa del intestino delgado, aislado del colon transversal o de la asa ilíaca formando una vejiga artificial que luego unen con la uretra. Todos son procedimientos difíciles y que no siempre pueden llevarse a cabo.

Se levanta la sesión a las 21-10, con asistencia de los Sres. Dres. Bulman, Castañeda, del Raso, Hurtado, Izquierdo, Landa, Gama, López. D. Monjaráz, Paz, Ramírez E. Rojas Loa, Ocaranza, Villarreal y el suscrito.

Secretario Anual.

Luis RIVERO BORREL.

SESION DEL DIA 19 DE MAYO DE 1926—. PRESIDENCIA
DEL SR. DR. FRANCISCO BULMAN

CONSIDERACIONES ACERCA DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS
ULCERAS DEL ESTOMAGO Y DEL DUODENO

A las 19.45 se abre la sesión.

Se da lectura al acta de la sesión anterior aprobándose sin modificaciones.
Lectura de la lista de las publicaciones recibidas.

El Dr. Fortunato Quezada solicitó dos meses de prórroga para presentar su trabajo de turno. — Se le concede.

El Dr. Vélez pide prórroga. — Se le concede.

Puesto a discusión el trabajo de los Dres. Ayala González y Fernández titulado: «Consideraciones acerca del diagnóstico y tratamiento de las úlceras del estómago y del duodeno», toma la palabra el señor

Dr. Valdés. — Después de hacer algunas aclaraciones acerca del trabajo del Dr. Ayala González, entra en detalles y dice que lo va a dividir en dos partes: una de felicitación al Dr. Ayala González y su colaborador por haber traído al tapete de la discusión un asunto de tanto interés, que es la ponencia obligada en todos los Congresos médicos; además merecen su felicitación los autores de la memoria por lo completo del estudio del caso clínico con que terminan su trabajo. La segunda parte será de crítica. — Hace algunas observaciones y le pide al Dr. Ayala que suprima en su trabajo algunas frases que pudieran restarle valor científico.

Va a tratar el asunto desde el punto de vista general porque no sería posible entrar en detalles en un punto tan extenso como es el que se refiere a las úlceras

del estómago y del duodeno. Tres son las ideas que campean en el trabajo: el diagnóstico de las úlceras gastro-duodenales, la inutilidad del tratamiento médico y los brillantes resultados del quirúrgico y por último la técnica operatoria. Las úlceras del estómago y del duodeno, deben considerarse como dos entidades distintas; es cierto que tienen alguna semejanza: producen hemorragias y producen dolores, pero hay que tener en cuenta la situación anatómica de los órganos para considerarlos como dos órganos distintos.

Las úlceras del estómago y del duodeno se diferencian en su evolución, y en su terapéutica, en su degeneración maligna que en las úlceras del estómago ha sido calculada por Mager desde un 2%; el 9% por Lebert; 26% por Pajir y 40% por Kunier.

El 71% de los cánceres gástricos ha estado asociado con una úlcera y 68% de las úlceras ha estado complicado de carcinoma (Ewing. *The relation of gastric ulcer to cancer.*—*Anal. of Surgery*—junio 1918 p. 715)

Si a las anotaciones anteriores agregamos el porcentaje aterrador observado por Mayo tendremos demostrada la gran diferencia que existe entre la úlcera del estómago y la úlcera duodenal. El diagnóstico de las úlceras está basado en el interrogatorio. Tanto el ciclo del dolor como el de actividad y el período de alivio es distinto en cada una de ellas. Siempre queda en pie el hecho de que la historia del enfermo es el principal fundamento del diagnóstico; esto es tan cierto, que hace exclamar a Moyninham: «La anamnesis es todo; el examen del enfermo relativamente nada» (*Moyninham. —Duodenal ulcer—Second edition.*—p. 115). Esto no quiere decir que todos los datos de investigación que presentan sean inútiles, pero siempre queda en pie como de primera importancia la historia del enfermo. Hicieron muy bien los autores al señalar el examen radiológico, que no debe faltar en la investigación de toda úlcera del estómago o del duodeno, pero que no es decisivo. En el sanatorio se han hecho varias radiografías y en muchas de ellas se han encontrado detalles difíciles de interpretar.

Dener de Filadelfia decía tratando de las úlceras del duodeno: «Diré a ustedes, en secreto para que nadie se entere de ello, que en este asunto la radiografía de nada sirve». Esta opinión en boca de un maestro viene a afirmar su creencia de que la radiografía no es el sistema eficaz para hacer la interpretación de una úlcera de las que se está tratando. Hay un gran número de médicos que quieren dejar al radiologista todo y después en las autopsias y en las operaciones no se comprueba su opinión. Quiere dejar anotado, que si bien es cierto que en algunos casos, úlceras del estómago o del duodeno, se desarrollan en un medio hipo-ácido, queda siempre en pie que las úlceras del estómago, en su mayoría se desarrollan con un quimismo hiper-ácido. El tratamiento médico o el quirúrgico post-operatorio tratan de conservar siempre baja la tasa de la acidez gástrica. No puede decirse que el tratamiento de las úlceras del estómago y

del duodeno sea médico o quirúrgico, los dos tienen muchos éxitos y también muchos fracasos; el problema debería asentarse en la forma: la úlcera del estómago en este enfermo debe tratarse médica o quirúrgicamente? El tratamiento no puede decirse que sea médico o quirúrgico.

No voy a fundar los resultados del tratamiento médico que es injusto calificar de inútil. Un tratamiento pasa cuando es indebidamente aplicado. El éxito no depende de la calidad sino de la oportunidad y concreta aplicación.

El asunto es individual para cada caso. El tratamiento médico tiene en su abono la ventaja de que no tiene que abrirse el vientre. Es cierto que el tratamiento médico fracasa en algunas ocasiones, pero fracasa porque no llena las indicaciones especiales del caso; lo mismo fracasa el tratamiento quirúrgico cuando no llena las condiciones. El caso que refieren los autores indica que llenaron todas las condiciones. El éxito del tratamiento depende no solo de la habilidad del médico o del cirujano sino de la oportunidad y de la correcta aplicación del tratamiento. No debe hablarse de un grupo de úlceras del estómago que curan con un tratamiento determinado; debe tomarse cada caso como particular. Cuando la úlcera es de origen sífilítico se debe aplicar el tratamiento médico antisifilítico para poder obtener la cicatrización de la úlcera. Cita las palabras del distinguido cirujano Arthur Dean Bevan, quien dice: "Si yo tuviera una úlcera péptica, no complicada por alguna de las condiciones en que todos estamos de acuerdo que debe operarse: perforación, obstrucción pilórica, etc, yo me sometería al tratamiento médico y me pondría en manos de Sippy o sus discípulos porque creo que utilizan un método que me daría 80 o 90% de probabilidades de curar". (Journal of American Medical Association.—Relative value of surgical and medical treatment of gastric and duodenal ulcers.— Julio 19 de 1912.— p. 25).

Cita algunas opiniones de distinguidos médicos que no consideraran como inútil el tratamiento médico. En cuanto al tratamiento quirúrgico, es cierto que llena las condiciones en ciertos casos, pero siempre presentan un problema difícil de resolver para el cirujano. Las principales condiciones para emplear el tratamiento quirúrgico son: 1º La indicación formal de la operación. 2º La aplicación correcta de la técnica y 3º La cooperación de la intervención médica para cuidar el enfermo varios meses después de haber sido operado.

La indicación se encuentra en los casos que han resistido al tratamiento médico correcto y debidamente aplicado, fundando en la etiología del padecimiento. Noble Wiley Jones del Departamento Médico de la Universidad de Oregón, dice en el resumen de un trabajo sobre el asunto. "En una serie de cuidadosamente estudiados y comprobados de úlcera péptica, han curado, aparentemente, durante un período de tiempo que varía de uno a cinco años el 8% de las úlceras de menos de un año de duración y el 6% de las de duración más larga" (The end results of medical and treatment peptic ulcer. Surgery, Gynecology and Obstetrics.—Mayo de 1926. p. 678)

Crile en una memoria leída ante un Congreso de la American Medical Association el año pasado, decía: "El primer punto que quiero recalcar es que todos los casos de úlceras del estómago o del duodeno, exceptuando aquellos complicados de obstrucción, hemorragia o perforación, deben ser primero hospitalizados y tratados médicamente, porque en algunos casos el tratamiento Sippy debidamente administrado de un resultado satisfactorio (Surgery of the stomach and duodenum.—Journal of the American Medical Association.—21 de noviembre de 1926.—p. 1925)

En el segundo caso, cuando hay retención gástrica y cuando esta retención sea permanente, 3º.—En los casos de hemorragias repetidas.—4º.—En las úlceras callosas o perforantes.—5º.—En las perforadas.—6º.—En las que se encuentran con degeneración maligna y algunos otros machos en los que se puede encontrar la oportunidad operatoria. El caso del tratamiento quirúrgico depende de que se elija la oportunidad y se haga correctamente. En cuanto a la aplicación correcta de la técnica que es el segundo punto, se ocupará de ella más adelante.

Las condiciones de éxito del tratamiento quirúrgico pueden conservarse en la siguiente forma: 1º indicación formal de la operación; 2º aplicación correcta de la técnica y 3º cooperación del internista.

Indicaciones:—1º casos que han resistido al tratamiento médico, 2º retención gástrica, 3º hemorragias; 4º úlceras callosas o perforantes; 5º las perforadas y 6º las degeneradas.

La intervención del médico, después de la operación es para evitar recaídas y para mejorar la situación del paciente y evitar las perturbaciones que suelen dejar las intervenciones quirúrgicas, por las modificaciones que producen en la anatomía y la fisiología del órgano. La técnica que hay que seguir presenta las mismas dificultades que ya se conocen y muchas veces debe resolver esta dificultad el cirujano al momento de hacer la operación, cuando tiene las vísceras en su mano. Se recomiendan varias técnicas para las úlceras del estómago: 1º gastro-entero anastomosis, 2º resección cuneiforme, 3º resección circular o en manguillo, 4º destrucción con el galvano cauterio, 5º gastrectomía parcial, con sus principales variantes, Biboith 1ª, Bitroth 2ª Polya, Balfour, Mayo, etc.

La destrucción de las úlceras con el galvano-cauterio es una de las operaciones que se pueden practicar y que son de las más sencillas y de muy buenos resultados cuando están indicadas. Sin embargo en la memoria dicen los autores que no los dejó satisfechos este procedimiento.

Los resultados de Balfour han sido: hasta 1919, en 186 casos, 2 muertes, uno por embolia pulmonar al 8º día y otra por neumonía a los 20 días) 1% no de modo directo, en tanto que la exisión con el cuchillo o la anastomosis da un 3% de mortalidad. El resultado lejano en enfermos operados cuando menos con dos años con anterioridad es: 80% curados, 18% mejorados; mientras que

los operados por resección constante solo dan: 70% curados, 15% mejorados y 15% que no han recibido beneficio (The Mayo Clinic.— Volumen X, 1919 p. 77)

No es posible señalar la indicación en cada uno de los diferentes tipos de operación, que son diferentes en cada caso.

Por lo que refiere a las úlceras del duodeno, en 100 casos operados 10 años antes el que menos, el 88% han curado permanentemente; siendo la mortalidad operatoria inmediata de 1, 11% (Balfour. *The case against gastro-enterostomy*. Journal of the American Medical Association.— Agosto 23 de 1924.— p. 603).

Woolsey de Nueva York, sobre casos operados más de cuatro años antes, señala un 90% de curación (George Woolsey.— *The question of gastro-enterostomy in duodenal ulcers— Surgery, Gynecology and Obstetrics* — Enero de 1926,— p. 90).

Para las úlceras del duodeno la elección del procedimiento es menos difícil porque se tiene la gastro-entero anastomosis que dá muy buenos resultados en el mayor número de los casos. Los autores de la memoria proponen la anastomosis entero-intestinal como complementaria de la gastro-entero-anastomosis. Esta anastomosis secundaria fué ideada en los principios de la cirugía gástrica para evitar, corregir y curar el círculo vicioso que se presentaba con frecuencia, pero posteriormente se ha terminado ese círculo vicioso porque no debe presentarse sino cuando se hayan cometido errores o no se hayan ajustado a los principios que se han aceptado en la práctica de la operación. Abrir dos veces es complicar la operación y tener una probabilidad de infección.

Es lo que tiene que decir respecto al trabajo presentado.

Dr. Rivero.— Después de las consideraciones tan amplias del Dr. Valdés queda poco que decir. No se va a referir al trabajo sino a algunas ideas que le surgieren al mismo.

El fin principal que se proponen los autores es buscar el mejor tratamiento del padecimiento. Debe considerarse una importancia más grande a la etiología del padecimiento, porque tratar de curar solo el síntoma es tener la posibilidad de que el fenómeno se repita. Bastaría recordar lo que podría suceder si un cirujano operara a un individuo atacado de gangrena de un miembro y que se limitara a hacer simplemente la operación sin curar la enfermedad, que la produjo. En el estudio de la úlcera debería buscarse la etiología. El doctor Valdés dijo que en algunos casos la úlcera del estómago podría ser causada por la sífilis y que en este caso el tratamiento antisifilítico sería de importancia muy grande. Hay casos en los que se puede comprobar la naturaleza sífilítica del padecimiento pero otros es más difícil, a pesar de la reacción de Wasserman que en algunos casos es negativa, el origen de la úlcera es sífilítico. Se refiere a los casos de sífilis hereditaria. Algunos opinan que la úlcera se produce

por la lesión de una arteria y por eso tiene la forma circular, otros por la reacción del jugo gástrico y una especie de auto-digestión de la mucosa.

Cita el caso de un joven que hace 6 años tuvo los síntomas de una úlcera gástrica comprobada por una hematemesis y dolores. Este joven cuenta 18 años, es hijo de un sífilítico y cuando lo reconoció ya había sido tratado por otro médico. Acordándose de este detalle mandó hacer la reacción de Wasserman que resultó débilmente positiva. Se le instituyó un tratamiento antisifilítico y una dieta moderada. Curó rápidamente. Se ha seguido el tratamiento antisifilítico y no ha vuelto a presentar ninguna manifestación.

Conoce otro caso. Se trata de una señorita que tiene un padecimiento gástrico desde hace quince años y ha presentado alternativas de mejoría y vuelta de la enfermedad sin haber tenido las hematemesis ni las hemorragias ocultas. Ha empleado todos los procedimientos que aconsejan los médicos porque no quiere operarse y ha obtenido una mejoría bastante acentuada. Ultimamente tuvo conocimiento de varios de sus familiares, tiene una tía histérica, un hermano epiléptico, otro con perturbaciones gástricas y con estos antecedentes recurrió al mutanol y con gran sorpresa ha visto desaparecer los accidentes. Son casos que vale la pena estudiarlos antes de decidirse a aceptar cualquier procedimiento.

En la memoria se refieren los autores al diagnóstico por los rayos X y el Dr. Valdés ha hecho una crítica de la radiología y casi la desecha. Porcher dice: que, «de cada cinco úlceras que se diagnostican sin la intervención de los rayos X, 4 salen falsas. En primer lugar: el resultado se debe a una radiografía bien hecha, y en segundo, no basta la interpretación de la sombra, sino que debe hacerse un estudio de la fisiología del estómago cuando tiene adentro el alimento opaco a los rayos X y todos los detalles más insignificantes. Se debe sacar una serie de radiografías que demuestren como se hace la contracción y como se vacía para poder apreciar la depresión de la gran curvatura y comprobar que es realmente permanente. La radiografía es de gran valor. Cree que no debe asentarse un diagnóstico de úlcera del estómago, sin haber aplicado los rayos X. Esto es de gran importancia, así como el estudio del quimismo y lo relativo a las hemorragias ocultas. No recuerda si los autores hicieron hincapié en este punto. Es de la opinión del Dr. Valdés que no debe asentarse que la curación sea por el tratamiento médico o quirúrgico, queda la resolución para cada caso especial. Hay un padecimiento que no constaba en la Patología, las erosiones del estómago que tienen síntomas parecidos a las pequeñas hematemesis, hay hiperclorhidria, hay dolores y se curan por los medios médicos. En la peri-colecistitis pueden presentarse dolores que se pueden confundir con la úlcera del estómago.

Dr. José Tomás Rojas. — Pide una disculpa por haber presentado el trabajo por escrito; es una crítica al trabajo presentado por el Dr. Ayala.

Siendo muy avanzada la hora pide la palabra para la próxima sesión, el Dr. Castañeda.—Se le concede.

Se levanta la sesión a las 21 y 15 con asistencia de los doctores Ayala González, Aragón, Castañeda, del Raso, Iglesias M., Izquierdo, Hurtado, Espinosa de los Reyes, Landa, Monjaráz, Meza Gutiérrez, Ocaranza, Ramírez E., Rojas J. T., Valdés, Vélez y el suscrito.

Secretario Anual,
LUIS RIVERO BORRELL

ACTAS DE SESIONES

SESION DEL DIA 7 DE ABRIL DE 1926.—PRESIDENCIA DEL
SR. DR. FRANCISCO BULMAN.

LOCALIZACION DE CUERPOS EXTRAÑOS.

A las 19.30 se abre la sesión.

Lectura del acta de la anterior, que previas las modificaciones propuestas por los Dres. Monjaráz y Vilarreal es aprobada.

El **Dr. Malda**, presenta a un individuo operado por él, que tenía una herida por proyectil de arma de fuego en el cuello, atravesando regiones de mucha importancia. Habiendo hecho la radiografía se encontró el proyectil demasiado bajo, muy cerca de la articulación de la primera costilla, delante de los apófisis transversos de la quinta y sexta cervical. El enfermo presentaba taquicardia y era preciso intervenir, aun cuando la intervención se presentaba difícil por tener que atravesar por la región carotidea. Tomados todos los datos, los más precisos para localizar el cuerpo extraño, se propuso seguir la técnica que ya había pensado. Es muy afecto a las incisiones curvas, y entró haciendo una disección en este sentido. Con el conocimiento de los planos de los tejidos fue progresando con el escalpelo y después de haber salvado las partes de la piel, llegó a la vena; metiéndose profundamente para buscar la relación y hacer el vaciamiento de los tejidos para distinguir con toda claridad el lugar en el que suponía se encontraba el proyectil, y haciendo la exploración hacia abajo resultó negativa; se hizo hacia arriba y resultó negativa también. Teniendo el radiologista al lado, le había marcado el sitio exacto en que se encontraba el proyectil pero no habiéndolo encontrado en el lugar, no era ni moral ni quirúrgico hacer debridaciones sin tener una base fija de donde partir y, recordando otra operación semejante que había visto practicar, condujo el enfermo a la pantalla, pudiendo ver que el proyectil había cambiado de sitio. Se sacó una nueva radiografía con el dedo aplicado al lugar donde se suponía estaba la bala deslizada.

El proyectil debía encontrarse contra la columna vertebral, puesto que el simpático estaba lesionado y recordando que había un tejido flojo por donde pudiera haberse deslizado, había que sacarlo. Este individuo había tenido manifestaciones dramáticas en su período de anestesia, pasando por un período muy difícil. La radiografía indicaba que el proyectil estaba más allá del lugar. Entonces se prolongó la incisión hacia arriba separando más con el gancho, llegando a encontrar el proyectil inmediatamente atrás de lo que corresponde a la boca del esófago. El proyectil estaba encapsulado en la porción que corresponde al músculo largo del cuello, se aisló y pudo extraerse la bala.

Este hecho es muy interesante por lo que se refiere a la extracción de cuerpos extraños, porque la operación no tiene nada de particular, ocho días después se le presentó el caso de un niño que tenía una aguja. Se sacó la radiografía y le pareció muy sencillo sacarla, haciendo, como acostumbra, incisiones curvas, llevando la idea de que con frecuencia, al hacer esta clase de incisiones se encuentra la aguja en el tejido que se levanta o en el que está debajo. En esta vez no la encontró y mandó que se llevaran al enfermo a la sala de rayos X para continuar la operación con esta ayuda. Se hizo una incisión profunda y se encontró con que la aguja se había deslizado. No es la primera vez que le acontece. Recuerda un hecho interesante. El caso de un niño que presentaba una fractura en la extremidad inferior del húmero. Se habían hecho fotografías estereoscópicas que demostraban que la fractura se encontraba hacia delante y en la intervención se encontró hacia atrás. Todos los cuerpos extraños se deben extraer bajo la lámpara de rayos X porque aun con los datos suministrados por las radiografías pueden cambiar los cuerpos extraños en un momento dado. Vió en Berín sacar fragmentos de postas de una tibia y le pareció de interés porque son de aquellos casos que no siempre se presentan y, que cree que el resultado es más rápido y más seguro, teniendo el auxilio del radiologista.

Se nombra a los Drs. Valdés y Castañeda para que reconozcan al enfermo que presenta el Dr. Malda.

Se suspende un momento la sesión.

Examinado el enfermo, se reanuda la sesión y toma la palabra el Dr. Valdés.

Es muy interesante la operación que acaba de presentar el Dr. Malda, teniendo interés desde diversos puntos de vista: 1^º—Tal vez el más notable, que el individuo que esté con vida después de haber recibido una herida en un lugar cuyo punto de entrada es hacia la derecha, arriba de la laringe, un proyectil de buen tamaño y que se alojó delante del cuerpo de la sexta

vértebra cervical y que pudo haber herido cualquier órgano noble de los que atraviesa esta región sin haber lesionado los órganos. No es este el primer caso de herida del cuello en estas condiciones. Recuerda que hace tiempo fué a su sanatorio un soldado que tenía atravezado el cuello en la base, entrando la bala de un lado y saliendo por el otro, pasando por la columna vertebral sin haber lesionado ningún órgano. Este soldado no tuvo ninguna perturbación en su curación. Felicita al Dr. Malda por su operación. Cree que se haya desalojado la bala al hacer las maniobras de exploración, o tal vez durante la anestesia que dice que fué muy agitada. Muchas veces sucede que cuerpos extraños que pueden sentirse sobre la piel intacta, al dividir los tejidos, se pierde la sensación del cuerpo extraño y puede estarse muy cerca de él sin sentirlo. Recuerda el caso de un individuo que recibió una herida por mausser que le produjo una herida en la nalga y quedó el proyectil dentro. Tuvo transtornos, comprendiendo neuralgias del ciático e impotencia funcional y se decidió a hacerle la operación. El proyectil estaba tocando el cuello del fémur, entre el trocanter y la cabeza. Una operación se le había hecho en Guadalajara y tuvo hemorragias abundantes. En estas condiciones vino a la capital y se intentó hacer una segunda operación para intentar la extracción del cuerpo extraño que estaba lastimando el ciático, y al hacer la disección, se encontró un aneurisma de lo anterior y disecada esta bolsa, se pudo sacar el proyectil, aunque con gran dificultad. No es raro que explorando una herida donde se siente clara la sensación del cuerpo extraño, al llegar al lugar, se pierda por haberse desalojado. Cita el caso de otro individuo con una herida y un proyectil entre la quinta y sexta vértebras lumbares, y al hacer la exploración se sintió que el proyectil se deslizó. Al hacer la radiografía se encontró con que estaba alojado en la segunda vértebra dorsal. En este caso había colocado al individuo con la cabeza hacia abajo para evitar la pérdida de una gran cantidad de líquido interorquídeo. Las agujas suelen desalojarse con los movimientos, y al estar explorando la región. En la extracción de cuerpos extraños se debe tener mucho cuidado y preveer estos desalojamientos.

Dr. Castañeda.—El caso del Dr. Malda es muy interesante y tiene muchos puntos que considerar. El diagnóstico de un cuerpo extraño en el caso de proyectil incrustado es más difícil cuando el proyectil no tiene un orificio de salida. En este caso no hay un punto de referencia para trazar la línea imaginaria y darse una idea de los órganos que atravieza. El proyectil estaba arrojado profundamente y el diagnóstico por la vía fisiológica era aproximado. El problema quirúrgico era difícil de resolver. Había que medir los peligros de la intervención y los peligros de dejar la bala

incrustada. No se podían hacer grandes brechas y tallar grandes colgajos. Respecto de la movilidad de los proyectiles, es muy cierto que se deslizan, no porque caminen solos, sino con los movimientos musculares o con las manipulaciones al extraerlos. Cita el caso de extracción de una bala en la columna vertebral, y el de un señor que tenía una bala en una nalga; el cirujano al hacer la operación no la encontró. Recurrió al Dr. Madrazo quien le fué trazando el camino, la bala estaba encasquillada. El problema de los cuerpos extraños es de alta cirugía y siempre debe de ir acompañando de la radioscopia.

Dr. Villarreal.—Ha tenido el gusto de ver las radiografías del Dr. Malda. Dice que el Dr. Barreiro va a presentar un aparato de su invención que ha dado muy buenos resultados. Parece que lo que más le sirvió fueron las radiografías. Al sacarlas hay que pedir ciertos datos al radiólogo, acostumbra rectificar las radiografías con las fluoroscopías. Mientras mayor sea el número de los procedimientos que se empleen para completar el diagnóstico, más seguro se siente el cirujano de lo que va a hacer. Dice que cuando se hace la extracción de cuerpos extraños con aplicación de rayos X hay que tener cuidado de no meter las manos en el campo de exploración, porque sus manos pueden recibir lesiones considerables, lo mismo pasa con los pacientes. Ha visto enfermos que han sido sometidos a las radiaciones de los rayos X, produciendo radiodermitis que han dilatado en su curación hasta dos años.

Puede suceder que las balas se deslicen como en el caso citado por el Dr. Valdés, y el de un Ingeniero que al ir en un tranvía recibió un balazo, sintió como un calambre en las piernas, quiso levantarse y ya no pudo. Tuvo una paraplegia completa.

Se hizo la localización del proyectil con gran dificultad, y al hacer la intervención lo sintió, lo tomó con una aguja de raquianestesia, lo apretó y, mientras dividía el tejido, sintió que el proyectil se deslizó y desapareció. Entonces metió la aguja en el espacio de atrás, cogiendo el proyectil por la culata y lo sacó. Se salvó de la amputación pero sus movimientos no fueron completos. Cita otro caso de deslizamiento de una bala en un muchacho que recibió una herida en el pecho y al hacer la incisión se escapó el proyectil. Se hizo una operación muy semejante a la que describe el Dr. Malda. Uree que pueda recurrirse a las incisiones longitudinales. En cuanto a las agujas, ha visto muchos casos de operación sin resultados. Haciendo las radiografías estereoscópicas, se puede hacer la extirpación de la aguja con una simple inyección de cocaína.

Dr. Malda.—Pide la palabra únicamente para dar las gracias a los se-

ñores que se han ocupado de su trabajo. Cree haber interpretado las ideas de ellos y que todos han dicho que la extracción de cuerpos extraños es un problema que se presenta al cirujano, y hay que ir preparando, porque en un momento dado puede cambiar de sitio. Piensa que mientras más pequeño es el cuerpo extraño, es más difícil de extraer, que un voluminoso como la bala. Respecto a la forma de la incisión, hay que seguir el procedimiento clásico, pero cuando se tiene que entrar a un lugar difícil, hay que hacer una incisión grande, sobre todo, cuando se trata de la cirugía del cuello, que necesita luz, y mucha luz.

Pasa la Academia a sesión secreta.

El Sr. Presidente nombra a los Sres. Académicos: Pruneda, Perrín, Ocaranza, Vélez y Silva, para que representen a la Academia en la Reunión de la A. M. A. que se verificará en Dallas.

Se leen los turnos de lectura.

Asistieron los Dres.: Bulman, Castañeda, Cícero, Hurtado, Izquierdo, Gama, Landa, Miranda, Monjaráz, Malda, Prof. Noriega, Dres. Pruneda, Perrín, Ramírez E., del Razo, Rojas, Villarreal, Valdés y

El Secretario Anual.

LUIS RIVERO BORREL.

ACTA DE LA SESION SOLEMNE VERIFICADA EL DIA 14 DE ABRIL DE 1926, PARA RECIBIR A LOS NUEVOS ACADEMICOS.— PRESIDENCIA DEL SR. DR. FRANCISCO BULMAN.

Se abrió la sesión a las 19.30.

El Sr. **Dr. Landa** se excusó de no asistir a la sesión por urgente ocupación, y se concedió el uso de la palabra al nuevo académico Sr. Dr. D. José Meza Gutiérrez, quien, en nombre propio y en el de los Drs. que con él ingresaron este día en la Academia, leyó un discurso de agregación.

El Sr. **Dr. D. Alfonso Pruneda**, Secretario Perpetuo, contestó el discurso anterior, dando la bienvenida en nombre de la Corporación, a los nuevos Socios.

Con lo que terminó la sesión a las 20 y 45, a la que asistieron los señores Drs.: Arroyo, Bulman, Cícero, Castañeda, Prof. Cordero, Gama, Godoy Alvarez, Malda, Miranda, Monjaráz, Osornio, Perrín, Prieto, Pruneda, Ramírez E., Rojas José Tomás, Silva, Soberón, Vélez, Viramontes y los de nuevo

ingreso, Sres. Drs.: Ayala González, Barreiro, Meza Gutiérrez, Pous Cházaro, Ramírez y Torres Torija.

El Secretario Anual.
Luis RIVERO BORREL.

SESION DEL DIA 21 DE ABRIL DE 1926.—PRESIDENCIA DEL
SR. DR. FRANCISCO BULMAN.

**HERNIA DEL RECIEN NACIDO.—LA PRACTICA Y LOS
RESULTADOS DE LA VACUNACION.**

A las 19.30 se abre la sesión.

Lectura del acta de la sesión anterior anterior, que sin modificaciones es aprobada.

Dr. Soberón.—Lectura de su trabajo de turno titulado: "Heruia del recién nacido". Presenta el niño operado y se nombra al Dr. Rivero Borrell para que lo examine.

Dr. Rivero.—Ha examinado al niño que presenta el Dr. Soberón. El niño tiene ocho meses de edad y está muy bien desarrollado, y presenta un aspecto de completa salud. Según informa la madre, el niño no sufre ninguna molestia, sus funciones digestivas son perfectas y su carácter es normal. La descripción que ha hecho el Dr. Soberón demuestra que el caso es interesante y se presenta raras veces, y debe intervenir inmediatamente, porque de no hacerlo así las consecuencias son extremadamente serias. La extirpación de la cúpula que contiene los intestinos no ofrece gran dificultad, pero la reparación de la pared es lo que parece más interesante, porque dada la estructura del niño, la pérdida de substancia es grande y para que los tejidos puedan cicatrizar sin quedar tirantes ni desgarrar los tejidos en lugares por donde pasan los hilos metálicos, es cosa de gran cuidado. Los hilos metálicos son de absoluta necesidad y tienen ese gran defecto, no ha observado casos semejantes, pero ha visto en los de extrofia de la vejiga con qué facilidad se separan los tejidos. En este niño se ve la cicatriz y una saliente que aumenta de volumen cuando el niño llora, parece que le ha quedado una pequeña perforación por donde sale algo del contenido del vientre, pero dada la facilidad con que los niños curan,

cree que esto llegará a desaparecer; felicita al Dr. Soberón por su habilidad.

Dr. Soberón.—Le agradece al Dr. Rivero su felicitación, y quiere decirle que en efecto se hace necesaria la aplicación del aparato del Dr. Scott para curar las hernias comunes de los niños, pero que en este caso, con el tiempo es suficiente para que el anillo umbilical acabe de cerrar esta hernia y que es muy importante penetrarse de la idea de la oportunidad operatoria, porque es muy triste ver a un niño eventrarse, por no haber intervenido a tiempo. Respecto a la anestesia en los niños, debe ser profunda para que no pujan y no se exterioricen las vísceras porque ésto tiene grave inconveniente. Unas cuantas gotas de anestésico son suficientes para provocar la anestesia profunda. Está usando la anestesia regional particularmente en las hernias del ombligo. Operó a una mujer con una hernia extrangulada, con cocaína con perfecto resultado. Esto no es de aplicarse en niños de la edad del que presenta.

Dr. Izquierdo.—Recuerda que entre las bases de la Academia existe una que expresa que la Academia puede hacer indicaciones sobre determinado asunto de interés o de práctica. Lleva unas consideraciones que no tienen interés para los señores académicos, pero que podrán ayudar a los médicos brigadas de vacuna a desempeñar con éxito su cometido. Se refiere a la práctica y los resultados de la vacunación.

Dr. Bulman.—Felicita al Dr. Izquierdo por ese trabajo, y dice que hay muchos médicos que ignoran la evolución de la vacuna y la manera de vacunar. Es muy frecuente que se reciban quejas diciendo que no se ha vacunado bien, o que la vacuna no ha servido, sobretodo en los lugares de tierra caliente. También dice que ya comenzó a recibir el virus en envases como los ha descrito el Dr. Izquierdo, y que les encuentra el inconveniente de que cuando se tiene que mandar gran cantidad a los Estados, resulta un bulto voluminoso, pero para el Distrito Federal son muy ventajosos.

Lectura de turnos para la próxima.

Se levanta la sesión a las 21 horas, con asistencia de los Sres. Dres.: Izquierdo, Landa, Monjaráz, Paz, Ramírez E., Rojas José Tomás, Soberón, Ulrich y el suscrito.

El Secretario Anual.

Luis RIVERO BORREL.

SESION DEL DIA 28 DE ABRIL DE 1926.—PRESIDENCIA DEL
DR. FRANCISCO BULMAN.

ALGO SOBRE TUBERCULOSIS PULMONAR.

A las 19.35 se abre la sesión.

Se da lectura al acta de la sesión anterior, que sin modificaciones es aceptada.

Lectura de la lista de publicaciones recibidas.

Dr. Estéban Pous Cházaro.—Lectura de su trabajo de turno titulado: "Algo sobre tuberculosis pulmonar".

Dr. Brioso Vasconcelos.—El trabajo cuya lectura acabamos de escuchar es una excitativa más para iniciar la lucha contra la tuberculosis. El punto culminante de la memoria, va encaminado a ponderar la necesidad que tenemos de establecer un sanatorio para tuberculosos; esta necesidad ya la hemos conocido de tiempo atrás; el Dr. Ramos acostumbraba hablar en sus lecciones de patología interna, de la tuberculosis, encareciendo la necesidad de un sanatorio, recomendaba un punto del Estado de Zacatecas, denominado Guadalupe. Uno de los primeros acuerdos del Gral. Obregón fué dictar la orden para un Sanatorio para tuberculosos que se establecería en un punto situado en la carretera que une esta capital con el Estado de México, en el Rancho de la Marquesa, y por último se ha pensado construirlo en Perote. El hecho es que hasta ahora no tenemos un sanatorio, y abundan los tuberculosos del pulmón. Cree que la llamada que ha hecho el Dr. Pous, debe hacerse conocer y tomarse muy en cuenta para apoyar esta idea. Cree que la verdadera misión social de la Academia es llamar la atención, tanto del público médico, como del público en general, sobre determinados asuntos de interés general relacionados con la vida y la salud pública, como en el caso presente que se trata de la formación de un sanatorio para enfermos del pulmón.

Se ha dado el caso de que un enfermo con tuberculosis incipiente haya pretendido entrar al Hospital General y no lo aceptaran, diciendo que era una tuberculosis cerrada, y no lo era; por haberse comprobado con el análisis del esputo que se había demostrado que existían numerosos bacilos. Aquel enfermo era portador de gérmenes. Recientemente se han repartido unos avisos en los que se recomienda no escupir fuera de las escupideras; cree que es una medida acertada comenzar siquiera la lucha contra el esputo.

Termina felicitando al Dr. Pous por la atingencia con que desarrolló su primer trabajo.

Dr. Pruneda.—Felicitá al Dr. Pous porque ha desarrollado un trabajo que se refiere a un problema de interés social. Uno de los aspectos más importantes de la profesión médica es, como ha dicho el Dr. Brioso, luchar contra determinados asuntos relacionados con la vida pública y procurar evitar el contagio en la forma que se presente. Recuerda que ya en el año de 20 al 24, en el Departamento de Salubridad, se hicieron dos trabajos de propaganda: uno durante la semana de Salubridad, desarrollando ciertas actividades sobre diferentes aspectos, llamando la atención sobre la tuberculosis y otro que se llamó el día de la tuberculosis y tuvo mucho interés, porque se logró que en toda la República se distribuyeran folletos relacionados con este padecimiento, y que se hablara en las escuelas y en las iglesias. Quiere llamar la atención sobre una persona que en la campaña contra la tuberculosis ocupa un lugar interesantísimo, la enfermera visitadora. Estas personas ocupan un lugar muy interesante; cree que una enfermera bien preparada podrá llegar a todos los hogares y hacer lecciones prácticas de higiene. Recogiendo la idea del Dr. Pous, pide a la Academia se nombre una comisión formada por los Drs. Bulman, Consejero Técnico del Departamento de Salubridad que tiene a su cargo la sección de Enfermedades Transmisibles, el Dr. Brioso y el Dr. Pous, para que estudie este punto y proponga la forma en que la Academia puede contribuir a la resolución de este importante problema.

Dr. Vélez.—Los oftalmólogos no han sido indiferentes a la cuestión de la tuberculosis en México. En el Congreso del Saltillo se presentó un trabajo referente a la utilidad de las reacciones oftalmológicas para el diagnóstico de la tuberculosis. Este asunto fué motivo de una larga discusión. Propone se acerquen a la Cruz Blanca para que ella sea la que se encargue de hacer la campaña.

Dr. Bulman.—Pregunta si se toma en consideración la proposición del Dr. Pruneda. Se acepta. Queda nombrada la comisión.

Dr. Pruneda.—La Academia nombró una comisión para que la representara en Dallas. El Dr. Perrín rendirá un informe del mitin.

Dr. Brioso.—Lectura del informe de la Tesorería, que fué aprobado previa algunas aclaraciones pedidas por el Dr. Villarreal.

Dr. Bulman.—Comunica que el día 5 del próximo mayo no hay sesión pero que debiendo recibir a los médicos americanos, habrá una sesión extraordinaria que se verificará el día 8.

A las 20.30 se levanta la sesión.

Turnos de lectura.

Concurrieron los Sres. Drs.: Arroyo, Brioso, Pruneda, Pous Cházaro, Perrín, Rivero, Ramírez V., Ramírez E., Rojas José Tomás, Villarreal, Vélez y el suscrito.

Secretario Anual.

Luis RIVERO BORREL.

SESION DEL DIA 12 DE MAYO DE 1926.—PRESIDENCIA DEL DR. FRANCISCO BULMAN.

LA DIGITAL QUE SE CULTIVA EN LOS JARDINES.—TRATAMIENTO DE LOS QUELOIDES POR LA NIEVE CARBONICA.—CONSIDERACIONES ACERCA DE LAS ULCERAS DEL ESTOMAGO Y DEL DUODENO.

A las 19.40 se abre la sesión.

Lectura del acta de la sesión anterior, que sin modificaciones es aprobada.

Lectura de la lista de publicaciones recibidas en la Biblioteca.

Prof. Noriega.—Presenta su trabajo de turno titulado: "La digital que se cultiva en los jardines".

El **Dr. Silva** pide prórroga de un mes para presentar su trabajo.

Dr. Vicente Ramírez.—Lee su trabajo de turno titulado: "Tratamiento de los queloides por la nieve carbónica".

Dr. Brioso.—Dice que hace algunos años el Dr. Urueña presentó a la Academia sus observaciones, que fueron las primeras, en el uso de la nieve carbónica y en aquella ocasión, el Dr. Urueña describió la técnica empleada y los aparatos, con todos los detalles para obtener el lápiz carbonizante; desde entonces no se había hecho otra observación, y se felicita de haber escuchado la del Dr. Ramírez V., en la que relata sus observaciones, pero aplicada la técnica a otra dermatosis, el Dr. Urueña se refería a los casos de lupus y ahora el Dr. Ramírez se ha referido al tratamiento de los queloides por la nieve carbónica.

Era de desearse que hubiera presentado a los enfermos para haberse dado cuenta de la curación de ellos ya que si bien es cierto, que su enfermedad no es grave, sí es repugnante. Si no es posible que pueda demos-

trar a los enfermos, le pide presente, por lo menos, fotografías de los enfermos antes y después de la curación. Felicita al Dr. Ramírez por su primera memoria, que es una contribución en el estudio de su especialidad.

Dr. Abraham Ayala González.—Lee su trabajo de turno titulado: "Consideraciones acerca del diagnóstico y tratamiento de las úlceras crónicas del estómago y del duodeno".

Dr. Hurtado.—Para expresar su impresión en el asunto. Cree que este trabajo se debe discutir muy ampliamente y se presta para una amplísima monografía.

Por ser ya la hora reglamentaria, piden la palabra para la próxima sesión, para discutir el asunto, los Sres. Drs.: Valdés, Rivero, Rojas José Tomás y Castañeda.

Se levanta la sesión a las 21 horas, con asistencia de los Sres. Drs.: Ayala González, Brioso, Bulman, Castañeda, Hurtado, Gama, Izquierdo, Monjaráz, Meza Gutiérrez, Noñiega, Landa, López D., Prieto, Paz, Pous, Ocaranza, Ramírez Vicente, Rojas José Tomás, Tapia F., Valdés, Viramontes y el suscrito Secretario.

Luis RIVERO BORREL. (1)

SESION DEL DIA 26 DE MAYO DE 1926.—PRESIDENCIA DEL
DR. FRANCISO BULMAN.

**CONSIDERACIONES ACERCA DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE
LAS ULCERAS CRONICAS DEL ESTOMAGO Y DEL DUODENO.**

Se abre la sesión a las 19.45.

Lectura del acta de la sesión anterior, que es aceptada sin modificaciones.

Publicaciones recibidas en la Biblioteca y que están a disposición de los Sres. Académicos.

El **Dr. Vélez** pide una prórroga de ocho días para leer su trabajo de turno. Se le concede.

El **Dr. Tapia Fernández** suplica se le conceda prórroga de quince días para presentar su trabajo por encontrarse enfermo.

El **Dr. Ayala González** da lectura a su escrito en el que se refiere a la crítica que hicieron a su trabajo de turno los Srs. Vélez, Rivero y Rojas.

Dr. Rojas.—La controversia entre él y el Dr. Ayala no es ni puede ser causa de que desconozca los méritos del citado Dr. de quien es verdadero

(1).—El acta de la sesión del día 19 de mayo fué publicada en la pág. 381 de este tomo LVIII de la "Gaceta Médica de México".

amigo, y opina que sus conclusiones no difieren más que en la forma. El Dr. Ayala le llama úlcera erónica a la úlcera callosa o complicada, y para nosotros la úlcera crónica se caracteriza por su evolución, pero es crónica desde su principio. Algunos autores afirman que úlcera equivale a operación; sin embargo, la úlcera sifilítica se sujeta al tratamiento anti-sifilítico antes de operarse y cuando se opera es para corregir las consecuencias y no para quitar la úlcera. La úlcera reciente, la úlcera sin complicaciones, es la que se somete al tratamiento médico.

Cree que a pesar de todo lo que ha dicho el Dr. Ayala, están de acuerdo en el fondo de la cuestión. La operación de la úlcera es más grave mientras más alta se encuentra, mientras más cerca del cardias esté. Se le ha dicho que esta operación es posible en el cadáver, pero en el vivo es muy difícil.

Respecto a que se debe seguir a la escuela francesa y llamarles a las úlceras yustapilóricas o si deben considerarse por su situación anatómica; siente disentir de su opinión y no poder convencerlo. Esta clasificación es por que tales úlceras están del lado del estómago o del duodeno tienen síntomas pilóricos y no se curan lo mismo que las úlceras de la segunda o tercera porción que tienen una sintomatología y una terapéutica distintas.

El Dr. Ayala le critica que haya dicho que no está de acuerdo con la moral médica el dejar a un enfermo sin operar cuando éste se rehusa y el médico cree que es la única manera de salvarlo, al decir esto no se ha referido al Dr. Ayala, porque si no hubiera tenido confianza en su moral médica, no se hubiera puesto en sus manos.

Refiriéndose a la posible transformación en cáncer, dice que se inclina por las estadísticas bajas y no por las de los hermanos Mayo que presentan sesenta y setenta por ciento de cancerizaciones, porque él nunca ha visto cancerizarse a ninguno de sus ulcerosos. Repite que están de acuerdo en el fondo pero no en la forma de expresarse, y que seguramente llegarán a las mismas conclusiones de que las úlceras sin complicaciones y las recientes, son de tratamiento médico; úlceras antiguas o con complicaciones son de tratamiento quirúrgico.

Se leen los turnos de lectura para la próxima, y se levanta la sesión a las 21 horas con asistencia de los Sres. Dres.: Ayala González, Aragón, Alonso, Cordero, del Raso, Gama, Iglesias, Izquierdo, Landa, Miranda, Monjaráz, Ocaranza, Perrín, Rojas José Tomás, Troconis, Vallarino, Vélez, Valdés, Villarreal, Viramontes y el suscrito.

Secretario Anual.

Luis RIVERO BORREL.

SESION EXTRAORDINARIA DEL DIA 3 DE MAYO DE 1926.
 PRESIDENCIA DEL SR. DR. FRANCISCO BULMAN.
 SESION EN HONOR DE LOS MIEMBROS DE LA ASOCIACION
 MEDICA AMERICANA.

A las 19.30 se abrió la sesión.

El señor Presidente hizo la presentación de los visitantes, médicos de la Asociación Médica Americana que después de la reunión efectuada en Dallas, Texas, se encuentran en México conociendo nuestro país.

A continuación el Dr. Miranda, en uso de la palabra que le fué concedida, pronunció el siguiente discurso:

«The National Academy of Medicine is honoured today with the visit of members of the American Medical Association.

It is my privilege to address you in behalf of this Corporation offering you the bread and salt of our heartiest hospitality. You are welcome to Mexico, we hope that you will return to your great country with memories not to be forgotten, and we will be happy in knowing we have been factors in creating a long lasting friendship between the members of the profession of both nations.

When a month ago we had the pleasure to have, Dr. Mac Reynolds of Dallas as our guest and we heard the invitation made to Mexican Doctors to join you in the Dallas meeting, we know that this would be a splendid opportunity to fasten the bonds of amity between your medical association and ours.

You have received with utmost courtesy those of our members which were fortunate to attend to your meeting and we are still more fortunate to receive the visit of distinguished members of your Association.

If our aims and our highest ideals are common, if you strive as we do for a better and better world for our sons to live in, if you are workers as we are, no matter how humble, in the fields of science, if you have in your banner the same words as we have: «Allis vivere» —to live for others— there is no reason why we should not meet, as we have met today under this roof and sign a pledge of friendship that will never be broken in the future,

And we know that you, members of the American Medical Association stand for the highest and noblest ideals of Humanity. Kindly tell your President, Wendell Phillips, that his words have found «a thousand responsive cords in the hearts of his colleagues», not only within the limited space of your own country. but in this land as well.

Tell him that you have seen in the National Museum the stone of sacrifice where blood dripping hearts were offered six hundred years ago to the gods, but you have also seen the hearts of mexican doctors been offered to the cause of humanity in a bloodless, but devoted sacrifice.

American scientists have already proved to us with facts that they are not only dreamers, but practical dreamers as well. We know and will never forget it, that Gorgas was a dreamer who saw his dream realized, we know what the names of Reed, Carroll, Lazear and Agramonte means to America and to mankind. We will never forget that it was in the General Hospital of this city that Ricketts contracted the disease that ended with his invaluable life, and four years ago a young man from the International Health Board was one of the last victims of Yellow Fever in our country.

The pact, as you see, has already been signed with the life of men which, as men of science we must consider as the salt of the earth.

This Academy has worked for more than fifty years in an entiring effort for the advancement of medical knowledge, but, above all it has been formed by men of the type of practitioners of medicine that are profoundly sympathetic with the sufferings of their patients.

Now we are looking forward to the day in which all scientists of the earth will be united destroying all the barriers that may exist, far away from political influences.

Let me repeat to you that we are profoundly pleased with your visit, and may this be not the last occasion to extend to you our friendly greetings.

FRANCISCO DE P. MIRANDA.

La Academia Nacional de Medicina se honra hoy con la visita de miembros de la Asociación Médica Americana.

Es un honor para mí el poderme dirigir a vosotros en nombre de dicha agrupación, ofreciéndos el pan y la sal de nuestra más cordial hospitalidad. Sed bienvenidos a este país; en el que nuestro más ardiente deseo es, que de regreso a vuestra próspera nación, llevéis gratas e inolvidables impresiones de vuestra estancia en ésta, pudiendo considerarnos felices al saber que hemos contribuido al estrechamiento de los lazos de una amistad imperecedora entre los miembros de la profesión médica de ambas naciones.

Cuando, hace un mes, tuvimos el placer de tener al señor Mac Reynolds, de Dallas, como nuestro huésped, nos sentimos honrados al escuchar la invitación hecha a los galenos mexicanos para asistir a la conferencia de Dallas, con la seguridad de que dicha reunión sería una espléndida oportu-

tunidad para estrechar los lazos de amistad entre vuestra asociación médica y la nuestra.

Os habéis dignado recibir con las más finas cortesías a aquellos de nuestros miembros que fueron lo suficientemente afortunados para asistir a la referida conferencia, pero nosotros nos consideramos muchísimo más honrados aún con la visita de distinguidos miembros de vuestra asociación.

Si nuestros esfuerzos y nuestros más altos ideales son comunes, si lucháis, como nosotros lo hacemos, por la creación de un mundo mejor para nuestros hijos; si sois trabajadores como nosotros, no importa cuán humildes, en el campo de la ciencia; si, como nosotros, teneis por lema «*Allis vivere*» —vivir para los demás,— no existe razón alguna por la cual no nos debamos unir, como lo hemos hecho hoy, bajo el mismo techo, sellando pacto de amistad que nunca será roto en el futuro.

Sabemos que vosotros, los miembros de la Asociación Médica Americana, sostenéis los ideales más nobles y elevados de la Humanidad. Os rogamos decir a vuestro digno Presidente, el Dr. Wendell Phillips, que sus palabras han encontrado eco en el corazón de sus colegas, no solamente dentro de las fronteras de su país, sino en esta nación también. Decidle que habéis visto en nuestro Museo Nacional la piedra de los sacrificios en la cual palpitantes corazones fueron ofrecidos, seiscientos años hace, en lóor de los dioses, pero que también habéis visto los corazones de los médicos mexicanos ofrecerse en bién de la Humanidad, no es sangriento, sino en devoto sacrificio.

Los hombres de ciencia americanos nos han probado, con hechos, que no son únicamente soñadores sino soñadores prácticos a la vez. Nosotros sabemos, sin que lo podamos olvidar jamás, que Gorgas fué un soñador que vió su sueño realizado; sabemos también lo que los nombres de Reed, Carroll, Lazear y Agramonte significan para los americanos y para el mundo en general. Nunca olvidaremos el hecho de que fué en el Hospital General de esta ciudad donde Ricketts contrajo la enfermedad que terminó con su valiosa vida, y que hace cuatro años, un joven del Consejo Internacional de Salubridad fue una de las últimas víctimas de la fiebre amarilla en nuestro país.

El pacto, como podéis ver, ha sido firmado con la vida de hombres que, como hombres de ciencia, debemos considerar *lo mejor de la Humanidad*.

Esta Academia ha trabajado por más de 50 años en una incansable tarea hacia el esclarecimiento de la ciencia médica, pero, ante todo, debemos hacer presente el hecho de que ha sido formada por clínicos que se identifican hondamente con los sufrimiento de sus pacientes.

Hoy estamos mirando acercarse el día en que todos los sabios del mundo estarán unidos al destruirse todas las barreras que puedan existir, quedando ajenos a toda influencia política.

Permitidme que os repita cuán profundamente complacidos estamos con vuestra visita, y que ésta no sea la última ocasión en que podamos brindaros nuestras más amistosas saluciones.

FRANCISCO DE P. MIRANDA.

El Dr. Giffin, de la clínica Mayo, contestó las anteriores palabras expresando que los miembros de la excursión de médicos se sentían tanto más honrados por la recepción que les brindaba la Academia, cuanto que no estaban investidos de representación oficial alguna de parte de la Asociación a que pertenecen.

Dijo además que estaban encantados de las muestras de hospitalidad de que habían sido objeto desde su entrada al país y que jamás olvidarán las impresiones que habían recibido durante su estancia en él, estando seguros de que la amistad existente entre los miembros de la profesión médica de ambos países se estrecharía cada vez más.

El Dr. Vélez hizo una breve comunicación sobre la importancia del dato de la distancia interpupilar en la antropología de las razas indias.

El Dr. Perrín dió lectura a su trabajo titulado: «La microprecipitacion de Kline y Young, para el diagnóstico de la sífilis». Concluida la lectura, hicieron uso de la palabra para comentar el anterior trabajo los señores Doctores Ulises Valdés, Francisco Bulman y Francisco de P. Miranda.

Se levantó la sesión a la que asistieron los académicos, Dres. Arroyo, Bulman, Brioso Vasconcelos, Cervera, Escalona, Hurtado, Landa, López D., Malda, Miranda, Monjarás, Pruneda, Perrín, Pous Cházaro, Rojas Loa, Silva, Soberón, Tapia Fernández, Ulrich, Vélez, Viramontes, Villarreal, Valdés y el Secretario que suscribe.

LUIS RIVERO BORRELL.

ACTAS DE SESIONES

SESION DEL DIA 2 DE JUNIO DE 1926.—PRESIDENCIA
DEL DR. EVERARDO LANDA.

“PROGRESOS DE LA MEDICINA CONTEMPORANEA”.—EL COORDINOMETRO
DEL PROF. W. B. HESS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA
COORDINACION MOTORA DE LOS OJOS.

A las 19.45 se abre la sesión.

Se dió lectura al acta de la anterior, que sin modificaciones fué aprobada.

El **Dr. Escomel** envía su trabajo reglamentario titulado: “Progresos de la medicina en los tiempos contemporáneos”, al cual dió lectura el secretario.

Dr. Rivero.—Toma la palabra para manifestar que hace dos meses leyó un trabajo del Dr. Banda de Guadalajara que emplea un procedimiento igual al que señala el Dr. Escomel en su trabajo y sería una casualidad que a un médico español, de nombre Banda se le hubiera ocurrido emplear el mismo procedimiento que emplea el médico mexicano; cree que tal vez ha sido un error del Dr. Escomel, que ignora la nacionalidad del Dr. que cita.

Dr. Cicero.—Cree que sería muy conveniente que se dirigiera el Secretario al Dr. Escomel para que se hiciera la aclaración.

Dr. Landa.—Es de aprobarse lo propuesto por el Dr. Cicero así como dirigirse al Dr. Banda para hacer la aclaración.

Dr. Vélez.—Cede la palabra al Dr. Silva que tiene preparado un trabajo y una pequeña instalación.

Dr. Silva.—Lee su trabajo: “El coordinómetro del Profesor Hess para el diagnóstico de los trastornos musculares del ojo.

Dr. Vélez.—Es de felicitar al Dr. Silva por el trabajo que ha presentado a la Academia. El problema de las insuficiencias, paresias y parálisis, ha

aido para los médicos generales uno de los más difíciles. El Dr. Silva hace un estudio muy completo del asunto que sirve no solamente para los especialistas sino para los médicos en general; está lleno de pequeños detalles y, al presentar el aparato del Profesor Hess, el Dr. Silva hace una explicación muy clara. En ciertos padecimientos el especialista está sujeto a los datos que recoge del enfermo y empleando este aparato, no hay motivos de confusión y es un medio poderoso para la investigación. El aparato del Prof. Hess es claro, es terminante y al mismo tiempo que utiliza las figuras que están en la gráfica, se recogen datos exactos; esta se asemeja en gran parte a las gráficas que se toman para medir el campo visual que son de gran utilidad y altamente demostrativas. Cree que el aparato del Prof. Hesse y las gráficas son de gran importancia entre los médicos generales para señalar con precisión el equilibrio que tiene cada ojo con relación al otro. Estas gráficas son muy útiles.

Dr. Hurtado.—Dice que hay algunas parestias y parálisis producidas por intoxicación. Pide al Dr. Silva que haga una serie de investigaciones para catalogar todos los signos y sacar unas gráficas comparativas que puedan ser usadas por los médicos generales.

Dr. Viramontes.—Dice que se han tocado todos los aspectos acerca del trabajo del Dr. Silva y que el método de Hess es útil no solo para los especialistas, sino para los médicos generales, puesto que el aparato, por su manejo sencillo, debe entrar en la práctica general y en el dominio de los médicos y cirujanos. Hay ciertos tumores entre cuyas primeras manifestaciones se encuentran algunos trastornos ligeros de la movilidad del ojo, difíciles de apreciar porque entra mucho en juego la interpretación que se dé el paciente a sus impresiones sin tener, por consecuencia, una base sólida como puede obtenerse con el uso de este aparato. En la medicina general, hay lesiones que determinan ciertas perturbaciones en el equilibrio normal del ojo. El especialista mismo se beneficia con el uso de este aparato porque puede perfeccionar o simplificar una exploración, y hay un aspecto muy interesante: el aspecto médico legal. Entre los puntos importantes que pueden presentarse, está el de poder calcular el grado de incapacidad que puede dejar un traumatismo del ojo en individuos cuya profesión que necesita una agudeza visual muy alta y una conservación completa del equilibrio normal como por ejemplo los talladores de brillantes. Cree que el empleo del aparato tiene una trascendencia mayor de la que se le considera a primera vista. Une sus felicitaciones a las del Dr. Vélez.

Dr. Ocaranza.—Tuvo especial interés en oír el trabajo del Dr. Silva, porque ya había tenido una indicación especial y creyó que este trabajo

lo debían oír no sólo los especialistas, sino todos los médicos y que sería de gran interés. Este aparato presta muy buenos servicios para hacer investigaciones oftalmológicas en lo que se refiere no a los signos musculares vagotónicos como dice el Dr. Hurtado y que se se pueden señalar sin el aparato, ni cuando se trata de la convergencia de los ojos en la exoftalmía, que presenta signos oculares que pueden apreciarse en el aparato, sino cuando se trate de hacer investigaciones más minuciosas.

Dr. Silva.—Da las gracias a sus compañeros por las frases que han tenido respecto a su trabajo; lo eligió siguiendo la idea que se han propuesto los oftalmólogos de ir infiltrando en los médicos generales la necesidad de un conocimiento completo de las enfermedades de los ojos. Para un médico general no es lo mismo el problema que pueden resolver al encontrar una parálisis del motor ocular externo o del motor ocular común, porque contribuye a la localización de una lesión cerebral, protuberancial o bulbar.

El estudio de los ojos para hacer un diagnóstico diferencial, es muy importante. Ha querido presentar ese trabajo que está al alcance de todos los médicos generales, porque ha visto casos de simulación de diplopias muy difíciles de comprobar.

En este aparato hay un control del estado normal y del estado patológico y es de un manejo muy sencillo. La revelación de las lesiones, estudiando lo que puede encontrarse en el mecanismo del ojo, es enorme: todas las lesiones del sistema nervioso y otras que se escapan.

Se levanta la sesión a las 21 horas, con asistencia de las Sres. Dres. Aragón, Cicero, del Raso, Hurtado, Izquierdo, Ocaranza, Perrín, Rojas Loa. Soberón, Silva, Troconis, Torres Torija, Vélez, Valdéz, Viramontes y el suserito

Secretario Anual.

Luis RIVERO BORRELL.

**SESION DEL DIA 9 DE JUNIO DE 1926.—PRESIDENCIA
DEL DR. F. BULMAN.**

DERMATITIS PRODUCIDAS POR LA PROCAINA EN LOS DENTISTAS.

A las 19.35 se abre la sesión.

Lectura del acta de la anterior.

Dr. Cicero.—Presenta su trabajo de turno.

Dr. Castañeda.—Felicita al Dr. Cicero por su trabajo que es una contribución de su especialidad, muy útil para los médicos, cirujanos y den-

tistas. No va a comentar el trabajo porque no es de su competencia, pero quiere referir algo que es oportuno. Hace algunos meses fué a consultarlo una señora en cinta, a la que además de sus fenómenos particulares a su estado, pudo apreciar algunos otros. La señora se quejaba de sentir adormecimientos en las extremidades, manos y pies y además mucha comezón y ardor que le hacía sufrir. Examinadas sus manos y sus pies pudo apreciar que sus extremidades estaban edematosas con cierta deformación en la *dermis*. Preocupado por aquél estado edematoso y teniendo en cuenta el estado de su embarazo, pensó que pudiera ser debido a una insuficiencia tiroidea y que eso pudiera explicar el fenómeno. Le llamaba la atención que el fenómeno se presentara en las cuatro extremidades. Fué tratada con extracto tiroideo y esta señora se curó. Tal vez este dato no convenza al Dr. Cicero, pero él cree que el cirujano, cuando encuentra dermatosis en las embarazadas, puede atribuir las a una insuficiencia tiroidea, que se corrige aplicando el medicamento correspondiente.

Dr. Hurtado.—Felicitó al Dr. Cicero por la contribución que ha traído a la Academia. Encuentra muy clara la dermatosis en dentistas, porque están en contacto con la cavidad bucal siempre infectada y reciben traumatismos, que aun cuando sean insignificantes, al inyectar la cocaína les producen las dermatosis. Recuerda el caso de un dentista que extrajo una pieza a una persona sifilitica, sufrió un traumatismo y se infectó. Refiere asimismo el caso de un individuo que ha sufrido ataques de gota muy intensa y que hace algunos días se le presentó a su consulta con una dermatosis muy molesta: era un eczema duro, sangrante y le prescribió una pomada de diadermina, ictiol y óxido de zinc, habiendo cicatrizado la lesión.

Dr. Cicero.—Da las gracias al Dr. Castañeda y Hurtado por las frases que han tenido para su trabajo. Quiere hacer algunas explicaciones. El caso que refiere el Dr. Castañeda, debe haberse tratado de sidrosis, que consiste en la aparición de vesículas en las extremidades, particularmente en los dedos, con un engrosamiento considerable y erupción que aparece en el verano que puede relacionarse en algunos casos con hiperhidrosis. Los exámenes microscópicos demuestran que no se presentan todas las vesículas al nivel de las glándulas sudoríparas, sino que pueden presentarse en cualquier lugar de la *dermis*. Que esto tenga relación con un estado de toxemia que pueda ser debido a una insuficiencia tiroidea, es lógico y el tratamiento instituido debe estar bien fundado. Le queda una duda. Hay padecimientos de evolución relativamente corta que muchas veces terminan sin tratamiento. Actualmente está muy en boga la aplicación de la Endocrinología, pero cree que en determinados casos puede ser perjudicial. Con respecto

El señor Dr. Demetric López leyó su trabajo reglamentario titulado: "¿Existe el Sodoku en México?"

Puesto a discusión, tomó la palabra el Dr. Ocaranza, quien dice que el Dr. Mosser bacteriólogo del Hospital Americano, ya ha encontrado en México la espiroqueta *morsus muris*; es cierto que no ha descrito ningún caso clínico en México, pero en diversas investigaciones, en ratas, sí encontró la espiroqueta.

Dr. Mesa Gutiérrez.—Va a hacer una aclaración de la misma naturaleza que la del Dr. Ocaranza. El Dr. Mosser hace dos años encontró la espiroqueta y confirmó su existencia en ratas tomadas en diferentes lugares; a él le fueron mostradas por el mismo bacteriólogo americano varias de las preparaciones microscópicas. La relación del trabajo del mencionado doctor fué publicada en los Estados Unidos, en el periódico de la Asociación Médica Americana y en los Anales del Instituto Rockefeller.

Dr. Pous Cházaro.—La historia clínica relatada por el Dr. López es interesante, aunque en la investigación de laboratorio no dió resultado positivo por el hecho de haber sido practicada después de la aplicación de arsenicales y además estas investigaciones muestran mayor número de gérmenes cuando se ejecutan al estar en más abundancia en la sangre, momento que coincide con la máxima elevación de temperatura del paciente; trabajos de esta naturaleza no son hechos frecuentemente en México y es por la falta de estudios de laboratorio que no se conocen casos de algunas enfermedades tropicales que pasan inadvertidas.

Dr. Bulman.—Hace tres años (agosto de 1923), que fué llamado a la casa número 71 de la 4ª calle de Gabino Barreda para ver a una niña que había sido mordida por una rata al introducir la mano en un bote que se le dijo contenía miel.

El Dr. Mosser fué llamado por él, encontrando el germen causal de la dolencia, además vieron a la paciente algunos otros médicos, entre otros el señor Dr. Nicolás Martínez; alguno de ellos diagnosticó viruela y entiende que por esta circunstancia el señor Dr. Ocaranza, entonces Consejero de Salubridad, debe haber tenido conocimiento del caso.

Dr. Ocaranza.—Cuando habló, hace un momento, dijo que no recordaba de otro caso clínico relatado en México, pero al oír la relación del Dr. Bulman, ha recordado los detalles ese caso en el que el padecimiento fué claramente identificado.

Dr. López.—Tenía noticia de los trabajos del Dr. Mosser, pero no los conoce y si han sido publicados lo han sido en el extranjero, por lo que insiste en que el caso por él relatado es el primero que se dá a conocer en Mé-

xico. Dice que el Dr. Pous reprocha que no se tomara la sangre en el momento de la fiebre y que la investigación se hiciera después de la aplicación de arsenicales; no desconocía estos puntos, pero la urgencia de proceder cuando vió a las enfermitas y la necesidad moral de calmar la ansiedad de sus padres lo obligaron a la aplicación de sulfarsenol en su consultorio antes de hacer la investigación del laboratorio, dado que clínicamente no existía duda en el diagnóstico; respecto a la toma de sangre, dicha investigación tanto al señor Dr. Perrín como al Dr. Pérez Grovas y fué en un momento en que la temperatura era más elevada cuando hicieron sus observaciones.

Dr. Pous.—Las palabras con que comentó el trabajo del Dr. López no encierran ningún reproche, únicamente se lamentaba de que no se practiquen en muchos casos, investigaciones de laboratorio.

Dr. Monjarás.—Informa a la Academia que, cumpliendo con la comisión que le fué conferida, visitó al doctor Troconis Alcalá a quien afortunadamente encontró bastante mejorado de sus males.

Dr. Troconis A.—Agradece sinceramente la atención de la Academia al designar en dos ocasiones comisiones para que lo visiten en su enfermedad.

El Secretario que subscribe, lee el acta de la sesión del 9 de junio que, puesta a discusión, es aprobada sin modificaciones.

Se comunican los turnos de lectura para las sesiones de los días 23 y 30 de junio y se levanta la sesión a la que concurrieron los señores Académicos: Aragón, Bulman, Escalona, Gama, Landa, López, Miranda, Mesa Gutiérrez, Monjarás, Ocaranza, Prieto Pous Cházaro, Ramírez E., del Raso, Silva, Troconis, Alcalá, Torres, Torija, Valdez, Viramontes y el suscrito,

Secretario Anual.

Luis RIVERO BORRELL.

SESION DEL DIA 23 DE JUNIO DE 1926.—PRESIDENCIA
DEL SEÑOR DOCTOR FRANCISCO BULMAN.

“LOS FOCOS DE INFECCION LATENTE DE ORIGEN GONOCOCICO.
EN EL PARA-ANEXO.

A las 19 horas treinta minutos da principio la sesión.

El Dr. Miranda en funciones de Secretario, por ausencia del Dr. Rivero Borrell, lee el acta de la sesión del 16 de junio, que es aprobada sin modificaciones.

Se dan a conocer los títulos de las publicaciones recibidas que están a disposición de los señores socios en la Biblioteca.

No estando presente el Dr. Escalona a quien correspondía la lectura reglamentaria, el doctor Miranda lee un trabajo del doctor Ulrich, quien está presente pero por estar enfermo ruega sea leída su memoria.

Esta se titula: "Los focos de infección latente de origen gonocócico en el para-anexo".

Al concluir la lectura es puesto a discusión y toma la palabra en primer término, el doctor Malda quien dice que felicita al doctor Ulrich por su trabajo que es muy interesante, es una demostración más de la estrecha relación entre la Clínica y la Anatomía Patológica. Es indudable que la vía de propagación la constituyen los linfáticos y así como se ven las apendicitis llegar al peritoneo por tales comunicaciones, así también las infecciones gonocócicas de los órganos genitales llegan al para-anexo, y de ahí los abscesos lejanos. Cuantas veces en las intervenciones quirúrgicas del vientre se cae en los abscesos a que se ha referido el doctor Ulrich y así se hacen siembras que provocan peritonitis.

Seguramente el estudio de los "ligamentos anchos" y de la aponeurosis "cache vaiseaus" de Farabeuf, que cubre ampliamente los órganos genitales y con sus vertientes divide los fondos de saco, aclarará el camino de las infecciones. También aquí hay que recordar el "músculo sub-cutáneo sub-peritoneal pélvico" descrito por Petit, que es afectado, aunque es muy útil para la defensa del organismo. Al entrar al vientre a veces no se ven aparentemente lesionadas las trompas o los ligamentos y sin embargo ya han sido afectados.

Es raro ver que el gonococo afecte al endometrio y es porque como dice Petit en él casi no hay planos, recordando asimismo un trabajo del doctor Eliseo Ramírez en el que exponía algunas de las ideas que ha enunciado y con las que está de acuerdo.

Dr. Ulrich.—Dá las gracias al señor Malda y agrega que si algún valor tiene el punto que trató es el de los hechos observados, siendo fruto de la experiencia personal. Le agradece las enseñanzas que le ha dado y reconoce así el interés de las comunicaciones recíprocas en que se cambian las impresiones, como lo ha hecho en este resumen de algunas cosas vistas en 21 años.

Dr. Prieto.—Considera muy completo el trabajo del Prof. Ulrich y su labor muy útil, añadiendo una contribución que aclara puntos interesantes en la propagación de las infecciones gonocócicas.

El Dr. Ulrich.—Agradece los comentarios hechos.

Dr. Miranda.—Entre las varias consideraciones que le sugiere la memo-

ria del Dr. Ulrich recoje para comentarlo un párrafo, en el que reconoce el valor de la Fisiología Patológica, cuando dice que muchas veces es imposible en el cadáver encontrar la causa de la muerte. Por ejemplo, un enfermo fallecido de endocarditis, a quien sólo el clínico habrá podido estudiar extensamente y al que habrá encontrado una arritmia, determinado todos sus caracteres. Vé en esto el carácter científico y amplio del doctor Ulrich. El segundo punto es de los focos latentes de infección; la escuela americana insiste mucho en que estos focos pueden dar lugar a otros en diferentes partes. En la actualidad se discute si por ejemplo en el reumatismo, la articulación se puede inflamar solo por la presencia de toxinas o si se requiere la existencia local del microbio; en el caso del gonococo en la mayoría de los casos hay sub-infección cuando aparecen los accidentes de la rodilla, quizá se pueda decir después, que la blenorragia es una gonococemia, como se dice ahora que la neumonía es una neumococemia y las lesiones del pulmón son sólo una manifestación. Estudiando enfermos de blenorragia aguda al explorar el corazón ha encontrado extra-sístoles y manifestaciones de que el corazón está padeciendo las consecuencias de una afección general.

Dr. Ulrich.—Después de expresar una vez más su agradecimiento por las consideraciones hechas, considera que están tan unidas la Fisiología y la Anatomía que no pueden existir la una sin la otra. Aquí, en nuestros estudios sólo comentamos y estudiamos pero no creamos. La causa determinante de la muerte, es un conjunto, es un resultado que hay que buscar estudiando múltiples funciones. Cita un caso en que un individuo teniendo el corazón normal, murió por el corazón; fué estudiado el cadáver y principalmente el corazón por varios institutos europeos y la conclusión final fué que habían obrado tantas fuerzas patológicas en el organismo en general, habían cooperado tantos efectos nocivos que el corazón normal, no las resistió.

Está convencido de que la anatomía patológica está íntimamente asociada; la fisiología patológica y que al estudiar la una hay que considerar siempre la otra, sin que se puedan separar.

Dr. Ocaranza.—El doctor Augusto del Rosal de Ixmiquilpan, le ha enviado para que por su conducto entregue a la Academia para su Biblioteca, un libro del que es autor y que se titula: "Nociones de Clínica Propodéutica Obstétrica".

Dr. Miranda.—Lee la dedicatoria del doctor Rosal para la Academia.

Dr. Bulman.—Dá las gracias a los Dres. Ocaranza y del Rosal y dice que es una obra más de autor mexicano que viene a enriquecer nuestra Biblioteca y que espera que el doctor del Rosal siga laborando honrosamente como lo hicieron sus antecesores.

Se leen los turnos de lectura para las sesiones de los días 30 de junio y 7 de julio y se levanta la sesión.

Asistieron los señores Académicos: Aragón, Bulman, Izquierdo, Iglesias, Landa, López, Malda, Monjaráz, Noriega, Ocaranza, Prieto, Rojas, José Tomás, Ramírez E., Silva, Troconis Alcalá, Ulrich y el suserito.

Secretario Accidental

FRANCISCO DE P. MIRANDA.

SESION DEL DIA 30 DE JUNIO DE 1926.—PRESIDENCIA
DEL SR. DR. EVERARDO LANDA.

TRATAMIENTO MEDICO DE LA ULCERA DEL ESTOMAGO.

A las 19.35 se abre la sesión.

Dr. Rojas José Tomás.—Lectura de su trabajo reglamentario, titulado: "Tratamiento médico de la úlcera del estómago".

Dr. Pous.—El trabajo del Dr. Rojas viene a completar los diversos puntos que se han tratado en sesiones anteriores con respecto a la úlcera del estómago. Ya especificó que se refiere únicamente al tratamiento médico en determinadas clases de úlceras. Fija de modo preciso el régimen alimenticio que si no es el principal de los recursos terapéuticos, es uno de los más importantes. Su trabajo es interesante, porque trata de suprimir los antiguos regímenes, que si bien llegaban a una curación de la úlcera, también producían algunas lesiones que son tal vez más serias que el mismo padecimiento. Hay ulcerosos que no toleran la leche, que es uno de los principales alimentos en los primeros días del tratamiento, y hay enfermos que sufren trastornos de hiper-acidez gástrica que el mismo alimento les ocasiona. En estos casos la alimentación es más importante de tomarse en cuenta.

Para llegar al diagnóstico de la úlcera, debe hacerse el estudio del quimismo gástrico y según sea el resultado del estudio de este quimismo, así será el régimen dietético que se instituya. Lo mismo sucede desde el punto de vista de la motricidad.

Refiriéndose a los lavados con nitrato de plata, es clásica la acción que ejerce sobre las mucosas. Por lo que respecta al caso especial que ha citado el Dr. Rojas, sería difícil decir si su enfermo entra en la categoría de los que curan por el tratamiento médico o quirúrgico. Según dijo es un enfermo con estenosis pilórica, sumamente agotado, de 70 años y no sería muy envidiable la situación del cirujano que fuera a hacer una gastrectomía.

Dr. Castañeda.—De las discusiones que se han llevado a cabo últimamente, se ha venido a llegar a la conclusión que todos los enfermos ulcerosos gástricos tienen su época médica y su época quirúrgica. Para poder afirmar esta época es necesario llegar a la exactitud del diagnóstico. Un tratamiento médico que fracasa, puede haber sido incorrecto. Ha visto muchos enfermos gástricos y cree que a excepción de la úlcera pilórica, y los casos de hematemesis, el diagnóstico es siempre de presunción, aun cuando se tengan radiografías. Pueden presentarse lesiones en distintas regiones y es difícil hacer el diagnóstico para localizar la lesión y muchas veces se toma como gastropatía verdadera algo que no es sino secundario. Ha visto enfermos a quienes se les ha hecho el diagnóstico radiológico de úlcera, que se les opera y que no tienen en realidad esa lesión. Cita el caso de un enfermo que estuvo en la Habana, en Europa y Estados Unidos a quien se le diagnosticó úlcera, en unas partes se le dijo que tenía 5 en otras 2 y en otras no le encontraron, lo cual quiere decir que éste era un gastrópata falso y puede decirse en este caso que el tratamiento de la úlcera fué una excepción. Cree en el tratamiento médico de la úlcera y ha llegado a mejorar a su enfermo con este tratamiento. Dice que operó a dos ulcerosos con obstrucción pilórica con éxito y en cambio ha visto a otros mejorar al grado de aumentar de peso, uno de ellos 7 kilos, con el tratamiento por el reposo, bismuto, etc., instituyéndole un tratamiento antisifilítico. Esos son casos de úlcera sin complicación.

Dr. Rojas.—Agradece a los Sres. Dres. Pous y Castañeda que se han ocupado de su trabajo. No insistió en determinados tratamientos deliberadamente, porque fué su idea desarrollar solamente un tema de terapéutica médica.

Dr. Izquierdo.—Comunica a la Academia el fallecimiento del Dr. Español Ramón Turró, fallecido a la edad 72 años. Aun cuando el Dr. Turró no perteneció a la Academia de Medicina, fué un médico de alto prestigio. Hace a grandes rasgos mención de los trabajos más importantes, entre ellos el estudio de la inmunidad cuando las ideas de Erlich llenaban el mundo y él defendió las ideas opuestas. Se dedicó a los estudios de Psicología, y de Fisiología. Pide como miembro que es de la Sociedad Médica de Barcelona que en memoria del desaparecido se pongan de pie.

Dr. Landa.—En vista de los méritos del médico desaparecido, apoya la idea del Dr. Izquierdo y pide se pongan en pie, a lo que acceden los señores académicos.

Lectura del acta de la sesión anterior.

Turnos de lectura para la próxima.

Se levanta a las 20. 45 con asistencia de los Sres. Dres. Aragón, Castañeda, Prof. Cordero, Izquierdo, Escalona, López D., Monjaráz, Paz, Pous, Perrín, Ramírez Vicente, Rojas José Tomás, Torres, Torija, Troconis, Ulrich,

Secretario Anual.

Luis RIVERO BORRELL.

**SESION DEL DIA 7 DE JULIO DE 1926.—PRESIDENCIA
DEL DR. F. Bulman.**

**CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA UNCINARIASIS.—QUIMICA
SANGUINEA Y TRANSFUSION.—LA IMPOETANCIA DE LA
MEDICINA LEGAL.**

A las 19.35 se abre la sesión.

Lectura de un trabajo del Dr. Paus Cházaro sobre Uncinariasis.

Dr. Paz.—El trabajo es digno de nuestras más calurosas felicitaciones. En primer lugar por la grande importancia que entraña la Uncinariasis en general y en particular por el estudio tan completo que ha hecho el Dr. Pous. Desde el momento en que ha encontrado un gran número de huevecillos de parásitos, revela que el padecimiento es frecuente. El procedimiento que ha descrito es sencillo, es algo que según dice, está al alcance del médico práctico, aun cuando no tenga los conocimientos especiales de laboratorio. El material es un simple microscopio.

Tiene este procedimiento una gran ventaja sobre el de Cardex y Barthelemy. En el método de Carles y Barthelemy, se toma una buena cantidad de materias fecales, generalmente 10 gramos que se diluyen en una copa de ensaye con suero formolado, se filtran las materias fecales a través de una malla de alambre que retira todas las partes gruesas haciéndose una nueva filtración en tela de molino; se centrifuga durante un minuto, se filtra rápidamente la parte emulsionada y se deposita en una solución de ácido cítrico de determinada densidad. Esta centrifugación se repite, y sobre el depósito de centrifugación se encuentran casi libres de productos de materias fecales, los huevecillos de parásitos. Es un procedimiento más difícil que el que acaba de señalar el Dr. Pous. Dice que el método es demasiado sencillo y pueden hacerlo todos los médicos.

Dr. Landa.—Ha creído que el trabajo es muy interesante, porque aun cuando el asunto es conocido desde el punto de vista clínico, constituye

un serio problema. Los trabajos llevados a cabo por el antiguo Instituto Médico, dieron a conocer la distribución de la Uncinariasis en la República. Los exámenes sistemáticos son de importancia. Hasta hace cerca de seis meses que en el Hospital General se hacen estos exámenes, demostrando que estos trabajos son de gran valor. En todos los pabellones de medicina existen enfermos de Uncinariasis. Todos los enfermos que han venido de Veracruz han sido examinados y todos han presentado huevos de uncinaria. Actualmente tiene 7 enfermos, 2 de ellos en forma de Uncinariasis grave. Se puede decir que no hay enfermo de Uncinaria que no tenga tricocéfalo. El Instituto Rockefeller en su lucha contra esta enfermedad, ha pretendido que la lucha sea más fácil y con mejores resultados. Se ha dicho que basta un sólo tratamiento y a veces dos para curar a los parasitados, pero está convencido que no se cura tan fácilmente y algunos enfermos llegan a tomar hasta 10 tratamientos sin haber visto terminar los gusanos. Tiene un enfermo que con el primer tratamiento arrojó cerca de 100 uncinarias y sigue muy infectado. Se le hizo un segundo tratamiento con timol y otro de esencia de quenopodio que han fracasado. Cree que sean necesarios por lo menos 4 o 5 tratamientos.

Dr. Ayuso y O'Horibe.—Trabajo de turno titulado: Química sanguínea y transfusión”.

Dr. Torres Torija.—Presenta su trabajo reglamentario titulado: “La importancia de la Medicina legal”.

Dr. Aragón.— Felicita al Dr. Torres Torija por el interesantísimo trabajo que ha desarrollado desde diferentes puntos de vista. Insiste en que la Medicina Legal venga a estudiarse en los últimos años de la carrera, al lado de la Patología General, de la Higiene y de la Biología, y que no obstante la importancia que tiene la Medicina Legal, se le ha visto con despejo en la Escuela, tanto en la de Medicina como en la de Jurisprudencia, haciendo el estudio de una manera teórica, que no es completa sin la identificaciones de reos, las impresiones dactiloscópicas y tantos otros asuntos de moneda corriente, haciendo el estudio a través de las páginas de un libro. Se hacen estudios acerca de los diferentes grados de la putrefacción cadavérica, sin hacer exhumaciones y lo mismo puede decirse con respecto a la toxicología. Se hacen estudios del aborto médico y no saben si deben llevarse a efecto o no el reconocimiento anatómico-patológico y hay médicos recibidos que no sepan los caracteres de la desfloración al reconocer un himen y confundir uno íntegro con un himen desgarrado. Es necesario hacer un estudio completo en los últimos años de la carrera y en la actualidad es necesaria esta clase, lo mismo que una clase de Psiquiatría.—Janet

decía que una Escuela de Medicina donde no hubiera una cátedra de Psiquiatría, no era una Escuela bien organizada. Esto mismo se puede decir de una cátedra de Medicina Legal en Jurisprudencia.

Dr. Bulman.—Quiere hacer constar que el Profesor Agustín Andrade fué un hombre erudito en Medicina Legal, iluminó muchos procesos y procuró que la Medicina Legal avanzara; durante el tiempo que ejerció el magisterio, hizo que sus alumnos escribieran y entre otros muchos asuntos se trató del estudio del himen, dejando, varios folletos. Cree que no se debe olvidar a este hombre inteligente y pide que conste su nombre.

Dr. Mesa Gutiérrez.—El Dr. Torres Torija ha venido a señalar un nuevo camino, pero siente que no lo hubiera hecho de una manera más extensa, señalando un programa indispensable para la reivindicación de la Medicina Legal. Recuerda un hecho muy interesante; se trataba de un sujeto que había robado la caja de la Cámara de Diputados y que había sido puesto preso para esclarecer el delito. El defensor dijo que presentaba una perturbación mental. Se nombró un perito y este dijo que no había un criterio para poder decir cuándo una persona estaba loca y saltaba a decir que el paciente ladrón estaba loco. Este es un abuso de trascendencia que hay que procurar corregir. Felicita al Dr. Torres Torija y desea que presente un programa para que se lleve a cabo la formación de peritos médicos.

Dr. Pruneda.—Se complace especialmente en haber escuchado el trabajo del Dr. Torres Torija y no recuerda si estuvo presente en la sesión en la que saludó a los médicos como nuevos académicos y les decía que quería interpretar el sentir de la Academia al pedirles que vinieran a marcar un nuevo camino en la especialidad y que no se había cultivado. Es una buena prueba este trabajo inaugural del Dr. Torres Torija, al plantear un problema y llamar la atención de la importancia que tiene. Lo felicita por el trabajo y espera que lo complete. El Dr. Aragón hacía notar que la enseñanza de la Medicina Legal ha sido muy deficiente de tal manera que el alumno no se daba cuenta de la importancia de la materia. Después tenía que enfrentarse con problemas de peritaje y entonces llegaba a la conclusión de que no podía. Hay que llamar la atención que en México ha faltado estudio en materia de Medicina Legal y quiere hacer notar que antes de que termine el año, se presentará un proyecto para cursos de Médicos Legistas. Ha visto que el Dr. Torres Torija ha pensado en el asunto y espera que la Universidad pueda ofrecer cursos especiales para esta clase de estudios.

Hay una modificación y se trata de restablecer la asignatura de Medicina legal en la Escuela Jurisprudencia. Felicita al Dr. Torres Torija por las sugerencias que ha hecho a la Academia.

Dr. Torres Torija.—Manifiesta la satisfacción que le ha producido escuchar los comentarios y las felicitaciones. El trabajo fué comprendido en forma sintética, porque quería llenar un deber de conciencia. Esperaba escuchar las opiniones de los académicos para orientar su criterio. El trabajo estaba meditado desde antes de ir a Estados Unidos. Las indicaciones que se le han hecho vienen a confirmar la idea. Agradece al Dr. Bulman que hubiera nombrado al Dr. Andrade y tiene placer en anotarlo.

Dr. Aragón.—Dice que hace dos años se reunió el Congreso Criminológico y se trataron asuntos de Medicina Legal muy importantes, entre otros: que se tuviera una Morgue para conservación de los cadáveres etc. Pide si es posible que se establezca con la nueva clase.

Turnos de lectura para el 14 de julio.

Se levanta la sesión a las 21.15, con asistencia de los Sres. Dres. Aragón, Arroyo, Ayala G., Ayuso y O'Horibe, Barreiro, del Raso, Escalona, Iglesias, Izquierdo, Landa, López D. Monjaráz, Mesa Gutiérrez, Malda, Paz, Pruneda Rojas José T., Ramírez E., Prof. Noriega, Troconis, Torres Torija Villarreal y

Secretario Accidental.
FRANCISCO DE P. MIRANDA.

SESION DEL DIA 14 DE JULIO DE 1926.—PRESIDENCIA
DEL DR. FRANCISCO BULMAN.

**LA INVESTIGACION BACTERIOSCOPICA DEL BACILO DE
KOCH EN LAS ORINAS.**

A las 19.25 se abre la sesión.

El señor Secretario Perpetuo da lectura a la lista de publicaciones recibidas en la biblioteca de la Academia de Medicina y en seguida a una comunicación del Académico, Dr. Samuel García en que solicita este facultativo se le conceda el retiro de que habla el art. 14 del Reglamento, en vista de no serle posible atender a sus obligaciones de Miembro Titular.

Dr. Paz.—Da lectura a su trabajo reglamentario titulado: "La investigación bacterioscópica del bacilo de Koch en las orinas".

Dr. Arroyo.—Encarece la importancia del trabajo presentado por el Dr. Paz ya que la investigación de bacilos de Koch en la orina es delicada, y no siempre los resultados que deben esperarse de ella.

Recuerda dos casos en los que ha practicado dicha investigación sin obtener buen éxito. El primero es el de una señora con piuria abundante y en quien se sospechaba la existencia de una tuberculosis renal; practicada la busca de los bacilos, tras un largo examen microscópico, sólo se encontraron muy escasos gérmenes con los caracteres del bacilo de Koch; sin embargo, la evolución de la dolencia no confirmó la lesión tuberculosa del riñón, ya que la enferma mejoró posteriormente y un nuevo exámen del sedimento urinario, practicado meses después, dió resultado negativo desde el punto de vista de la presencia de bacilos de Koch.

En otra enferma, una señorita en quien se sospechaba igualmente la existencia de una lesión renal de origen tuberculoso con sedimento urinario purulento; ha practicado diversas ocasiones la busca de los gérmenes tuberculígenos, sin resultado positivo.

Recuerda a este respecto, que Colombino, citado por Collet, describe un carácter especial de los pirocitos en la tuberculosis renal, los cuales se presentan alargados en forma oval, con protoplasma vacuolado y núcleos difícilmente coloreables y, por lo mismo, difícilmente visibles; en el segundo caso tuvo ocasión de encontrar los glóbulos de pus con estos caracteres, y sin embargo, no encontró bacilos de Koch.

En tal virtud y dadas las dificultades de la investigación de que se trata, considera muy importante el trabajo del Dr. Paz, porque precisa detalladamente la técnica que debe seguirse, entre los escollos con que se tropieza en la investigación y expone la forma de vencerlos.

Si a pesar de seguir dicha técnica correctamente, los resultados son negativos, quedan otros recursos, como las inoeculaciones experimentales al cuy, los cultivos, etc., ya señalados por el Dr. Paz en su trabajo.

Dr. Rojas.—Dice que la lectura del trabajo del Dr. Paz le recuerda dos casos de que él fué testigo y que demuestran que el citado Dr. tiene razón; en el primer caso se trataba de la hija de un médico en la que el Dr. Paz encontró una baciluria tuberculosa y, poco tiempo después la marcha del padecimiento confirmó la existencia de la tuberculosis pulmonar de forma aguda que fué rápidamente mortal. El 2º caso fué el de una niña que presentaba un estado septicémico cuya naturaleza, por algún tiempo, no fué posible determinar y en la que habiendo hecho un exámen el Dr. Paz con la técnica que describe en su trabajo, encontró una baciluria de bacilos de Koch que permitió establecer el diagnóstico.

No está de acuerdo, en un punto, con lo que acaba de decir el Dr. Arroyo porque considera que cuando hay bacilos de Koch en la orina, estos no provienen siempre de una tuberculosis renal, sino que puede tratarse de una simple baciluria cuyo foco está en otra región del organismo.

Dr. Arroyo.—Expone que no quiso decir que la presencia de bacilos de Koch en la orina, sea debida, en todos los casos, a una tuberculosis renal sabe bien que hay otras lesiones tuberculosas de órganos diversos que pueden producir emisión de bacilos de Koch por la orina, y si se refirió especialmente a la tuberculosis del riñón, es porque tal era el diagnóstico clínico en los casos que tuvo ocasión de estudiar.

El Secretario Anual da lectura a las actas: del 30 de junio ppdo. y de 7 de julio, siendo aprobada la primera y, con las modificaciones propuestas por los Dres. Landa, Aragón y Arroyo, la segunda.

El Secretario Perpetuo propone a la Academia los dos temas que el reglamento señala para el nuevo Año Académico de 1926, siendo estos: I.—“El examen químico de la sangre. Sus indicaciones en el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de las enfermedades” y II.—“Tratamiento de la Unicinariasis”, proponiendo además se ratifique el acuerdo tomado el año ppdo. por el cual se otorgan dos premios a los vencedores: una medalla, como 1er. premio y un diploma, como segundo.

Dr. Arroyo.—Dice que el tema sobre la química sanguínea, en la forma en que propone el Secretario Perpetuo, comprende, en su sentir 2 partes: una, la técnica de laboratorio y la otra, la aplicación clínica, y que este tema, tan amplio, no podrá ser resuelto por ningún médico porque si éste es de los que se dedican a laboratorio, tratará la parte clínica de manera deficiente y si es clínico, no tendrá competencia necesaria para abordar la primera parte.

El Secretario Perpetuo.—Aclara que el tema sólo se refiere a la utilización de la química sanguínea para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades en que esté indicado este método de investigación y que no se refiere a la técnica de laboratorio que sería de menor utilidad, aclaración con la cual el Dr. Arroyo queda de acuerdo. Puestos a votación los temas anteriores, fueron aprobados por unanimidad, aprobándose en la misma forma, se otorguen a los triunfadores en el concurso, los premios que señala el acuerdo tomado a este respecto el año ppdo.

El señor Presidente dice que, de acuerdo con el Reglamento debe ser nombrada, en sesión, una comisión integrada por el Tesorero y por 2 Académicos, que él designará, con el objeto de que presenten un proyecto de programa para la sesión solemne que debe efectuarse el 1º de octubre próximo, y nombra para tal efecto a los Dres. Arroyo y Pous Cházaro para que en unión del Dr. Brioso Vaseoncelos, Tesorero de la Academia, integren dicha comisión.

El Secretario Anual lee los turnos de lectura para la próxima sesión y,

la que se está llevando a cabo, se levanta, a las 20 horas 45 minutos, con asistencia de los Académicos: Doctores, Aragón, Arroyo, Ayuso y O'Horibe, Bulman, Prof. Cordero, Gama, Landa, Monjaráz, Paz, Pruneda, Ramírez V., Rojas J. T., Soberón, Troconis Alcalá y el suscrito,

Secretario Anual.

Luis RIVERO BORRELL.

**SESION DEL DIA 21 DE JULIO DE 1926.—PRESIDENCIA
DEL SEÑOR DR. FRANCISCO BULMAN.**

**PRESENTACION DE FRENTE.—TORACOMETROGRAFO.—DISTOSIA FETAL POR
HIDROCEFALIA.—EFECTOS DE LOS MUSCULOS SOBRE LAS PALANCIAS.—
CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LAS UREMIAS CONVULSIVAS.**

A las 19.30 principió la sesión.

La Secretaría dió cuenta con el trabajo: "Presentación de frente" que mandó para su publicación el Dr. López Hermosa.

El Dr. Daniel Vergara Lope mandó su trabajo titulado: "Toracometrógrafo".

El Dr. Angel Vallarino dió lectura a su trabajo titulado: "Efectos de los músculos sobre las palanCIAS".

Dr. Troconis Alcalá.—Lectura de su trabajo: "Distocia fetal por hidrocefalia".

Dr. Mirada.—También dió lectura a su trabajo reglamentario.

Dr. Alonso.—No va a referirse al trabajo en general, quiere decir dos palabras a propósito del examen del fondo del ojo.

Puede observarse la amaurosis por lesiones de las celdillas del cerebro y en este caso no hay alteraciones del fondo del ojo, o bien pueden encontrarse papilitis de origen renal con edema más o menos intenso. No está demostrada la acción del cloruro de sodio como causa del edema papilar.

Se sabe que el envenenamiento urémico es complejo y que la retención azoada es la que produce el edema de la retina y en la papila. Felicita al Dr. Miranda por su trabajo.

Dr. del Razo.—Felicita al Dr. Miranda, y celebra esa tendencia que tiene para explorar los fenómenos tan complicados del organismo en esta clase de fenómenos por medio de reacciones químicas como si se tratara de asuntos de laboratorio, pero desgraciadamente esto no se ha obtenido y no son muchas las esperanzas que se tie-

nen de conseguirlo. Respecto a la explicación de los fenómenos tóxicos parece que hay un pequeño vacío que habría que llenar. Se propone estudiar el trabajo para poderlo comentar. Cree que se ha preocupado demasiado para estudiar el metabolismo de los minerales, perdiendo de vista las sustancias albuminoides cuya retención produce ciertamente fenómenos de intoxicación muy peligrosa y particularmente las sustancias extractivas azoadas. Le parece que hubiera sido interesante estudiar lo relativo a toxicidad urinaria.

Dr. Miranda.—Agradece a los doctores Alonso y del Raso que se hayan ocupado de su trabajo que, como ya dijo es más bien de vulgarización. Con respecto a la patogenia del edema de la retina y al edema cerebral no hay demostraciones sobre el caso, coincide el alza de los productos azoados en la uremia, con los fenómenos de intoxicación, pero si se deben a los productos azoados, esto no está demostrado.

Al hablar de la uremia, no se refiere a la que se presenta en los casos de nefrosclerosis sino a la uremia ecláptica que produce convulsiones, pues hay dos clases de uremia muy bien definidas. La investigación de los elementos inorgánicos en la sangre le pareció un nuevo campo que se abría para esta clase de investigaciones. Si hay coincidencia en tres casos, claro está que la relación tiene razón de ser. Este interesante fenómeno ha sido provocado experimentalmente. Vuelve a relatar el caso del enfermo citado en su trabajo y termina manifestando con la expresión de sustancias extractivas no tiene sentido, porque no dice cuáles sean esas sustancias y que él prefiere hechos y no palabras ni literatura.

Dr. Landa.—Ha visto una enferma con nefritis albuminúrica; resultó embarazada y ha presentado accidentes de intoxicación notable en el 6º mes. Ha tenido fenómenos convulsivos como los citados por el Dr. Miranda, presentando también amaurosis. El problema es difícil porque, como acaba de decir el Dr. Miranda, no se sabe cuáles son los elementos que determinan en la sangre estos fenómenos de intoxicación. Hay una obra moderna en la que se discute largamente acerca de la baja de las sales de calcio en las embarazadas.

Dr. del Raso.—Dice que en las lesiones glomerulares el riñón no elimina los productos tóxicos elaborados por el organismo. Respecto a que no se sabe cuáles son los productos tóxicos englobados en la designación de sustancias extractivas, dice que aunque sea útil conocer sus fórmulas químicas, ello no es indispensable para aceptar el hecho de su existencia, puesto que pueden extraerse de la orina e inocularse a los animales de laboratorio, produciéndoles una intoxicación semejante a la urnia. Estos hechos se conocen desde

hace mucho tiempo y del grupo de las sustancias extractivas, Bouchard, sus discípulos y otros muchos investigadores, en medio siglo de trabajo han logrado aislar un número bastante grande, pero aún dejaron muchas más para los hombres de ciencia de las generaciones venideras.

En cuanto a la mejoría obtenida por la administración del lactato de calcio, puede ser su acción semejante a la del lactato de estroncio, puesto que ambos cuerpos son de la misma familia química.

El Dr. Miranda replica insistiendo en sus argumentos anteriores.

Habiendo sonado la hora de reglamento y pedido la palabra varios señores académicos, se acuerda aplazar esta discusión para la sesión próxima.

Se leyeron los turnos de lectura y se levantó la sesión a las 19.30 horas, con asistencia de los señores doctores: Alonso, Aragón, Ayuso y O'Horibe, Prof. Cordero, del Raso, Escalona, Landa, López D. Miranda, Monjaráz, Rojas José Tomás, Ramírez V., Troconis Alcalá, Torres Torija, Ulrich, Vallarino, el suscrito

Secretario Anual,
Luis RIVERO BORREL.

ACTAS DE SESIONES

SESION SOLEMNE DEL DIA 1o. DE OCTUBRE DE 1926.—PRESIDENCIA DEL SEÑOR DR. FRANCISCO BULMAN Y DEL DR. D. FERNANDO OCARANZA, EN REPRESENTACION DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL.

A las 19.45 principia la sesión.

Después de una pieza ejecutada al piano por el señor Prof. Manuel M. Bermejo, el Secretario Anual, Dr. Luis Rivero Borrell, da lectura al Informe de los trabajos académicos realizados en el año de 1925-26, informe que merece el aplauso de la asamblea.

La señorita Carmen Corona canta una romanza y, a continuación, el Presidente, Dr. Francisco Bulman, da lectura a un interesante y conceptuoso discurso. Nuevamente el Prof. Bermejo ejecuta al piano una composición musical y en seguida, el señor Dr. Ocaranza, en nombre del Rector de la Universidad Nacional, declara solemnemente abierto el LVIII año de labores, terminando el acto público con otra pieza de canto por la señorita Corona. Se procede en seguida a verificar la sesión económica, en la cual el señor Dr. Bulman da posesión de la Presidencia al Dr. Everardo Landa en virtud de haber llenado éste los requisitos que exige el Reglamento de la Academia.

Se procede en seguida a la elección del Vice-Presidente y del Secretario Anual. Hecho el escrutinio y, contadas las cédulas que son veinte, da la votación el resultado siguiente: Dr. Francisco Castillo Nájera, 13 votos; Dr. Rafael Silva, 6; Dr. Antonio F. Alonso, 1. En tal virtud es declarado Vice-Presidente el señor Dr. Castillo Nájera. La votación para Secretario Anual fué como sigue: Dr. José Torres Torija, 12 votos; Dr. Abraham Ayala González, 5; Dr. José Tomás Rojas, 2; Dr. Francisco de P. Miranda, 1. La Presidencia declara que es Secretario Anual el Dr. José Torres Torija.

A las 21 horas 30 minutos termina la sesión a la que concurrieron los académicos: Alanso, Ayuso y O'Horibe, Barreiro, Ayala González, Bulman, Castañeda, Castillo Nájera, Landa, Malda, Miranda, Monjarás, Meza, Gutiérrez, Ocaranza, Prieto, Rivero Borrell, Ramírez E., Silva, Valdés, Viramontes y el que suscribe.

Secretario Anual.

JOSE TORRES TORIJA.

SESION DEL DIA 20 DE OCTUBRE DE 1926.—PRESIDENCIA
DEL SEÑOR DR. EVERARDO LANDA.

**HIMEN BIANULAR.—AMARUROSIS HISTERICA.—RACOFAGIA.—FIEBRE
DE MALTA.—SODOKU.**

A las 19.30 se abre la sesión.

El académico, Dr. Joaquín Cosío pide, en virtud de no poder cumplir con sus deberes como Académico Titular, le sea concedido quedar en calidad de retirado; asimismo pide se le dispense de integrar el jurado que ha de calificar los trabajos sobre el "Examen químico de la sangre, sus indicaciones en el diagnóstico pronóstico y tratamiento de las enfermedades". El Presidente acuerda que uno de los suplentes del referido jurado, substituya al Dr. Cosío y que su solicitud se resuelva según lo prescribe el Reglamento.

El Dr. Torres Torija refiere el caso de una enferma primípara que acudió a la Sala de Maternidad del Hospital Juárez en trabajo de parto. Esta señora presentaba un himen bianular con un puente intermediario, íntegro. Aseguraba la enferma no haber tenido coito vaginal. Dió a luz un producto de término, de peso normal y en perfectas condiciones habiéndose desgarrado el himen durante el alumbramiento. Las secuelas del parto fueron normales. Es indudable que a pesar de la negativa de la enferma de haber tenido coito, éste tuvo lugar puesto que se verificó la fecundación. Cree que es de interés hacer mención del caso que ha sido señalado en los tratados de medicina legal.

Dr. Castillo Nájera.—El caso es interesante por la forma del himen. Refiere otro que vió en el Hospital Morelos. La enferma presentaba una doble abertura, un tabicamiento vaginal que podía tocarse hasta una distancia de cuatro centímetros; había pues dos hímenes, uno de cada lado: uno

de ellos tenía una desfloración antigua y el otro, de forma anular estaba íntegro. En el caso el coito se había verificado por el himen desgarrado, en tanto que en el otro no había habido coito.

Dr. Landa.—En el Hospital General, el año antepasado, vió una enferma en su segundo embarazo con un himen íntegro. Considera este caso como muy interesante porque la mujer en cuestión ya había dado a luz un hijo a término. Tabicamientos de la vagina ha visto muchos, pero conservación del himen no la había visto hasta entonces.

Dr. Arroyo.— En la “Revista Veracruzana” viene relatado un caso semejante por el Dr. Torres Torija. Se trataba de una señorita que, sin haber tenido relaciones sexuales, tuvo solamente contactos que produjeron eyacuación en la vulva, lo que trajo como consecuencia un embarazo con la conservación de la virginidad anatómica de la mujer.

Dr. Torres Torija.—Se trata probablemente de un himen elástico que permitió una penetración incompleta del pene dentro de la vagina.

Refiere otro caso de su práctica de médico legal: se trata de una señora que, habiendo recibido una lesión insignificante en la mejilla derecha, decía haber comenzado a percibir, en el ojo correspondiente las sensaciones de círculo luminoso y, finalmente, haber perdido la vista. La persona estaba extraordinariamente impresionada. Hecha la exploración, se comprobó que la señora solamente veía con el ojo izquierdo y que no percibía, ni la luz ni los colores con el derecho. Habiendo sido reconocida por el Dr. D. Fernando López, se encontró que el fondo del ojo no presentaba lesión alguna: que había estrechamiento del campo visual e inversión en la percepción de los colores. Se trataba de una amaurosis histérica. El hecho presentó dificultades desde el punto de vista médico-legal por el establecimiento de causa a efecto para la aplicación de la pena correspondiente. La enferma continuó yendo al Servicio médico-legal y presentó en alguna ocasión un ataque histérico típico. Diez meses más tarde había recobrado la vista.

Dr. Silva.—La amaurosis histérica se ve con frecuencia. Refiere el caso citado por Dieulafoy de un individuo que cegó repentinamente al caer de un tren y que quedó curado después de amarrarlo fuertemente y hacerlo creer que se le pasaba una corriente eléctrica. Cita un caso de un individuo joven a quien tuvo ocasión de ver. Insiste en que en las amaurosis histéricas, los reflejos se conservan a pesar de que dicen que no ven. Al individuo en cuestión le dijo que iba a pasarle una corriente con una lámpara y que iba a ver. Esta circunstancia bastó para sanarlo. Estima que no debe culparse al causante de la lesión cuando esta obra sobre un terreno histérico.

Dr. Alonso.—Hay dos factores que deben tenerse en cuenta: el terreno y la causa ocasional. No puede condenarse, en caso de traumatismo por que existe la base fundamental que es el terreno; se refiere a la importancia que tiene el examen de los reflejos para el médico general y señala, además, el hecho de que la visión de relieve puede persistir en el caso de amaurosis hística.

Dr. Ocaranza.—Refiere dos observaciones.

Un caso de racofagia observado en una señorita que hacía dos años, por lo menos, que comía dos o tres pañuelos diariamente. La racofagia es una de las perturbaciones más raras del apetito. La señorita aseguraba que sentía verdadero placer en masticar y deglutir los pañuelos y que, cuando no lo hacía, estaba inquieta y nerviosa. Cuando la conoció tenía un aspecto floreciente y en la actualidad, está pálida y con un aspecto de constante tristeza.

La otra se refiere a un nuevo caso de fiebre de Malta que ha tenido oportunidad de ver en Tacubaya. La fiebre ha sido típica, ondulante; tiene ya dos meses y está acompañada de los síntomas característicos: sudores copiosos y dolores articulares y epigástricos. Sabe que el Dr. Mooser ha tenido oportunidad de intervenir en seis casos de fiebre de Malta para la investigación bacteriológica.

Se procede a la elección del suplente que ha de integrar el jurado calificador en el tema "Examen químico de la sangre, sus indicaciones en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades". Verificada la votación resulta electo el Dr. Izquierdo por mayoría de once votos.

Dr. Landa.—Hace la declaratoria de los sillones académicos vacantes y manifiesta que queda abierto el registro de candidaturas.

Dr. López.—Refiere un nuevo caso de sodoku del que deseaba presentar al enfermo, pero que no lo hace por no haber asistido éste; se trata de un niño de tres años de edad que vive en la calle principal de la Villa de Guadalupe, en el radio donde se observaron los dos casos de que se ocupó antes. Este niño le fué enviado por el señor Dr. Aniceto Ortega y, cuando lo examinó, ya tenía un mes de padecimiento caracterizado por calenturas de tipo remitente; el exantema, el enflaquecimiento y la astenia hasta el grado de no permitir andar, tenían los caracteres señalados en los casos anteriores. Se instituyó el tratamiento con sulfarsenol con el cual desapareció el exantema; el niño ha vuelto a andar y actualmente está completamente sano. La mordedura de la rata fué señalada entre los antecedentes y ocurrió dos semanas antes en que aparecieron los primeros síntomas.

A las 20 horas y 30 minutos se levantó la sesión habiendo asistido a ella los académicos: Dres. Alonso, Arroyo, Ayuso y O'Horibe, Castillo Nájera, Escalona, López, Ocaranza, Monjarás, Ramírez V., Ramírez E., Rivero Borell, Rojas J. T., Silva, Troconis y el que suscribe.

Secretario Accidental

ANGEL BRIOSO VASCONCELOS.

SESION DEL DIA 27 DE OCTUBRE DE 1926.—PRESIDENCIA
DEL SEÑOR DR. EVERARDO LANDA.

HISTOLOGIA PATOLOGICA DEL TRACOMA. CONSIDERACIONES PREVIAS.

A las 19.30 se abre la sesión.

Dr. Perrín.—Lee su trabajo reglamentario titulado: "Histología patológica del tracoma. Consideraciones previas".

Dr. Alonso.—El tracoma produce destrozos en todos los tejidos de la conjuntiva y aún en el cartílago. En el tracoma el virus no produce, de manera específica, granulaciones sino que puede observarse la forma papilar y aún algunas veces no se observan producciones granulomatosas y, sin embargo, el individuo, por otros caracteres, es tracomatoso. Ha visto muchos casos en que macroscópicamente, no se presentan granulomas ni papilas y, sin embargo el individuo tiene tracoma con todas sus consecuencias.

Dr. Silva.—Es de tal importancia la cuestión para los oculistas y para todas aquellas personas que se dedican a la Higiene que cree se debe comentar ampliamente el anterior trabajo. Se han descrito elementos importantes en el granuloma tracomatoso y no se está de acuerdo hasta donde pueda distinguirse histológicamente el folículo del granuloma tracomatoso.

Encontramos con que hay una serie de reacciones por parte de la conjuntiva verdaderamente extrañas. Recuerda haber visto una epidemia de conjuntivitis folicular aguda en el Hospital de Nuestra Señora de la Luz, epidemia que, tanto en la Academia de Medicina, como en la Sociedad de Oftalmología causó acalorada discusión. Recuerda que, en un principio se parecía al tracoma típico. Durante su práctica en Europa ha visto varios casos de lesiones de la conjuntiva clínicamente idénticas, siendo sus causas diversas. En los casos que ha observado de conjuntivitis de piscina

ha podido notar que el aspecto clínico en el primer período es de tal modo igual al tracoma que es difícil distinguirlos entre sí. En los últimos estudios en Berlín, se venía señalando la gravedad de esta afección. Al principio se creyó que estos enfermos podían curar en uno o dos meses, pero los últimos trabajos han probado que se ha llegado hasta un año para poder curarlos. No se cree que, bacteriológicamente, pueda hacerse el diagnóstico diferencial entre la conjuntivitis folicular, la conjuntivitis de piscina y algunas variedades de tracoma en su principio. Es muy difícil encontrar el verdadero tracoma sin folículos ni papilas y no se le encuentra sino en el último período, en el cicatricial. Además, muchos enfermos no se les estudia en su principio porque la afección se desarrolla en forma crónica.

Pide se haga una cita especial para discutir el trabajo punto por punto puesto que reviste gran interés. Es un peligro nacional el tracoma y se le tiene mucho temor. En Viena y en Alemania, se tiene un dispensario especial para los tracomatosos; nosotros nos encontramos con un verdadero problema de gran importancia. Un individuo presenta tracoma y no tiene donde curarse ni se tiene manera de evitar la propagación de ese mal, ni siempre se cuenta con los medios necesarios para llegar a determinar la causa de la lesión.

Dr. Alonso.—La reacción anatomo-patológica no es específica, no puede implicar más que una idea anatómica: la producción de las granulaciones o de las papilas. Por este detalle anatómico se puede confundir el tracoma con otras enfermedades de la conjuntiva, como la conjuntivitis folicular o la conjuntivitis primaveral. Cree que sí se presentan casos, macroscópicamente se entiende, de tracoma sin granulaciones; ha visto estos casos en asiáticos, en tierra caliente y acaba de leer un trabajo hecho por un médico que ejerce en Africa y que ha visto una serie de enfermos con tracoma sin manifestaciones macroscópicas de granulaciones o papilas.

Dr. Espinosa de los Reyes.—Cita el caso de una epidemia de conjuntivitis que se estaba desarrollando en la Escuela Normal, entre los alumnos, presentándose muchos casos de niños con conjuntivitis; se creyó que uno de los alumnos tenía blenorragia y se hicieron investigaciones. Se turnó el caso al oculista y pronto se resolvió la cuestión, probando que un niño tenía tracoma.

Se procede a nombrar la comisión que debe dictaminar sobre el retiro del Dr. Cosío, la cual queda integrada por los señores Doctores: Viramontes, Cicero y Valdés.

El Tesorero rinde el informe reglamentario y dá cuenta con el nombramiento de Administrador de la "Gaceta Médica de México", hecho en fa-

de ellos tenía una desfloración antigua y el otro, de forma anular estaba íntegro. En el caso el coito se había verificado por el himen desgarrado, en tanto que en el otro no había habido coito.

Dr. Landa.—En el Hospital General, el año antepasado, vió una enferma en su segundo embarazo con un himen íntegro. Considera este caso como muy interesante porque la mujer en cuestión ya había dado a luz un hijo a término. Tabicamientos de la vagina ha visto muchos, pero conservación del himen no la había visto hasta entonces.

Dr. Arroyo.— En la "Revista Veracruzana" viene relatado un caso semejante por el Dr. Torres Torija. Se trataba de una señorita que, sin haber tenido relaciones sexuales, tuvo solamente contactos que produjeron eyaculación en la vulva, lo que trajo como consecuencia un embarazo con la conservación de la virginidad anatómica de la mujer.

Dr. Torres Torija.—Se trata probablemente de un himen elástico que permitió una penetración incompleta del pene dentro de la vagina.

Refiere otro caso de su práctica de médico legal: se trata de una señora que, habiendo recibido una lesión insignificante en la mejilla derecha, decía haber comenzado a percibir, en el ojo correspondiente las sensaciones de círculo luminoso y, finalmente, haber perdido la vista. La persona estaba extraordinariamente impresionada. Hecha la exploración, se comprobó que la señora solamente veía con el ojo izquierdo y que no percibía, ni la luz ni los colores con el derecho. Habiendo sido reconocida por el Dr. D. Fernando López, se encontró que el fondo del ojo no presentaba lesión alguna: que había estrechamiento del campo visual e inversión en la percepción de los colores. Se trataba de una amaurosis histérica. El hecho presentó dificultades desde el punto de vista médico-legal por el establecimiento de causa a efecto para la aplicación de la pena correspondiente. La enferma continuó yendo al Servicio médico-legal y presentó en alguna ocasión un ataque histérico típico. Diez meses más tarde había recobrado la vista.

Dr. Silva.—La amaurosis histérica se ve con frecuencia. Refiere el caso citado por Dieulafoy de un individuo que cegó repentinamente al caer de un tren y que quedó curado después de amarrarlo fuertemente y hacerlo creer que se le pasaba una corriente eléctrica. Cita un caso de un individuo joven a quien tuvo ocasión de ver. Insiste en que en las amaurosis histéricas, los reflejos se conservan a pesar de que dicen que no ven. Al individuo en cuestión le dijo que iba a pasarle una corriente con una lámpara y que iba a ver. Esta circunstancia bastó para sanarlo. Es-tima que no debe culparse al causante de la lesión cuando esta obra sobre un terreno histérico.

Dr. Alonso.—Hay dos factores que deben tenerse en cuenta: el terreno y la causa ocasional. No puede condenarse, en caso de traumatismo por que existe la base fundamental que es el terreno; se refiere a la importancia que tiene el examen de los reflejos para el médico general y señala, además, el hecho de que la visión de relieve puede persistir en el caso de amaurosis hística.

Dr. Ocaranza.—Refiere dos observaciones.

Un caso de racofagia observado en una señorita que hacía dos años, por lo menos, que comía dos o tres pañuelos diariamente. La racofagia es una de las perturbaciones más raras del apetito. La señorita aseguraba que sentía verdadero placer en masticar y deglutir los pañuelos y que, cuando no lo hacía, estaba inquieta y nerviosa. Cuando la conoció tenía un aspecto floreciente y en la actualidad, está pálida y con un aspecto de constante tristeza.

La otra se refiere a un nuevo caso de fiebre de Malta que ha tenido oportunidad de ver en Tacubaya. La fiebre ha sido típica, ondulante; tiene ya dos meses y está acompañada de los síntomas característicos: sudores copiosos y dolores articulares y epigátricos. Sabe que el Dr. Mooser ha tenido oportunidad de intervenir en seis casos de fiebre de Malta para la investigación bacteriológica.

Se procede a la elección del suplente que ha de integrar el jurado calificador en el tema "Examen químico de la sangre, sus indicaciones en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades". Verificada la votación resulta electo el Dr. Izquierdo por mayoría de once votos.

Dr. Landa.—Hace la declaratoria de los sillones académicos vacantes y manifiesta que queda abierto el registro de candidaturas.

Dr. López.—Refiere un nuevo caso de sodoku del que deseaba presentar al enfermo, pero que no lo hace por no haber asistido éste; se trata de un niño de tres años de edad que vive en la calle principal de la Villa de Guadalupe, en el radio donde se observaron los dos casos de que se ocupó antes. Este niño le fué enviado por el señor Dr. Aniceto Ortega y, cuando lo examinó, ya tenía un mes de padecimiento caracterizado por calenturas de tipo remitente; el exantema, el enflaquecimiento y la astenia hasta el grado de no permitir andar, tenían los caracteres señalados en los casos anteriores. Se instituyó el tratamiento con sulfarsenol con el cual desapareció el exantema; el niño ha vuelto a andar y actualmente está completamente sano. La mordedura de la rata fué señalada entre los antecedentes y ocurrió dos semanas antes en que aparecieron los primeros síntomas.

A las 20 horas y 30 minutos se levantó la sesión habiendo asistido a ella los académicos: Dres. Alonso, Arroyo, Ayuso y O'Horibe, Castillo Nájera, Escalona, López, Oearanza, Monjarás, Ramírez V., Ramírez E., Riveño Borrrell, Rojas J. T., Silva, Troconis y el que suscribe.

Secretario Accidental

ANGEL BRIOSO VASCONCELOS.

SESION DEL DIA 27 DE OCTUBRE DE 1926.—PRESIDENCIA
DEL SEÑOR DR. EVERARDO LANDA.

HISTOLOGIA PATOLOGICA DEL TRACOMA. CONSIDERACIONES PREVIAS.

A las 19.30 se abre la sesión.

Dr. Perrín.—Lee su trabajo reglamentario titulado: "Histología patológica del tracoma. Consideraciones previas".

Dr. Alonso.—El tracoma produce destrozos en todos los tejidos de la conjuntiva y aún en el cartilago. En el tracoma el virus no produce, de manera específica, granulaciones sino que puede observarse la forma papilar y aún algunas veces no se observan producciones granulomatosas y, sin embargo, el individuo, por otros caracteres, es tracomatoso. Ha visto muchos casos en que macroscópicamente, no se presentan granulomas ni papilas y, sin embargo el individuo tiene tracoma con todas sus consecuencias.

Dr. Silva.—Es de tal importancia la cuestión para los oculistas y para todas aquellas personas que se dedican a la Higiene que cree se debe comentar ampliamente el anterior trabajo. Se han descrito elementos importantes en el granuloma tracomatoso y no se está de acuerdo hasta donde pueda distinguirse histológicamente el folículo del granuloma tracomatoso.

Encontramos con que hay una serie de reacciones por parte de la conjuntiva verdaderamente extrañas. Recuerda haber visto una epidemia de conjuntivitis foliocular aguda en el Hospital de Nuestra Señora de la Luz, epidemia que, tanto en la Academia de Medicina, como en la Sociedad de Oftalmología causó acalorada discusión. Recuerda que, en un principio se parecía al tracoma típico. Durante su práctica en Europa ha visto varios casos de lesiones de la conjuntiva clínicamente idénticas, siendo sus causas diversas. En los casos que ha observado de conjuntivitis de piscina

ha podido notar que el aspecto clínico en el primer período es de tal modo igual al tracoma que es difícil distinguirlos entre sí. En los últimos estudios en Berlín, se venía señalando la gravedad de esta afección. Al principio se creyó que estos enfermos podían curar en uno o dos meses, pero los últimos trabajos han probado que se ha llegado hasta un año para poder curarlos. No se cree que, bacteriológicamente, pueda hacerse el diagnóstico diferencial entre la conjuntivitis folicular, la conjuntivitis de piscina y algunas variedades de tracoma en su principio. Es muy difícil encontrar el verdadero tracoma sin folículos ni papilas y no se le encuentra sino en el último período, en el cicatricial. Además, muchos enfermos no se les estudia en su principio porque la afección se desarrolla en forma crónica.

Pide se haga una cita especial para discutir el trabajo punto por punto puesto que reviste gran interés. Es un peligro nacional el tracoma y se le tiene mucho temor. En Viena y en Alemania, se tiene un dispensario especial para los tracomatosos; nosotros nos encontramos con un verdadero problema de gran importancia. Un individuo presenta tracoma y no tiene donde curarse ni se tiene manera de evitar la propagación de ese mal, ni siempre se cuenta con los medios necesarios para llegar a determinar la causa de la lesión.

Dr. Alonso.—La reacción anatómico-patológica no es específica, no puede implicar más que una idea anatómica: la producción de las granulaciones o de las papilas. Por este detalle anatómico se puede confundir el tracoma con otras enfermedades de la conjuntiva, como la conjuntivitis folicular o la conjuntivitis primaveral. Cree que sí se presentan casos, macroscópicamente se entiende, de tracoma sin granulaciones; ha visto estos casos en asiáticos, en tierra caliente y acaba de leer un trabajo hecho por un médico que ejerce en Africa y que ha visto una serie de enfermos con tracoma sin manifestaciones macroscópicas de granulaciones o papilas.

Dr. Espinosa de los Reyes.—Cita el caso de una epidemia de conjuntivitis que se estaba desarrollando en la Escuela Normal, entre los alumnos, presentándose muchos casos de niños con conjuntivitis; se creyó que uno de los alumnos tenía blenorragia y se hicieron investigaciones. Se turnó el caso al oculista y pronto se resolvió la cuestión, probando que un niño tenía tracoma.

Se procede a nombrar la comisión que debe dictaminar sobre el retiro del Dr. Cosío, la cual queda integrada por los señores Doctores: Viramontes, Cicero y Valdés.

El Tesorero rinde el informe reglamentario y dá cuenta con el nombramiento de Administrador de la "Gaceta Médica de México", hecho en fa-

vor del Dr. Miguel Angel Parada, en substitución del Dr. Miguel Bustamante que salió para la Capital en viaje de estudio; el nombramiento fué ratificado por la asamblea.

Termina la sesión a las 20 horas, 50 minutos, asistiendo a ella los señores: Alonso, Arroyo, Ayuso, Castañeda, Castillo Nájera, Espinosa de los Reyes, Gama, Hurtado, Mesa Gutiérrez, Miranda, Perrín, Rivero Borrell, Ramírez V., Ramírez E., Silva, Traconis, Viramontes, Valdés y

**El Secretario Accidental,
ANGEL BRIOSO VASCONCELOS.**

SESION EXTRAORDINARIA DEL 29 DE OCTUBRE DE 1926.
PRESIDENCIA DEL DR. E. LANDA.

LA CIENCIA Y LA SALUD.

A las 19 y 45 se abre la sesión.

El Presidente anuncia la Conferencia del señor Ingeniero Aragón y le concede la palabra.

Ingeniero Aragón:—Tras un exordio de carácter personal en el que aludió a sus ligas espirituales con la Escuela Nacional de Medicina, entró de lleno en el asunto exponiendo el punto de vista del canciller Francisco Bacon sobre la Medicina y partiendo de aquí se elevó a consideraciones de orden biológico que fueron punto de apoyo de su disertación sobredicha.

Estudió el problema de las relaciones de la Ciencia y la Salud dividiéndolo en tres partes, a saber: examen retrospectivo; el problema científico y el punto de vista actual y humano.

Cada una de las tres partes la desarrolló con método y acopio de doctrina y oportunos ejemplos que ilustraron sus diversas proposiciones.

Toda la conferencia fué un verdadero himno a la labor paciente y voluntaria de sabios y médicos que desde Hipócrates hasta nuestros días han consagrado sus vigiliass a mejorar la condición de sus semejantes. Terminó con las siguientes precisas palabras:

“Señores académicos:

“Obra larga y difícilísima, de muchas generaciones, que ni puede ser completa ni quedar exenta de error, es la de la Constitución Científica de la Medicina; larga, por el tiempo que exige, difícilísima, por los innúmeros tropiezos que la acompañan. Si este conocimiento de la realidad, completo o verdadero, es de los que, a no dudar, infunden ingente temor a los prontos para proseguir en la escabrosa ruta. Como tal constitución científica de la Medicina es de las que se imponen, porque la detereminan progresos generales y porque satisface a necesidades ineludibles, a ella ha de llegarse, y en cambio, el altruismo que estimula a médicos y a sabios, da alien- y en tan simpática obra, en tan meritorio esfuerzo, no ha de faltar el curso del cuerpo médico mexicano, entusiasta siempre por el adelanto y dócil a las advertencias de los bien intencionados”.

El conferencista fué largamente aplaudido.

Se concede la palabra al señor Dr. Ocaranza para que en nombre de la Academia dé las gracias al señor Ing. Aragón.

El Dr. Ocaranza manifiesta que no va a expresar con las frases de ritual un simple agradecimiento, lo cual sería poco digno de la personalidad del conferencista, sino que quiere hacer un comentario breve a lo expuesto por el señor Aragón. En dicho comentario el señor académico Ocaranza de modo brillante y sintético, comenta la frase de Bacon citada por el señor Aragón al principio de su conferencia y que es en resumen, la expresión del concepto biológico contemporáneo sobre la enfermedad. Hace hincapié, en las palabras de Mac-Kensie acerca de que la Medicina futura deberá revelar no sólo la enfermedad real, sino también la latente, cosa que sólo se logrará por el exámen del funcionamiento orgánico. Puntualiza finalmente algunos de los conceptos del conferencista, aclarándolos y manifestando que el médico actual no es como ha dicho el Sr. Aragón, el galenista del Laboratorio que hace diagnósticos en él; el laboratorista es un colaborador, un auxiliar del clínico. El médico contemporáneo que vaya orientando correctamente por el pensamiento fisiológico, no es el médico clásico del laboratorio ni tampoco el que encastillado en los viejos moldes se conforma con adquirir los datos de alteración anatómica suministrados puramente por la exploración física. El médico contemporáneo es el que sin desdenar esta última, observa cuidadosamente las perturbaciones funcionales y utiliza el laboratorio como complemento y ratificación de sus observaciones.

Un cálido aplauso comentó la brillante réplica del señor Director de la

Facultad de Medicina, después de la cual se levantó la sesión a las 21 horas 30 minutos.

Concurrieron las siguientes delegaciones: Dr. Castañeda con la representación de la Facultad de Altos Estudios, Drs. Azcárate, Bermúdez, Madrid Mendizabal, con la de la Facultad de Medicina; Dres. Manuel Godoy Alvarez y Gustavo Gómez de Azcárate con un grupo de alumnos de la Escuela Médico Militar; Dr. Rodolfo Gayol, del Hospital General; Castro Villagrana y Siliceo, del Hospital Juárez; Dr. Leoncio de la Mora, Cónsul Gral. del Perú con la de la Sociedad Antonio Alzate; Dr. Manuel de Icaza y Chavira del Hospital de la Luz; Dr. Daniel M. Vélez, con la de la Asociación Médica Franco Mexicana y la Oftalmológica; Ingeniero D. Miguel de Quevedo por la Asociación Mexicana de Ingenieros y Arquitectos; los señores académicos: Alonso, Ayuso, Brioso, Castañeda, Castillo Nájera, Cervera, Cicero, Cosío, Escalona, Gama, López Demetrio, Miranda, Ramírez Eliseo, Rivero Borrel, Silva, Tapia, Fernández, Troconis, Vélez, numerosos médicos e ingenieros y el que suscribe

Secretario Anual.

JOSE TORRES TORIJA.

SESION DEL DIA 3 DE NOVIEMBRE DE 1926.—PRESIDENCIA
DEL SR. DR. EVERARDO LANDA.

AMPLIA RESECCION VESICAL.

A las 19.30 se abre la sesión.

El Dr. **Hurtado** pide la palabra para completar un dictamen pendiente.

Refiérese a la enferma presentada por el Dr. Villarreal, a quien habiéndoselo extirpado las tres cuartas partes de la vejiga, quedó restablecida. Examinó a dicha enferma en unión del Dr. Rivero Borrell por medio del cistoscopio, el cual dió dos imágenes: una que mostraba el bajo fondo perfectamente cicatrizado y de aspecto normal y, en la parte superior una porción fibrosa; el lado izquierdo presentaba aspecto normal. Inyectó doscientos cincuenta centímetros cúbicos de líquido y la vejiga los pudo contener sin molestia. La cicatriz vaginal es perfecta.

Dr. Rivero Borrell.—Confirma lo dicho por el Dr. Hurtado y añade que le llamó la atención, tanto la capacidad del órgano que pudo distenderse sin necesidad de presión al ser inyectados los 250 c.c. como la contractilidad del fragmento de vejiga restante.

Dr. Villareal.—Relata nuevamente el caso (1)

Dr. Castillo Nájera.—La observación del Dr. Villarreal confirma las hechas por el Prof. Legueu, quien hace, algunos años, publicó casos de resección muy amplia con refección de la vejiga. Marión, al hablar de las resecciones vesicales, en su conocida obra, insiste en que debe researse todo lo que se juzgue necesario, sin preocuparse por la reparación ulterior. El año actual, el que habla, asistió al curso de urología de perfeccionamiento en el Hospital Necker y oyó de labios del citado Legueu el relato de varios casos de resecciones casi totales de la vejiga; en algunos se había dejado solamente el trígono y una porción de la vejiga con qué cubrirlo, al grado que después de hacer la sutura, había quedado un cuerpo esferoidal que parecía sólido. El Dr. Fey, encargado de las lecciones sobre el cadáver practicaba la resección tan extensa que algunos de los concurrentes la juzgaron exagerada y dudaron que la vejiga pudiera repararse; por último, en el citado Hospital, vió varios pacientes operados que se encontraban en buenas condiciones y en diversas etapas de refacción vesical.

Dr. Villarreal.—Celebra que Legueu ratifique con su práctica el resultado tan inesperado como feliz obtenido por él.

Se pone a votación la solicitud que hace el Dr. Hircano Ayuso y O'Horibe, académico correspondiente en Tampico y quien ha venido a radicarse en la Capital, para pasar a la categoría de socio de número, ocupando un sillón vacante en la Sección de Microbiología y Parasitología; la solicitud es aprobada por unanimidad.

Se levanta la sesión a las 21 horas, 30 minutos, con asistencia de los señores académicos, Dres.: Alonso, Arroyo, Brioso, Castañeda, Castillo Nájera, Hurtado, Monjarás, Miranda, Rivero Borrell, Silva, Troconis, Tapia Fernández, Ramírez E., Villarreal, Viramontes y el suscrito Secretario Anual.

JOSE TORRES TORIJA.

SESION DEL DIA 10 de NOVIEMBRE DE 1926.—PRESIDENCIA
DEL SR. DR. FRANCISCO CASTILLO NAJERA.

FISIOLOGIA GENERAL DE LOS EPITELIOS.

A las 19.30 se abre la sesión.

El señor Académico Ocaranza, de turno, da lectura a un capítulo inédito de su **Tratado de Fisiología General** titulado: "Fisiología General de los Epitelios".

Dr. Izquierdo.—Hemos leído, con verdadero agrado, el trabajo del señor Dr. Ocaranza que tiene una gran originalidad en su clasificación general referente a la fisiología de los epitelios. Colocándose en el punto de vista determinista, estudia, no solo la morfología de los epitelios sino también su composición físico-química y su acción fisiológica, abordando, en cada caso, no solamente las modificaciones morfológicas, sino el aspecto más interesante de los fenómenos físico-químicos, particularmente tratándose de los epitelios glandulares. El propio análisis metódico lo aplica el autor a otra clase de epitelios citando hechos interesantísimos que a primera vista llamarían la atención, en especial a lo que se refiere a los epitelios de absorción, en el que se encuentran epitelios de diferentes clases: intestinal, pulmonar, urinario.

Dr. Mesa Gutiérrez.—Antiguamente se consideraba cierta diferencia entre los epitelios y los endotelios, que parecía justificada por diferente origen blastodérmico. El epitelio pulmonar, antes considerado como endotelio, es realmente epitelio, sobre todo cuando llega a la región patológico máxima (neoplasma); no sucede lo propio con los endotelios de las serosas y los del tejido conjuntivo subcutáneo, que son y reaccionan como elementos conjuntivos. Los elementos conjuntivos desempeñan a veces funciones que se pudieran superponer a las de los epitelios, pero crecen y se transforman, lo que no hacen los epitelios. No habría una exageración al describir a los endotelios como especie de epitelios en vez de considerarlos como una categoría de tejidos distinta. ¿Cómo resuelve el Dr. Ocaranza esta dificultad?

Dr. Arroyo.—Estimando los endotelios dentro del grupo epitelial Ocaranza no ha hablado de la función de deslizamiento (pericardio, pleura). De esa correcta función depende el correlativo funcionamiento visceral y ocurre lo propio con las articulaciones y vasos sanguíneos. Respecto al grupo que el Dr. Ocaranza califica de endotelios de difusión, no expresa

bien lo que quiso decir; que respecto del epitelio pulmonar, por ejemplo, le parecería más apropiado el término de ósmosis; en cuanto a los epitelios vibrátiles, el Dr. Ocaranza no los clasifica por la función que desempeñan: primero, de defensa orgánica y segundo, de progresión de elementos animados. La primera, se encuentra en el aparato respiratorio para rechazar los cuerpos extraños y la provocación de accesos de tos. De la segunda, se obtiene un ejemplo claro en la trompa de Falopio tapizada con células vibrátiles y algunas caliciformes y que tiene una corriente de moco que viene del ovario a la matriz; esta corriente es remontada en sentido contrario por los espermatozoides que van de la matriz hacia el ovario para la fecundación del óvulo (fenómeno de reotaxia). Por último, al hablar de los fenómenos fagocitarios, sólo trata de los del pulmón, pero no de los embrionarios, hepáticos y esplénicos. Habiendo, pues, mucho de elogio en el trabajo el Dr. Ocaranza, opina que pueden incluirse en él algunas otras particularidades importantes.

Dr. Ocaranza.—Contestando a las objeciones hechas, dice al Dr. Mesa Gutiérrez que procuró apartarse del punto de vista morfológico y penetró, al funcional dinámico y que, por lo tanto, es un poco unilateral. Al Dr. Arroyo, que no ha comprendido la idea de su trabajo: no se trata de la fisiología especial de los epitelios sino de su fisiología general y así lo hace ver en sus objeciones que se refieren a funciones especiales. Para hablar de estas, Ocaranza hubiera tenido que hacer no un capítulo sino un libro. El deslizamiento entra en la función protectora de los epitelios como entran también algunos otros en apariencia disímolos, los de protección tegumentaria y orgánica. La ósmosis no es distinta de la difusión, sino una de sus variedades; por otra parte, aquel fenómeno no se relaciona con los gases, mientras que, con la palabra difusión, quiere tan solo referirse a la ley de Dalton que, por lo menos, en parte, explica los cambios gaseosos en el pulmón. Y tanto es así que, por este como que otros motivos, hay quien considera al pulmón como una glándula. Por otra parte, cree que, aunque su clasificación puede ser discutible, ha abarcado en ella cuatro funciones fundamentales: protección, secreción, absorción y movimiento, yendo más allá de Policard, que no distingue fisiológicamente otros epitelios que los glandulares y tegumentales. Con respecto a la difusión que se hace en los epitelios de absorción y de reabsorción, aunque puede realizarse a través de los espacios linfáticos, hay razones para pensar que el paso no se hace solamente por allí, cuando puede realizarse a través de membranas tan delgadas como las representadas por los endotelios en quienes los biólogos consideran nulo el espesor comparándolo con su longitud y anchura; bien puede

hacerse la reabsorción a través de las propias células endoteliales. Consideran los microbiologistas que una inyección intra-peritoneal en los animales de laboratorio es tan eficaz como si fuera practicada por la vía endovenosa.

Dr. López.—Manifiesta que, en vista de los trabajos realizados por el Dr. Mooser y de sus relevantes cualidades, propone que la Academia se sirva recibirlo en la sesión próxima para escuchar la comunicación que haga sobre sus trabajos y presenciar sus demostraciones microscópicas. Es aceptada la proposición del Dr. López por unanimidad.

Se levanta la sesión a las 21 hs. y 30 mts. con asistencia de los señores: Arroyo, Alonso, Ayuso y O'Horibe, Brioso Vasconcelos, Castañeda, Hurtado, Izquierdo, López, Mesa Gutiérrez, Monjarás, Montaña, Rivero Borrell, Ramírez V., Ramírez E., Silva, Troconis Alcalá, Vélez, Valdés, Villarreal y el Secretario que suscribe.

JOSE TORRES TORIJA.