

ACTAS DE SESIONES

SESION DEL DIA 17 DE NOVIEMBRE DE 1926.—PRESIDENCIA DEL
SR. DR. EVERARDO LANDA.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DEL SINDROMO UTERO-OVARICO-SODOKU.

A las 19.30 se abre la sesión.

Dr. Eliseo Ramírez.—Lee su trabajo de turno titulado: «Contribución al estudio del síndrome útero-ovárico».

Dr. Villarreal.—Las metropatías hemorrágicas en las jóvenes, lo mismo que las menorragias y metrorragias que se presentan en las mujeres que están cerca de la menopausa, se han corregido hasta ahora con la raspa uterina o con la aplicación de agentes físicos. Piensa que mucho se ha abusado de estos tratamientos y que se han hecho más raspas uterinas de las que fueron necesarias. Es muy común ver mujeres de edad adulta, o bien mujeres jóvenes, en las que se han practicado raspas y que continúan con sus metrorragias o con la menstruación continua, trayendo un estado de anemia verdaderamente grave. Le ha tocado ver algunas pacientes a las que les han llegado a practicar la histerectomía por tales desórdenes. En personas de edad se confunden las hemorragias de la menopausa con el cáncer de la matriz y puede esta equivocación dar lugar a intervenciones mutilantes, en las que no se presenta novedad y se prolonga la curación, creyéndose en un éxito. Cuando las enfermas pasan de 44 años, en vez de hacer la raspa uterina se puede emplear la dosis eritema, una cápsula de radio durante 12 o 14 horas para tener de 1,200 a 1,400 miligramos hora, bastan para obtener una curación completa, sin producir perturbaciones en la mucosa. Las dosis que destruyen la mucosa uterina ocasionan perturbaciones en las enfermas. Cree se podrá curar con inyecciones de cuerpo amarillo a las personas jóvenes atacadas de metrorragias abundantes y aun continuas, haciendo la aplicación de la raspa uterina innecesaria y evitando muchas perturbaciones posteriores.

Dr. E. Ramírez.—Es claro que cuando hay un quiste techal la terapéutica aconseja destruir el quiste que está produciendo la menstruación abundante—hay casos en que no es por aumento de las funciones tecaes, sino por una dis-

minución en el funcionamiento de los cuerpos amarillos. En la mujer, en la menopausa, se trata, por lo general, no de quistes sino de la disminución del cuerpo amarillo; el folículo llega a la atresia y no a la maduración. En algunas jóvenes puede tratarse de quistes tecaes o de falta de maduración en los folículos. De manera general, se puede decir que una insuficiencia del cuerpo amarillo coincide con el abatimiento del valor globular. Cuando falta el cuerpo amarillo, la administración del producto detiene la hemorragia. En la disminución de cuerpo amarillo hay aumento en el número de días, pero no en la cantidad; si no hay cuerpo amarillo no existe la acción frenadora y, en este caso, hay poli-menorrea, y la administración de cuerpo amarillo obra perfectamente bien. Es indispensable estudiar cuáles son los elementos que sufren primero al aplicar los agentes físicos para no producir la castración.

Dr. Villarreal.—Con el uso de los nuevos aparatos de onda corta, se está propagando la aplicación de los agentes físicos para los padecimientos ginecológicos y se ha llegado a abusar de esta clase de aplicaciones. No debe tratarse a las jóvenes que presenten hemorragias por medio de los agentes físicos, porque es muy fácil producirles una amenorrea y una esterilidad que puede ser pasajera o definitiva, según la dosis; es preciso ponerlas en conocimiento del peligro que trae la aplicación de estos agentes.

El Dr. Hermann Mooser toma la palabra para dar una conferencia acerca de la enfermedad conocida con el nombre de Sodoku. (1)

Dr. Ayuso.—Ante todo, un impulso de viva simpatía me mueve a presentar mi más cumplido y rendido agradecimiento a todos y a cada uno de los compañeros académicos que en mi favor dieron su voto unánime para ser admitido yo, en calidad de socio numerario, en el seno de esta Corporación. ¡Señores Académicos, creedme, cordialmente ofrezco a ustedes mi adhesión y simpatía respetuosa!

Comentando el notable trabajo del Dr. Mooser, vienen a mi memoria tiempos idos, allá por el año 1906, cuando mi inolvidable maestro, el Dr. Seidelin nos enseñaba Bacteriología, Anatomía Patológica y Química Biológica. En aquel entonces, por hallar material docente para servirnos la enseñanza de estas cátedras, rompió las tradiciones clásicas, teóricas del pasado; implantó nuevos métodos, nos enseñó el método de investigación fundado en rigor científico y descubrió bellas cosas en el campo de la práctica, que solo conocíamos por los grabados de los libros de texto. Examinando sistemáticamente sangre de mamíferos, de ofidios, de aves, descubrió cosas que ignorábamos en ese rincón de la República que se llama Yucatán. Aprendimos a conocer el piroplasma bovis, el piroplasma canis, el trypanosoma lewisi de las ratas, la leishmania donovani y otras que sería prolijo enumerar.

(1)—En el próximo número de esta Revista se publicará esta conferencia con el título de "Sobre la enfermedad producida por mordedura de rata: Sodoku".—N. de la R.

El hecho aquel de los hallazgos científicos del maestro Seidelin y los del Dr. Mooser de ahora, que se ha servido con ellos deleitarnos, corren parejas, y ambos enriquecen harto la literatura médica del país.

Tengo para mí que a la manera del maestro Seidelin, el Dr. Mooser ha llevado a efecto su obra sujetándose a los cánones de la más estricta lógica inductiva, sin despreciar detalles para ratificar o rectificar conceptos que va dando la experiencia en un asunto; para mí, investigadores de esa talla ocupan un alto peldaño en la mentalidad. Por esta razón juzgo de gran interés, de gran valor la obra del Dr. Mooser que aquí, en la Academia, fue precedida por las sesudas comunicaciones clínicas del señor Dr. Demetrio López, despertando nuestro interés y haciéndonos estar pendientes de estas cuestiones. El Dr. López, hay que confesarlo, siempre hizo justicia al Dr. Mooser y coronó su obra trayéndolo a la Academia para la demostración bacteriológica relativa. La noche de hoy es un suceso científico. Felicito, pues, tanto al señor Mooser por su excelente trabajo, como al modesto sabio, Dr. López que conjuntamente han laborado.

¿Qué puedo decir del trabajo del Dr. Mooser?

A un trabajo acabado no se le puede añadir ni una palabra. Nos ha revelado los cuadros clínicos con detalle científico; la cuestión bacteriológica, eje de la conferencia de esta noche, nada deja que desear; la reseña anato-patológica concisa y precisa; la terapéutica de que nos habla es muy racional: como sabemos por nuestras lecturas, la inyección del neosalvarsán es aplicable a las espiroquetosis en general.

El Boletín del Instituto Pasteur del mes de mayo del presente año trata de diversas espiroquelosis o espiroquetosis, entre otras la de la fiebre amarilla y la de la espiroquetosis ictero-hemorrágica que para algunos médicos cubanos, cultos por cierto, son una misma cosa, lo que equivale a decir que la leptospira icteroides es la misma cosa que la leptospira ictero-hemorrágica. Esta leptospira inoculada al hombre por las mordeduras de las ratas, engendra la ictero-hemorrágica.

Y a propósito de espirilas de roedores, conviene recordar que los investigadores se afanan ahora en diferenciar las diversas especies que se les han presentado. Hay una espiroqueta que difiere de la anterior porque solo engendra un cuadro de gravedad que lleva el nombre de «espiroquetosis febril».

Se piensa que en las ratas existen diversas especies de leptospiras. Mlle. Ruys acepta una que llama *spirillum minus* como una variedad de la *morvus moris*. Dice que la espirila de las ratas es patógena para el cuy y el mono, en tanto que la espirila de los ratones no es patógena para el cuy. Se han inoculado ratas salvajes con ratas infectadas; se han inyectado cuyes con ratas; se han inyectado monos con sangre de ratas infectadas, y a la inversa, se ha inoculado sangre de mono a ratones. Personas de laboratorio dejáronse morder

por ratones infectados y, cosa rara, las mordeduras no fueron seguidas de fiebre ni de ningún otro síntoma. Se han inyectado conejos en los cuales evolucionó la enfermedad, cosa que interesa saber y que contrasta con las experiencias del Dr. Mooser.

En resumen, los trabajos del Dr. López y del Dr. Mooser, son una adquisición para la literatura médica del país. Cuando se escriba la Patología de México, en el capítulo que trate del Sodoku, nuevo cuadro nosológico entre nosotros, los nombres de estos dos obreros intelectuales figurarán a la vanguardia de los demás.

Una cosa sí, hay que agregar, y me la sugiere el mecanismo de la infección, y es: añadir un renglón más a la campaña sanitaria, mejor dicho, un argumento más para reforzarla y hacerla más extensa contra los roedores, no limitarla a los puertos, pues el Sodoku es, como muchas otras enfermedades, evitable.

Para terminar, felicito de nuevo calurosamente a estos dos colegas que se afanan por descubrir rutas nuevas; al Dr. López, mi maestro de inyecciones antirrábicas, que en esta tarea tiene una gran jornada, y al Dr. Mooser por su conferencia en general, suplicándole me permita haga especial mención por sus bellas preparaciones de Levaditi.

Dr. Castillo Nájera.—Encuentra de gran interés los trabajos del señor Dr. Mooser, quien ha hecho una ordenada exposición, sin olvidar ninguno de los aspectos del asunto: estudio clínico, anatómico, patológico, etiología, bacteriología y tratamiento. Los trabajos del Dr. Mooser han seguido una secuela científica y han sido ejecutados con habilidad técnica. Es importante el paralelo que ha establecido entre el sodoku y la sífilis y muy ingenioso el arbitrio del que se ha valido para estudiar la morfología de la espirila.

Dr. Miranda.—Juzga particularmente interesante la investigación del germen en las lesiones conjuntivales y su comprobación en la lágrima de la rata así como la aplicación que para el mecanismo de la inoculación hace el Dr. Mooser, diciéndonos que por el canal lacrimonasal pasa este líquido contaminado y a favor de la disposición anatómica del labio al diente del roedor, hipótesis que es mucho más satisfactoria que la otra a que alude.

La investigación de los anticuerpos en la sangre de los enfermos con su comprobación por los efectos letales del suero aun diluido considerablemente, puede prestar muy útiles servicios en el diagnóstico. Igualmente la comprobación de la existencia del parásito en los ganglios de aquellos animales inoculados en los que no se encuentra el parásito en la sangre.

No contento el Dr. Mooser con estas investigaciones en el terreno de los hechos, se eleva a una concepción de Patología general y nos habla de la propiedad que tienen estos anticuerpos de no abandonar la corriente sanguínea y de una hipótesis interesantísima, aplicable tal vez a otras enfermedades, que es la de suponer que es la infección latente la que sostiene la producción de anticuerpos haciendo imposible la reinoculación.

El *Dr. Miranda* hace consideraciones sobre la influencia que tendría esta concepción sobre la de portadores de gérmenes de los que el mismo Miranda en un estado intermedio entre inmunidad y la receptividad, pues en tal caso, curar a un portador de gérmenes equivale a hacerlo receptivo a la infección.

El dictamen relativo a la petición del *Dr. Joaquín Cosío* para pasar a la categoría de socio titular (retirado) fue votado de modo favorable, por unanimidad.

El Presidente declara vacante la plaza del *Dr. Cosío*.

Se levanta la sesión a las 21 y 30 minutos, con asistencia de los señores doctores: Aragón, Alonso, Ayuso, Brioso V., Castillo Nájera, Cicero, López, Miranda, Ramírez E., Ramírez V., Rivero Borrell, Silva, Tapia Fernández, Troconis y Villarreal.

Srio. accidental,
A. B. VASCONCELOS.

SESION DEL DIA 24 DE NOVIEMBRE DE 1926.—PRESIDENCIA DEL
DR. EVERARDO LANDA.

LA MICROPRECIPITOREACCION EN EL DIAGNOSTICO DE LA SIFILIS.—TRAÇOMA.

A las 19.35 se abre la sesión.

Dr. Arroyo.—Lee su trabajo de turno, titulado: La Micro-precipito rección en el diagnóstico de la sífilis.

Dr. Brioso.—No obstante las amplísimas ventajas y gran utilidad que para la Clínica y la Profilaxia presenta la reacción clásica de Wassermann, hay una tendencia a sustituirla, a simplificar su técnica. La reacción ideal para el diagnóstico de la sífilis debe ser basada en el 100% de los casos de sífilis, comprobados por cualquiera de los procedimientos. Vienen a mi memoria los estudios del Profesor de Anatomía Patológica de Michigan, que cuidó de hacer autopsias en los casos de individuos que murieron en el Hospital Clínico de la Universidad, cuando los clínicos los habían dado por curados de sífilis, y con gran asombro demostró que hay algunos en los que se encontraban lesiones de sífilis. La aortitis la vemos después de 15 a 20 años de haber dado de alta al individuo. Otra condición para el valor absoluto de la suero reacción en la sífilis es que en el 100% de los casos de resultado negativo, no exista la enfermedad. Como ustedes saben esta reacción ideal no se encuentra. Hace algún tiempo se dió en emplear una reacción que estaba muy en boga, la reacción de Kahn que no obstante sus buenas referencias, parece que tiende a desaparecer. Esto hace ser un poco conservador en materia de suero reacción y no aceptar los nuevos procedimientos, sino cuando se demuestre que

SESION DEL DIA 24 DE NOVIEMBRE DE 1926.—PRESIDENCIA DEL
DR. EVERARDO LANDA.

LA MICROPRECIPITOREACCION EN EL DIAGNOSTICO DE LA SIFILIS.—TRACOMA.

A las 19.35 se abre la sesión.

Dr. Arroyo.—Lee su trabajo de turno, titulado: La Micro-precipito re-
acción en el diagnóstico de la sífilis.

Dr. Brioso.—No obstante las amplísimas ventajas y gran utilidad que
para la Clínica y la Profilaxia presenta la reacción clásica de Wassermann,
hay una tendencia a sustituirla, a simplificar su técnica. La reacción ideal
para el diagnóstico de la sífilis debe ser basada en el 100% de los casos de sí-
filis, comprobados por cualquiera de los procedimientos. Vienen a mi memoria
los estudios del Profesor de Anatomía Patológica de Michigan, que cuidó de
hacer autopsias en los casos de individuos que murieron en el Hospital Clíni-
co de la Universidad, cuando los clínicos los habían dado por curados de sífi-
lis, y con gran asombro demostró que hay algunos en los que se encontraban
lesiones de sífilis. La aortitis la vemos después de 15 a 20 años de haber dado
de alta al individuo. Otra condición para el valor absoluto de la suero reacción
en la sífilis es que en el 100% de los casos de resultado negativo, no exista la
enfermedad. Como ustedes saben esta reacción ideal no se encuentra. Hace
algún tiempo se dió en emplear una reacción que estaba muy en boga, la
reacción de Kahn que no obstante sus buenas referencias, parece que tiende
a desaparecer. Esto hace ser un poco conservador en materia de suero reac-
ción y no aceptar los nuevos procedimientos, sino cuando se demuestre que

son de técnica más fácil, o que presentan la ventaja de dar un porcentaje mayor de positivas, comparando el estudio bacteriológico con el clínico, o que el porcentaje de no especificidad falsa es menor. Parece que la reacción de micro precipito-reacción de Kline y Young, no llena ninguno de los requisitos. Cuando principió a leer su trabajo al Dr. Arroyo, creí que debía tenerse mucho cuidado en aceptar sus conclusiones, por el número de casos tan reducido que presentaba; pero cuando terminó, modifiqué mi juicio, porque la crítica es fundada y hace un estudio que es suficiente. Llamo mi atención en primer lugar los estudios considerados en el grupo núm. 8, referentes a la micro-precipito-reacción que se produce entre el antígeno y el suero salino; esto hace desconfiar, porque basta poner el antígeno en suero salino para que haya una precipitación, y por otra parte, ésta varía con el tiempo. Si la reacción fuera de uso corriente, cada vez que se viera a un enfermo, se tendría que preguntar en qué tiempo se había hecho esta reacción. En la técnica de la fijación del complemento ya sea por la técnica de Wassermann o por las modificaciones de Jacopstal, esta precipitación no se produce. El otro asunto de la antigüedad de los sueros, es muy importante. Hay veces en que se ven en la necesidad de recurrir a sueros viejos, en casos de personas que residen en poblaciones donde no hay laboratorio y se necesita tomar la sangre y mandarla a la ciudad donde sí haya para que la practiquen. Una de las recientes disposiciones exige como requisito para la celebración del matrimonio, que se haga un estudio de la sangre y que tenga resultado negativo; mientras no se llene este requisito no se puede llevar a efecto este acto. Estimo que son juiciosas las críticas del Dr. Arroyo y que son de tomarse en consideración. La verdad es que debemos aceptar que por ahora no es de tomarse como criterio en el diagnóstico de la sífilis, la reacción de Kline y Young aún cuando es seductora en apariencia.

Dr. Ramírez.—Las modificaciones que se hacen a la reacción de Wassermann tienen mucha importancia. A propósito de la reacción el hecho mismo de variar el antígeno las reacciones demuestran que la reacción de Wassermann tiene un fundamento diferente. Esto indica que hay un desequilibrio miscelar de tal manera, que los fenómenos de absorción y de precipitación son más fáciles, en virtud del estado especial de la viscera. La reacción de Wassermann es un fenómeno de absorción y se produce en presencia de los lípidos. Las miscelas tienden a unirse y la presencia de lípidos aumenta o disminuye la reacción miscelar.

En presencia de las miscelas albuminoideas, los cambios demuestran el estado físico. Las reacciones que han tratado de facilitar la reacción de Wassermann han seguido otros puntos; se trata de buscar el estado de desequilibrio molecular que permita la precipitación, en virtud de las cargas eléctricas que tienen los elementos. Se habla de la diafanoscopia para el estado de

los sueros. Si la reacción de Wassermann no es una reacción específica que indique un desequilibrio en la constitución de las miscelas, no se puede tomar esta reacción como criterio fundamental para buscar las demás reacciones; no se pueden comparar las otras reacciones porque se necesitaría saber en el caso especial las particularidades de cada una, no teniendo igualdad en los resultados. Se necesitaría hacer una reacción en individuos sífilíticos o no sífilíticos comprobados, para poder hacer las preparaciones. Las observaciones son muy interesantes. En los fenómenos de floculación que se produce con el antígeno, se nota cierto desequilibrio. La floculación depende del factor de concentración de los iones de oxígeno del medio de dispersión. La miscela se flocula en virtud de la carga eléctrica y no del estado isotónico de las miscelas. Si se coloca en un medio isotónico, será muy interesante estudiar la importancia que tienen los iones de oxígeno. Si se tienen frotis de sangre, la coloración que toman a primera vista es diferente. Cuando el frotis es nuevo se tiñe tirando a azul y en el viejo se tiñe tirando a rojo y esto es porque ha entrado la concentración de los iones de hidrógeno. Es muy interesante conocer las variaciones que sufren con la concentración de los iones de hidrógeno. Todavía se pueden hacer modificaciones a la reacción de Wassermann para encontrar la manera más fácil de conocer el estado de desequilibrio miscelar, ya sea por fenómenos de absorción o de precipitación.

Dr. Arroyo.—Agradece a los señores doctores que se hayan ocupado de su trabajo. Está hecho con cuidado para sacar las diferentes conclusiones y estima suficiente el número de preparaciones para sacar en consecuencia los inconvenientes del método. Si más tarde hubieran nuevas modificaciones y hubiera una práctica sencilla, será el primero en modificar la reacción. Respecto a lo que el Dr. Ramirez ha expuesto, sólo me refiero a lo que se ha hecho respecto al método de Jacobstal y no se pueden comparar porque son métodos distintos que no pueden tomarse en cuenta para ver la prueba y llegar a los resultados finales en el diagnóstico de la sífilis. Desde el punto de vista del Wassermann clásico y las modificaciones de Jacobstal, éstas son las que mejor resultado dan y sólo desde el resultado final pueden tomarse las de Kline y Young. Por ahora esta reacción simplifica la técnica en detrimento de la sensibilidad del método de Jacobstal.

Dr. Silva.—Lee su trabajo extraordinario acerca del tracoma. No se trata en el trabajo únicamente de la anatomía patológica del tracoma. No tiene un fondo exclusivo de Anatomía Patológica, sino conocimientos de clínica.

Dr. Ramírez E.—Hay un detalle sobre el que quiero insistir. Parece que en el trabajo se toman los plasmocitos como elementos lipoides. Probablemente los plasmocitos no son lipoides.

Dr. Alonso.—Los detalles anatomo patológicos del tracoma vienen a

confirmar de manera detallada todo lo que he afirmado. Insisto a propósito del tracoma en afirmar que no es mas que una reacción anatomo patológica, la producción de granulaciones ya que por ellas mismas no puede distinguirse el tracoma de los granulomas no específicos. Hay casos, muy especialmente en sus principios que se observa el tracoma sin granulaciones de ninguna especie, microscópicamente. Hay casos en los que no se observa mas que un ligero espesamiento en la conjuntiva y una ligera bléfaroptosis. La marcha de la enfermedad demuestra, sin embargo, que es tracoma clásico. La contagiosidad del tracoma está demostrada por la clínica y la experimentación. El contagio se verifica principalmente en el medio familiar y es allí a donde habrá que combatirlo esencialmente.

Se levanta la sesión a las 21.80 con asistencia de los Sres. Dres. Arroyo, Alonso, Brioso V., Bulman, Izquierdo, Miranda, Prieto, Rivero B., Ramírez E., Silva, Troconis, Tapia F., Viramontes, Villarreal y el suscrito Secretario.

JOSE TORRES TORIJA.

SESION DEL 1º DE DICIEMBRE DE 1926. — PRESIDENCIA DEL SR. DR. EVERARDO LANDA.

MUERTE DEL SR. DR. RAMON ICAZA

Se dió principio a la sesión a las 19.30, habiendo desempeñado el cargo de Secretario accidental el señor Dr. D. Jesús Arroyo, por ausencia del Secretario Anual, Dr. José Torres Torija.

Puestos en pie los señores asistentes a la sesión, el Presidente anunció el fallecimiento del socio honorario, señor Dr. D. Ramón Icaza. Dijo, que era uno de los miembros más antiguos de la Academia, dado que su ingreso se efectuó en el año de 1873. Estaba registrado el Dr. Icaza en el libro de miembros de la Academia con el número 100; desempeñó la Secretaría en los años de 1886 a 1887 y 1894 a 1895; fue Secretario Perpetuo desde 1895 a 99; Presidente de 1899 a 1900 y de 1908 a 1909, y desde 1909 era Miembro Honorario. El Dr. Icaza fue un médico que se distinguió por sus grandes virtudes; maestro de varias generaciones médicas, se hizo notar por su carácter bondadoso y ecuanime y ocupaba un lugar culminante en la sociedad mexicana, como lo demuestra la manifestación luctuaria que se vió con motivo de sus funerales.

Siguiendo una vieja y penosa costumbre, se levantó esta sesión en señal de duelo y se acordó dirigir una nota de pésame a la familia del Dr. Icaza.

Asistencia: Alonso, Aragón, Arroyo, Ayuso, Bulman, Castañeda, Cicero, Landa, López, Silva, Monjarás, Troconis Alcalá y Vélez.

El Secretario Accidental,
JESUS ARROYO.

SESION DEL DIA 22 DE DICIEMBRE DE 1926.—PRESIDENCIA DEL
SR. DR. EVERARDO LANDA.UNA PLATICA CLINICO-QUIRURGICA.—COLESTEATOMA DEL
OIDO DERECHO.

A las 19.35 se abre la sesión.

Se concede la palabra al señor Académico Castañeda para leer su trabajo titulado: «Una plática clínico-quirúrgica». Terminada la lectura el Dr. Landa propone que se aplaze la discusión del trabajo del Dr. Castañeda en virtud de tener que hacer una comunicación el señor académico Tapia y Fernández, y desea presentar en la sesión al enfermo a quien se refiere en su comunicación, ruega a los señores Académicos que deseen discutir el trabajo del Dr. Castañeda que se inscriban. Habiéndose aceptado la propuesta de la Presidencia, se registran para la sesión próxima los Doctores: Hurtado, Rivero Borrell, José Tomás Rojas y Villarreal.

Toma la palabra el Dr. Tapia Fernández, quien presenta a la Academia un caso que cree interesante. Se trata de un enfermo con un colesteatoma del oído derecho, notable por las dimensiones que alcanzó, tuvo oportunidad de tratar dicho enfermo el día 26 de octubre ppdo. Se trata de un individuo nacido en el Estado de Veracruz, que a la edad de tres años padeció escarlatina que se complicó con una otitis media bilateral, quedándole un escurrimiento purulento en el lado derecho y presentando, a últimas fechas, dolores de cabeza, de oídos, vértigos, vómitos y parálisis. Hace tres años presentó una parálisis facial y, quince días antes de consultar al Dr. Tapia Fernández, convulsiones; al examinarlo el referido facultativo, tenía el siguiente cuadro: vómitos, sensación de vértigos, aun estando acostado, parálisis facial derecha y parálisis del propio lado en los miembros superior e inferior; fiebre de 39 grados y una fístula en la mastoidea derecha; en el oído medio una gran masa de colesteatoma de tamaño considerable. Indicada la necesidad de una intervención urgente y ésta se hizo la operación haciendo una incisión que partía de la fístula de la región mastoidea; se extrajeron con todo cuidado masas de colesteatoma que, reunidas, formaron un tumor del tamaño de un huevo de gallina, con olor pútrido; se limpió la cavidad con la cucharilla sin incidente y, desagradable terminada la limpieza, se hizo la excisión del conducto auditivo externo, suturándose en seguida. Las consecuencias post-operatorias fueron felices, la fístula bajó, los vómitos fueron disminuyendo hasta desaparecer, el enfermo comenzó a recuperar la conciencia porque anteriormente no distinguía lo que se le decía, la cavidad fue limpiándose rápidamente y, quince días más tarde había desaparecido la hemiplegia y el enfermo podía caminar. Actualmente tiene dos meses de operado y está curado; desea presentarlo a los señores Académicos, manifestando, de paso, que la

única alteración permanente que ofrece es la parálisis facial. A través del conducto auditivo puede observarse la enorme cavidad con sus anfractuosidades, cavidad que se marca también en la radiografía que muestra. Pide que se nombre una comisión que examine al enfermo. La Presidencia nombra a los doctores Silva y Malda. (Se suspende la sesión).

Terminado el examen y reanudada aquella, el Dr. Silva manifiesta que tratándose de un enfermo de gran importancia, desea examinarlo detenidamente en su consultorio y dar el informe en la próxima sesión, se accede a lo pedido por el señor Dr. Silva.

El Dr. Landa manifiesta que se va a dar lectura a las propuestas de candidatos que habrán de cubrir algunos de los sillones vacantes; que en vista de ser veinte, se leerán primero las proposiciones y después se hará la votación. La Secretaría da lectura a las diferentes candidaturas. Al llegar a la del señor Dr. Francisco Ortega para la Sección de Ginecología, el Presidente Landa dice que la considera fuera del Reglamento porque la Fracción II del artículo 6º indica que cada candidato debe ser propuesto por cinco miembros de número por lo menos, y la del Dr. Ortega está suscrita solamente por tres miembros de número, pues los doctores Montaña y Hurtado son Académicos Titulares. La firma del Dr. Rivero Borrell que aparece en la propuesta, se encuentra también en la hecha a favor del Dr. Francisco Reyes por lo cual deberá optar por alguna de ellas. Con este motivo se suscita una discusión, en la cual toman parte los doctores: Hurtado, Brioso y Castillo Nájera. El Dr. Hurtado manifiesta que si ha perdido sus derechos de voz y voto, como Socio Titular, cree que es inútil volver a la Academia; Brioso Vasconcelos hace la aclaración de que al modificar el Reglamento se quiso que los Socios Retirados o Titulares quedasen libres de obligaciones pero sin perder sus derechos y Castillo Nájera hace ver la contradicción que existe a este respecto en alguno de los artículos del Reglamento (6 y 14); en vista de las aclaraciones se concede quede establecido el derecho de voto y de propuesta para los señores Académicos Titulares. Los académicos Monjarás, Soberón y Vélez interrogan sobre si pueden agregar sus firmas a la propuesta en favor del Dr. Ortega, accediendo a ello la asamblea.

Terminada la lectura de los expedientes, se sujetan a votación las diferentes candidaturas con los resultados siguientes:

Para la Sección de Anatomía Normal, Dr. Benjamín Bandera, 22 votos por la afirmativa y 4 por la negativa; para la Sección de Medicina Interna, Dres. Adolfo Nieto, 25 votos afirmativos y 1 negativo; Ignacio Chávez 23 afirmativos y 1 negativo. Para la Sección de Patología y Terapéutica Quirúrgicas, Dr. Jesús Adalid Castillo, 25 afirmativos y 1 negativo; Dr. José Castro Villagrán, 24 afirmativos y 2 negativos. Para la Sección de Terapéutica Médica y Farmacología, Dr. Leopoldo Escobar, 23 votos afirmativos y 3 negativos. Para la Sección de Obstetricia, Dr. Alberto Lozano Garza, 17 votos afirmativos y 9 nega-

tivos. Para la Sección de Higiene, Dres. Salvador Iturbide Alvírez 19 afirmaciones y 7 negativos, Carlos Jiménez, 15 afirmativos y 11 negativos. Para la de Andrología y Urología, Dr. Aquilino Villanueva. 25 votos afirmativos y 1 negativo. Para la Sección de Ginecología, Dr. Francisco Reyes, 14 votos, Dr. Francisco Ortega 12. Para la de Pediatría, Dres. Pablo Mendizábal, Manuel Escontría y Mario Torroella, el primero 23 votos afirmativos y 3 negativos, los dos últimos 24 votos afirmativos y 2 negativos. Para la Sección de Oftalmología, el Dr. Adolfo Vignri, 11 votos, el Dr. Antonio Torres Estrada 4. Para la Sección de Microbiología y Parasitología, Dr. Juan Solórzano Morfín, 22 afirmativos y 4 negativos. Para la Sección de Fisioterapia, Dr. Vicente Pérez de la Vega, 22 afirmativos y 4 negativos. Para la de Historia de la Medicina, Dr. Francisco C. Canale, 26 votos afirmativos.

En vista del resultado de la votación, la Presidencia hace las declaraciones respectivas en favor de los candidatos mencionados, declarando vencedores, en las Secciones de Oftalmología y Ginecología respectivamente, a los señores Dres. Antonio Torres Estrada y Francisco Reyes, por haber obtenido mayoría de votos y tratarse de una sola plaza. A continuación se vota la propuesta hecha en favor del señor Dr. John O. Mc Reynolds, de Dallas, Texas, como Académico Honorario, habiendo sido aprobada por 18 votos afirmativos contra 1 negativo. con lo cual se levantó la sesión a las 22 horas, asistiendo los señores doctores: Barreiro, Bulman, Brioso, Castañeda, Castillo Nájera, del Raso, García, Godoy Alvarez, Hurtado, Izquierdo, Malda, Monjarás, Miranda, Rivero Borrell, Rojas José Tomás, Ramírez E., Silva, Soberón, Troconis, Tapia Fernández, Ulrich, Valdés, Vélez, Viramontes, Villarreal y el Secretario que subscribe.

JOSE TORRES TORIJA.

ACTAS DE SESIONES

SESION DEL DIA 15 DE DICIEMBRE DE 1926.—PRESIDENCIA
DEL DR. EVERARDO LANDA.

QUIMISMO GASTRICO.—CONFERENCIA PAN-AMERICANA
DE DIRECTORES DE SANIDAD.

A las 19.35 se abre la sesión.

Dr. Landa.—Honra a la Academia de Medicina el Sr. Dr. Alberto S. Padilla de la república salvadoreña. Viene comisionado por el Gobierno de su país para estudiar la flora y la fauna mexicanas; ha consagrado la mayor parte de su vida a los estudios de la flora y la fauna de su país; ha escrito un diccionario en seis volúmenes y una obra sobre las plantas medicinales. Creo que la obra del Dr. Padilla es muy interesante. Nuestro país tiene plantas medicinales muy importantes. Hago un recuerdo de nuestro Instituto Médico Nacional que se consagró al estudio de las plantas medicinales de México, dejando al desaparecer una labor muy interesante y es casi seguro que las obras que se escribieron en él, puedan servirle de consulta al Dr. Padilla para encontrar la orientación que desea. Nos es grato recibir en la Academia al Dr. Padilla y le deseamos que su viaje sea muy feliz y que pueda realizar la labor científica que el Salvador le ha conferido.

Dr. José Tomás Rojas.—Trabajo de turno titulado "quimismo gástrico".

Dr. Miranda.—Juzga muy interesante el trabajo del Dr. Rojas que se basa en una estadística de cierta consideración.

Ha sido muy discutido el valor que debe concederse al quimismo en la patología gástrica y hay quienes le nieguen todo valor. La medicina francesa se ha resentido del poco empleo del método de sondeo gástrico en serie que comparado con el sondeo único, hecho determinado tiempo después de una comida de prueba, es muy superior.

El escollo más grande que existe para la interpretación de las gráficas

de quimismo en serie es aclarar la influencia que tiene sobre la gráfica el alimento **motricidad** y por lo tanto **evacuación**.

Para poder interpretar debidamente el dato de quimismo, se ha pensado recientemente que además de la acidez es preciso tomar en cuenta la cantidad del contenido gástrico. Para ello sería preciso modificar la técnica vaciándose el estómago por medio de la sonda delgada, de una manera completa, cada vez moviéndose la cantidad y reinyectándose por la misma sonda el jugo extraído después de reservar unos 10 cc. para el análisis.

De esta manera podríamos estimar la cantidad de jugo existente en ayunas, su acidez y por ende la cantidad de ácido, luego apreciar la dilución que sufre por la comida de prueba, la secreción que continúa haciéndose y el jugo evacuado hacia el duodeno.

La determinación de la acidez real, en vez de la titulable tiene un gran porvenir igualmente.

Está de acuerdo en que normalmente siempre existe jugo gástrico en ayunas, contrariamente a la que expresaban antes los autores.

Dr. Brioso.—La memoria a la que acaba de dar lectura el Dr. Rojas me ha llamado la atención por algunos puntos, sobre los que me voy a permitir insistir. Entre las autoridades que ha citado como adversas al examen, omitió a Dieulafoy en el tratado clásico. Luego señala la relación que puede haber entre los padecimientos gástricos y los padecimientos de otros órganos. Recuerdo una estadística bien fundada del Profesor Cabot que señala una gran mayoría de enfermos que resultaron padecer de otros órganos, eran enfermos arterio-esclerosos, cardíacos, etc., y sólo un porcentaje reducido resultó de enfermos cuyo padecimiento radicaba en el estómago. Si aceptamos esta opinión resulta que el examen que recomienda hacer el Dr. Rojas no debe ser tan somero, sino en el caso en que se tenga el convencimiento de que el enfermo de que se trata es un gástrico verdaderamente. El Dr. Bulman conoce el caso de un atáxico clásico, que había sido visto por uno de los mejores clínicos y le habían encontrado manifestaciones gástricas, cuando era crisis de la ataxia. El tratamiento no es muy juiciosa la opinión que sostiene el Dr. Rojas, porque nos da los resultados mismo para los casos avanzados que para los incipientes. Creo que es dos de casos que ha estudiado. Es una contribución personal al estudio de la patología gástrica.

Hubo un médico muy distinguido el Dr. Fernández Ortigosa, que hacía exámenes del jugo gástrico. Este señor se distinguía por los diagnósticos en las gastropatías y tenía una clientela muy numerosa de enfermos del estómago.

Creo que el método que ha seguido el Dr. Rojas debe servir de modelo para esta clase de trabajos, por estar fundado en hechos bien observados y comprobados en cuadros estadísticos.

Dr. Pruneda.—Da lectura a los trabajos realizados por la Conferencia Pan-americana de Directores de Sanidad, reunida en Chicago.

Se levanta la sesión a las 21 horas, con asistencia de los Sres. Dres. Alonso, Brioso, Bulman, Castillo Nájera, Castañeda, Izquierdo, López D. Ocaranza, Monjarás, Miranda Pruneda, Rivero B. Rojas José, T. Ramírez Eliseo, Silva, Vélez y el suscrito Secretario Anual

José TORRES TORIJA.

SESION DEL DIA 29 DE DICIEMBRE DE 1926.—PRESIDENCIA
DEL SR. DR. EVERARDO LANDA.

EL OXIGENOGRÁFO.—UNA PLÁTICA CLÍNICO-QUIRÚRGICA.

A las 19.37 se abre la sesión.

El Dr. Castillo Nájera da lectura al trabajo enviado por el Dr. Daniel Vergara Lope.

Dr. Izquierdo.—El trabajo del Dr. Vergara Lope puede considerarse desde dos puntos de vista: con relación al perfeccionamiento del aparato empleado, hace 25 años y en cuanto se refiere a las observaciones que pueden hacerse a los resultados obtenidos con dicho aparato. Respecto a lo primero, hay que recordar que la técnica es ciertamente uno de los factores de progreso más importante en las investigaciones científicas; la mayor parte de los progresos de la ciencia médica se han debido muchas veces a la presentación de nuevas técnicas o a modificaciones de las anteriores. El oxigenógrafo modificado por el Dr. Vergara Lope difiere del conocido aparato de Fréderich en pequeñas modificaciones, del orden de las que hacen con frecuencia las casas constructoras a los diversos aparatos científicos. Esto quiere decir que en el caso actual las modificaciones no son trascendentales, puesto que los resultados no varían a pesar de ellas, ni se hacen más precisos, aún cuando sí indican el deseo de un espíritu que se preocupó por mejorar detalles.

En cuanto a los resultados, parece que sólo se han exhumado los de hace 25 años, pero sin tratar de presentarlos no de acuerdo con la unidad de peso, que eso tiene muy poco interés, sino con relación a la unidad de superficie. El trabajo del Dr. Vergara Lope nos presenta el consumo de

oxígeno con relación al kilogramo de animal y ahora se sabe que lo más interesante es presentarlo con relación a la superficie, de acuerdo con lo que se llama **metabolismo basal**, que es el menor número de calorías que puede producir un animal o el hombre mismo por metro cuadrado de superficie, estando en completo estado de reposo muscular y digestivo, pues la actividad muscular y el proceso digestivo aumentan igualmente las combustiones, por lo que, además de guardar quietud absoluta deberá estar en ayunas desde 16 horas antes de la experiencia. Uno de los métodos para medir el metabolismo basal, es por medio de los procedimientos indirectos, determinados por la magnitud de los cambios respiratorios o sea midiendo las cantidades de O consumido y de CO² exhalado, cosa que ciertamente puede determinarse con el aparato de Fréderich por más que se llame oxigenógrafo; pero este dato sólo tiene valor cuando se considera al mismo tiempo el cociente respiratorio $\frac{CO_2}{O}$ que indica la naturaleza del

materia consumido, pues sabido es que un mismo volumen de oxígeno da lugar a diferentes cantidades de calorías, según sirva para hacer la combustión de albúminas, grasas e hidratos de carbono. Es lástima que este trabajo, muy interesante por el tiempo en que fué hecho, no se haya utilizado en 1927 para arreglar y presentar sus datos con relación al metabolismo basal. Muchos de los aparatos hoy aplicados a las clínicas se derivan del mismo principio, empezando por una modificación ideada por el mismo Fréderich en su aparato que no se generalizó o como el aparato que lleva un espirómetro inscriptor de Krogh, que nos presentó el Dr. Miranda en alguna de las sesiones del año pasado.

Dr. Miranda.—Ve el trabajo del Dr. Vergara Lope como de interés histórico. Trabajos recientes no mencionan las experiencias anteriores hechas desde tantos años atrás, sobre todo en animales. Es de lamentarse que trabajo tan interesante no hubiera sido publicado oportunamente, cuando sus conclusiones eran de verdadero interés; estimo, sin embargo, que el tiempo empleado para tomar las gráficas que acompañan al trabajo (20 segundos, es insuficiente, a pesar de lo cual, un examen atento de ellas revela que están tomadas con la debida corrección.

Las experiencias actualmente, cuando menos se hacen de 5 minutos, aún cuando sea en un animal como el conejo al que es difícil tener quieto durante ese tiempo, pero así se aminoran las causas de error. Además no basta señalar el volumen de oxígeno consumido, es preciso consignar también la cantidad de bióxido de carbono producida; según sea el material en que se haya empleado el oxígeno dará mayor o menor cantidad de bió-

xido de carbono o mayor o menor cantidad de calorías. Es de felicitar, sin embargo, al Dr. Lope que hubiera hecho en esa época, lo que actualmente se hace con mayor perfección, pero que era lo más que podía hacerse dados los conocimientos de entonces.

Se pone a discusión el trabajo del Dr. Castañeda, leído en la sesión anterior, y el señor Presidente concede la palabra al Dr. Rivero Borrell.

Dr. Rivero Borrell.—De los casos que cita el Dr. Castañeda, sólo voy a tomar dos para hacer algunos comentarios; uno, porque lo conozco, por haber acompañado al Dr. Castañeda, y otro por referirse a la especialidad de Urología. El primero se refiere a un enfermo que durante mucho tiempo padeció de diabetes y que últimamente comenzó a sufrir de dolor intenso en el epigastrio y estos dolores fueron seguidos de una melena abundante, que se repitió. Este enfermo tenía el diagnóstico de úlcera del duodeno y, como el tratamiento médico no diera los resultados que se deseaban, el Dr. Rojas lo pasó a los cirujanos. El Dr. Castañeda le hizo una gastro-entero-anastomosis. El enfermo es interesante por lo siguiente: al verlo, no satisfacía mucho el diagnóstico de úlcera del duodeno, porque para hacer este diagnóstico se tenía en cuenta la melena; el dolor que presentaba el enfermo nunca dió el ritmo del dolor que padecen los que tienen una perturbación de este origen, sin datos radiológicos que pudieran asegurar que hubiera esta úlcera, los datos clínicos se inclinaban a sostener lo contrario. En el momento de llegar a la segunda porción del duodeno, llamó la atención el desarrollo de las venas que eran tan gruesas como un lápiz y que esto podría explicar la hemorragia, simplemente por este desarrollo venoso y la ruptura de alguna de las venas. Los dolores se explicaban también, porque la cantidad de sangre derramada era muy abundante; al hacer la exploración se encontró con un tumor colocado abajo del borde costal del lado derecho y después se volvió a presentar una melena abundante viendo que el tumor iba bajando. Esto parece confirmar que el derrame provocaba los dolores por repleción. Se pensó que este tumor fuera provocado por los ganglios linfáticos, hubo también la idea de que el padecimiento pudiera estar en la cabeza del pancreas tanto por su situación como por haber padecido de diabetes el enfermo, que se había mejorado gracias a la administración de la insulina. Por lo que hace a la operación, fué útil y no ha vuelto a presentarse la melena. Se podría explicar porque la abertura nueva ha facilitado la circulación haciendo disminuir el trabajo del duodeno en esa porción que estaba congestionada. El enfermo presentó un ligero incidente. Pasados los 15 días, presentó en la parte superior de la herida, por donde se le había puesto una canalización, una pequeña cicatriz y se vió que

el apósito estaba húmedo y que había una gran cantidad de líquido blanquizco opalescente que tenía el aspecto de pus con suero. Se mandó hacer el análisis pero no se ha sabido el resultado. Este enfermo se presta a muchas otras consideraciones.

En lo que se refiere al segundo caso, se trata de una intervención que hizo el doctor Castillo Nájera, una prostatectomía, en un viejecito de 80 años, seguido de éxito completo. Es importante ver que no es la edad la que puede hacer pensar en una contraindicación, sino la prueba del funcionamiento renal de los individuos en quienes se practica. He tenido ocasión de operar a un viejecito de 90 años y la operación fué feliz. En cuanto a la técnica, hoy se discute, no ya la vía, pues la perineal ha sido abandonada, sino la manera de abordar el tumor por la vejiga.

Dr. Valdés.—Con motivo del trabajo del Dr. Castañeda, no voy a refutar ninguno de los hechos relatados por él y que están de acuerdo con los adelantos de la cirugía. Los casos citados por el Dr. Castañeda son muy numerosos para poderlos comentar. Voy a hacer un comentario con el grupo de los casos operados por tumor con pedículo torcido que son los que envuelven mayor interés. Voy a referirme a un problema que interesa a los médicos generales. Pueden tomarse los casos de embarazo ectópico roto; los casos de hernia con oclusión, etc. Los cirujanos americanos han reunido todos estos casos, que pudiera decirse que presentan abdomen agudo, con una designación global que pudiéramos traducir también con otra designación: la de "vientre agudo", que son del dominio del cirujano y que el cirujano debe operar con oportunidad. Bajo esta denominación se pueden agrupar los casos que se desenvuelven como un accidente gravísimo y que casi siempre tienen como origen una enfermedad crónica que determina síntomas importantes y que ya han sido descritos por el Dr. Castañeda. Casi siempre estos casos se inician con un dolor agudo en la región del vientre, iniciándose la enfermedad con vómitos que se quita tan pronto como el estómago está vacío, para repetirse siempre que el enfermo tiene necesidad de alimentarse o de tomar alguna medicina. Hay una ligera elevación de temperatura, frecuencia del pulso, meteorismo, etc. Estos son los principales síntomas que presentan las enfermedades que se van a englobar con la denominación de "vientre agudo". Ante la presencia de estos síntomas ningún médico debe esperar para hacer el diagnóstico completo. La mortalidad operatoria del "vientre agudo" es muy alta, alcanza el 60%, y pudiera disminuirse si se modificaran dos de las principales causas: las operaciones extemporáneas, las que se practican demasiado tarde, cuando se presentan las peritonitis generalizadas, o bien las operaciones que se practican demasiado pron-

to, las que se hacen antes de que se localice el estado peritoneal, o bien, antes de que se cohiba una gastrorragia, que no siempre es del dominio del cirujano. Las operaciones deben hacerse, ni muy tarde, ni muy temprano. Las operaciones inadecuadas son por ejemplo la sutura de una úlcera del duodeno sin hacer una gastro-entero-anastomosis.

Se cita operación por camino equivocado: un absceso apendicular a través de la cavidad libre, canalizar un piosalpinx a través del abdomen y así pudieran citarse otros muchos casos que modificarían la mortalidad tan alta que se tiene por "vientre agudo", pero son muy difíciles de resolver, no quiero sino dejar demostrado que sería muy conveniente divulgar estos conceptos de "vientre agudo" para que siempre que se haga un diagnóstico, los médicos generales que son los que casi siempre tienen oportunidad de atender a estos enfermos, con toda oportunidad los pasen a los cirujanos.

Dr. Izquierdo.—El Dr. Castañeda corrió traslado a los biólogos, de los temores de su enfermo quien, por el hecho de haber recibido sangre de una señora durante la transfusión, temía adquirir algunos caracteres de feminidad. Desde el punto de vista fisiológico, la sangre desempeña, entre otros, el papel de intermediario entre los diferentes órganos, estableciendo entre ellos la segunda categoría de correlación después de la nerviosa, que no fué conocida sino hasta después de los últimos años y que es la humoral o química; la primera, rápida y que se agota pronto, la segunda que obra lentamente, pero de manera más sostenida. Con relación a las glándulas genitales, se carece por ahora de la **prueba química**, que es la más segura de las secreciones internas, pero los métodos indirectos, de concordancia hacen admitir que vierten productos que tienen que ver con el desarrollo somático y del sistema nervioso, otras glándulas endocrinas, sobre todo el tiroides, etc. Pero siendo su acción muy lenta y ejercida, al cabo de los años, que es lo que caracteriza a esta categoría de **hormozonas** u hormonas morfogenéticas, como las llama Gley, los productos humorales de origen genital han de existir en la sangre en cantidad tan corta, que introducida cierta cantidad de sangre de un individuo a otro de sexo diferente podrán temerse fenómenos de isoaglutinación o anaflixia, pero de ninguna manera de feminización. La anécdota no deja de tener gracia y le recuerda a otro enfermo que movido por la eterna preocupación sexual, se negó a dejarse llevar a la sala de rayos X del hospital porque, como resultado de lecturas mal digeridas se consideraba amenazado de perder su hombría.

Dr. Castillo Nájera.—Conozco algunos de los casos relatados por el Dr. Castañeda y sólo me voy a referir al de una señora reanimada de un

síncope por la adrenalina. A esta señora se le había practicado la respiración artificial, las tracciones rítmicas de la lengua y ya se perdía la esperanza de volverla a la vida cuando se le inyectó la adrenalina, en el momento en que casi se había suspendido la vida y se vió como comenzó a entrar el aire regularizándole la respiración y conseguir lo que se buscaba. La enferma salió del estado de choque y la marcha posterior fué feliz. Es un caso más que puede agregarse a las resurrecciones obtenidas por la adrenalina intracardiaca. Es muy interesante este caso porque no fué un accidente cardiaco de los que se presentan en las primeras inhalaciones de cloroformo, no fué tampoco accidente provocado por la extracción brusca del tumor, ni los que la cantidad de cloroformo hacen producir sino de los que se llaman accidentes mixtos. Se habían agotado todos los recursos hasta que se hizo la inyección intracardiaca de adrenalina obteniendo el resultado deseado.

Con referencia al síndrome abdominal a que se ha referido el Dr. Valdés, pudiera darse otra denominación más clara y más comprensible para los médicos generales, creo que la de síndrome abdominal agudo sería más conveniente.

Dr. Landa.—Uno de los casos relatados por el Dr. Castañeda se refiere a la operación cesárea. En ese caso el diagnóstico era seguro; se trataba de placenta previa, las hemorragias eran abundantes y se repetían en el lapso de nueve a diez días, la enferma presentaba un estado de anemia aguda. El Dr. Castañeda recurrió a la operación abdominal con preferencia a otros procedimientos que son del dominio del partero que puede hacer el taponamiento y la extracción del feto, operación que aumenta considerablemente la cantidad de sangre. En esta señora había que hacer la dilatación del cuello uterino.

Esta dilatación muchas veces es imposible porque las maniobras excitan el cuello y no puede introducirse la mano para extraer el feto. En la actualidad se practica la operación cesárea para hacer el tratamiento de placenta previa; pero en el caso, por la infección amniótica hubo de hacerse extraperitonealmente. Esta operación difícil puede ponerse en parangón con la cesárea, con exteriorización uterina. En México se han practicado varias laparatomías en el Hospital Juárez, dejando exteriorizado el útero. Supo de una enferma que murió de peritonitis.

Se levanta la sesión a las 21 horas con asistencia de los doctores Arroyo, Ayuso, Castillo Nájera, Cosío, Castañeda, Izquierdo, Monjarás, Miranda, Ramírez V., Rojas José Tomás, Rivero Borrell, Silva, Tapia y Fernández, Valdés, Ulrich y

El Secretario Accidental.

J. ARROYO.

SESION DEL DIA 5 DE ENERO DE 1927.—PRESIDENCIA
DEL SR. DR. EVERARDO LANDA.

EL METODO EN FISILOGIA.

Se dá la palabra al señor Dr. Izquierdo para leer su trabajo, terminado el cual y puesto a discusión, el señor Dr. Ocaranza inicia ésta, manifestando que el trabajo del Dr. Izquierdo constituye un mentís para aquellas personas que piensan que los trabajos e investigaciones de los médicos carecen de finalidad filosófica, es decir, están desprovistos de toda disciplina elevada que dirija tales trabajos e investigaciones. Cita a este propósito dos hechos: el primero, acaecido durante la visita del Profesor Dumas, quien comentaba elogiosamente alguno de los trabajos del Dr. Ocaranza delante de un alto funcionario del Ministerio de Educación. Este último indicaba que eran en efecto importantes los trabajos, pero que carecían de finalidad filosófica; el segundo, el de un joven literato estimable y culto que leyendo algunos capítulos del tratado de Ocaranza sobre fisiología general le decía el agrado que experimentaba al ver campear en la obra ideas filosóficas. Algo semejante a lo hecho por Izquierdo puede decirse a propósito de los trabajos de Eliseo Ramírez, y ambos demuestran que los médicos sí tienen disciplina elevada y orientación filosófica, y los que opinen en contra de ésto lo hacen por desconocimiento del asunto. Izquierdo se coloca en el campo determinista y esto halaga a Ocaranza lo mismo que debe halagar al Dr. Alonso y todos los que profesan análogas ideas. Izquierdo trata dos cuestiones: Una referente a biología moderna y otra a fisiología general. En ambas expone un criterio morfológico y fisiológico. Los biólogos antiguos eran unilaterales; los modernos nó, pero en ocasiones tienen que inclinarse en uno o en otro sentido, por ser más o menos fecundo, más ésto es excepcional. La Fisiología sería incompleta si se prescindiera de la Histología y de la Anatomía. Lo único que hace es convertir en cuestiones dinámicas, las estáticas y lo propio hace la clínica. Ante una hepatización pul-

monar no se detiene solamente en la perturbación anatómica, sino en los trastornos funcionales que ésta puede acarrear. Izquierdo hace hincapié en estas cuestiones y quiere recordarle que cuando comenzó con él (Ocaranza) su carrera en la cátedra, eran comentados siempre todos los hechos anatómicos e histológicos para sacar las consecuencias fisiológicas. Ese punto de vista se encuentra en la obra Arthus que es analítico-sintética. Izquierdo además hace un elogio de la prueba y la contra-prueba y esto es algo de lo más interesante del trabajo, porque el fisiólogo no debe aceptar solamente la prueba sino esperar la contra-prueba. Menciona también la cuestión de plasmogenia, que no quisiera comentar Ocaranza por el apasionamiento que ha despertado, recordando solamente que Federico Uzel ha dicho que los trabajos de plasmogenesis están muertos y apestan. Habría que leer a este respecto el trabajo de Van Bulow traducida por el costarricense Pica, para ver lo ridículo que los biólogos contemporáneos juzgan la cuestión de plasmogenia. Felicita cordialmente a Izquierdo porque ha entrado en el terreno de la síntesis y en el campo filosófico.

El Dr. Hurtado felicita también cordialmente al Dr. Izquierdo por su brillante trabajo de síntesis, que es de los que honran a la Academia. Hace una interesante, larga y erudita disertación sobre la filosofía en sus relaciones con la experimentación; manifiesta que la síntesis sublimada lleva a veces a conclusiones abstrusas y metafísicas, como sucedió a Hagel, comentado por Bertucci. Menciona el espíritu sintético de Bergson, algunas ideas modernísimas sobre las nociones de tiempo y espacio y termina manifestando que tendrá mucho placer en comentar nuevamente y con mayor acopio de datos el brillante trabajo de Izquierdo.

Dr. Alonso.—Me limitaré a decir unas cuantas palabras acerca del interesante trabajo del Dr. Izquierdo, y digo interesante, no solo por su valor intrínseco, sino porque es altamente importante presentar trabajos en los cuerpos científicos, saliendo del estrecho límite de las ciencias particulares para remontarse a las altas esferas de las ideas generales que es verdaderamente donde se constituye la ciencia.

El método científico aplicado a la Fisiología, que estudia el Dr. Izquierdo, es el método de la Ciencia en general. Desde luego es necesario hacer la observación de los hechos: Ya Descartes había establecido algunos principios fundamentales como el de la "tabla rasa" es decir hacer abstracción el observador de todos los prejuicios educativos, hereditarios que pueden perturbar y falsear su observación. El principio de división que quiere decir separar los varios factores que constituyen un fenómeno para mejor estudiarlo y encontrar su causalidad.

Mas lo verdaderamente trascendental está en el razonamiento que constituye realmente la obra del sabio. La obra de éste, como dice Le-Dantec, está antes de la experiencia y sobre todo al fin en sus inferencias y en sus conclusiones.

El insigne Lavoissier tuvo la modestia de decir que sus experiencias no eran de él propiamente sino de Priestley, que las había hecho antes; que él solamente las había interpretado de otra manera. Pero esta interpretación genial fué la que mató el flogístico y fundamentó las bases de la Química Moderna. La colección de hechos aislados no es la ciencia ni el coleccionador de hechos es el sabio, como el herbolario no es el botánico, ni el cronologista es el historiador ni el sociólogo. La Ciencia tiene por objeto el estudio de los fenómenos y el establecimiento de las leyes. Su base es el determinismo sin el cual no puede existir la Ciencia.

El Dr. Ocaranza nos manifestaba hace un momento que algún alto empleado de Instrucción Pública había tachado a sus estudios de Fisiología General de carecer de Filosofía y el Dr. Hurtado nos decía que la ciencia debía no alejarse de la Filosofía, encareciéndonos la obra de Bergson. Todo esto depende de que todavía no se tiene otra idea de la Filosofía actualmente que de la Filosofía Metafísica, aun por personas de ilustración. En lugar de unirse la Ciencia con la Filosofía, como lo pretende el Dr. Hurtado, se separa más y más de ella desde la Edad Media que estorbó su progreso durante una noche secular. Hombres tan grandes como Comte, cometieron errores trascendentales al querer dirigir la Ciencia por medio de la Filosofía. Hoy en lugar que la Filosofía dirija a la Ciencia, es ésta la que dirige a la Filosofía habiendo creado la Filosofía científica que es la única trascendental

Recordamos en estos momentos que estando nosotros en París se verificó la semana de Stein. Habiendo este gran sabio dado una conferencia en la Sociedad de Filosofía y demostrado que la clásica división de la materia y la energía no existe más, la materia no siendo más que una forma de la energía, el propio Bergson Presidente de la Sociedad objetaba a Stein en brillante discurso que estas ideas no estaban acordes con la existencia de la materia y el espíritu, el alma y el cuerpo, a lo que contestó sencillamente Stein: "**Por eso es bueno que la Filosofía vaya siempre de acuerdo con la Ciencia**".

El Dr. Izquierdo nos decía en su trabajo recordando unas palabras de Newton que el origen primero de las cosas no era objeto de la ciencia y que el sabio que lo intentara por este solo hecho dejaría de serlo. Este es un problema metafísico, y como todos los problemas metafísicos no cons-

tituyen asuntos del saber. Lo que existe no tiene origen; siempre ha existido y la ciencia no se ocupa más que del estudio de los fenómenos cósmicos y del descubrimiento de sus leyes.

Felicito cordialmente al Dr. Izquierdo por su bello trabajo.

El Dr. Izquierdo dá las gracias a los señores Académicos que han comentado su trabajo, añadiendo que no pudo haber esperado premio mayor que las palabras que le ha dirigido el Dr. Ocaranza, que con la influencia de su espíritu fuerte y disciplinado ha ejercido una labor de orientación definida, en la Escuela y en la Cátedra de biología, en la cual comenzó a hacerse (Izquierdo) determinista y aprendiendo de Ocaranza numerosos conceptos y teorías. Agradece también los parabienes del erudito Dr. Hurtado y del Dr. Alonso.

A las 21.20 se levanta la sesión a la cual asistieron los Drs. Alonso, Arroyo, Bulman, Cicero, Castañeda, Izquierdo, Hurtado, Miranda, Monjaráz, Pruneda, Ocaranza, Rivero Borrell, Troconis, y el Secretario que suscribe.

José TORRES TORIJA.

SESION DEL DIA 12 DE ENERO DE 1927.—PRESIDENCIA
DEL SR. DR. EVERARDO LANDA.

**COLESTEATOMA DEL OIDO DERECHO.—PEEQUERATO—
CONJUNTIVITIS EXHUBERANTE.**

A las 19.30 se abre la sesión.

El Dr. Silva pide la palabra para informar acerca del enfermo que presentó el Dr. Tapia Fernández a la Academia y dictaminar en unión del Dr. Malda. Manifiesta que cumplió su cometido habiendo vuelto a ver a dicho enfermo en el consultorio del Dr. Tapia, confirmando desde luego, el favorable éxito que se obtuvo con la intervención quirúrgica practicada por dicho facultativo. Cree, sin embargo, que el caso merece algunas consideraciones que se permite exponer.

Los especialistas llaman colesteatoma, no tan sólo a los tumores producidos por la implantación intra-embriónal de elementos epiteliales que se desarrollan más tarde por sí solos. Al lado de estos tumores congénitos existen los falsos colesteatomas o colesteatomas secundarios, originados por la proliferación de la epidermis del conducto o de la membrana del tímpano

en el interior de la caja y de las cavidades contiguas. Este proceso que se encuentra también ser la base de la curación radical de una intervención quirúrgica o de un proceso inflamatorio del órgano del oído, se distingue del colesteatoma en que la implantación del epitelio se hace sobre elementos sanos; pero cuando el periostio y el hueso están enfermos la adherencia del epitelio se debilita y las masas epiteliales proliferan independientemente, formando grupos aislados o masas más o menos voluminosas que van a repercutir en el futuro, de un modo diverso según su sitio, anatómico, su volumen y según su riqueza en microorganismos, que desencadenarán complicaciones, algunas de ellas fulminantes y muchas de ellas mortales. El camino por el que se introduce el colesteatoma tiene grandísima importancia. Aquellos que pasan a través de una perforación periférica de la membrana, pueden ser observados al simple examen, mostrándose bajo la forma de una masa gris sucia, fácil de alcanzar con una pinza y examinarla al microscopio. Cosa igual sucede en los casos de ausencia de la membrana. Otro camino que sigue el colesteatoma es a través de una perforación de la membrana flácida o de Shrapnell, camino que es mucho más peligroso para el paciente; y para verlo es necesario alguna pérdida de substancia huesca en el epítimpano, o en el aditus ad antrum. El colesteatoma del antro se caracteriza por el descenso de la pared postero-superior del conducto y la reproducción de la supuración del oído, de un modo intermitente y muchas veces inexplicable. El colesteatoma presenta una matriz, que envuelve a capas concéntricas epiteliales, de las cuales las periféricas, muestran una abundantísima proliferación, y el centro presenta masas degeneradas, putrefactas, y todas ellas muestran gran cantidad de cristales de colesterina. El tejido huesoso a su vez sufre de un lado su destrucción y del otro una hiperproducción que conduce a su eburnamiento, siendo característico, en anatomía patológica el ver una cavidad lisa y regular en donde fué el asiento y desarrollo de un colesteatoma. Este último, puede ser mortal, siendo pequeño, por las complicaciones a que da lugar por su sitio y otras veces colesteatomas enormes, como el caso en cuestión, colesteatomas que han abierto la articulación tèmpero-maxilar, que abren el seno, la cavidad craneana, presentan mayores ventajas para su curación definitiva. Además todos ellos llevando gérmenes peligrosísimos en su seno, están sujetos a una destrucción rápida e inesperada por la cual, el primer signo de su presencia es la complicación a que ellos han dado lugar. De esto se deduce, que todo caso de colesteatoma requiere el control de un especialista y que además cuando se opera un caso de colesteatoma en aguda desorganización, no siempre puede uno llegar a un diag-

nóstico preciso y que éste tendrá que ser efectuado en el curso de la intervención quirúrgica que se practique, preparada para cualquiera eventualidad que se presente. Ustedes recuerdan que el enfermo, presentaba un cuadro alarmante; fiebre, vértigos intensos, cefalalgia, hemiparesia del lado enfermo, y parálisis periférica del facial del mismo lado, lo que constituía una absoluta indicación para intervenir quirúrgicamente. Una vez abierta la cáscara huesosa y extirpada la masa epitelial con la cucharilla, hay dos caminos: o se trata de quitar la matriz radicalmente, o como hizo con todo acierto el Dr. Tapia, el canalizar ampliamente por el conducto, con una plástica sin tratar de raspar desmedidamente, las paredes huesosas de la cavidad ósea. A pesar de todo, el pronóstico es siempre serio y muchas veces sombrío, por la facilidad de que pequeñas partículas epiteliales vuelvan a reproducir la afección. El enfermo, después de la intervención, volvió a presentar un cuadro febril, cefalalgia y vómitos, y todavía no puede considerarse como radicalmente curado, aun cuando va en camino de serlo. Felicita al Sr. Dr. Tapia por la presentación del enfermo y el resultado obtenido.

No encuentra explicación de la hemiparesia, anatómicamente.

La Secretaría da lectura al trabajo del Académico, Dr. José de Jesús González, de León, Gto., titulado: "La Periquerato-conjuntivitis exhuberante. Puesto a discusión, piden la palabra los señores Drs. Silva y Vélez.

Dr. Silva.—He escuchado con verdadero placer el trabajo del Sr. Dr. J. de Jesús González, el cual tiene el mérito de hacer notar las complicaciones del lado de la córnea, que se presentan en la periquerato-conjuntivitis o sea el catarro primaveral. En Europa se considera esta afección como de pronóstico benigno, y entre nosotros, quizá por su frecuencia y la oportunidad que hemos tenido de estudiarla más a fondo, nos hemos convencido de que por el contrario, puede producir alteraciones que amenazan más o menos el órgano visual.

El referido trabajo tiene además el mérito de su exposición metódica. Empieza por señalar las vegetaciones que se presentan clásicamente en la extremidad del diámetro horizontal. Estudia después las vegetaciones gigantes, de las que el Dr. Silva ha tenido ocasión de estudiar y que antes de la aplicación del radio o de los rayos X, ofrecían una rebeldía desesperante al tratamiento quirúrgico. Menciona la llamada "limbitis" del Dr. Uribe y Troncoso, que basta en algunos casos, en unión del aspecto aterciopelado y lechoso de la conjuntiva bulbar, para explicar la terrible comezón de que se quejan los pacientes atacados de una forma que pudiera considerarse como frustra del catarro primaveral entre nosotros; y termina

este capítulo estudiando en detalle los puntos de Trantas, los que el Dr. Silva no los ha encontrado en todos los casos examinados a la lámpara de Gullstrand, así como el capítulo de la disposición de los vasos peri-queráticos, los que el Dr. Silva ha visto llegar al tejido propio de la córnea, caminando de la superficie a la profundidad. En cambio el Dr. Silva no ha encontrado un solo caso de infiltración de la cornea que de la periferia hubiérase propagado a la región pupilar, radialmente. Cree que quizá fué alguna lesión concomitante, así como la observada por él de una descamación epitelial en tiras (algo como la queratitis filamentosa) encontrada en un adulto, tratado su catarro primaveral por dosis altas de sulfato de zinc. Ha observado también casos de infiltración anular de la córnea, tan intensa y extensa, que apenas dejaba libre una pequeña zona correspondiendo al tamaño de la pupila.

Respecto a las alteraciones parenquimatosas, estudia las opacidades marginales de la córnea, los astigmatismos irregulares, de los que el Dr. Silva ha encontrado frecuentemente, y por último, el capítulo del queratocono como consecuencia de la periquerato conjuntivitis, cosa que aún cuando observada su coexistencia en algunos enfermos del Dr. Silva, y aun admitiendo su posible relación de causa a efecto, todavía se necesita un poco de mayor experiencia antes de declararse en algún sentido; pues ambas afecciones se desarrollan en un terreno generalmente empobrecido; los enfermos, la mayor parte de las veces, son pálidos, padecen de la rinofaringe, presentan numerosos ganglios hipertrofiados y todo esto puede favorecer, quizás el desarrollo de ambas afecciones y sólo cuando se conozca la etiología de ambas afecciones, se podrá llegar a resolver si una de ellas es causada o no por la primera.

Termina por felicitar cordialmente al Dr. José de Jesús González al llamar la atención de nuevo, sobre un punto, que demuestra su justa observación clínica y que corresponde al alto grado de cultura que campea en todos sus trabajos.

El Dr Vélez pidió la palabra para felicitar al Sr Dr. D. José de Jesús González por su interesante trabajo y expresar en todo lo que estima su labor científica. El Dr. González es un excelente clínico, es un magnífico y concienzudo observador cuyas opiniones científicas son de gran valimiento y tanto el método que sigue al recoger sus observaciones como el que pone al redactar sus trabajos son de un perfecto rigorismo científico. El trabajo que acaba de ser leído tiene todas esas características y lo considera de inapreciable valor, sobretodo para nosotros en México, pues en nuestro país es muy frecuente la enfermedad que describe.

Considera el Dr. González que la afección llamada entre nosotros por el Dr. Carmona y Valle: "**Periquerato Conjuntivitis exuberante**", **Catarro primaveral en Europa**; debe denominarse: **Conjuntivitis vegetante estacional**, y no sin razón, pues la denominación europea no caracteriza la enfermedad y la del Dr. Carmona, que podíamos conservar como tradicional entre nosotros, considera únicamente la forma **bulbar** de la enfermedad y no la forma **tarsal**.

González considera que la afección no es inocente puesto que ha anotado en el total de casos observados por él, un 30% de complicaciones corneales, que describe en forma de: 1º—**Vegetaciones gigantes** (reincidentes en dos casos); 2º—**Extensión a las capas superficiales (limitada)**, en la forma de **limbitis** como la ha observado en tres casos); 3º—**La infiltración parenquimatosa**, que afecta las formas siguientes:

- (a) **Arciforme** (semejante al Xerontoxon y para la que recomienda la **peritomía**).
- (b) de **distrofia marginal** de la córnea encontrándose en esa zona una marcada **anestesia**, y dos tiempos en el proceso de invasión de la membrana corneal: uno primero de **depresión** y otro de **ectasia**.
- (c) **Cambios de curvatura de la córnea** que dan la más frecuente de las complicaciones corneales: el **astigmatismo miópico**, producido por acciones **mecánica y nutritiva**. Cita cuatro casos bien comprobados de astigmatismo miópico consecutivo a **Conjuntivitis vegetante estacional** de forma bulbar en la que predominó la acción nutritiva. En 91 enfermos de la afección que nos ocupa, el Dr. González, ha encontrado 4 casos de astigmatismo, o sea casi un 5%.
- (d) **Queratocono**, afección total de la córnea, que según el autor, es una complicación muy frecuente en la afección cuyas complicaciones corneales describe en una forma tan minuciosa y completa.

La importancia del trabajo del Dr. González radica especialmente en la forma tan documentada en la que hace hincapié acerca de las complicaciones corneales de la afección que muy propiamente llama: "**Conjuntivitis Vegetante estacional**;" complicaciones que no han sido bastante bien descritas en el extranjero.

Como el Dr. Vélez, ha encontrado que tanto las vegetaciones de las conjuntivas, especialmente de la conjuntiva bulbar, se asemejan macroscópicamente a las vegetaciones adenoides; se presenta ambas en jóvenes débiles, escrofulosos y se curan espontáneamente una y otras al llegar a la mayoría

de edad; ha pensado que ambas vegetaciones pudiesen tener la misma constitución y origen, y ha encomendado al Sr. Dr. Perrín el estudio microscópico de vegetaciones de la conjuntiva bulbar en la afección que nos ocupa, para señalar la diferencia ó identidad de ambas producciones.

El presidente Landa rinde, de acuerdo con lo prescrito por el Reglamento, un informe sobre las labores de la Secretaría, indicando que estas se encuentran al corriente.

Se levanta la sesión a las 21 horas. A ella asistieron los señores Dres: Ayuso, Arroyo, Bulman, Castillo Nájera, García Samuel, Godoy Alvarez, Izquierdo, Monjarás, Pruneda, Ramírez V., Ramírez E., Rojas J. T., Rivero Borrell, Tapia Fernández, Silva, Vélez y el

Secretario Anual.
José TORRES TORIJA.

SESION DEL DIA 19 DE ENERO DE 1927.—PRESIDENCIA
DEL DR. EVERARDO LANDA.

**AEREAACION HORIZONTAL DIFERENCIAL.—INDICACIONES DEL
TRATAMIENTO DE LA DIABETES POR LA INSULINA.**

A las 19.35 se abre la sesión, con la lectura del acta de la sesión anterior, que es aprobada.

Dr. Monjarás, (de turno) da lectura a su trabajo reglamentario principiando con el siguiente exordio: "Me perdonarán ustedes que trate esta noche de un asunto tan conocido de palabra de todos, de higienistas y de no higienistas, pero tan mal llevado a a práctica: me refiero a la llamada ventilación de las casas, edificios, habitaciones, etc., y digo llamada, porque más bien debe decirse **aereación**. La aereación de las habitaciones es uno de los principales factores de la vida.

"Tened el más bello de los reinos, ciudadanos inteligentes y trabajadores, las más prósperas industrias, una agricultura productiva, las artes en plena floración; que los arquitectos cubran el suelo de templos y de palacios. Para defender esos bienes, tened aún la fuerza, armas de precisión, flotas de torpederos. Si la población se estaciona, si cada año disminuye en estatura y vigor, la Nación deberá perecer; por lo que en mi concepto, el cuidado de la salud pública es el primer deber de un hombre de Estado".—**Disraeli**.

Y yo digo: es el deber de todo padre de familia, de todo ciudadano, de todo hombre.

“No hay un servicio más noble que el que se ocupa de la salud pública”

La salud pública es la base de la felicidad, de la seguridad y del progreso de los pueblos.

Industria, Agricultura, Artes y Ciencias no pueden progresar cuando las enfermedades dominan y cuando la cifra de las defunciones es elevada.

Alimentos sanos, agua pura, aire puro, sol, el aseo personal, el de las habitaciones y de la Ciudad, son factores indispensables para la conservación de la salud”.

La población mexicana se estaciona, disminuye en estatura y en vigor y la cifra de defunciones es muy elevada.

El Estado procura que las substancias alimenticias que se expenden al público sean puras, el agua que bebemos es pura, tenemos un sol espléndido, pero nos falta el aire puro en las habitaciones y el aseo personal, el de las habitaciones y el de las ciudades, etc.

La Sociedad de Ingenieros civiles ha discernido una de sus más altas recompensas a uno de sus miembros, M. Knapen para el conjunto de sus trabajos sobre el desecamiento y aereación de las habitaciones.

En una época en la que todo corresponde a la Higiene, donde especialmente en Francia, la construcción de los cuarteles o de las casas de obreros va a imponerse, importa que la mayoría del público preste a los notables trabajos de M. Knapen la atención que sus compañeros le dedican.

Después que se construyen las casas, se dice, se procede a la aereación, a despacho de las leyes más elementales de la Física, de suerte que la masa de aire de una habitación o de una aglomeración de casas no se renueva sino con lentitud irrisoria. Las puertas y las ventanas no deberán ser utilizadas sino para entrar y salir y para dejar pasar la luz; la aereación deberá hacerse automáticamente, sin interrupción.

Tomemos el funcionamiento normal de la respiración que se compone de una aspiración y de una espiración. La cantidad de aire habitualmente aspirado es cada vez de cerca de un tercio de litro. Una parte del oxígeno contenido en este aire, queda en los pulmones para hacer su oficio de regenerador. Es reemplazado en el momento de la espiración por vapor de agua y ácido carbónico. La mezcla gaseosa espirada debe, pues, ser más pesada que la inspirada; el ácido carbónico pesa cerca de dos gramos por litro en lugar de un gramo veintinueve que pesa el litro de aire; pero no debe olvidarse que sale del pulmón a la temperatura del cuerpo o sea 37 grados; lo que le vale, en virtud de las leyes sobre los gases, una li-

gereza que le hace inmediatamente elevarse en la atmósfera. Pero allí, pierde pronto su calor, se disocia en sus diversos elementos. El vapor de agua se mezcla al aire ambiente y el ácido carbónico, en razón de su enorme peso específico cae desde luego al nivel del suelo. De suerte que las capas inferiores de la atmósfera, sobre todo en los departamentos, son constantemente mancilladas e infectadas por desechos de la respiración y además por el ácido carbónico inevitablemente producido por todos nuestros procedimientos de alumbrado y de calefacción.

“¿Qué tenemos al presente, para remediar esto? ¿La ventilación? Las experiencias de los señores Langlais y Sartory han demostrado que lo más frecuentemente la ventilación no procedía sino a un braseaje, a una mezcla de aire sin renovarlo. ¿La aereación por las chimeneas, por los conductos verticales? Es contraria a los principios de Física. La irradiación del calor en la base hace muy pronto equilibrio a la presión del aire nuevo y este no puede entrar.

Los muros de nuestros departamentos deben ser perforados de aberturas en el sentido horizontal, por las cuales se establecerá la aereación.

¿Qué fuerza va a determinar el movimiento de la masa de aire? Simplemente la diferencia de las densidades y de las temperaturas, es decir, en pequeño de la misma manera que se forman los vientos.

M. Knapen ha calculado las dimensiones que deben presentar esas aberturas para cada volumen de aire que tenga que renovarse. Ha dado también las precisiones necesarias para que, en ningún caso, pueda haber corriente de aire.

Aquí tampoco se ha dado importancia a la aereación de los edificios, de las habitaciones, no obstante que México, es tal vez el primero en el mundo que la ha propuesto bajo los principios de Knapen a quien hace sólo tres años le valiera una de las más altas recompensas.

El trabajo que le valiera a este sabio dicha recompensa se titula: “La aereación horizontal diferencial” que es de lo que me voy a ocupar en seguida. (Lee su memoria).

Dr. Miranda.—Traduce una carta dirigida al Dr. Monjarás en la que se le felicita, en la prensa de Estados Unidos, por la contribución a la reunión Americana de Salubridad y dice que es una de las personas más prominentes de México en cuestiones tan interesantes, tratándose de la contaminación del aire.

A continuación, el mismo Académico Miranda, da lectura a su trabajo reglamentario titulado: “Indicaciones del tratamiento de la diabetes por la insulina”.

Dr. Ocaranza.—El Dr. Miranda es una de las personas que en México conoce mejor el tratamiento de la diabetes por la insulina. Creo que los puntos de vista de Jacot, acerca de la adrenalina y la insulina apoyan la práctica del Dr. Miranda. Las experiencias del propio doctor Jacot son numerosas y voy a mencionar la base de su teoría acerca del metabolismo de los hidratos de carbono. En dos tubos de ensaye, coloca en uno una solución de adrenalina y en otro la adrenalina con glicógeno, habiendo podido observar que la solución de adrenalina pura, tarde o temprano toma la coloración rojiza; y en el otro tubo, el que contiene glicógeno, disminuye la opalescencia y el color rojizo de la adrenalina oxidada aparece muy pronto. Es que la adrenalina, junto con el glicógeno se oxida a la vez que la primera substancia dispersa más el glicógeno. Con la insulina se observa, que en lugar de disminuir la opalescencia del sol de glicógeno aumenta, lo cual quiere decir que lo flocula. Esto sirve de fundamento para otra clase de estudios y llega a la conclusión que el glicógeno es una oxidasa y no solamente ejercita su función sobre la adrenalina, sino sobre diversas otras substancias, la pirocatequina, por ejemplo. De paso, no debe olvidarse que la adrenalina es una pirocatequina; aparte el glicógeno es diastasa hidrolisante y realiza su propia demolición por la acción de los complejos H-OH- y OH-O que al chocar con los propios gránulos forman agua al estado naciente. Estos complejos estarían adsorbidos al propio glicógeno.

El autor es de los que atribuyen los fenómenos diastásicos al movimiento browniano.

Posteriormente la acción demoledora se extenderá a la glucosa. Colocándose dentro de la concepción de Jacot puede decirse que cuando el organismo no se encuentra en un desequilibrio tan grande, que todo sea inútil, pudiera conservar su glicógeno por la acción de la insulina que lo flocula y disminuye la superficie total lo que es poco propicio para la glucogénesis. Quiero hacer una observación a lo que dice el Dr. Miranda sobre los pequeños diabéticos. Hay algunos autores que piensan que un pequeño diabético debe respetarse porque su glucosuria no significa sino la suplencia por medio de la función glucogénica exaltada, de otras funciones deprimidas, como son la uricolítica y la amino-acidolítica. El azúcar eliminado simplificaría la manera como han terminado su metabolismo los restos protéicos que no han podido seguir su ciclo normal. En estas personas van atenuándose poco a poco las funciones del hígado hasta que llega un momento en que se cansa pero antes la función glucolítica exaltada se transforma en adipogénica y entonces llega el momento de la obesidad. Estas personas están des-

tinadas a morir por ese camino ya que todos sus medios de defensa van desapareciendo y los productos tóxicos pronto dejan sentir su acción sobre el aparato cardio-vascular especialmente. Recomienda el libro de Jacot.

Dr. Miranda.—Agradece al Dr. Ocaranza que se haya ocupado de su trabajo y dice que no quiso entrar en consideraciones directas sobre el asunto, sino colocándose en el punto de vista práctico y todavía más, desde el momento en que el médico se encuentra frente al enfermo y que es difícil que éste se someta a la dieta rigurosa que se le exige, buscando, en consecuencia otro médico que no tenga tanto rigor. Estoy de acuerdo que el diabético debe estar sometido a un régimen bajo en proteínas. No cabe duda que entre los fenómenos más importantes se encuentran los del hígado y los de asimilación de los amino ácidos, que en estas personas que tienen tendencia a la obesidad y aún a la diabetes, disminuir las proteínas es indispensable. La insulina permite aumentar los hidro-carbonados y no significa que hay un aumento de los albuminoideos, siempre que se mantenga en el límite.

En los hidro-carbonados la insulina permite aumentar. No veo ningún inconveniente siempre que se respete la cantidad de proteínas que salve al hígado. Las consecuencias de la artero-esclerosis y de la degeneración adiposa de la falta de las funciones del hígado, se evitan restringiendo las proteínas.

Dr. Ocaranza.—No he lamentado que se hayan omitido consideraciones teóricas, lo que he dicho es en apoyo a las consideraciones de orden práctico del Dr. Miranda, a quien no quiero hacer el reproche de practicón. La mejor práctica deriva de la concepción clara de las cosas y, precisamente, lo que he dicho ha sido en apoyo de lo que refiere el Dr. Miranda acerca de la insulina. Por lo que respecta a las diversas funciones del hígado, el Dr. Miranda me ha entendido mal. Las funciones del hígado no son un motivo de suplencia por el pulmón y éste no comparte con el primero más que la función de lipodíesis. Las funciones exaltadas no tienen por objeto sino la transformación de los productos de origen proteínico incompletamente metabolizados en hidratos de carbono. Dije que llegado al momento en que los productos indicados ya no son susceptibles de transformarse en hidratos de carbono lo pueden ser en grasas y, si más tarde esto tampoco es posible, los restos proteínicos circulan libremente y con resultados desastrosos.

Se leen los turnos de lectura y se levanta la sesión a las 21 horas y quince minutos, habiendo asistido los señores: Arroyo, Ayuso, Barreiro, Bulman, Castillo Nájera, Castañeda, del Raso, Loaeza, Miranda, Malda, Monja-

rás, Mesa y Gutiérrez, Pruneda, Paz, Ocaranza, Ramírez E., Rivero Borrell, Silva, Troconis, Tapia Fernández, Vélez, Valdés, Viramontes y el Secretario que suscribe.

José TORRES TORIJA.

SESION DEL DIA 26 DE ENERO DE 1927.—PRESIDENCIA
DEL SR. DR. EVERARDO LANDA.

RECEPCION DE LOS NUEVOS ACADEMICOS.

El Presidente Landa, en una sintética y elocuente alocución, presenta a los nuevos señores Académicos, manifestando la satisfacción que el hecho produce y la importancia que entraña, dadas las condiciones de los médicos reapiendarios. Se hace la entrega de diplomas a los nuevos miembros por el señor Secretario Perpétuo y a continuación se concede la palabra al Dr. Leopoldo Escobar, para hablar en nombre de los nuevos Académicos quien, en un erudito discurso, cuya tesis fundamental gira al derredor del pensamiento de Ernesto Renán, de que las Corporaciones como la Academia de Medicina son muchas, aristocráticas por su origen, tendencia y funciones, hace una reseña histórica de la Universidad Pontificia y del Protomedicato Mexicano; señala las características de la medicina española durante la época colonial; los rasgos característicos de cultura, altruismo y demás virtudes de algunos notables médicos mexicanos, así como la influencia de la Escuela Francesa en la nuestra de Medicina y en nuestros médicos. Termina agradeciendo el honor y haciendo una reminiscencia de Laennec, arquetipo de médicos.

El Secretario Perpétuo de la Academia, Dr. Alfonso Pruneda, contesta el discurso del Dr. Escobar y en conceptosa alocución expresa cómo la Academia Nacional de Medicina, sin perder los caracteres de Corporación selecta, siguiendo las orientaciones modernas, ha democratizado sus procedimientos y con igual afán de progreso que antaño ha hecho más liberal su reglamento, para admitir en su seno a todos aquellos que con limpios antecedentes y buena voluntad quieren engrosar sus filas y siguiendo leyes biológicas ha evolucionado. Después de comentar ampliamente los anteriores conceptos, dá la bienvenida a los nuevos Académicos.

A las 20 horas 45 minutos se levanta la sesión a la que concurrieron delegados de la Sociedad Científica "Antonio Alzate", de la "Mexicana de Geografía y Estadística", de los Hospitales Juárez y Militar, de la Escuela Médico-Militar; los Académicos, entrantes señores: Benjamín Bandera, Adolfo M. Nieto, Jesús Adalid Castillo, José Castro Villagrama, Leopoldo Escobar, Alberto Lozano Garza, Salvador Iturbide Álvarez, Carlos S. Jiménez, Aquilino Villanueva, Francisco Reyes, Pablo Mendizábal, Manuel Esconrúa, Mario Torroella, Antonio Torres Estrada, Juan Solórzano Morfín, Vicente Pérez de la Vega y Francisco C. Canale, y los de número: Dres. Arroyo, Ayuso, Bulman, Barreiro, Castañeda, Castillo Nájera, Cosío, Espinosa de los Reyes, Loeza, Monjarás, Mesa y Gutiérrez, Miranda, Godoy Alvarez, Izquierdo, Paz, Prieto, Ramírez E., Ramírez V., Rivero Borrel, Rojas Loa, Rojas J. T., Silva, Tapia Fernández, Vélez Valdés, Viramontes y el Secretario que suscribe.

José TORRES TORIJA.

SESION DEL DIA 2 DE FEBRERO DE 1927.—PRESIDENCIA

SOFISMAS APENDICULARES.

A las 19.30 se abre la sesión. Leída el acta de la anterior, es aprobada. El Académico Perrín envía un folleto titulado: "El Problema del Cáncer" con afectuosa dedicatoria a la Academia. El Dr. Gabriel Malda dá lectura a su trabajo titulado: "Sofismas apendiculares".

Dr. Castillo Nájera.—Entre los puntos de interés que ha tocado el Dr. Malda, voy a referirme, principalmente, a dos. El primero es el que se refiere al diagnóstico diferencial entre las diversas formas de apendicitis y los estados patológicos producidos por las varias adherencias o serositis abdominal. El Sr. Dr. Malda se refiere a las lesiones que se sitúan en el abdomen derecho; probablemente, en alguno de los trabajos posteriores, que nos ofrece, nos hablará de la sintomatología y diagnóstico de las lesiones que se localizan en el abdomen izquierdo. Se ha referido a la sintomatología originada por la membrana o velo de Jackson, por los codos de Lane y los velos de Mayo, Morris y Harris, haciendo resaltar que todas estas adherencias, inflamatorias o congénitas, pueden simular una apendicitis y nos dice cuáles son los actuales recursos para llegar a un acertado diagnóstico e instituir el apropiado tratamiento. El Dr. Malda ha tratado

muy extensamente el asunto, anotando las variedades de los diferentes velos, tanto en su dirección, forma y dimensiones, cuanto en lo que se refiere al grado de adherencia y al órgano al que se adhieren. Creo que el trabajo que comento es uno de los primeros que, entre nosotros, se ha escrito; solo tengo noticia de la tesis que menciona el Dr. Malda y que por él fué inspirada. Siendo un asunto relativamente nuevo, conviene ponerse de acuerdo en la nomenclatura; el Dr. Malda llama membrana de Jackson a lo que otros denominan velo y, en inglés, "like veil", a manera de velo. En este idioma se designan "kinks", es decir, codos o angulaciones, de Lane, a lo que el Dr. Malda llama bridas de Lane, estando, quizá, más ajustado este nombre, pues si el resultado es un codo, la causa es una brida.

El otro punto importantísimo, y en el que insiste el Dr. Malda, es la necesidad de la cooperación radiológica para el diagnóstico y, principalmente, la de recurrir a la radioscopia. Esta es la única que puede dar una idea exacta de las diversas actitudes del tubo intestinal, de su funcionamiento forma real y dimensiones, datos que hacen presumir si los trastornos que presenta el enfermo son debidos a causas mecánicas, intra o extra intestinales, o a perturbaciones funcionales. La radioscopia es inmejorable para asegurar, en muchos casos, las lesiones crónicas peri-viscerales, las diversas adherencias de las que habla el Dr. Malda.

Finalmente, el autor del trabajo, puntualiza otro asunto de gran interés práctico: la necesidad de un diagnóstico exacto para no practicar una apendicectomía, inútil o nociva. En muchas ocasiones, hecho el diagnóstico de apendicitis, se reseca el órgano sano, resultando que el enfermo cura de la intervención, pero continúan los trastornos que la motivaron. Otras veces, al encontrarse el apéndice sano, el operador prolonga su incisión, en uno o varios sentidos, para buscar la causa de los males, causa que no encontró en el apéndice y la intervención resulta muy larga, con las consecuencias y peligros inherentes a una laparotomía prolongada en tiempo y, sin necesidad; o por la prisa y las dudas del cirujano, se hieren regiones, inútilmente, seccionando a veces, ramos nerviosos, cuya sección produce eventraciones. Todo esto evitaríase con un diagnóstico preciso el que, repito, solo puede conseguirse si a la exploración clínico se suman las investigaciones de laboratorio y los recursos radiológicos.

Nada he añadido en estos comentarios y me limito a felicitar muy sinceramente, al autor de este interesante escrito.

El Dr. Castañeda, manifiesta que habiendo sido invitado por el Dr. Malda para escuchar su trabajo, desea hacer algunos comentarios.

Afirma que el diagnóstico de las apendicitis es muy difícil y que así lo confirmaba alguna persona después de una conferencia que él dió sobre el particular. Estas dificultades las ha encontrado como resultado de su larga práctica y las conoce de hecho y no por haberlas leído. Cita en apoyo de su dicho tres casos clínicos, en uno de los cuales y contra la opinión del Dr. Terrés, se sostuvo el diagnóstico de apendicitis, que fué confirmado por la intervención. En los otros dos también se confirmó el padecimiento. El cuadro sintomático de las apendicitis varía naturalmente según el caso, agudo, sub-agudo o crónico y según el momento en que se observa al enfermo.

El punto referente a las membranas, velos, telas o acodaduras que él ha encontrado en muchos casos, aunque sin importarle el nombre de ellos, pues esas son cuestiones anatómicas, es claro y resulta, casi siempre, como consecuencia obligada de traumatismos, heridas penetrantes por arma blanca o proyectil, o como resultado de un proceso inflamatorio agudo. El no le dá tampoco gran importancia a los datos radiológicos más o menos ambiguos sin corroborarlos con los datos clínicos y menos abre un vientre ateniéndose tan solo al diagnóstico radiológico. Hay que operar siempre con precauciones y después de haber observado bien los síntomas.

Dr. Miranda.—El síndrome mejor descrito sobre los accidentes a que dan lugar estas membranas es el de Arbutnot Lane. Algunos de estos enfermos pueden dar un cuadro que simule apendicitis; otros enfermos en cambio, no llegan al cirujano sin antes consultar a un gastro- enterólogo que comprueba la existencia de un síndrome alternado de constipación y diarrea. El estudio coprológico revela que se trata de una falsa diarrea.

El Dr. Malda ha hablado de la cooperación del cirujano con el radiólogo y con el laboratorista. Indudablemente que el estudio radiológico es de gran importancia y bastante característico; la ausencia de leucocitosis es una ayuda indispensable; pero no basta esto, es necesaria la cooperación del gastro-enterólogo en el examen coprológico.

Desea además hacer con todo respeto una observación acerca del uso de la palabra **síndrome**, pues no hay acuerdo sobre el significado de ella, lo cual es importante, sobre todo en la enseñanza. Hay quienes la usen en el sentido diagnóstico de impresión y no está de acuerdo con esta acepción.

Para él la palabra **síndrome** debe entenderse de esta manera: Así como la enfermedad se caracteriza por unidad de origen, unidad anatómica y unidad sintomatológica, el síndrome está caracterizado por unidad de síntomas y unidad fisio-patológica. Así varias lesiones pueden producir

la obstrucción de la vena porta y el síndrome hipertensión portal se caracteriza no por la lesión, sino por el trastorno fisiopatológico de la obstrucción portal.

Dr. Landa.—Deseaba recordar que el Dr. Terrés usó la palabra síndrome para designar un cuadro sintomático cuya causa era desconocida, y así se discutió si el tabardillo debía ser considerado en aquella época como un síndrome.

Dr. Ocaranza.—Voy a hacer referencia a lo que significa síndrome en la actualidad.

Un diccionario español muy conocido dice que síndrome es un conjunto de síntomas. El doctor Terrés consideraba el síndrome como un conjunto de síntomas sin etiología conocida. En la actualidad se tiene una idea muy distinta de lo que piensa el Dr. Miranda. Se considera el síndrome como una sistematización, de síntomas, normal o anormal. La pubertad que tiene síntomas claros y que son normales se considera como un síndrome, porque significa una sistematización. Esta puede tener fundamento anatómico-patológico o fisiopatológico y el síndrome ser lesional o funcional.

Tratándose de padecimientos cardio-vasculares, hay dos grandes divisiones sindrómicas: la que tiene un fundamento anatómico-patológico es decir la clasificación de Leclercq en un gran síndrome de cardio-arteritis un gran síndrome de cardio-ateroma y un gran síndrome de cardio-esclerosis, dentro de los cuales caben, pequeños síndromos. La de Lutembacher, tiene fundamento fisiopatológico y comprende de las perturbaciones de la conductibilidad, de la contractibilidad y las de orden nervioso.

Las perturbaciones de la conducción no son otras que las arritmias entre las que Lutembacher coloca las taquicardias. Los síndromos debidos a perturbación de la contractibilidad son las insuficiencias del corazón derecho, del corazón izquierdo o las totales y los síndromos nerviosos que forman las diversas anginas de pecho, la de esfuerzo y la de decúbito.

Lo que implica en la actualidad la palabra síndrome es una sistematización.

Dr. Malda.—Doy las más expresivas gracias a todas las personas que han hecho uso de la palabra con motivo de mi trabajo. Los comentarios del Dr. Castillo Nájera me traen a la memoria gratos recuerdos. Son sus palabras el eco de las sabias enseñanzas del profesor Hartman. Estas palabras igualmente expresan que el Dr. Castillo en su viaje a Europa aprovechó todo lo que en aquellos lugares hay de fecundo en materia de nuestra profesión, y no entró en las divagaciones que acostumbran los que

van a Europa, muchos de ellos ni el nombre de los hospitales conocen.

El Dr. Castañeda nos ha manifestado con un estilo algo irónico o jocoso, no sé como llamarlo, y con una gran sinceridad, lo que sabe, lo que piensa. El nos dice que estas membranas se las ha encontrado, que las ha cortado, pero sin saber como se llaman ni que distribución científica tienen. Da a entender que casi es un lujo del anatomista. Yo lamento sobre manera que no esté documentado en hechos tan importantes y de indispensable conocimiento para los que trabajamos en vientre. Cree el Dr. Castañeda que después de una herida por arma blanca, o roja como él llama, se presenten lo que él designa como adherencias; no, recuerde el Dr. Castañeda que hay tres teorías. La congénita, la inflamatoria y la mecánica. Recuerde igualmente que la radiología es indispensable ayuda para poder hacer cirugía abdominal en los tiempos actuales, y tengo la seguridad que si se pone al lado de la pantalla con su radiologista será un convencido de lo que digo. Recuerde igualmente en apoyo de las ideas de que no siempre son consecutivas estas membranas o inflamaciones por traumatismos, que hoy en día se habla mucho de la sífilis congénita o adquirida como causa de estas perivisceritis.

El Dr. Miranda tiene razón en lo que se refiere a la asociación con el internista para esta clase de enfermos, pero me permito indicarle que yo distingo claramente al verdadero cirujano del operador. El cirujano es el clínico, es el internista, al que se aduna el conocimiento de la técnica operatoria, no es el vulgar operador que va sin un diagnóstico previo. En cuanto al estudio coprológico soy el primero que lo sigo en este género de enfermos y por eso sostengo en mi trabajo la indispensable asociación con el Laboratorio.

Se levanta la sesión a las 21 y treinta minutos, con asistencia de los señores doctores: Arroyo, Ayuso, Bulman, Bandera, Briosó V., Castañeda, Castillo Nájera, Godoy Alvarez, Espinosa de los Reyes, Malda, Miranda, Monjarás, Mesa y Gutiérrez, Ocaranza, Rojas Loa, Troconis, y el Secretario que suscribe.

José TORRES TORIJA.

SESION DEL DIA 9 DE FEBRERO DE 1927.—PRESIDENCIA
DEL SR. DR. EVERARDO LANDA.

FALLECIMIENTO DEL DR. MANUEL BARREIRO.

A las 19.35 se abre la sesión.

Lectura del acta de la sesión anterior que es aprobada.

El Presidente Landa comunica a la Academia el fallecimiento del Doctor Manuel Barreiro. Hace un breve elogio del desaparecido, que había ingresado recientemente. Recuerda que fué un médico distinguido que cultivó primero con mucho éxito la Obstetricia y, después de una larga estancia en Francia y Alemania, estudió con gran provecho Electricidad Médica y Radiología, ramas que cultivaba últimamente y, acerca de las cuales había ofrecido presentar trabajos a la Corporación, lo que no consiguió por sus enfermedades. Añade que, siguiendo la costumbre reglamentaria, se levanta la sesión en señal de duelo, nombrando a los Académicos, doctores Malda, Loaeza, Escobar y Escontría para que asistan a los funerales y den, en nombre de la Academia, el pésame a los familiares del Dr. Barreiro.

A las 19.50 se levantó la sesión, a la que concurrieron los señores: Arroyo, Bandera, Bulman, Castillo Nájera, Castañeda, Escobar, Escontría, Jiménez, Loaeza, Mesa y Gutiérrez, Miranda, Monjarás, Pruneda, Ramírez V., Rojas J. T., Troconis, Valdés, Viramontes y el suscrito.

José TORRES TORIJA.

ACTAS DE SESIONES

SESION DEL DIA 16 DE FEBRERO DE 1927.—PRESIDENCIA
DEL SEÑOR EVERARDO LANDA.

“EL PORQUE DE UNA FORMA INSOLITA DE APENDICITIS”.

A las 19.30 se abre la sesión.

El Dr. Mesa y Gutiérrez lee su trabajo de turno, titulado: “El por qué de una forma insólita de apendicitis”, trabajo ilustrado con microfotografías y proyecciones.

Puesto a discusión, toman la palabra para comentarlo los señores Académicos: Eliseo Ramírez, Fernando Ocaranza y Gabriel Malda.

Dr. Ramírez.—El trabajo del Dr. Mesa es tan interesante y completo que solo cabe darle una calurosa felicitación a su autor. Al oírlo no podía pensarse qué solución podría dársele al caso clínico observado.

Dr. Ocaranza.—Con toda verdad llama al apéndice un órgano de defensa y reacción con funciones análogas a los órganos linfoides de la rino-faringe (amígdalas). Recuerda la obra de Audré, que clasifica los órganos de defensa en el orden siguiente: piel, tejido linfoide, hígado y glándulas de secreción interna.

Audré coloca primero la piel porque la considera como una enorme glándula linfática y es muy admisible esta idea si se tienen en cuenta los diferentes padecimientos de ella, consecutivos a infecciones e intoxicaciones. Todas estas cuestiones dan apoyo al incidente funcional citado por el Dr. Mesa.

Dr. Malda.—Ha resumido el Dr. Mesa bajo la forma de anatomía y fisiología patológicas, lo que los operadores encuentran en las fases clínicas y sintomáticas. Diversos puntos de vista le sugiere; el culminante es la sífilis. Es un trabajo que debemos tener en cuenta los que hacemos cirugía abdominal. Ya se ha hablado anteriormente en la Academia de sífilis apendicular; el Dr. Godoy Alvarez presentó un trabajo sobre el particular, llevó preparaciones, pero confesó que no había tenido suficiente número de ellas.

El trabajo del Dr. Mesa viene pues a ratificar la existencia de la sífilis apendicular. Desde el punto de vista clínico, ratifica también otro hecho: que los enfermos han de estudiarse correctamente; es decir, es preciso connotar los síntomas en cuanto a intención y extensión, buscar la especie de las especies; por eso el que habla señalaba en su trabajo anterior la importancia del laboratorio y, especialmente, el examen hematológico. No toda reacción de Wassermann positiva indica sífilis apendicular; puede, en cambio, ser útil el tratamiento de prueba. El ha tenido la oportunidad de observar enfermos con reacción positiva y síntomas apendiculares claros, pero sin indicación operatoria urgente, y que curaron por el tratamiento específico. El diagnóstico de estas apendicitis es, en muchas ocasiones, post-operatorio. Recuerda haber visto operar; en Paris, a Duval un apéndice, diagnosticado actinomicótico y que resultó sífilítico. Ha tenido placer en oír hablar de la apendicitis folicular, la que los americanos llaman irritativa Morris a consideró como típica en ciertas edades, las actividades del tejido apendicular las ponen en parangón con las amígdalas; ha sido el punto de partida para que los médicos franceses criticasen el hecho de sacar apéndices sin necesidad. Las amígdalas y el círculo de Waldeyer constituyen una barrera de defensa contra muchas infecciones. ¿Por qué quitarlas sistemáticamente? igual cosa sucede con el apéndice. ¿Por qué quitarlo sistemáticamente, cuando se ha considerado como una verdadera glándula de secreción interna, siendo una de sus funciones principales estimular las contracciones peristálticas del intestino? La extirpación del apéndice, sin motivo justificado, produce constipación verdadera. Otra cosa interesantísima que se puede observar en las preparaciones del Dr. Mesa, es la perforación del apéndice, de afuera hacia adentro, formándose primero un absceso periapendicular o cecal y después perfora el apéndice. En su práctica los ha encontrado con frecuencia y ha corroborado esta inversión de las tunicas. Se ve también en las preparaciones presentadas el fenómeno de la cavidad cerrada y la separación la dan los colorantes. Esto hace revivir la teoría de Dieulafoy. Se han encontrado casos graves sin perforación y al hacer la ligadura se le divide. Son estas apendicitis hipertóxicas, cabalmente las que lastiman el miocardio. La pantalla nos ha hecho ver claramente estos hechos culminantes.

El Doctor Mesa da las gracias a sus coacadémicos por la gran estimación que han hecho de su trabajo, considerándolas como la recompensa más valiosa que puede recibir. No quiere detenerse sino para insistir en el diagnóstico de las apendicitis sífilíticas. La primera condición para presumirla,

es el carácter crónico o relincente, como el le llama. Son apendicitis de años, con sintomatología variable, dolor, constipación o diarrea rebeldes. La reacción de Wassermann es tan solo uno de tantos medios de presunción y de escaso valor es un corto circuito que favorece la pereza del médico. Otro carácter es más importante y consiste en que siempre hay localización en el hígado. En la sífilis apendicular relincente, el hígado siempre sufre. Cita en apoyo de lo dicho, dos casos: uno de ellos, el de un enfermo del Dr. Zarraga, con una infiltración clarsima del hígado. Por el tratamiento específico, los síntomas apendiculares desaparecieron. El otro caso lo observó y trató con el Dr. Valdés. Tratabase de una señorita con una diarrea incoercible, dolor intenso en la fosa ilíaca; fue operada y se le encontró un apéndice atrofiado. La diarrea continuó destruyendo a la enferma, a pesar de todos los tratamientos hasta que tuvo oportunidad de ver al padre de la enferma, quien tenía una parálisis general; esto le abrió los ojos, instituyó el tratamiento específico y la enferma curó verdad es que antes que la sigmoidoscopia le había revelado úlceras crateriformes en el intestino grueso.

El Dr. Castañeda pide que dado lo avanzado de la hora y el interés del tema, quede abierta la discusión para la sesión próxima, acordando de conformidad la presidencia.

A las 21:40 terminó la sesión, a la que concurrieron los señores Académicos: Arroyo, Bandera, Bulman, Castañeda, Castillo Najera, Cordero Escobar, Escontra, Godoy Alvarez, Jiménez, Landa, López, Maida, Mesa Gutiérrez, Monjarás, Miranda, Ocaranza, del Raso, Reyes, Rojas Loa, Rojas Ramírez E., Silva, Torres Estrada, Torroella, Troconis Alcalá, Valdés, Vélez y el Secretario que suscribe.

JOSE TORRES TORIJA.

**SESION DEL DIA 23 DE FEBRERO DE 1927.—PRESIDENCIA
DEL SR. DR. EVERARDO LANDA.**

FALLECIMIENTO DEL DR. DN. MANUEL S. SORIANO.

A las 19:30 se abrió la sesión, con la lectura del acta de la anterior que fue aprobada.

El Presidente, poniéndose de pie, como lo hacen todos los asistentes, manifiesta que, por tercera vez en este año Académico, debe levantarse la sesión, en señal de duelo, por el fallecimiento de uno de nuestros consocios.

es el carácter crónico o relinciente, como él le llama. Son apendicitis de años, con sintomatología variable, dolor, constipación o diarrea rebeldes. La reacción de Wassermann es tan solo uno de tantos medios de presunción y de escaso valor es un corto circuito que favorece la pereza del médico. Otro carácter es más importante y consiste en que siempre hay localización en el hígado. En la sífilis apendicular relinciente, el hígado siempre sufre. Cita en apoyo de lo dicho, dos casos: uno de ellos, el de un enfermo del Dr. Zárraga, con una infiltración clarísima del hígado. Por el tratamiento específico, los síntomas apendiculares desaparecieron. El otro caso lo observó y trató con el Dr. Valdés. Tratábase de una señorita con una diarrea incoercible, dolor intenso en la fosa iliaca; fué operada y se le encontró un apéndice atrofiado. La diarrea continuó destruyendo a la enferma, a pesar de todos los tratamientos hasta que tuvo oportunidad de ver al padre de la enferma, quien tenía una parálisis general; esto le abrió los ojos, instituyó el tratamiento específico y la enferma curó verdad es que antes que la sigmoidoscopia le había revelado úlceras crateriformes en el intestino grueso.

El Dr. Castañeda pide que dado lo avanzado de la hora y el interés del tema, quede abierta la discusión para la sesión próxima, acordando de conformidad la presidencia.

A las 21.40 terminó la sesión, a la que concurrieron los señores Académicos: Arroyo, Bandera, Bulman, Castañeda, Castillo Nájera, Cordero Escobar, Escontría, Godoy Alvarez, Jiménez, Landa, López, Malda, Mesa Gutiérrez, Monjarás, Miranda, Ocaranza, del Raso, Reyes, Rojas Loa, Rojas Ramírez E., Silva, Torres Estrada, Torroella, Troconis Alcalá, Valdés, Vélez y el Secretario que suscribe.

JOSE TORRES TORIJA.

SESION DEL DIA 23 DE FEBRERO DE 1927.—PRESIDENCIA
DEL SR. DR. EVERARDO LANDA.

FALLECIMIENTO DEL DR. DN. MANUEL S. SORIANO.

A las 19.30 se abrió la sesión, con la lectura del acta de la anterior que fué aprobada.

El Presidente, poniéndose de pie, como lo hacen todos los asistentes, manifiesta que, por tercera vez en este año Académico, debe levantarse la sesión, en señal de duelo, por el fallecimiento de una de nuestros consocios.

Es ahora el señor Dr. D. Manuel S. Soriano, quien ha rendido tributo a la Naturaleza. El extinto era el Decano entre los Académicos Honorarios y quizá también el más antiguo de los médicos de la República. Ingresó a nuestra Corporación el 12 de Diciembre de 1866, es decir, dos años después de fundada la Academia. Fué Primer Secretario durante dos años de 1881 y 1882 y, en tres ocasiones, anteriormente, 2º Secretario. Desde 1873 fué Archivero y Administró la "Gaceta Médica de México" de 1887 a 1891; de 1895 a 1899 y de 1905 hasta 1915, fecha en que pasó a ser Miembro Honorario. La obra científica del Dr. Soriano consta en numerosos artículos publicados en el órgano de la Academia y en otras revistas médicas. Perteneció a algunas Asociaciones del extranjero y prestó importantes servicios en el Cuerpo Médico Militar y en el Hospital Juárez. Se distinguió por su laboriosidad y por el cuidadoso empeño que ponía en todos sus trabajos, principalmente los de índole estadística e histórica. Fué prominente Miembro de la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística. Es oportuno recordar que el Dr. Soriano fué comisionado por la Archiduquesa Carlota de Austria para suministrar algunos datos sobre la organización de las maternidades, aprovechando la circunstancia de que dicho señor acababa de legar de Europa en donde se ocupó precisamente de visitar y estudiar los servicios de partos. El Dr. Soriano tuvo escrúpulos de obsequiar tal petición por creer que prestaaba servicios al Imperio del que no era partidario. Consultó entonces con D. Mariano Riva Palacio que le hizo ver la conveniencia que resultaría accediendo a la solicitud que la Archiduquesa le hacía, pues de este modo servía principalmente al país. Con este motivo el Dr. Soriano y el Dr. Lino Ramírez, presentaron un proyecto, que fué aceptado, para la organización de nuestra antigua maternidad, establecida, como sabemos, en la calle de Revillagigedo, y dió una lista de los útiles de que era necesario proveerse y que fueron adquiridos en Europa. Aún se conservan en una de las clínicas obstétricas de la Facultad, una colección de úteros con embarazo que han servido muchos años para la enseñanza.

La Academia lamenta profundamente la desaparición del Dr. Soriano, y el Presidente nombró a los señores doctores, Vicente Pérez de la Vega y Adolfo M. Nieto, para que en nombre de la Corporación, dieran el pésame a la familia de dicho señor.

Se levantó la sesión a la que asistieron los señores Académicos: Bulman, Brioso, Castillo Nájera, Castañeda, Escalona, Espinosa de los Reyes, Iturbide Alvírez, Jiménez, Monjarás, Malda, Nieto, Pérez de la Vega, Reyes,

Rojas Loa, Silva, Troconis y Villarreal. Habiendo faltado con aviso el Secretario Anual, firma la presente, como Secretario Accidental el

DR. FRANCISCO CASTILLO NAJERA.

SESION DEL DIA 2 DE MARZO DE 1927.—PRESIDENCIA
DEL SR. DR. EVERARDO LANDA.

**HALISTERESIS OSSEUM DE ORIGEN TRAUMATICO
UN CASO DE ESPONDILITIS RAREFACIENTE DE LAS VERTEBRAS
LOMBARES, TRATADO POR INJERTO OSEO.
EL DR. CASE VISITA LA ACADEMIA.**

Dr. Godoy.—Lee su trabajo, y pide se examine al enfermo que presenta. Se nombran, para esto, a los doctores Ramírez Eliseo, Bandera y Villarreal.

D. Bandera.—El enfermo que presentó el Dr. Godoy Alvarez y que examiné en unión de los Dres. Ramírez y Villarreal, es un joven, de complejión mediana, que tiene en la pierna izquierda lo siguiente: el miembro se adelgaza arriba de la articulación tibio-tarsiana y vuelve a ensancharse un poco más abajo. Sobre el maleolo externo se nota una costra, grande y gruesa, que según el decir del enfermo no le produce molestias y que ha respetado por indicación de su médico; en la región contraria, la cicatriz de una herida quirúrgica perfectamente cicatrizada. El pie está en equinismo completo. Se hizo caminar al paciente sin zapato y lo hace con dificultad, apoyando sobre la punta y ayudado por un bastón. Sin este auxiliar la marcha es imposible y varias veces la intentó sin lograrla. Los movimientos casi no existen; sólo los de flexión y extensión muy limitados. El zapato tiene una suela que compensa el equinismo y le facilita la marcha.

En suma, aunque el resultado anatómico es bueno el funcional dista de serlo, ya que el individuo en ese estado no puede trabajar a pesar del tiempo transecurrido, pero quizás con los cuidados a que está sometido, logre recobrar la función de su pierna.

Dr. Villarreal.—Expone ante la Asamblea el examen que hizo al enfermo presentado por el Dr. Godoy Alvarez, haciendo las consideraciones consiguientes:

Dada la importancia del caso presentado por el Dr. Godoy Alvarez, fuí con los miembros de la comisión a examinar al enfermo. Como ya lo

Rojas Loa, Silva, Troconis y Villarreal. Habiendo faltado con aviso el Secretario Anual, firma la presente, como Secretario Accidental el

DR. FRANCISCO CASTILLO NAJERA.

SESION DEL DIA 2 DE MARZO DE 1927.—PRESIDENCIA
DEL SR. DR. EVERARDO LANDA.

HALISTERESIS OSSEUM DE ORIGEN TRAUMATICO
UN CASO DE ESPONDILITIS RAREFACIENTE DE LAS VERTEBRAS
LOMBARES, TRATADO POR INJERTO OSEO.
EL DR. CASE VISITA LA ACADEMIA.

Dr. Godoy.—Lee su trabajo, y pide se examine al enfermo que presenta. Se nombran, para esto, a los doctores Ramírez Eliseo, Bandera y Villarreal.

D. Bandera.—El enfermo que presentó el Dr. Godoy Alvarez y que examiné en unión de los Dres. Ramírez y Villarreal, es un joven, de complexión mediana, que tiene en la pierna izquierda lo siguiente: el miembro se adelgaza arriba de la articulación tibio-tarsiana y vuelve a ensancharse un poco más abajo. Sobre el maleolo externo se nota una costra, grande y gruesa, que según el decir del enfermo no le produce molestias y que ha respetado por indicación de su médico; en la región contraria, la cicatriz de una herida quirúrgica perfectamente cicatrizada. El pie está en equinismo completo. Se hizo caminar al paciente sin zapato y lo hace con dificultad, apoyando sobre la punta y ayudado por un bastón. Sin este auxiliar la marcha es imposible y varias veces la intentó sin lograrla. Los movimientos casi no existen; sólo los de flexión y extensión muy limitados. El zapato tiene una suela que compensa el equinismo y le facilita la marcha.

En suma, aunque el resultado anatómico es bueno el funcional dista de serlo, ya que el individuo en ese estado no puede trabajar a pesar del tiempo transecurrido, pero quizás con los cuidados a que está sometido, logre recobrar la función de su pierna.

Dr. Villarreal.—Expone ante la Asamblea el examen que hizo al enfermo presentado por el Dr. Godoy Alvarez, haciendo las consideraciones consiguientes:

Dada la importancia del caso presentado por el Dr. Godoy Alvarez, fuí con los miembros de la comisión a examinar al enfermo. Como ya lo

indicó el Dr. Godoy Alvarez, el traumatismo había sido de consideración, la fractura expuesta en los huesos de la pierna derecha muy infectada; el individuo se encamó en el Hospital Militar 15 días después de la lesión. En una fractura expuesta de los huesos de la pierna, sin tratamiento alguno, es extraordinario que no hubiera tenido una infección grave. Es sorprendente: se cita el caso de una criatura de Amecameca que la tiró un perro y se le fracturó un muslo. El fragmento superior salió a través de los músculos y la piel y el Dr. la vió como tres meses después de haber sufrido la lesión. Tenía un fragmento de hueso como de 14 centímetros fuera de la piel. Bastó tirar del fragmento huesoso con una compresa, para poder arrancarlo: el hueso estaba reblandecido, y colocado el miembro, posteriormente, en un aparato se hizo la cicatrización. Las fracturas expuestas de los miembros son afecciones muy graves, que muchas veces comprometen el miembro lesionado y aun la vida cuando no han sido atendidas poco tiempo después de haber sufrido la lesión. El Dr. Godoy Alvarez, atendió al enfermo durante seis meses antes de hacer la intervención para no correr los riesgos de la infección.

Tuvo algunas dificultades para hacer la desinfección y como los huesos estaban encimados, cabalgando los unos sobre los otros, tuvo necesidad de hacer una resección de la porción inferior del fragmento superior de la tibia, colocando con tornillos una placa sobre la tibia. El peroné en extremo reblandecido no fué posible tratarlo de igual manera; después de la intervención se presenta el proceso de reabsorción huesosa que explicó el Dr. Godoy Alvarez, diciendo que en las radiografías no se veían los huesos de la extremidad inferior del miembro, tal como si se hubiera hecho la amputación. Retiró las placas cinco meses después de la operación sin referir los detalles. Examinando al enfermo se ve que la cresta de la tibia no coincide con el primer espacio intermetatarsiano por la desviación de los cabos tibiales en el sentido transverso y antero posterior, como se vé en la radiografía. Hay un acortamiento de importancia en el miembro, el paciente anda sobre la punta del pie. Han pasado un año y ocho meses de la lesión. Sobre el maleolo interno, al nivel de la fractura hay una costra adherente de tres centímetros de diámetro que hace imposible el examen por el dolor que se provoca. El Dr. Godoy Alvarez cree que debajo de la costra no hay solución de continuidad. El paciente no se la toca por temor de lastimarse y dice tenerla allí desde hace seis meses. El paciente es joven y animoso; sin embargo no puede caminar, todo esfuerzo sobre el pié le lastima y para andar se apoya en un bastón; los accidentes de osteoporosis que se presentan en las fracturas expuestas de los huesos son muy comunes como secuela de

las ostiomielitis; los huesos en este estado se deforman con facilidad. No basta que en la fractura se forme el callo huesoso es necesario esperar que se afirme, lo que requiere tiempo y sostén. Lo acostumbro colocar el aparato de Delbet en la pierna para que se pueda soportar la presión sin deformación.

Un caso demostrativo de deformación es el de un individuo que tuvo una fractura expuesta de ambos miembros inferiores; las radiografías hicieron ver el desalojamiento de los cabos de las fracturas; se aplicaron aparatos de tracción previa desbridación, desinfección y canalización de los focos de fractura, lográndose el alivio del paciente cuatro meses después de su ingreso al hospital. Descuidó llevar aparatos de sostén; sus huesos y callos huesos fueron invadido por la osteo-porosis y dos años después que se me presentó tenía las piernas deformadas, sobretudo la derecha, que presentaba la forma de un paréntesis abierto hacia atrás y adentro; hubo necesidad de reseca el callo huesoso, que ya se había tornado ebúrneo y lleno de osteofitos, y sostener los cabos de la tibia con placas de acero níquel y tornillos para enderezar la pierna.

Las osteosíntesis metálicas en las fracturas expuestas infectadas son causa de osteo-porosis: para evitar este accidente empleo férlulas hechas de los huesos largos de guajolote o las fichas de hueso del Mahjon sostenidas sobre los fragmentos fracturados, con ligaduras de tendón de canguro o catgut crómico grueso o seda gruesa.

Enseguida relata el caso de una joven de 17 a 18 años de edad que cayó al subir una escalera de seis u ocho metros de altura. Pudo levantarse e irse por su pié; nadie la atendió y como un año después comenzó a sentir que le salía una bola en la región lomber y que poco a poco iba perdiendo los movimientos de las piernas, con fuertes dolores en el vientre y muslos. Entonces se le empezó a atender y pocos días después la muchacha no podía levantarse; el joven médico que la atendió atribuyó las perturbaciones al callo huesoso de la fractura antigua. Al examinarla radiográficamente se vió que había un callo huesoso y una fractura de la primera vértebra lomber con aplastamiento. Examinando detenidamente la radiografía se encontró que la apófisis de la quinta vértebra lumbar en vez de presentar el tamaño de dos y medio centímetros, sólo medía medio centímetro. Se llevó la enferma al sanatorio; se tomaron radiografías estereoscópicas y laterales y se comprobó lo que ya se sospechaba: la espón-dilolistesis (luxación hacia adelante) de la quinta vértebra lumbar así como la espondilitis rarefaciente de todas las vértebras lumbares. No era la laminectomía al nivel del callo huesoso lo que libraría a la paciente de sus dolores e invalidez, sino el injerto huesoso vivo para restablecer la estática vertebral e infundir

la función esteogénica calcificante, próxima a desaparecer de esta porción de la columna vertebral. El injerto huesoso lo constituyó una astilla del borde postero-interno y parte interna de la cara posterior de la tibia derecha, en toda la extensión del hueso, injerto que se dividió en dos porciones desiguales y que fué colocado entre las apófisis espinosas divididas por la mitad de las vértebras lombares, el fragmento mayor apoyando sobre el sacro, y el menor sobre la hendidura que se hizo sobre el callo. El resultado operatorio fué feliz; la primera curación se hizo a las cinco semanas, encontrando cicatrizadas las heridas de la tibia y de la región lombar, solo al nivel de la giba había una ulceración de la piel, pero la giba había desaparecido. Se volvió a aplicar el apósito con su férula correspondiente y tres semanas más tarde, que se levantó la curación, la úlcera cutánea había desaparecido. Se tomaron radiografías que demostraron la vitalidad del injerto huesoso y una modificación profunda en el aspecto de las vértebras, siendo su imagen clara y distinta: señal de su intensa osificación y calcificación. A los tres meses de la intervención la inválida se ponía en pié y podía marchar sin apoyo. Se le puso un grueso corsé de yeso, para evitar la presión prematura y por lo mismo la espondilitis y la reabsorción huesosa consecutiva. En la próxima sesión tendrá el gusto de presentar a la enferma, así como las radiografías que tanto ayudaron a establecer el diagnóstico y que patentizan el resultado íntimo del tratamiento.

El Presidente hace la presentación a la Academia del Dr. Case, comisionando a los Doctores Malda y Valdés para atenderlo.

Dr. Rojas Loa.—Hace una comunicación y presenta al enfermo solicitando sea examinado.

La Presidencia designa con este objeto a los Drs. Malda y Escontría.

Dr. Escontría.—Examinada la niña Nuño, materia de la comunicación del Sr. Dr. Rojas Loa, encontramos que la cabeza femoral está perfectamente alojada en la cavidad cotiloidea, que todos los movimientos de la articulación coxofemoral existen y que la amplitud de estos movimientos es igual en ambos lados. Persiste solamente como huella de la afección una ligera amiotrofia del lado en que existió la luxación.

El buen resultado obtenido se debe sin duda a haber sido bien dirigido el tratamiento y a que el Dr. Rojas Loa, cuando ya había colocado a la enfermita en la segunda posición, vió reproducirse la luxación, hizo lo que en estos casos procede: reducir la luxación e inmovilizar de nuevo en primera posición, es decir sin descorazonarse, volver a empezar el tratamiento.

La fecha (3 años) que señala el Sr. Dr. Rojas Loa como *minimum* para

empezar el tratamiento es exacta en la mayoría de los casos pero hay ocasiones en que puede iniciarse a los 2 años y medio y aun antes.

En ciertas razas y en ciertos medios sociales en que no se obliga o no se apresura al niño a ponerse de pie y a caminar sino que se le deja "gatear" esta lesión es más rara y han dado como explicación que siendo el borde superior de la ceja cotiloidea en donde la aplasia es más marcada, si el niño "gatea" la cabeza del femur apoyara o chocara contra la parte posterior de la ceja cotiloidea (que está más desarrollada) y la luxación no se prochoear, mientras que poniendo el niño a marchar de pie la cabeza apoyará o chocará contra la parte menos desarrollada de la ceja (la superior) y se producirá la luxación.

Si el niño marcha de pie más tardíamente, esto dará tiempo a que la parte superior de la ceja cotiloidea se desarrolle más y pueda impedir la salida de la cabeza femoral.

En nuestro país la mayor frecuencia de la luxación de la cadera en los niños de clase acomodada (que no se les deja "gatear") en comparación con los de las clases pobres (que sí "gatean"), podía tener esta explicación. Las respuestas dadas al Profesor Ombredanne desde distintos países, están de acuerdo desde este punto de vista.

Se levanta la sesión a las 21.15 con asistencia de los señores doctores Arroyo, Ayuso, Bulman, Bandera, Castillo Nájera, Jiménez, Iturbide Alvirez, Izquierdo, Espinosa de los Reyes, Escontría, Godoy Alvarez, Monjarás, Mesa y Gutiérrez, Rojas Loa, Ramírez Vicente, Ramírez Eliseo, Silva, Solórzano Morfín, Troconis, Torroella, Villarreal, Valdés, Vélez y el secretario Anual.

JOSE TORRES TORIJA.

empezar el tratamiento es exacta en la mayoría de los casos pero hay ocasiones en que puede iniciarse a los 2 años y medio y aun antes.

En ciertas razas y en ciertos medios sociales en que no se obliga o no se apresura al niño a ponerse de pie y a caminar sino que se le deja "gatear" esta lesión es más rara y han dado como explicación que siendo el borde superior de la ceja cotiloidea en donde la aplasia es más marcada, si el niño "gatea" la cabeza del femur apoyara o chocara contra la parte posterior de la ceja cotiloidea (que está más desarrollada) y la luxación no se pro-chocar, mientras que poniendo el niño a marchar de pie la cabeza apoyará o chocará contra la parte menos desarrollada de la ceja (la superior) y se producirá la luxación.

Si el niño marcha de pie más tardíamente, esto dará tiempo a que la parte superior de la ceja cotiloidea se desarrolle más y pueda impedir la salida de la cabeza femoral.

En nuestro país la mayor frecuencia de la luxación de la cadera en los niños de clase acomodada (que no se les deja "gatear") en comparación con los de las clases pobres (que sí "gatean"), podía tener esta explicación. Las respuestas dadas al Profesor Ombredanne desde distintos países, están de acuerdo desde este punto de vista.

Se levanta la sesión a las 21.15 con asistencia de los señores doctores Arroyo, Ayuso, Bulman, Bandera, Castillo Nájera, Jiménez, Iturbide Alvarez, Izquierdo, Espinosa de los Reyes, Escontría, Godoy Alvarez, Monjarás, Mesa y Gutiérrez, Rojas Loa, Ramírez Vicente, Ramírez Eliseo, Silva, Solórzano Morfín, Troconis, Torroella, Villarreal, Valdés, Vélez y el secretario Anual.

JOSE TORRES TORIJA.

SESION DEL DIA 9 DE MARZO DE 1927.—PRESIDENCIA
DEL SR. DR. EVERARDO LANDA.

**SINDROMO AGUDO ABDOMINAL.— DICTAMEN SOBRE EL TRABAJO
DE CONCURSO: "TRATAMIENTO DE LA UNCINARIASIS".
UN CASO DE ESPONDILITIS RAREFACIENTE DE LAS VER-
TEBRAS LOMBARES .TRATADO POR INJERTO OSEO.**

A las 19.30 se abre la sesión.

El Dr. Valdés dá lectura a su trabajo de turno titulado: "Síndrome agudo abdominal". Terminada la lectura, la Presidencia manifiesta a los

señores Académicos que se discentirá en la sesión próxima, rogándoles se sirvan inscribirse, en virtud de tenerse que dar lectura al dictamen sobre el trabajo de "Uncinariasis".

El Dr. Arroyo dá lectura al dictamen de la Comisión sobre el trabajo de Uncinariasis, el cual termina con la aprobación del trabajo presentado. Puesto a votación es aprobado por unanimidad. El Secretario Perpetuo abre el sobre amparado por el lema "Pro aris et focis certare" y declara que el autor es el señor Dr. Juan Solórzano Morfín, a quien la Asamblea tributa calurosos aplausos.



El Dr. Villarreal presenta a la enferma de la que se ocupó en la sesión anterior y resume su historia: fractura del cuerpo de la segunda vertebra lumbal; desarticulada; accidentes, año y medio después de la lesión: neuralgias abdominales y de los miembros inferiores; imposibilidad de sostenerse en pié, conservando la fuerza muscular encogiendo y extendiendo las piernas en la posición supina; perturbaciones atribuibles al callo huesoso que producía una giba en la parte superior de la región lumbar.

Una fotografía que presenta, deja ver a la enferma, de diecio-

cho años de edad, sostenida por dos enfermeras, imposibilitada para quedarse en pié y mucho menos para dar un solo paso. La forma de la región lobar en extremo cóncava, la saliente de las asentaderas ~~y~~ el alivio de las

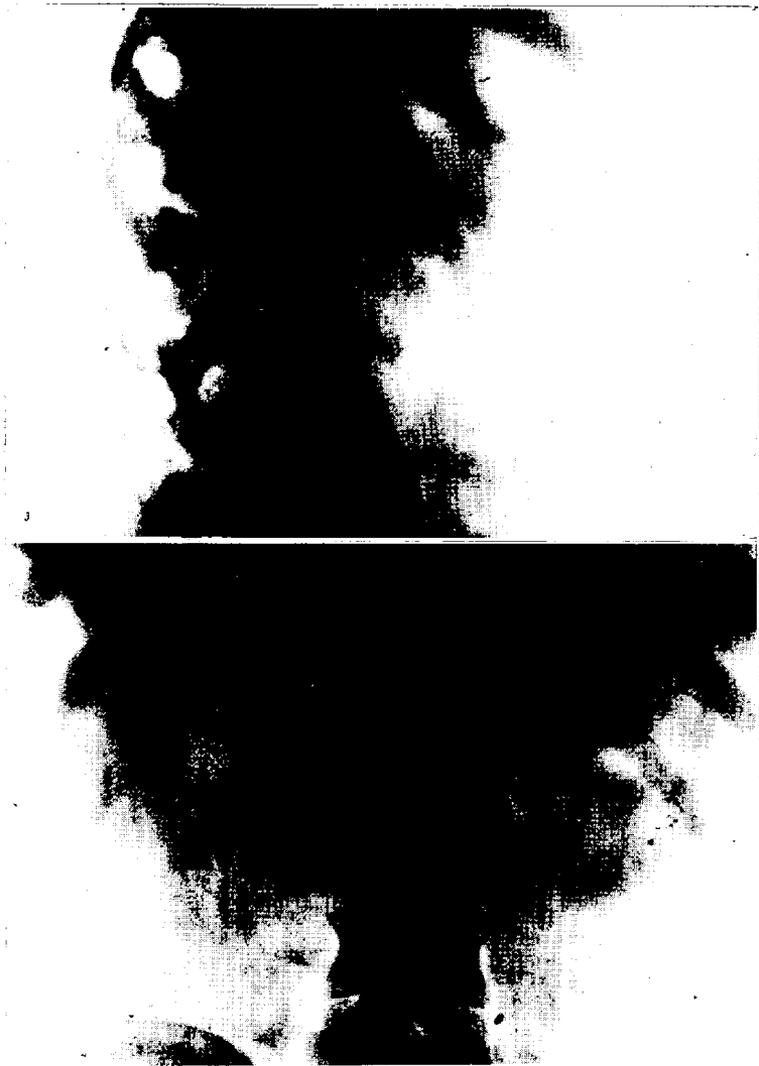


No. 1.- Radiografía lateral de la región lobar vista por el lado derecho en una persona normal.

No. 2.- Radiografía de la región lobar que muestra la fractura de la segunda vértebra lobar y el callo consecutivo.

Esta radiografía fue tomada antes del tratamiento.

neuralgias al tomar la posición supina, no obstante el aumento visible del ca-
llo huesoso durante un mes de observación, le hicieron suponer que los acci-
dentes que presentaba la enferma no eran debidos a la compresión medular



No. 3.--Radiografía lateral de la región lomber mostrando la fractura de la vértebra y los dos injertos óseos. Esta radiografía fué tomada después del tratamiento.

No. 4.--Radiografía dorso anterior en la que se ven los injertos óseos. Esta radiografía fué hecha después del tratamiento.

por el callo huesoso, sino a la espondilitis traumática, diagnóstico que fué confirmado por las radiografías: En una puede verse la proyección de la apófisis de la quinta vértebra lumbar como de medio centímetro y el callo huesoso entre la 1ª, 2ª y 3ª vértebra lumbares. En la otra radiografía son apreciables la gran concavidad de la porción lumbar de la columna vertebral y la proyección hacia adelante, constituyendo un nuevo promontorio, las 5ª y 4ª vértebras lumbares.

La otra radiografía lateral da un detalle preciso, de lo que se deja dicho: fractura de la segunda vértebra lumbar en la forma de cuña y en luxación de las 4ª y 5ª vértebras lumbares y, en esta radiografía, más que en las anteriores, se observa el detalle de la osteitis rarefaciente extendiéndose a los cuerpos vertebrales y pedículos de las vértebras, que motivó la espondilestesis de las 4ª y 5ª lumbares y era causa de las neuralgias e impotencia ambulatoria de la enferma.

El tratamiento en vez de ser la laminectomía y liberación de la compresión medular por sección del callo huesoso, tenía que ser el reforzamiento de este callo por el sostenimiento de la porción de la columna vertebral enferma lo que se conseguiría con un injerto de hueso vivo que, además de sostener las apófisis espinosas desde la 12ª dorsal hasta el sacro, despertaría la función osteogénica en los cuerpos y pedículos vertebrales, dando el apoyo y sostén necesarios a esta columna derrumbada.

La operación fué practicada tomando dos injertos de longitud diferente del borde posterior interno y de la parte más interna de la cara posterior de la tibia derecha en toda la extensión de este hueso e implantados, uno, el mayor, entre las apófisis divididas de las vértebras lumbares y el sacro y el otro entre las extremidades superior del primero y la 12ª dorsal en medio del callo seccionado. La secuela postoperatoria se verificó sin accidente alguno. La primera curación se cambió a los 38 días encontrándose que había desaparecido la giba dorso lumbar; que la cicatriz cutánea era completa y solo había una esfacela de la piel al nivel del lugar donde estuvo la giba, por presión de la férula que ayudaba al sostenimiento del apósito. La segunda curación fué cambiada veinte días después de la primera. A los noventa días se le permitió a la enferma incorporarse en la cama y así dar, sin sostén alguno, los primeros pasos, tomándose entonces las radiografías antero posterior y lateral, y que manifiestan como prendieron los injertos y la vivificación del proceso osteogénico, notándose con claridad y precisión la forma de las vértebras y de sus pedículos. Presentó además otras dos radiografías antero posterior y lateral de la región lumbar tomadas en una joven sana de la misma edad de la paciente para comprobar el contraste de las

imágenes radiográficas de las vértebras sanas y de las afectadas de osteoporosis.

La enferma aparentemente en buen estado de salud, a pedimento del Dr. Villarreal, se levantó de su asiento y caminó de un lado a otro del salón sin sostén o ayuda alguna y en su semblante expresaba el contento y satisfacción.

El señor Dr. Francisco Reyes, da lectura a su memoria de Ingreso titulada: "La Cistopexia vaginal extraperitoneal por los ligamentos redondos en las histerectomías vaginales, por prolapso genital". Esta memoria es contestada por el señor académico, Julián Villarreal.

A las 21 y 35 minutos, se levantó la sesión a la que asistieron los señores: Arroyo, Bulman, Bandera, Castillo Nájera, Carrillo, Escontría, Espinosa de los Reyes, Iturbide Alvérez, Jiménez, Meza y Gutiérrez, Miranda, Malda, Nieto, Pruneda, Rivero Borrell, Rojas J. T., Reyes, Silva, Solórzano Morfín, Torres Estrada, Torroella, Troconis, Valdés, Villarreal, Viramontes y el Secretario que suscribe.

JOSE TORRES TORIJA.

SESION DEL DIA 16 DE MARZO DE 1927.—PRESIDENCIA
DEL SR. DR. EVERARDO LANDA.

A las 19.40 se abre la sesión, con la lectura del acta de la sesión anterior.

El Dr. Pablo Mendizábal da lectura a su memoria de ingreso titulada: "Causas de la susceptibilidad del aparato respiratorio de los niños para sufrir las perturbaciones e infecciones"; dicho trabajo es comentado y contestado por el señor Dr. Carrillo.

Se da cuenta, con la renuncia del Dr. Ayala González y con el dictámen respectivo, suscrito por los Académicos: Dres. Fernando Ocaranza, José Tomás Rojas y Eliseo Ramírez, que, en su parte resolutive, proponen no se acepte la renuncia de Ayala González; puesto a votación este dictamen es desechado por mayoría de 24 votos, por lo cual el Presidente acuerda se comunique al Dr. Ayala González, que se acepte su renuncia como Académico.

Se da lectura a los turnos de lectura para las sesiones próximas y se levanta la sesión a las 21 horas con asistencia de los señores Dres.: Brioso, Bandera, Bulman, Carrillo, Canale, Castañeda, Cervera, Castillo Nájera, Castro Villagrana, Jiménez, López, Mendizábal, Miranda, Pérez de la Vega, Ramírez E. Ramírez V., Reyes, Rivero Borrell, Rojas J. T., Silva, Solórzano Morfín, Villarreal y el suscrito Secretario Anual.

JOSE TORRES TORIJA.

ACTAS DE SESIONES

SESION DEL DIA 23 DE MARZO DE 1927.—PRESIDENCIA
DEL SR. DR. EVERARDO LANDA

CONFERENCIA DEL DR. PETER MÜHELENS (*)

A las 19.30 se abre la sesión, leyéndose el acta de la sesión anterior que es aprobada.

El señor Presidente se dirige a la asamblea en la forma siguiente:

SEÑORES ACADÉMICOS:

Me es sumamente satisfactorio anunciar la presencia del Sr. Dr. Peter Mühelens en la sesión reglamentaria de esta noche. El distinguido visitante viene a la Academia de Medicina, invitado por el señor Rector de la Universidad Nacional, a dar una conferencia sobre el tratamiento de la parálisis general por la inoculación del hematozoario de Laveran y la espirila de la fiebre recurrente.

El Sr. Dr. Mühelens es miembro científico del Instituto de Enfermedades Tropicales de Hamburgo, en donde tiene a su cargo un servicio clínico. Es sabido que este importante centro de investigaciones científicas, que mantiene estrechas relaciones oficiales con el Gobierno Mexicano, ha desempeñado un papel de primer orden en el estudio de las enfermedades tropicales y que gracias a su fecunda labor se ha ensanchado considerablemente el conocimiento de estos males que constituyen verdaderas plagas en muchos países.

El Dr. Mühelens acaba de hacer un largo viaje por la América del Sur y esta circunstancia fué la que permitió a nuestra Universidad Nacional y al Departamento de Salubridad Pública, invitarlo a dar algunas conferencias en México acerca de los temas y trabajos que con tanto éxito ha cultivado desde hace muchos años. Debemos, pues, a nuestras autoridades docentes y sanitarias el gran provecho que indudablemente vamos a obtener de las

(*) N. de la R. Esta conferencia se publicó en el número anterior de esta revista.

enseñanzas del distinguido médico alemán que nos visita. Es de esperarse que al exponer sus muchos conocimientos nos indicará caminos que seguir y nos descubrirá puntos de vista que puedan haber pasado para nosotros inadvertidos.

Los trabajos del Dr. Mühelens fueron sumamente activos en el Norte Argentino, en donde tuvo ocasión de estudiar la distribución del paludismo, las leishmaniosis, el bocio, etc. El resultado de estas importantes labores pueden verse resumidos en un folleto que escribió en colaboración con médicos argentinos que lo acompañaron en su expedición científica.

Nuestro visitante no es, como pudiera decirse, un sabio de gabinete, sino persona de vastos conocimientos, de verdadera experiencia en asuntos de la práctica, como lo demuestran sus múltiples escritos acerca de temas muy variados: tifo exantemático, paludismo, espiroquetosis bronquial y bucal, fiebre recurrente, fiebre de Malta, etc. Su misión durante la Guerra Europea le permitió estudiar el paludismo en Palestina y el tifo exantemático en la región de los Balkanes; de modo que su experiencia en estas enfermedades puede ser para nosotros de provecho, ya que se refiere a los mismos padecimientos que abundan en México.

Uno de sus estudios más interesantes, sobre el empleo de la plasmoguina en el tratamiento del paludismo, sustancia que parece dar mejores resultados terapéuticos que la quinina, en ciertas formas de la enfermedad, sobre todo por su acción especial sobre las formas sexuales del germen palúdico, nos será dado a conocer en próximas conferencias.

La Academia de Medicina recibe con entusiasmo al Sr. Dr. Mühelens expresándole su profundo agradecimiento, y le asegura que escuchará con crecido interés la conferencia que con tanta gentileza dedicó a nuestra Corporación.

Acto continuo toma la palabra el señor Dr. Mühelens para dar una conferencia sobre el «Tratamiento de la Parálisis General Progresiva por la Inoculación de Malaria».

A las 20 horas 45 minutos se levanta la sesión con asistencia de los señores: Dres. Aragón, Arroyo, Bandera, Bulman, Castro Villagrana, Cervera, Cosío, Cicero, Canale, Castillo Nájera, Castañeda, Espinosa de los Reyes, Escontría, Escobar, Godoy Alvarez, Gama, Hurtado, Izquierdo, Jiménez, López, Loaeza, Lozano Garza, Monjarás, Mesa y Gutiérrez, Miranda, Ocaranza, Pérez de la Vega, Prieto, Perrín, Pruneda, Reyes, del Raso, Rivero Borrell, Ramírez E., Solórzano Morfín, Soberón, Tapia y Fernández, Torroelia, Valdéz, Vélez, Viramontes, Velázquez Uriarte y el suscrito secretario anual.

JOSE TORRES TORIJA.

SESION DEL DIA 30 DE MARZO DE 1927.—PRESIDENCIA
DEL SR. DR. EVERARDO LANDACONDICIONES QUE DEBE LLENAR LA SUTURA EN EL SINDROMO NEURO
PUPILAR.—UNA VARIACION EN LA TECNICA DE LA REACCION
DE WASSERMANN

A las 19.30 se abre la sesión.

Lectura de la acta anterior que es aprobada.

Se da cuenta en una carta del académico Perrín, en la que éste manifiesta que en "Les Comptes rendús" de la Sociedad de Biología de París y en la Revista de Higiene y Medicina, aparecen unos trabajos del Dr. Prunell, sobre una variación en la técnica de la reacción de Wassermann, substituyendo el amboceptor por una solución de ácido acético al 1%, variación que Perrín había descubierto e ideado desde 1924 en que la presentó a la Academia Nacional de Medicina, inspirando también la tesis del médico militar García, tesis que fué impresa.

Que además de la importancia que tiene establecer la prioridad, es interesante desde el punto de vista del concepto, humoral o químico de la segunda parte de la reacción de Wassermann.

DR. LANDA.—Por desgracia no se han dado a conocer estos descubrimientos tan interesantes como los que presenta el Dr. Perrín, sugiere que se envíe a París con los demás datos que el Dr. Perrín se sirva proporcionar, preguntando a la Academia si se acepta su proposición. Si se acepta.

El Dr. Pous Cházaro envía un trabajo acerca del entubamiento del duodeno y su valor diagnóstico.

DR. LANDA.—Que se le acuse recibo y se le avise al Dr. Valdés que el trabajo se leerá dentro de quince días.

El Dr. Alonso manda decir por conducto del Dr. Vélez, que en virtud de haber tenido que ausentarse de la Capital, pide se le conceda un mes de prórroga. Se le concede.

DR. NIETO.—Presenta su trabajo de ingreso. Síndromos neuro pupilares.

DR. ARROYO.—Contesta las conclusiones.

DR. TORRES ESTRADA.—Presenta un trabajo titulado: "Condiciones que debe llenar la sutura en el avance muscular".

DR. SILVA.—Contesta al Dr. Torres Estrada.

Se levanta la sesión a las 21 horas, con asistencia de los Sres. Dres. Arroyo, Bulman, Brioso, Cervera, Castillo Nájera, Castañeda, Jiménez, Nieto, Monjarás, Malda, Rojas Loa, Silva, Solórzano Morfín, Torroella, Torres Estrada, Tapia Fernández, Villarreal, Vélez y el secretario anual,

JOSE TORRES TORIJA.

SESION DEL DIA 6 DE ABRIL DE 1927.—PRESIDENCIA
DEL SR. DR. EVERARDO LANDAIMPORTANCIA ACTUAL DE LA FISIOTERAPIA.—A PROPOSITO DE
LOS CIEGOS DE TILTEPEC

A las 19.35 se abre la sesión con la lectura del acta de la sesión anterior, que es aprobada.

Se da lectura a la lista de las publicaciones recibidas y a la correspondencia entre la que se encuentra la renuncia que el académico, Dr. Francisco Paz, hace del sillón que ocupa en la Academia.

Habiéndose procedido a nombrar la comisión, por votación, que dicte sobre la renuncia de referencia, resultaron electos los Dres. Arroyo, con catorce votos, Bulman con igual número y Cervera con once.

El Dr. Pérez de la Vega, da lectura a su memoria de ingreso titulada: «Importancia actual de la Fisioterapia», contestando este trabajo el doctor Vallarino.

El Secretario Anual da lectura a un trabajo del Académico correspondiente en Oaxaca, Dr. Ramón Pardo, titulado: «A propósito de los ciegos de Tultepec».

DR. TORRES ESTRADA.—El trabajo del Sr. Dr. Pardo es muy interesante. Me recuerda uno que leí el año de 1920 de un médico guatemalteco, el Dr. Pacheco Luna. Pero antes de abordar el tema debo decir algunas palabras de felicitación para el autor de la memoria por su labor altruista y abnegada como lo demuestra el hecho de haber llegado a un lugar tan difícil y apartado arrojando peligros e incomodidades para ir a estudiar una enfermedad rara y tratar de descubrir su causa, labor que a todas luces es muy digna de encomio. Es de sentirse que los datos sobre la enfermedad ocular que se presenta en el pueblo de Tultepec, no sean completos, sin que esto sea una censura para el autor del trabajo que acabo de escuchar, pues no siendo especialista en enfermedades de los ojos no era fácil que fueran completos y aun me parece que han sido muchos, tratándose de un médico general.

El trabajo que leí hace tiempo se refiere a esta misma enfermedad, la que se presenta de una manera abundante en la costa del Pacífico de Guatemala y sobre los territorios de México y la República del Salvador. Se atribuye a una filaria especial, la onchocerca sp. distinta de la filaria *Volvulus Leuckart*. Los huevos de esta última son transparentes, terminados en dos prolongaciones retorcidas de la cápsula de envoltura, semejando un fruto envuelto en papel de china. Los de la onchocerca sp. son también

transparentes, redondos u ovoides y sin prolongación en sus extremos. Las filarias adultas en el macho tiene diferencias más acentuadas. La *Volvulus Leuckart* tiene tres pares de papilas preanales y postanales, respectivamente y la filaria que produce esta enfermedad no tiene estas papilas. Hay además otros caracteres que la diferencian, pero estos son las más salientes.

La *onchocerca* sp. produce una enfermedad que es conocida por los médicos guatemaltecos con el nombre de erisipela de las costas, enfermedad sumamente reincidente, que se manifiesta por brotes agudos muy semejantes a los de la erisipela verdadera y que a veces puede adquirir una evolución crónica. Es un hecho comprobado la coincidencia de esta enfermedad con la formación de tumores que se presentan debajo del cuero cabelludo y cuyo tamaño varía desde el de un grano de arroz hasta el de una avellana. Dichos tumores están perfectamente encapsulados, son fáciles de enuclear porque no tienen adherencias y están constituidos por filarias y una red apretada de tejido conjuntivo que las aprisiona.

Esta filariosis presenta algunas complicaciones, entre ellas las oculares que son las más frecuentes y ostensibles.

El Dr. Pacheco Luna, quien ha estudiado con toda minuciosidad y competencia estas complicaciones, señala como lesión principal y característica de esta enfermedad una queratitis puntuada superficial de forma especial y de la que ha estudiado tres variedades distintas. Además de la queratitis señala una iritis de evolución muy particular, que el autor llama iritis fibrinosa y una ambliopía sin lesión material aparente en ninguna de las membranas del ojo.

Las queratitis que se observan en esta enfermedad tiene la característica común de estar constituida por pequeños puntos de esclerosis sobre la membrana de Bowman, sin llegar casi nunca a la profundidad de la córnea y sin hacer saliente ni provocar alteración en el epitelio corneal. Las tres variedades estudiadas son: la queratitis horizontal, la queratitis marginal y la queratitis inferior. La queratitis horizontal es la más frecuente y más característica de esta enfermedad, porque la disposición horizontal de los puntos de opacificación no se encuentran en ninguna otra queratitis de evolución aguda o subaguda. Esta enfermedad se presenta generalmente después de un brote de erisipela de las costas o bien independientemente de él y se inicia por fenómenos agudos tales como inyección periquerática, dolor, lagrimeo y fotofobia. Esta última es tan intensa que provoca el espasmo de los párpados haciendo que el enfermo permanezca con los ojos fuertemente cerrados, al grado de que se hace materialmente imposible abrirlos aun para efectuar algún reconocimiento. Pasado el período agudo disminuye la fotofobia y el paciente puede abrir los ojos. Puede entonces apreciarse una fina inyección periquerática y los puntos de infiltración de

la córnea que guardan la disposición descrita. La queratitis entonces pasa a la fase subaguda y después a la crónica. Los puntos de infiltración aumentan en cantidad, invaden la zona pupilar y forman así un obstáculo más grande para la visión. Durante la fase subaguda y la crónica es cuando la queratitis se complica de iritis fibrinosa.

De paso indicaré los caracteres de esta iritis que por su evolución es también característica de la enfermedad. No tiene fase aguda como pasa con todas las iritis, sino que se manifiesta por una inyección periquerática muy discreta; la pupila está contraída y no reacciona a la luz ni a la acomodación; los midriáticos tienen muy poca acción sobre ella y sin embargo en las primeras fases de esta iritis no hay adherencias con el cristalino; la superficie del iris es lisa, como si se hubiera estirado esta membrana, las criptas de Fuchs se encuentran borradas y con todas las características de la atrofia del iris.

La queratitis marginal aun cuando está constituida por puntos semejantes a las de la variedad horizontal, sin embargo no presenta fase aguda ni provoca la ceguera temporal ni permanente del enfermo, a menos que venga alguna complicación. Los enfermos portadores de esta queratitis nunca acuden al médico y solo es fácil estudiarla cuando el especialista va a las zonas en donde existe la filariosis. El aspecto a simple vista de los ojos afectados de esta variedad, es la del microftalmus, por el tamaño de las córneas; pero si se lleva al enfermo al cuarto oscuro se verá que la pequeñez de la córnea no es sino aparente, porque todos los diámetros de los ojos resultan ser normales y porque es fácil distinguir el limbo de la córnea, el cual se encuentra perdido por la formación de puntos de esclerosis más abundantes en la periferia de la córnea y que van disminuyendo hacia el centro, de manera que la parte transparente aparece sumamente pequeña y limitada por un borde irregular, desgarrado y sembrado de puntos superficiales de infiltración. No hay complicaciones por parte del iris y puede considerarse esta variedad como la complicación más benigna de la onchocercosis.

La tercera variedad de esta queratitis es la puntuada inferior. Se presenta habitualmente en personas mayores de 40 años y es considerada por el Dr. Pacheco Luna como el grado más avanzado de la enfermedad. Esta queratitis siempre está acompañada de iritis crónica y los portadores de ella generalmente son ciegos incurables. Se distingue de las variedades anteriores en que los puntos de infiltración corneal se encuentran de preferencia en la parte inferior y más declive de la córnea, es decir a las 6 del cuadrante horario; pero lo característico de esta variedad es la adherencia del iris a la cara posterior de la córnea, precisamente en la parte inferior. Esta adherencia es debida a la formación de exudados que por acción de la

pesantez se depositan en la parte más declive del ángulo iridocoroideo, los cuales después se organizan y provocan la adherencia de las dos membranas circunstancia que viene a agravar el estado de la córnea. Como consecuencia de esta adherencia se observa el alargamiento y la desviación de la pupila hacia la parte inferior, dato que ha sido mencionado por el señor doctor Pardo.

Ya he mencionado las caracteres principales de la iritis provocada por la onchocercosis, la que rara vez se observa sola, por lo general se le ve como complicación de alguna de las formas de queratitis descritas. En la queratitis inferior la degeneración del iris y las alteraciones mencionadas anteriormente llegan al máximo. Como consecuencia de estas iritis, cuando son ya muy avanzadas, viene la formación la sinequias posteriores, la oclusión y la seclusión pupilares, que por sí solas provocan la ceguera.

El Sr. Dr. Pardo se muestra un poco incrédulo con relación a que los enfermos ciegos por la filariosis recuperen la vista por el simple hecho de quitarles los tumores; pero el hecho es real y cierto: El Dr. Pacheco Luna que ha estudiado y tratado un gran número de estos enfermos, señala de una manera precisa el alivio y aun la curación de las manifestaciones oculares por la extirpación de tales tumores y esto es tanto más ostensible mientras más recientes son las manifestaciones. Así por ejemplo, los enfermos que acuden completamente ciegos por tener sus ojos cerrados a causa del blefarospasmo que se presenta en los brotes agudos de queratitis horizontal, al día siguiente o a los dos días después de la extirpación de los tumores se ven libres del blefaropasmo y de la fotofobia y recuperan inmediatamente la vista. En cambio los casos antiguos en que la córnea está ya completamente opaca, el iris degenerado y con la pupila cerrada; en nada se benefician con la extirpación de los tumores.

Aparte de las complicaciones mencionadas en que hay alteraciones manifiestas en el iris y en la córnea; esta filariosis provoca una ambliopía sin ninguna alteración apreciable en ninguna de las membranas oculares, ni en el nervio óptico y que puede llegar hasta la ceguera. El Dr. Pacheco Luna relata el caso de una señora acomodada que habiendo consultado a un óptico de Guatemala y no habiéndole encontrado unos cristales apropiados, la envió a los Estados Unidos para que consultara a un especialista. La enferma consultó a un eminente oftalmólogo de Nueva Orleans quien después de haberla estudiado por varios días acabó por darle una receta de anteojos. La paciente viendo que su mal no mejoraba pasó a Nueva York en donde consultó a otros oculistas más y que también lo recetaron anteojos. A su regreso a Guatemala, el Dr. Pacheco Luna le encontró algunos tumores de la onchocerca sp. y ninguna alteración apreciable en los ojos. La enferma curó de sus trastornos oculares, que consistían principalmente

en una nublazón de la visión, después de la extirpación de los tumores. El mismo autor relata el caso de un paciente que llegó a consultarle enteramente ciego, guiado por un lazarillo. En la vista no le encontró ninguna alteración y la ceguera era tan acentuada que el enfermo apenas era capaz de distinguir el día de la noche. Extirpados los tumores de la cabeza, al día siguiente el enfermo comenzó a ver y pudo distinguir el mar a treinta millas distante.

Esta enfermedad se presenta en todas las edades y en todas las condiciones sociales, en niños recién nacidos, en adultos, en ancianos, en personas acomodadas, y aun en aquellos que han estado de paso en los lugares infectados por la filaria. Es interesante hacer constar que los casos de ceguera muy antigua no mejoran ni por la extirpación de los tumores, ni mediante intervenciones quirúrgicas en el ojo como la iridectomía, a pesar de obtenerse una buena ventana en el iris y que el fondo del ojo aparenta estar sano.

Entre las alteraciones que la filariosis provoca en la sangre debo añadir a los datos que ha suministrado el Dr. Pardo en su trabajo, la eosinofilia que alcanza hasta un 60%.

DR. CASTILLO NAJERA.—El escrito del señor doctor Pardo es meritorio desde varios puntos de vista. Desde luego el haber efectuado la expedición, es ya laudable. En el trabajo que comento, deben anotarse las investigaciones de geografía médica y las del estado social, de las condiciones de existencia en que se encuentran los habitantes de las regiones que visitó la expedición. En lo que a la ceguera se refiere, ya el doctor Torres Estrada ha comentado, con su criterio de especialista; me limito a añadir que los trabajos del doctor Villalobos, quien estudió los ciegos de Montecristo, nos describen iguales condiciones que las encontradas por el doctor Pardo, hasta la coexistencia del bocio. Tanto el doctor Villalobos, como el doctor Larumbe, están de acuerdo en la etiología de la ceguera, y el último ha enviado material de estudio: quistes y filarias que, en la actualidad estudia el Profesor Ochoterena. Repito que, trabajos como el del doctor Pardo, son dignos de aplauso y conviene que sean imitados, medio único de conocer nuestra geografía médica y aun de cooperar al alivio de la miseria de los compatriotas que pensosamente viven en lugares aislados.

Espero que la Academia hará conocer ese trabajo a fin de que las autoridades protejan a los pueblos que, según el doctor Pardo, están condenados a la condenación.

DR. GAMA.—Sería necesario que se emprendiera un estudio para saber cuáles son las causas que producen esa enfermedad. Ojalá se hiciera un estudio minucioso y pudiera llegarse a la conclusión de como puede combatirse.

DR. RAMIREZ E. —Los trabajos desde el punto de vista de la histología, han sido hechos por el Dr. Ochoterena y el sábado a las siete y media de la noche, va a haber una reunión de la sociedad Mexicana de Biología en la que va a dar cuenta de sus trabajos.

DR. VELEZ. —Quiere unir su felicitación a las de los otros compañeros, por el trabajo que ha presentado el Dr. Pardo y comunica que ha solicitado del Gobierno del Estado se le envíen por su cuenta, tres individuos: un hombre, una mujer y un niño, para poder hacer los estudios en esta ciudad. Prefiere presentar su trabajo a la Academia, cuando haya terminado su estudio.

DR. LANDA. —La Academia espera que se presenten estas investigaciones. Le parece el trabajo de suma importancia desde el punto de vista social. La Academia no debe permanecer inactiva y propone se imprima el trabajo en el próximo número de la Gaceta Médica y que se envíe una información al C. Rector de la Universidad, para que de a conocer el trabajo, recomendándole que lo ponga en conocimiento del C. Presidente de la República, para que haga lo posible para remediar la situación de esos pueblos.

Pregunta si se acepta la proposición. Sí se acepta.

Se levanta la sesión a las 21.35 minutos, con asistencia de los Señores Doctores: Arroyo, Brioso, Bulman, Bandera, Cervera, Castillo Nájera, Castañeda, Escontría, Iturbide, Jiménez, Gama, Montaña, Malda, Monjarás, Ocaranza, Rivero B., Ramírez Vicente, Ramírez E., Silva, Solórzano Morfín, Torroella, Torres Estrada, Tapia F., Vélez, Vallarino, Viramontes y el secretario anual,

JOSE TORRES TORIJA.

ACTAS DE SESIONES

SESION DEL DIA 20 DE ABRIL DE 1927.—PRESIDENCIA
DEL SEÑOR DR. EVERARDO LANDA.

**ENTUBAMIENTO DEL DUODENO Y PRUEBA DE MELTZER-LYON.
UN BUEN APARATO PARA EL EXAMEN DEL OJO**

A las 19.30 se abre la sesión.

Lectura del acta anterior que es aprobada.

Se da cuenta con una carta del señor académico, Dr. Vélez, en la que solicita 4 meses de licencia con motivo de su viaje a Europa. La Presidencia manifiesta que se concede la licencia y que se ruega al Dr. Vélez se sirva hacer una visita a la Academia de Medicina de París, y, a serle posible, saludar a los Académicos Corresponsales de las poblaciones que visite.

El Dr. Vélez da lectura a su trabajo de turno titulado: Un buen aparato para el examen del ojo.

Puesto a discusión, el señor Dr. Silva felicita cordialmente a su colega por la presentación de un aparato que no solamente es de utilidad para los oculistas sino también para los médicos generales.

La Secretaría da lectura a una memoria enviada por el Dr. Pous, titulada: "Entubamiento del duodeno y prueba de Maltzer Lyon". Puesto a discusión este trabajo toman la palabra los señores Académicos: Malda, Solórzano Morfín y Reyes.

Dr. Gabriel M. Malda.—En una de las sesiones verificadas por ésta docta corporación se anunció un trabajo enviado por el Dr. Pous desde París referente a la prueba de Meltzer-Lyon y para el que se invitaba especialmente al Dr. Valdés. Habiendo concurrido yo esa noche y escuchado el anuncio, me propuse traer el día de su lectura, mi pequeño contingente acerca de esta prueba y agregar mis estudios comparativos referentes a las

radiologías obtendidas en mi Sanatorio con el método de inyección del Yodeikon.

Yo no conocía el trabajo del Dr. Pous, y hoy me felicito de haberlo escuchado por la coincidencia de las observaciones por él obtenidas en las clínicas de ultramar, y mis propios estudios.

La prueba de Meltzer está fundada en la tendencia que hoy se tiene de buscar por los métodos de investigación fisiológica, medir la capacidad funcional cualitativa, y cuantitativa de los órganos supuestos enfermos. En efecto Doyon en el año de 1893 descubre la inervación de la vesícula biliar y del esfínter de Oddi por los espláncnicos y el neumo-gástrico, descubriendo la inervación llamada en fisiología "antagónica". Meltzer en 1917 por estudios minuciosos en el Instituto Rockefeller, de donde era fisiologista, descubre que el sulfato de magnesia relaja la pared del duodeno, y dilata el esfínter de Oddi, contrayendo el cuerpo de la vesícula biliar.

En el año de 1919 Vincent-Lyon realiza las sugerencias de Meltzer, y recoge bilis oscura. A ésta concepción se opone la de Einhorn quien cree que esta bilis más rica en pigmentos y sales es producida por hiperactividad de la celdilla hepática.

El reflejo duodeno-vesicular establecido como base de la prueba de Meltzer, dió origen a que los alemanes sustituyeran el sulfato de magnesia con la peptona de Wite, y Stepp fué el primero en usarla; Kaseh aplica el éter sulfúrico, pero se ha venido a demostrar que relajando la ámpula del duodeno tiene más bien influencia sobre la secreción pancreática que sobre la biliar: produce en efecto un aumento de la lipasa, de la amilasa, de la tripsina.

No voy a describir los detalles de técnica de la prueba de Meltzer que indudablemente son conocidos por varias de las personas que me escuchan; sólo quiero marcar algunos detalles que son de verdadero interés, como por ejemplo, el usar la sonda opaca, que en un momento dado puede servir para apreciar su sitio por la radioscopia. Recuérdese que el paso al duodeno puede variar de tres cuartos de hora a una hora; en la última de mis enfermas, cuya observación traigo esta noche, se demoró más de una hora para llegar la oliva a la 2ª porción del duodeno. Generalmente se guían los investigadores por las marcas de fábrica que traen las sondas, relacionadas con los arcos dentarios, el piloro, el cardias y el duodeno. Yo no tengo esta opinión y me permitiría parafrasear lo que el inolvidable profesor Guyon dice acerca de la sonda uretral: que su introducción no debe medirse por centímetros sino apreciarse por regiones. Así lo creo para

a sonda duodenal: ésta debe revelar su sitio, por lo que se han llamado los signos de travesía gástrica, de travesía pilórica, y de llegada duodenal.

Siempre recordando los sofismas clínicos que pueden obtenerse con la impresión de la llamada resistencia duodenal, y de duodeno continente. Por esta razón la clínica debe estar apoyada por los estudios del laboratorio, y de la radioscopia. En la enferma a quien voy a hacer referencia se ratificó a cada momento por la pantalla fluoroscópica lo que la Clínica me iba enseñando. Las lecturas del producto recogido en cada tubo de ensayo me iban marcando lo que la radioscopia me confirmaba al momento. En esta enferma cuando la oliva llegó al duodeno no se extrajo por la jeringa sino únicamente un líquido claro, viscoso que no era sino líquido duodenal privado de bilis. Al inyectar el sulfato de magnesia, minutos después se presentaba un líquido color amarillento de oro que era la bilis del canal común. Estimulando por una nueva inyección el reflejo, pude apreciar los copos mucopurulentos simbólicos de la colecistitis. Media hora después y bajo el nuevo estímulo de la solución de sulfato de magnesia se presentó una pequeñísima dosis de bilis verdosa, para en seguida nueva bilis dorada. Toda mi impresión con esta prueba fué la de una obstrucción del cístico por probable cálculo y colecistitis concomitante. Al terminar esta prueba y en compañía de mi radiologista inyecté en la vena Yodeikon, recomendando la técnica que el profesor Case observa para esta clase de estudios, recordando particularmente el desayuno con crema y yemas de huevo. Y al mentar el nombre de este sabio radiólogo permítanme los Sres. Académicos que haga una ligera digresión de elogio a éste ilustre profesor y un voto de felicitación al Rector de la Universidad quien con todo tino trajo a hombre de tanta práctica, y profundos conocimientos a prodigar sus enseñanzas en nuestro medio. Yo Sres. no pertenezco al número de los sabios, y tengo la convicción que mucho hay que aprender de los profesores que vienen de más allá de los mares y más allá de las fronteras. Se oye decir que nada nuevo nos vienen a enseñar, que nosotros ya lo sabemos; indudablemente, yo respondo, no nos vienen a demostrar tejidos, ni órganos nuevos, pero sí hay mucho que aprenderles, de cómo enseñan y de cómo debemos enseñar.

El reflejo duodeno-vesicular lo producen como ya he dicho diferentes substancias, y lo producen también excitaciones intra-duodenales como el simple contacto de la oliva en el duodeno, la presión sobre la vesícula misma, la instilación del sulfato en el colon, pero todo conduce a valorizar la bilis A, la bilis B, y la bilis C. Debo advertir que Vincent-Lyon llama bilis A, o bilis del canal común, aquella bilis que sigue a la instilación mag-

nesiana: Chiray no lo admite y cree que esta bilis es una dilución del líquido duodenal por la solución magnesiana inyectada; y en apoyo de esta idea, colora la solución de magnesia con índigo carmín y obtiene que la bilis A de Vincent está más o menos colorida; por esto la verdadera bilis A debe ser la que precede a la instilación magnesiana saliendo desde el primer contacto de la oliva.

Por otra parte las dosificaciones químicas demuestran que la bilis A de los americanos (contenido del canal común) no es en realidad sino una dilución en que pigmentos, sales y colesantina se encuentran disminuídos con relación a la bilis A recogida antes de la inyección.

Podría entrar en consideraciones respecto a la manera como responde el duodeno a la excitación magnesiana, pero no quiero cansar a mis oyentes con estas cuatro delicadas respuestas duodenales. Bástame decir que el punto de mira principal es siempre investigar si la prueba de Meltzer da la bilis vesicular. En esta última enferma a quien se la apliqué a existido una igualdad, que podría decir es identidad, entre el negativo, y las radiografías que tengo a la vista; en que tomadas en las diferentes horas que siguieron a la prueba se encuentra todo negativo. La prueba de Meltzer negativa también, y la clínica hablando con la elocuencia que todos le conocemos y que siempre queda en pie. En esta enferma había diagnosticado una colecistitis calculosa con obstrucción del canal cístico, y la operación practicada por mí y ayudado por los Srs. Drs. Castillo Nájera y Alvaro Sosa confirmó en lo absoluto la impresión clínica y radiológica. Un hecho muy interesante: durante la técnica operatoria se ligó el cístico y al desprender la vesícula por vía retrógrada con gran sorpresa vimos que la cara inferior se abocaba en el canal hepático y hubo necesidad de sacrificar parte de su pared aplicando para canalizar la bilis el tubo de Keer en que una de sus ramitas penetraba en el hepático y la otra en el colédoco. La enferma ha tenido días post-operatorios muy felices y tengo el gusto de presentar a mis consocios la vesícula preparada, y rodeada de sus cálculos, junto con las radiografías, donde se ven los diferentes tránsitos de la sonda duodenal.

No creo que se deba dudar de que la prueba de Meltzer no produzca la bilis vesicular, y aunque fisiologistas como Hollander combaten la idea por inyecciones intramusculares de sulfato de magnesia que no producen ni secreción, ni contracción de la vesícula, no por eso se debe negar el hecho.

Además las experiencias hechas en perros laparotomizados en quienes ha intervenido la anestesia y el traumatismo del estómago o del mismo duo-

deno, pues se sabe que en el perro es casi imposible introducir la sonda por la vía bucal; en estos animales y con estas experiencias no se demuestra nada de positivo, pues se sabe que los anestésicos, de la misma manera que disminuyen el reflejo pupilar, y el palperal, disminuyen también o abolen en reflejo duodeno vesicular.

El laboratorio es un apoyo más para creer en la prueba de Meltzer pues el estudio químico, y el histológico no dejan lugar a duda; y aquí es un momento oportuno para asegurar que en el avance de nuestros conocimientos médicos la radiología, y el laboratorio deben siempre unirse a la clínica y así marcharemos siempre adelante.

Dr. Solórzano Morfin.—No voy a insistir sobre la trascendencia de las comunicaciones del Sr. Dr. Pous Cházaro y del maestro Malda acerca de la prueba de Meltzer, porque está ya fuera de discusión este valioso recurso de la clínica moderna; quiero referirme a una de las aplicaciones terapéuticas del entubamiento duodenal, que utiliza el método de Rivas en la termoterapia intestinal, para tratamiento de las parasitosis intestinales.

Como hace notar el Sr. Dr. Malda, la técnica, del cateterismo del duodeno, ofrese variantes que no deben olvidarse y que la práctica personal, llega a modificar en algunas ocasiones. La primitiva sonda de Eihorn casi no se usa en la actualidad; los nuevos modelos dan a la oliva una forma de almendra, con ventanas laterales, que facilita la introducción por las fosas nasales en los pacientes rebeldes a la deglución de la sonda.

Es muy variable el tiempo necesario para que la oliva llegue al duodeno; tenemos registrados casos desde veinte minutos, hasta una hora y cuarto; pero el promedio, puede fijarse en treinta o cuarenta minutos. No siempre es fácil determinar el avance y perfecta colocación de la sonda en los distintos tiempos, porque las pruebas que se aconsejan, como inyección y aspiración de líquidos, etc., suelen dar datos inciertos. Se ha propuesto practicar el sondeo al amparó de la pantalla radioscópica; pero ésto no es práctico.

De gran interés es el recurso que refiere el Sr. Dr. Pous, de inyectar un anestésico para prevenir el espasmo del píloro, que en ocasiones interrumpe ó dificulta el funcionamiento de la sonda; un médico norte-americano aconseja introducir pequeños fragmentos de tubo de cristal para corregir este mismo resultado. La anestesia tiene la ventaja de prevenir regurgitaciones de la oliva hacia el estómago.

El tratamiento de Rivas alterna la inyección, por la sonda, de suero, con solución de sulfato de magnesia al treinta por ciento, para movilizar el intestino; las cantidades de suero varían de dos a seis y más litros, siempre

a una temperatura de 47 a 48 grados. En esta forma, la temperatura expulsa los parásitos que salen con las primeras evacuaciones: así, por ejemplo, hemos logrado la salida de las tenias en un tiempo de cincuenta minutos a una hora y cuarto, resultado que no se consigue con otros recursos antihelmínticos. La acción del suero es muy benéfica para mejorar el estado general de los parasitados. Comúnmente hemos aplicado este método a pacientes en quienes estaba contraindicado el uso de los antihelmínticos más usuales; estos enfermos, sumamente agotados, experimentan después del tratamiento una mejoría bien perceptible.

La sonda duodenal nos ha venido también para introducir al intestino sustancias parasiticidas en dosis tóxicas, eliminándolos por la diálisis con suero fisiológico y sulfato de magnesia: la desparasitación con cuatro y cinco centímetros cúbicos de aceite esencial de quenopodio, y con ocho o diez c.c. de tetracloruro de carbono, es rápida y no tiene efectos tóxicos sobre el paciente.

Conviene hacer amplia propaganda de estas aplicaciones del entubamiento duodenal, para que en un futuro próximo todos los facultativos aprovechen sus inmensas ventajas, tanto para el diagnóstico, como para el pronóstico y tratamiento de numerosas afecciones del aparato digestivo.

Dr. Reyes.—Con motivo de la cuestión que se debate, voy a exponer cuatro hechos prácticos, debiendo antes declarar que reconozco importancia a la llamada prueba de Meltzer que presta a la clínica su provechoso contingente.

Creo que la introducción de la sonda duodenal no es muy difícil. En el Hospital Escandón es el inteligente doctor Carlos Otero quien se dedica a esta clase de estudios, y tiene enseñada a una de las madres enfermeras quien lo hace ya muy bien.

Una de las enfermas a quien se le hizo la prueba, fué operada el año pasado por calculosis biliar, cuyo diagnóstico fué confirmado por la prueba de la inyección intravenosa con la tetrayodo fenoltaleina, practicada por el hoy doctor Enrique Jolly, quien hizo una interesante tesis sobre este tema. El sondeo duodenal tuvo por objeto extraer líquido biliar para examinarlo desde el punto de vista bacteriológico, pues se creyó que los dolores que esta enferma sufría eran debidos a la infección de los canales. Se prepararon vacunas que se le inyectaron, sin ningún resultado favorable. Seguro que los dolores se deben a adherencias postoperatorias.

La segunda enferma está en preparación operatoria en el Hospital Escandón. Se trata de una señora de origen francés, entrada en años, quien no presenta en su pasado patológico más que ligeras perturbaciones digesti-

vas. De un día para otro, y con motivo de una comida desordenada, sufre de una ictericia total. Lleva poco más de un mes con este cuadro. Se le hizo la prueba de Meltzer sin que diera nada de bilis. Al explorar la región hepática se encuentra que el hígado y la vesícula desbordan del reborde costal, sintiéndose claramente numerosos cálculos dentro de la vesícula, con duciendo a afirmar que uno de estos cálculos se desalojó para obstruir el colédoco.

El tercer enfermo lo fué de la clínica del Dr. Nieto en el Hospital Militar. También con ictericia total, y a quien le fué practicada la prueba de la tetrayodofenoltaleina que resultó negativa, invitando por este hecho a pensar que se trataba de un calculoso con obstrucción del colédoco. Le hice a este enfermo una laparotomía, encontrándome con lesiones esclerosas de los canales hepáticos recorridos hasta el hilo, de ganglios hipertrofiados. Pensé en la sífilis; cerré el vientre, e instituí el tratamiento mixto: 10 gms. de yoduro de potasio y 2 ctgms., endovenosa, de cianuro de mercurio. El enfermo curó. Y el último de los restantes, se trató de otro de calculosis biliar, de la Sala del Dr. Ocaranza en el Hospital Militar. La prueba de la tetrayodo resultó negativa, por lo que el diagnóstico quedó confirmado. Operado que fué, extraje una vesícula con más de 300 piedrecillas.

Como se ve por lo expuesto, si la prueba de Meltzer nos ofrece su colaboración para el estudio clínico de las vías biliares, no por ello debemos olvidar el eficaz contingente que nos ofrece la prueba de la tetrayodofenoltaleina evidenciada por los hechos que acabo de referir.

A las 21 horas 30 minutos, se levanta la sesión a la que concurrieron los señores Académicos: Arroyo, Aragón, Brioso Vasconcelos, Bandera, Bulman, Canale, Castro Villagraná, Castillo Nájera, Cervera, Castañeda, Escobar, Iturbide Álvarez, Malda, Mendizabal, Monjarás, Nieto, Pruneda, Pérez de la Vega, Ramírez E., Ramírez V., Rivero Borrell, Reyes, Silva, Solórzano Morfín, Torroella, Valdés, Vélez y el suscrito.

Secretario Anual.

José TORRES TORIJA.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

SESION DEL DIA 27 DE ABRIL DE 1927.—PRESIDENCIA

LAS LEISHMANIOSIS AMERICANAS.

EN DEFENSA DE MIS CONVICCIONES.

A las 19.30 se abre la sesión.

Lectura del acta de la anterior que es aprobada. En seguida la Presi-

dencia informa que el señor Ministro Francés ha invitado a la Academia para que nombre un representante que asista a los festejos que se celebrarán con motivo de los centenarios de Vulpian y Pinel; se acuerda con este motivo que el Dr. Vélez represente a la Academia, si se encuentra en Francia durante la celebración de dichos centenarios, y que se dirija atenta comunicación al Secretario de Relaciones Exteriores, pidiéndole se sirva nombrar al señor Dr. Cabrera, Ministro de México en Bélgica para que concurre a las ceremonias referidas. Habiendo solicitado el Dr. Viramontes, prórroga de un mes para leer su trabajo, por encontrarse enfermo, le es concedida.

Se da lectura al trabajo del Académico, Dr. E. Escomel socio correspondiente del Perú. Terminada la lectura de dicho trabajo, que se titula: "Las leishmaniosis americanas", se pone a discusión.

Dr. Cervera.—Ha escuchado con atención el trabajo del Dr. Escomel; que para nosotros es de gran trascendencia, pues nuestra patología es muy semejante a la del Perú. Recuerda que el Dr. Seidelin fué el primero que en los laboratorios del Hospital O. Foran, de Mérida, descubrió y describió la leishmaniosis que se presentaba bajo la forma de úlcera de los chicleteros, úlceras localizadas en el pabellón de la oreja y que se atribuían a la picadura de un insecto. Seidelin hizo un examen del exudado de la úlcera encontrando una leishmania semejante a la del botón d'Oriente. Más tarde en un viaje que hizo a Campeche, encontró el propio parásito. Después de los trabajo de Seidelin, tuvo el comentante oportunidad de tratar algunos casos en el Hospital Militar de Instrucción y el señor Dr. Incháustegui hizo su tesis recepcional tratando el propio asunto después de adquirir valioso material de observación y estudio en Ciudad del Carmen.

Entre nosotros la leishmaniosis reviste el aspecto cutáneo. Sería conveniente hacer estudios inmunológicos semejantes a los de Nóguchi para ver si corresponden sus caracteres a los de la leishmaniosis americana o la enfermedad descrita con el nombre de "Botón de Oriente", así como hacer investigaciones acerca de la blastomicosis, y las simbiosis.

Dr. Miranda.—Desea preguntar al Dr. Cervera la duración de la úlcera de los chicleteros porque este es uno de los caracteres diferentes señalado por Escomel.

Dr. Cervera.—Es esencialmente crónico. Se cuenta por años. Clínicamente se acerca a la Leishmaniosis americana.

A continuación se da lectura a un trabajo del Dr. Iglesias, Académico correspondiente de Veracruz, titulado: "En defensa de mis convicciones". Se pone a discusión.

Dr. Monjarás.—A propósito de los comentarios hechos por la "Gaceta

Médica de México'' y a los que hace referencia el Dr. Iglesias, cree que es un asunto científico tratado en la Academia; el periódico de ésta debe ser un intérprete de la Corporación y en ningún caso de las opiniones particulares de los señores académicos. Pide que se defina la situación de acuerdo con los preceptos reglamentarios.

Dr. Landa.—Según lo prescrito en el art. 36, los Académicos pueden publicar trabajos particulares.

Dr. Monjarás.—Está de acuerdo en que los trabajos particulares pueden publicarse, pero de ningún modo los comentarios particulares sobre un asunto tratado en la Academia, pues en este caso, el periódico debe reflejar el sentir de ésta.

El Dr. Landa da lectura al inciso IV del art. 25.

Dr. Vélez.—Quiere recordar la práctica que se sigue en los periódicos, científicos citando el caso de la Sociedad de Oftalmología. Hay una comisión de redacción y cuando se hace un comentario particular a un trabajo presentado a la Sociedad, para que no se crea que es ella quien lo hace, se pone una nota de la Redacción aclarando el punto y el periódico queda a salvo de todo.

Dr. Castillo Nájera.—El periódico tiene su Jefe de Redacción, quien es el responsable. No hay lugar a ninguna reclamación por estar firmado el periódico.

Se da lectura al informe de la Tesorería y el Presidente Landa comunica que el Académico Perrín, está seriamente enfermo, comisionando a los Doctores Monjarás e Iturbide Álvarez para que le hagan una visita en nombre de la Academia.

Se da cuenta con los turnos de lectura y se levanta la sesión a las 21 horas, a la cual asistieron; los señores Doctores: Aragón, Arroyo, Bulman, Castillo Nájera, Cicero, del Raso, Espinosa, de los Reyes, Jiménez Iturbide, Álvarez Lozano Garza, Malda, Miranda, Monjarás, Mendizábal, Ocaranza, Reyes, Ramírez E., Torres, Vélez y Villarreal.

Secretario Anual.

José TORRES TORIJA.

SESION DEL DIA 4 DE MAYO DE 1927.—PRESIDENCIA
DEL SR. DR. EVERARDO LANDA.

“EL GASTO RESPIRATORIO MAXIMO DEL HOMBRE EN LA ALTITUD”

A las 19.35 se abre la sesión con la lectura del acta de la sesión anterior, que es aprobada.

Se da cuenta con la correspondencia recibida, así como con las publicaciones.

El Dr. Monjarás informa que en compañía del Dr. Iturbide Alvírez, visitó al Académico Perrín, quien se encuentra en franco alivio. El visitado agradeció conmovido la atención de la Academia.

La Presidencia manifiesta que la Academia celebra la mejoría del enfermo y agradece a los comisionados su informe.

Se concede la palabra al Académico Dr. Izquierdo para la lectura de un trabajo extraordinario.

Dr. Luis Rivero Borrel.—Desea hacer algunas consideraciones desde los puntos de vista de la Física y las Matemáticas que sirven de base al Sr. Dr. Izquierdo para establecer su fórmula.

1º—La fórmula $A = S \cdot V$ en la que S, representa la superficie de sección de la tráquea y V la velocidad del aire inspirado o expirado, adolece del defecto de considerar la superficie traqueal y no la laringea que es la que debiera considerarse.

2º—La fórmula núm. 5: $\frac{1}{2} M V_0^2 = \frac{1}{2} M V_h^2$, tiene en ambos miembros de la ecuación al factor común $\frac{1}{2} M$, el cual sucede ser suprimido llevándonos al absurdo de que $V_0 = V_h$ siendo que estas cantidades son diferentes.

3º—En la fórmula final: $V_0^3 = V_h^3$ el Sr. Dr. Izquierdo extrae la raíz cúbica al primer miembro y no al segundo, lo que no puede admitirse.

La resolución correcta es: $V_0 = V_h^3$ y por tal motivo el número por el cual multiplica el Dr. Izquierdo los datos suministrados por la máscara de (Peck) no debe ser el que escribió el citado Dr. sino la raíz cúbica del mismo.

Finalmente no puede comprenderse, —como lo dice el Dr. Izquierdo— que el gasto expiratorio sea mayor que el inspiratorio, pues esto iría enrareciendo el aire en los pulmones, hasta llegar al vacío.

Dr. Ocaranza.—No deseo otra cosa sino hacer algunas aclaraciones a las rectificaciones del Dr. Izquierdo.

En primer lugar, en el trabajo de la señorita Delgado y mío a que hizo referencia, no hemos transcrito palabras textuales de Bayne; sino que pensamos aún contra la opinión de este señor que los resultados suyos están en desacuerdo con los del Dr. Izquierdo; sencillamente, porque el último no aplicó la fórmula correctiva del primero para las observaciones de gasto respiratorio máximo en los lugares elevados. El Dr. Izquierdo dice que hizo la rectificación de la máscara de Peck; pero esto es distinto que aplicar la fórmula de Bayne u otra parecida.

Sobre que la señorita Delgado y yo hayamos pensado que el valor de raíz cuadrada en la fórmula de Bayne representa una cantidad insignificante, es obrar con alguna precipitación, pues nosotros, no hemos pensado eso; sino hemos afirmado que de aplicarse para corregir los resultados obtenidos por todos nosotros, sería posible obtener cifras que afrimaran más nuestro criterio acerca de que el aumento del gasto respiratorio máximo no toma parte en la fórmula definitiva de adaptación a la altura.

Si la fórmula de Izquierdo, es mejor que la Bayne, esto incumbe directamente a este último autor y no a nosotros; sin embargo la aplicación de ésta a casos semejantes que los de Izquierdo ha conducido a resultados muy diversos de los que este encuentra.

Lo importante para mí, de todas estas cuestiones consiste en averiguar si por fin, como yo he sostenido, la fórmula definitiva de adaptación a las alturas es simplemente la hiperglobulia y si las demás modificaciones fisiológicas corresponden tan sólo a una fórmula de adaptación temporal o eventual.

Mi punto de vista parece confirmado plenamente con las investigaciones de Schneider, fisiólogo en jefe del Servicio de Aviación norteamericano, llevadas a cabo en el Pico de Pike muy especialmente.

En realidad lo único nuevo que ha resultado aquí sobre las investigaciones del gasto respiratorio máximo, es que, las normales son muy pocas y casi muchas personas resultan con insuficiencia desde el punto de vista manométrico ya en inspiración o bien en la expiración y por consecuencia están lesionadas ya sea en las partes altas o ya en las bajas del árbol respiratorio, de la caja torácica o de los anexos respiratorios.

Dr. Izquierdo.—Contestando a las objeciones del Dr. Rivero Borrell manifiesta que las fórmulas a que se refiere constituyen solamente un momento del desarrollo del cálculo. Respecto de la cuestión de diámetros acerca de la cual, le ha interrogado, el Dr. Ocaranza ha dado la contestación al hacer los comentarios del trabajo.

A las 21 horas se levantó la sesión a la cual asistieron los señores: Aragón, Ayuso, Bandera, Bulman, Canale, Castañeda, Castillo Nájera, Castro Villagrana, Cervera, Cicero, Escontría, Hurtado, Izquierdo, Iturbide Alvírez, Jiménez, Lozano Garza, Monjarás, Ocaranza, Pérez de la Vega, Prieto, Ramírez E., Ramírez V., Rivero Borrel, Solórzano Morfín, Soberón, Torroella, Vélez, Villarreal y el suscrito.

Secretario Anual.

José TORRES TORIJA.

SESION DEL DIA 11 DE MAYO.—PRESIDENCIA DEL
SR. DR. EVERARDO LANDA.**LA ESCUELA NACIONAL DE PUERICULTURA.—LOGICA Y TERAPEUTICA.
LA PSICO-NEUROSIS CLIMATERICA QUE SE DENOMINA: NEVADA.**

A las 19.30 se abre la sesión, se da lectura al acta de la anterior, que es aprobada y cuenta con la correspondencia recibida.

El Dr. Ayuso da lectura a un trabajo extraordinario titulado: La Escuela Nacional de Puericultura. Puesto a discusión, el Dr. Landa manifiesta que dicho trabajo es de gran importancia pero que no estamos tan escasos de Instituciones como piensa el autor. La Universidad Nacional ha establecido una cátedra de Puericultura para alumnos de medicina y enfermería, cátedra que por falta de recursos materiales tuvo que suspenderse. Se han dado también una serie de conferencias sobre el particular. En las Escuelas primarias también hay clases de Puericultura y el Dr. Ochoa, profesor de una de ellas y Director de la Casa de Cuna ha establecido en esta última Institución una verdadera escuela práctica. El Departamento de Salubridad Pública durante la época del gobierno del General Obregón y por iniciativa de los Drs. Malda y Pruneda, Presidente y Secretario respectivamente del referido Departamento, estableció los Institutos de Higiene prenatal que han funcionado hasta la fecha con magníficos resultados y con una estadística halagadora y que permiten que muchas de las embarazadas que van al departamento de maternidad del Hospital General, lleguen a él en muy buenas condiciones. En este asunto, como en otros muchos lo único que hace falta es mayor cantidad de dinero para impulsarlo.

La Secretaría da lectura a un trabajo del académico correspondiente de Veraacruz, Dr. Manuel Iglesias titulado: "Lógica y Terapéutica.—Se pone a discusión.

Dr. Malda.—Quiere comentar algo, que podía influir en el ánimo de aquellos que no usan el yodo a altas dosis. Recuerda que el Dr. Manuell, fué uno de los primeros que comenzaron a usarlo en esta forma y que a los primeros enfermos sujetos a ese tratamiento y observados cuidadosamente no se les encontraban lesiones renales. Recuerda a este propósito una interesante discusión habida en el Hospital Necker entre el Profesor Ambard y los Srs. Legueu y Marion, en la que el primero, demostró, a base de experimentos fisiológicos, que los órganos no son lesionados por el yodo. El riñón elimina por difusión por efracción y por concentración, siendo el alcohol

eliminado por difusión, por lo cual a un nefrítico se le puede prescribir. Los Profesores Leguen y Marion aprobaron estas ideas. El Dr. Malda las ha ratificado con un enfermo que tiene tuberculosis renal bilateral y que, imposibilitado por ésto para ser operado, ha sido sujetado al tratamiento por el yodo a altás dosis sin haber sufrido alteración alguna, y sí, por el contrario mejorándose considerablemente.

Dr. Rivero Borrell.—Lo dicho por el Dr. Malda le recuerda el caso de un enfermo de Tampico con cálculos renales tan numerosos que habiendo destruido el riñón, lo que se comprobó por el cateterismo ureteral que daba un líquido seropurulento. A este enfermo se le practicó la nefrectomía y 10 meses más tarde volvió a ver al Dr. Rivero y le refirió que habiendo sufrido algunos transtornos en su salud, había consultado con el Dr. Manuel, quien le encontró un foco tuberculoso en el pulmón, foco tuberculoso que quedó corroborado por el examen bacterioscópico de la expectoración. Le recetó yodo habiendo llegado a tomar hasta 1200 gotas diarias durante tres meses. El enfermo se admiraba de haber podido tolerar cantidad tan grande de alcohol teniendo un solo riñón. El foco tuberculoso mejoró notablemente y el paciente no sufrió alteración ostensible a pesar de las enormes cantidades de tintura de yodo ingeridas.

Se dá lectura al trabajo del académico correspondiente del Perú, Dr. Escomel, titulado: La Psiconeurosis climatérica que se denomina: nevada. Se pone a discusión.

Dr. Eliseo Ramírez.—El trabajo del Dr. Escomel tiene diversas fases: una literaria que no comenta; otra referente a los hechos que él observó y que tampoco quiere comentar al Dr. Ramírez, porque necesitaría haberlos observado; pero hay otros que el Sr. Escomel atribuye a la carga eléctrica del aire en los cuales hay un error de apreciación: el hecho de que al frotar la piel de los animales, los cabellos etc., salten chispas no tiene que hacer nada con la carga eléctrica del aire, sino que se refiere al estado higrométrico del mismo. Es un hecho de observación corriente en todos los laboratorios de física que las máquinas estáticas no funcionan correctamente cuando hay humedad y en estas condiciones se necesita poner debajo de ellas, cal viva, ácido sulfúrico etc., para sacar la atmósfera. En estos días estamos presenciando en México con motivo del calor excesivo otro hecho que lo corrobora: las pequeñas descargas eléctricas de las partes metálicas de los automóviles. El electroscopio no sirve tampoco para medir el estado eléctrico de la atmósfera. Desde el punto de vista científico cree que más que hacer simples observaciones sobre el estado de ánimo de las personas y su mayor o menor aptitud para el trabajo, sería conveniente

hacer estudios fisiológicos correctos sobre los animales. Recuerda a este propósito, los trabajos hechos en las palomas mensajeras, el efecto que sobre su orientación ejercen las ondas electromagnéticas, trabajos publicados en la *Revue des Sciences*. Si sobre asuntos tan difíciles como éste se ha podido hacer un estudio experimental riguroso, a propósito de lo citado por Escomel podría hacerse con mayor facilidad. Así pues, a su juicio, el trabajo del Dr. Escomel adolece de algunos errores y no tiene rigor experimental.

Dr. Monjarás.—Tuvo ocasión de estar en el Perú durante varios meses e hizo viajes por diferentes lugares, algunos de ellos altos y salvo el ligero malestar inherente a la altura, no experimentó nunca los trastornos señalados por el Dr. Escomel.

Dr. Miranda.—Arequipa se encuentra casi a igual altura que México. En las personas que vienen de la costa a la Capital, hay solamente algunas adaptaciones del corazón, pero no hipertrofia del miocardio, pues los electrocardiogramas no muestran cambio en la contracción cardíaca. Como lo ha demostrado el fisiólogo Ocaranza, sólo hay diferencias en el número de glóbulos y en la proporción de hemoglobina. Las reglas para el ejercicio físico no varían pues en la costa y en las alturas.

A las 21 horas 55 minutos se levantó la sesión, a la cual asistieron los académicos Ayuso, Adalid Bandera, Castillo, Bulman, Canale, Castillo Nájera, Castro Villagrana, Cervera, Cicero, Iturbide Alvírez, Jiménez, López, Lozano Garza, Malda, Miranda Monjarás, Pérez de la Vega, Prieto, Rivero Borrel, Ramírez Eliseo, Silva, Soberón, Solórzano Morfín, Villarreal y el suscrito -Secretario.

José TORRES TORIJA.

ACTAS DE SESIONES

SESION DEL DIA 18 DE MAYO DE 1927.—PRESIDENCIA
DEL DR. E. LANDA

PUERICULTURA PRENATAL. MORTINATALIDAD Y MORTALIDAD INFANTIL
PRECOZ.—EL DR. RAFAEL CABRERA, REPRESENTANTE DE LA
ACADEMIA EN EL CENTENARIO DE PINEL
Y VULPIAN.

A las 19,35 se abre la sesión, iniciándose con la lectura del acta de la anterior, que sin modificaciones es aceptada. Enseguida se da cuenta con las publicaciones recibidas en la Biblioteca.

DR. LANDA.—Como se recordará se habló de una invitación dirigida por el Ministro de Francia, a fin de que se mandara una representación de la Academia, para que asistiera a las ceremonias en honor de Pinel y Vulpian. Se pensó al principio que el Dr. Pous Cházaro saliera, pero no era posible que llegara a París y estuviera antes del día 30. El doctor Castillo Nájera sugirió la idea de que se nombrara al doctor Rafael Cabrera, Ministro de México en Bélgica, para que representara a la Academia y con este motivo, se dirigió un oficio a la Secretaría de Relaciones, dirigiendo, al mismo tiempo una invitación al Dr. Cabrera, rogándole que aceptara la comisión.—Lee la comunicación del Subsecretario de Relaciones Exteriores en la que informa que se dieron instrucciones al Ministro de México en Bélgica para que acepte la Representación de la Academia.

DR. ENCONTRIA.—Lee su trabajo de ingreso a la Academia, titulado: Puericultura Prenatal Mortinatalidad y mortalidad infantil precoz, el cual es contestado por el Dr. Soberón.

Se levantó la sesión a las 20.40 con asistencia de los señores doctores: Aragón, Bulman, Bandera, Cervera, Cicero, Castro Villagrana, Escontría, López D., Lozano Garza, Rivero B., Rojas José Tomás, Solórzano M. Silva.

El Secretario Accidental,

JUAN SOLORZANO MORFIN.

SESION DEL DIA 15 DE JUNIO DE 1927.—PRESIDENCIA DEL
DR. EVERARDO LANDA.

SODOKU.—LAS ALUCINACIONES Y LAS ILUSIONES DE LIGEREZA
EN EL COCAINISMO.

A las 19.50 se abre la sesión con la lectura del acta de la anterior, la cual fué aprobada después de una aclaración del Dr. López.

La Presidencia da la palabra al Dr. López para hacer una comunicación y presentar una enferma.

DR. LOPEZ.—El año pasado tuvo oportunidad de presentar a la Academia algunos estudios importantes sobre el sodoku, enfermedad transmitida por las ratas; posteriormente el Dr. Mooser hizo también una demostración a propósito de esos estudios. Mas tarde ha habido la oportunidad de ver a algunos otros enfermos, lo que demuestra que el padecimiento va conociéndose mejor por su mayor frecuencia. Ha creído de interés para los señores académicos, presentarles una enferma en quien se encuentran todas las manifestaciones del padecimiento, dicha enferma se presentó la víspera y el Dr. Mooser, por experimentación en los cuyes, ha confirmado el diagnóstico clínico. La enferma, intencionalmente no ha sido tratada, para no mitigar la evolución clínica y que no se borren los síntomas que presenta. Hace 30 días fue mordida por una rata en la mano izquierda, mano en la cual se encuentran, todavía, las huellas del chancho. Después del período de evolución, la enferma, presenta las manifestaciones típicas: manchas en la cara y en el pecho y enantema bucal en el velo del paladar. Está, pues, en las mejores condiciones de ser observada y pide se nombre una comisión para que la examine;

DR. LANDA.—Se nombra a los señores Bulman y Arroyo para dicho examen. Se suspende la sesión momentáneamente.

Reanudada ésta, se concede la palabra al Dr. Bulman, quien ratifica los datos suministrados por el Sr. Dr. López: la enferma presenta dos soluciones de continuidad; la mayor está en el puño en donde todavía se nota algo de edema

con enrojecimiento al rededor; hay también pápulas en todo el cuerpo. Respecto del enantema, bien sea por la luz artificial, o porque ha desaparecido, no se aprecia actualmente. En el caso referido por el Dr. Bulman, que vió con el Dr. Ocaranza, la erupción era tan confluyente, que alguien la consideró como viruela; el Dr. Mooser examinó la sangre e identificó el padecimiento; el caso presentado por el Dr. López es uno más que se agrega a los ya presentados y mejor conocidos.

DR. MONJARÁS.—Quiere recordar, a propósito de la frecuencia del padecimiento, que hace algunos años presentó un trabajo insistiendo sobre la necesidad de desratizar la ciudad de México. Que durante su estancia en el Departamento de Salubridad puso en práctica sus ideas, con muy buen resultado; la epidemia de peste bubónica que se presentó algún tiempo después de publicado su trabajo vino a confirmar la necesidad de la desratización sistemática en todo el país. Ignora si en el Departamento de Salubridad se ha seguido haciendo algo en ese sentido.

DR. LOPEZ.—Agradece la atención de los señores académicos para el caso presentado; el enantema, es posible que no sea muy visible en estos momentos, pero el Dr. Ulrich sí apreció la mancha.

La enfermedad se va conociendo cada vez mejor; el Dr. Sordo Noriega le habló de un niño enfermo en la Villa de Guadalupe que desgraciadamente no se ha podido localizar. El Dr. Torroella, refirió hace poco haber examinado tres o cuatro niños afectados del propio mal; todo ello demuestra la frecuencia del padecimiento y la urgencia de la desratización. Desearía saber si la Academia puede hacer al Departamento de Salubridad alguna sugestión en este sentido.

DR. ULRICH.—Como consejo de carácter práctico para matar y combatir útilmente a las ratas aconseja el "Ratol" que es un cultivo de algún germen que produce una epidemia en estos roedores y que se prepara con agua de avena y azúcar; no es nocivo para los animales domésticos y logra desterrar las ratas hasta por dos años.

DR. LANDA.—La sugestión que hace el Dr. López es de importancia y se pasará una comunicación al Departamento de Salubridad pidiéndole se tomen las medidas sanitarias conducentes.

DR. ARAGON.—Da lectura a su trabajo de turno, titulado: "Las alucinaciones y las ilusiones de ligereza en el cocainismo".

DR. VILLAREAL.—Presenta una fotografía estereoscópica de la enferma de 20 años de edad con una espina bífida, a que se refirió en la sesión anterior.

Se procede en seguida a votar el dictámen presentado por la comisión acerca de la renuncia del académico Paz, que dió por resultado: 14 votos por la afirmativa y 1 por la negativa, en virtud de lo cual es aceptada la renuncia.

Se da lectura a los turnos de la próxima y a las 21.15 se levanta la sesión

a la cual concurrieron los señores académicos Adalid Castillo, Aragón, Arroyo, Bandera, Bulman, Canale, Jiménez, Iturbide Álvarez, Izquierdo, López D., Miranda, Monjarás, Prieto, Ramírez E., Ramírez V., Rivero Borrell, Torroella, Ulrich, Villarreal y el suscrito Secretario Anual

JOSE TORRES TORIJA.

SESION DEL DIA 22 DE JUNIO DE 1927.—PRESIDENCIA DEL
DR. E. LANDA.

BREVES NOTAS ACERCA DE LOS SIGNOS DEL BOCIO EXOFTALMICO.

A las 19.45 se abre la sesión.

Acta de la anterior que sin modificaciones es aceptada.

Correspondencia y publicaciones recibidas.

DR. LOAEZA.—Lectura de su trabajo de turno, titulado: «Breves notas acerca de los signos del bocio exoftálmico».

DR. OCARANZA.—El trabajo del doctor Loeza es interesante ya que se refiere a diversos puntos de vista actuales acerca de la fisiología y patología del bocio exoftálmico. Voy a atreverme a intentar algunos comentarios sobre lo que acabamos de oír. En una conferencia sustentada hace algunos años por el doctor Sain-ton hizo la clasificación de los síntomas oculares del bocio exoftálmico y su intento fué muy atinado: los del globo ocular los palpebrales, los síntomas de la asinergia, los que derivan del estado del nervio óptico, los conjuntivales, etc., y entre ellos se encuentran algunos de los que el doctor Loeza nos dice que ha observado: la pigmentación de los párpados y de las regiones vecinas, es a lo que el doctor Sain-ton llama signo de Jellineck-Treylais. El propio doctor Sain-ton menciona así mismo en ese cuadro el signo de Topollaski, entre los síntomas conjuntivales y que se refiere al aspecto que tienen las venas de la conjuntiva, estriado o en forma de cruz, característico de aquella enfermedad. Con respecto a los síntomas nistágnicos dice haberlos observado pocas veces. Los demás se encuentran en raras ocasiones. El estado mental que el doctor Loeza encuentra en los basedowdianos no debe llamarle la atención, porque estos enfermos a la vez que endocrinianos son desequilibrados del sistema nervioso órgano-vegetativo. En los basedowdianos hay tres clases de desequilibrados; corresponden a los estados vagotónico, los simpaticotónico y neurotónico. Si se colocaran en serie en razón de su frecuencia se encontrarían en primer lugar a los simpaticotónicos, en segundo a los vagotónicos y en tercero a los neu-

rotónicos. Los vagotónicos son tímidos, desconfiados y lentos y tienen un estado mental opuesto al que acaba de describir el doctor Loaeza en su trabajo. No se observa en ellos un número de pulsaciones mayor de 90 o 95. Los simpaticotónicos son los que tienen de 110 pulsaciones en adelante.

En realidad, en México, sí se han hecho investigaciones sobre el metabolismo y las ha llevado a cabo el doctor Miranda; no son muy numerosas, porque tampoco son numerosos los casos de enfermedad de Graves; pero sí se han hecho investigaciones interesantes.

Acerca de los diversos aparatos que ha propuesto el doctor Loaeza, para hacer el estudio del metabolismo, el menos apropiado en clínica es el de Pettenkofer y Voit porque es un aparato bastante grande, difícil de manejar por personas que no están acostumbradas a trabajos fisiológicos; para las clínicas, se podría proponer como más práctico, el de Haldane, o los que han venido después, que es relativamente más chico y de más fácil manejo y perfectamente accesible a las personas que no están interiorizadas en la técnica fisiológica.

Según el concepto actual las llamadas formas frustradas deben desaparecer y substituirse tal nombre por el de síndromos basedowdianos que son muy diversos. El estado de la sangre es muy interesante desde el punto de vista de la fórmula leucocitaria. En las personas que tienen padecimientos basedowdianos de cierta intensidad, la fórmula leucocitaria se orientará hacia la linfocitosis. En un enfermo cuyo tratamiento ha sido efectivo, la fórmula anterior comienza a retroceder. Por esta razón se tiene el estudio de la fórmula leucocitaria como uno de los signos más interesantes para el pronóstico y también para el tratamiento, porque cuando se emplea la antitiroidina o la hematoetiroidina, debe tomarse como manifestación de alarma que aparezcan los plasmocitos entre los elementos blancos de la sangre; esto indica que la antitiroidina comienza a transformarse en peligrosa. Por esta razón la fórmula leucocitaria sirve para dirigir el tratamiento. En mi próximo trabajo académico tengo pensado presentar algunos estudios acerca de la curva oscilométrica y con este propósito he recogido algunas curvas interesantes de una enferma que he venido tratando, en la que coincide la aparición de plasmocitos en la sangre con una depresión de la tensión arterial más allá de donde fuere deseable y pone al médico en guardia contra el tratamiento que ha empleado, antes de que sigan las cosas temibles más adelante.

DR. LOAEZA.—Estimo al doctor Ocaranza las aclaraciones que ha hecho a propósito de las notas que he presentado a ustedes. Desde luego me permito hacer presente que en realidad hace algunos años que me vengo preocupando por esta clase de estudios y cuando estuve en Europa, seguí los trabajos del doctor Sainton y seguramente que en la expresión de mis notas viene descrito todo lo que pude observar al lado de aquel médico tan distinguido en asuntos de endocrinología. En todas las clínicas europeas se hace el estudio del metabolismo y

se usa el aparato Pettenkoffer y Voit. Los americanos tienen aparatos más sencillos y fácilmente manejables para hacer el estudio del metabolismo.

Estas ideas que he querido exponer para el tratamiento del paludismo puede que no sean más, las oí al doctor Sainton sirviéndose de las bases según las cuales las secreciones tiroideas tienen un papel claro sobre las infecciones y sobre las intoxicaciones. Me parece que da buenos resultados el empleo de estos elementos para el tratamiento de los casos de paludismo a que me refiero en mis notas.

DR. DEL RASO.—No me voy a referir al trabajo del doctor Loaeza ni a los comentarios que ha hecho el doctor Ocaranza, que han sido tan extensos que poco habría que añadir, pero como cosa de oportunidad deseo manifestar el resultado que he obtenido a propósito de una enferma de bocio exoftálmico, con las principales manifestaciones que se observan a primera vista: abultamiento del cuello, exoftalmía de los dos ojos, taquicardia hasta de 120 por minuto, nerviosidad, etc. La parte importante del asunto es que la reacción de Wassermann practicada en esta enferma fue intensamente positiva; es de una familia en donde se han presentado accidentes de sífilis hereditaria más o menos velada. En vista de esto se hizo un tratamiento específico desde hace seis u ocho meses, habiendo obtenido un resultado alhagador. La taquicardia ha disminuído al grado de tener sólo 83 por minuto. La exoftalmía ha mejorado notablemente, el síntoma de amenorrea que desde hace más de un año se había venido presentando, se ha corregido, al grado de ser casi normal el período menstrual. Después de tener estos datos tan interesantes para establecer la naturaleza del mal, se ha logrado la mejoría con un tratamiento específico con resultados favorables.

Esto significa que los accidentes debidos a las glándulas internas, son en ocasiones manifestaciones sifilíticas localizadas en este sitio. En cuanto al tratamiento sintomático en el caso, es casi nulo.

DR. LOAEZA —Es interesante el hecho porque en efecto, todos los clínicos han llegado a la conclusión que la alteración de la tiroides, es debida a la sífilis en muchas ocasiones, al grado que no sería perdonable no hacer reacciones de Wassermann con alguna persona que presente esta enfermedad. El caso relatado viene a sumarse a los ya conocidos.

DR. CASTAÑEDA.—En relación a lo que se está diciendo, me acuerdo que estando en Viena se me ocurrió ir a una de las clínicas y se discutió entre médicos y cirujanos el tratamiento que debía seguirse. Los médicos, naturalmente decían que el tratamiento médico era el mejor, mientras que los cirujanos que el tratamiento quirúrgico, prevaleciendo el criterio de los médicos sobre el de los cirujanos. Por lo que a mí toca, tengo que decir lo siguiente: ví una enferma que trataba el doctor Hurtado, esposa de un abogado. Tenía el diagnóstico bien claro. Tenía poliuria, el cuadro era grave, la señora tenía perturbaciones mentales que era lo que mas alarmaba al esposo. Se trataba de una ope-

ración y como oí decir en Viena a este respecto que debía hacerse tratamiento médico, me opuse a la operación y dije que debía instituírsele un tratamiento médico. Se aconsejaba que se tratara a las enfermas haciendo que a las cabras que estaban en lactancia, se les quitara la tiroides y que se les diera a las enfermas a tomar esta leche. Se aconsejó esto a la señora y al cabo de algunos meses, la señora según su esposo, según la enferma misma y según yo, se mejoró notablemente al grado de que prácticamente se dió por curada, porque ya no tenía las perturbaciones tan intensas. Cito el caso porque es interesante y está en relación con lo que se está tratando.

DR. OCARANZA.—El doctor Castañeda me recuerda alguno de los conceptos que yo considero más interesantes: Se refiere a la patogenia del padecimiento y piensa, según creo entender, que es una de las enfermedades que priyan en la actualidad. Precisamente es una de las cuestiones más desprestigiadas: el famoso triángulo en el que se colocaba el tiroides, las endócrinas y el pancreas, se ha puesto fuera de moda y ya nadie hace referencia a esa trilogía. Me permito decir que en la actualidad se coloca la sífilis a la cabeza de las determinantes del bocio exoftálmico. Uno de los casos de bocio exoftálmico que yo tengo en tratamiento es el de una señorita, hija de un padre sífilítico. Tiene aortitis y abolición del reflejo rotuliano. Ha sido tratado con inyecciones de mercurio y todo ha desaparecido menos la exoftalmía. En el Hospital General hay una enferma con un mixedema. En la clínica la hemos visto y tiene sífilis adquirida y el caso es de tal manera interesante, que creo que cuando se termine lo presentaré a la Academia, porque siendo los padecimientos endocrinianos cuestiones de investigación, hay que reunir todos los casos.

DR. LOAEZA.—A lo que entiendo el caso sirve para hacer descripciones. Con respecto a la acción de la adrenalina, muchos de los casos citados en mis notas, fueron tomados de los del doctor Gley y dijo que trataba de hacer algo final. He tomado la escuela de Viena.

DR. OCARANZA.—El doctor Gley precisamente ha combatido la escuela de Viena y demostró los errores en que se han incurrido haciendo los estudios con Claret. El concepto de la Escuela de Viena está desprestigiado.

DR. LOPEZ.—Debiendo presentar su trabajo reglamentario sobre la rabia y no habiéndolo terminado, da lectura a un informe, sobre rabia, del Departamento de Higiene de la Liga de las Naciones de París, reunida el 1927. México no tuvo, desgraciadamente representación en esta Liga.

DR. LOPEZ DEMETRIO.—Manifestó que tiene pendiente la lectura de su trabajo reglamentario en el que desea presentar los resultados que se han obtenido con las nuevas medidas puestas en práctica por el Departamento de Salubridad para combatir la rabia, principalmente por lo que se refiere a la vacunación de perros, pero como hasta hoy es cuando se están apreciando estos resultados

que desea figuren en dicho trabajo y esto retarda su presentación, juzga que es de oportunidad y muy importante anticipar la lectura de un interesante documento que resume las conclusiones aprobadas por la «Conferencia sobre rabia que tuvo lugar en París en los días del 25 al 30 de abril del presente año; la cual Conferencia fué convocada por la Sección de Higiene de la Liga de las Naciones, y en la que desgraciadamente México no tuvo representación, ya que en este punto se ha adelantado a otros países dictando medidas de profilaxis, que como se verá han sido las mismas que sancionó la Conferencia de París.

El documento a que se refiere es la traducción de un artículo publicado por el periódico alemán de Medicina Veterinaria «Berliner Tierärztliche Wochenschrift» número 20, de fecha 20 de mayo de 1927, que resume las conclusiones del informe de la Sección 4ª, que también ha sido traducido pero que por ser muy extenso no se le da lectura.

El Dr. López expresa que los periódicos y las traducciones le fueron bondadosamente enviadas por el Dr. Ruppenstein y desde luego que los recibió entregó una copia al señor Secretario del Departamento de Salubridad Pública.

Da lectura al primer informe.

CASTILLO NAJERA.—Pregunta en qué consiste la primacía de México, pues sabe que en Nueva York hace tiempo que se vacunan los perros contra la rabia, y pide se le diga además por qué tales medidas de profilaxis no modifican las leyes sanitarias sobre la materia.

DR. LOPEZ.—Explica que las medidas sanitarias a que se refiere son las de acción sobre los perros mordidos por animales enfermos de rabia confirmada o sospechosos; para estos casos la Conferencia aconseja se continúen los procedimientos actuales de sacrificio.

Para mejor comprensión el Dr. López lee algunos párrafos del informe del Sr. Valle, relator de la Sección de Vacuna Animal y Director del Laboratorio de Experimentos del Ministerio de Agricultura en Francia, (*) en los que se habla de los resultados obtenidos con los diferentes métodos de vacunación de los perros, advirtiéndose que los más importantes son los de los métodos japoneses de Umeno-Doi y de Kondo, ambos métodos estudiados preferentemente por el Dr. López en el Instituto Antirrábico y aprobados por el Departamento de Salubridad para las vacunaciones puestas en práctica en el Instituto; estos métodos son los de atenuación del virus fijo por el fenol. Al final de dicho informe se dice que la vacunación obligatoria ha dado los mejores resultados en el Japón, y que medidas semejantes se han adoptado en Austria; en diversas ciudades de los Estados Unidos se han hecho numerosas vacunaciones pero sin carácter obligatorio.

Las conclusiones del informe, agrega el Dr. López, sancionan las medidas de vacunación obligatoria que desde diciembre de 1925 se han puesto en práctica en México.

Turnos de lectura para la sesión próxima.

N. de la R.—En el próximo número se insertará íntegro el informe de la Conferencia sobre rabia.

Se levanta a las 21.20 H. O. , con asistencia de los señores doctores: Amor, Alonso, Ayusso, Bulman, Bandera, Castillo Nájera, Carrillo, Castañeda, Jiménez, Izquierdo, Escontría, Loeza, López, Monjarás, Miranda, Ocaranza, Ramírez E , Solórzano M., Soberón, Vallarino, Villarreal y el Secretario Anual

JOSE TORRES TORIJA.

ACTAS DE SESIONES

SESION DEL DIA 1º DE JUNIO DE 1927.—PRÉSIDENCIA
DEL SEÑOR DR. EVERARDO LANDA.

LA VIA VAGINAL EN LAS INTERVENCIONES GINECOLÓGICAS CONSERVADORAS
—UN CASO DE MENINGOCELE.

A las 7,45 se abre la sesión dando lectura al acta de la anterior, la cual es aprobada, previa adición solicitada por el doctor Monjarás.

Se concede la palabra al doctor Villarreal para hacer una comunicación.

DR. VILLARREAL.—Dos casos de naturaleza muy diferente, voy a presentar a la consideración de esta H. Academia de Medicina.

El primero se refiere a una paciente que operé delante del Profesor Case, Radiologista distinguido y Cirujano de reputación, que vino a esta Ciudad, invitado por el Rector de la Universidad y *deferentemente* quiso formarse una idea de los servicios Quirúrgicos y Radiológicos de nuestra Capital; y deseo ocuparme de esta operación, precisamente para que conste el resultado y si el distinguido Profesor Case se entera de nuestras crónicas, complete su información.

La paciente objeto de esta historia, es una jóven delgada, de baja estatura, de 22 años de edad, bipara y natural de Veracruz. A consecuencia de una infección puerperal que tuvo al nacer su segundo hijo, hacía tres años venía sufriendo de dolores de cintura y vientre, flujo amarillo, perturbaciones de la menstruación, metrorragias abundantes y *estreñimiento* crónico. A últimas fechas los sufrimientos no le dejaban tregua y pobre y agobiada, pidió asilo y atención médica en el Hospital de la Cruz Roja. Practicado el examen *correspondiente*, diagnosticué: Hipertrofia supra-vaginal del cuello uterino, colpocele anterior, endometritis crónica, retroversión uterina adherente, salpingo-ovaritis hidroquística bilateral y pelvi-

peritonitis plástica crónica y parametritis crónica. El reposo, dieta láctea, lavados vaginales y rectales calientes, aplicaciones calientes sobre el vientre, purgantes oleosos, etc., fueron aliviando a la enferma haciendo mas pasaderos sus padecimientos y dejando en mejores condiciones sus emonitorios renal y hepático habiendo desaparecido de la orina la albúmina y aumentado los cloruros. Siendo la paciente jóven, me proponía llevar a cabo una intervención conservadora, por la vía vaginal, por ser en estos casos para mí la más adecuada, tanto porque se practican todas las intervenciones necesarias, cuanto que la canalización es más fácil, los órganos pélvicos soportando con más facilidad los traumatismos y se lesiona menos el peritoneo alto; además me felicitaba de tener un caso semejante que presentar a nuestro huésped que acompañado del doctor Madrazo y que con otros colegas presenciaron la intervención. Me ayudó el interno del servicio el doctor Díaz Infante.

Puesta la enferma en la posición de la talla perineal, desinfectada la vagina, vulva, porción cercana de los muslos y parte inferior del vientre, con tintura de yodo y alcohol y evacuada la vejiga, aislando el campo con lienzos estériles, cogido el cuello uterino con pinzas de ganchos, principié la dilatación del cuello con sondas de Hegar, hasta el N^o 11, hice la raspa de la cavidad y su escobillonaje con gasa, practiqué la sección bilateral y vertical del cuello y su amputación alta, proseguí con la colpotomía anterior media longitudinal desde 1.5 cent. del meato hasta la sección de la vagina al nivel del cuello. Separé la mucosa vaginal de la vejiga 1.5 cent. de uno y otro lado y luego la vejiga de la cara anterior de la matriz hasta llegar al peritoneo. Sosteniendo la matriz con una pinza de ganchos aplicada en la cara anterior de este órgano, dividí el peritoneo e introduje el dedo en la cavidad, encontrando el fondo uterino cubierto por adherencias epiploicas, intestinales y anexiales, en extremo resistentes y especialmente las adherencias posteriores al nivel del fondo de Douglas y sobre el recto. Retiré el dedo, dejando la pinza colocada sobre la cara anterior y puse otra sobre la sección vaginal posterior y porción correspondiente del cuello uterino y haciendo tracción, descubrí el fondo vaginal posterior y lo seccioné con las tijeras, pudiendo con el dedo desprender las adherencias que sujetaban la matriz al fondo peritoneal posterior y a la parte contigua del recto, así como las adherencias de los anexos con esta parte del peritoneo, del fondo uterino y del recto. Retiré la pinza del corte vaginal posterior y volví por el fondo vesico-uterino a tratar de librar el útero de las adherencias epiploicas e intestinales, para luxarlo y poder tratar los anexos, lo que conseguí con no pocos esfuerzos, sosteniendo el fondo fuera de la vulva con unas pinzas de ovarios y continué desprendiendo el anexo izquierdo, la trompa engrosada en sus paredes, el pabellón cerrado y cogido fuertemén-

te con el ovario sobre la hoja posterior del ligamento ancho izquierdo y con el epiplon, por adherencias que se extendían hasta la articulación sacro-iliaca ocultando el ligamento infundibulo-pélvico de este lado. El itismo de la trompa nudoso y el ovario crecido, quístico (ooforitis parenquimatosa) era imposible conservar este anexo e hice la presión con una pinza, del infundibulo-pelvico y lo seccioné delante de ella, facilitandome el desprendimiento del ovario deleznable. La trompa engrosada y quística fue seccionada, *cogiendo* antes con una pinza el cuerno uterino y el ligamento útero-ovárico.

Del anexo del lado derecho solo pude conservar la mitad del ovario por que la trompa estaba en las condiciones que la del lado izquierdo y el ovario un poco menos. Suturé con catgut simple N° 1 el ovario derecho; ligué con catgut crómico N° 3 el ligamento infundibulo-pélvico, pasando la ligadura con una aguja curva por ambas caras peritoneales del ligamento y sobre su borde haciendo una ligadura *mediata y firme*, hice lo mismo con el cuerno uterino de uno y otro lado y con el borde superior del ligamento ancho derecho. Cogiendo los ligamentos redondos de uno y otro lado los fijé con un punto de sutura de catgut crómico N° 3, a la cara anterior de la matriz en el límite de su porción peritoneal y al peritoneo vesical tirando fuertemente sobre esta serosa, practicando así la vesico-fijación que fue complementada con la sutura de la pared vaginal previa resección de un centímetro de uno y otro lado de la porción disecada de esta pared, antes restituyendo la vejiga sobre la cara anterior de la matriz. Suturé los cortes vaginales y uterinos de la amputación del cuello con surjete continuo y coloqué un tubo en el fondo de Douglas suturándolo con catgut al corte posterior de la vagina. Taponé con una tira de gasa la cavidad uterina y otro tanto hice con la vagina, dejando una sonda a permanencia en la vejiga. Salvo el escurrimiento sanguíneo motivado por la destrucción de las adherencias y la liberación de los órganos pélvicos que *manchó* el aposito vulvar obligando a cambiarlo a las 24 horas, ni la temperatura ni el estado de la enferma dieron lugar a otra indicación, hasta los 10 días después que fueron retiradas las gasas de la vagina y cavidad uterina y el tubo de canalización, dejando otra gasa en la vagina que se removió cinco días más tarde, permitiendo a la paciente levantarse y usar lavatorios vaginales *antisépticos* diariamente, hasta que fue dada de alta en completo estado de salud al mes de la intervención, *habiéndosele* entonces practicado un cateterismo uterino y comprobado la reposición del útero. Al mes siguiente se inició la menstruación y hace días *tenía* arreglado que la enferma viniera a esta H. Academia para demostrar el resultado de una operación grave que practicada por el vientre hubiera sido mutilante y que viene a comprobar lo que vengo sosteniendo desde el año de 1898 y que fue cuestión de actualidad en el Congreso de Cirujanos

reunido en *Paris* en octubre del año pasado, que se debe ante todo ser conservador y no hacer las operaciones mutilantes de los órganos internos femeninos, sino cuando la necesidad obligue a ello y la vía vaginal sostengo yo con las escuelas Alemana y Austriaca, se presta admirablemente a este desiderato y espero que el doctor Case así lo haya estimado no obstante no ser la escuela Americana altamente intervencionista por la vía vaginal en las afecciones anexiales.

El segundo caso, es el de una joven de 20 años de edad, que hace tres años con motivo de un gran tumor ulcerado que tenía en la rabadilla, se le impidió el paso a Estados Unidos a donde actualmente residen: su padre, madre y hermanos, quedándose ella aquí al lado de una tía, no atreviéndose a que la operaran por tener mucho miedo a la operación. Ingresó la enferma a la Cruz Roja, y del examen que se le practicó, se llegó a la conclusión de que se trataba de un voluminoso meningocele entre la 5ª vértebra lumbar y la 1ª sacra. El volumen del tumor era como el de la cabeza de un niño y se encontraba ulcerado gran parte del revestimiento cutáneo (dos y medio decímetros cuadrados aproximadamente). Dada la situación del meningocele cuya comunicación *amplia* con el canal raquídeo, (demostró la Radiografía faltar el arco de la quinta lumbar) era lo probable que se tratara de un hidroraquis externo y si había filamentos nerviosos en el saco serían de los terminales de la cola de caballo, la enferma no presentando perturbaciones de la sensibilidad ni de la motilidad, *aunque* la ulceración evidentemente por su tenacidad, la enferma decía padecerla desde hace muchos años atrás, era sostenida por perturbaciones tróficas.

Muchos practicantes y jóvenes médicos se ocuparon de tratar la ulceración del revestimiento *cutáneo* del tumor, durante los largos meses y años que como enferma crónica permaneció la paciente en el Hospital, pues no me atrevía a hacer una operación de la importancia de aquel meningocele voluminoso seccionando sobre tejidos infectados y como si no fuera por el volumen del tumor y las molestias de la ulceración, la paciente no sufría de otra cosa. Baja de cuerpo, regordeta y ágil, era activa, laboriosa y sentía la alegría de vivir. Con los cuidados que le prodigaban, la ulceración tendía a disminuir y no amenazaba perforar el saco; si se extraía el *líquido* céfalo-raquídeo puncionando en la periferia del tumor en piel sana y tocando previamente la piel con galvano-cauterio, disminuyendo la tensión, se reducía la ulceración pero no desaparecía. Yo mismo me hice cargo durante los últimos tiempos de tratar a la enferma y no conseguí gran cosa. Se veían unas costras oscuras que daban la apariencia de cicatriz y que debajo ocultaban la pérdida de sustancia con pus.

Entretanto, la enferma fastidiada, quería ir a reunirse con su familia, aseguraba no le importaba morir si siempre había de llevar aquel polizón

*Un caso de
miópingocele*

por el Dr. Julián Villare



asqueroso, que por lo demás, descuidando la ulceración, podía hacerse perforante y terminar, con una meningitis purulenta, la vida de la enferma. Me decidí a operar, tomando algunas precauciones que en lo posible alejarían el peligro de la infección. La parte sana de la piel que cubría el tumor estaba hacia el sacro y pensé aprovecharla para hacer una incisión transversa y de concavidad superior, previa desinfección con tintura de yodo y alcohol de toda la región lumbar, sacra y glútea. Secando con lienzos estériles el exceso de alcohol, cautericé con galvano-cauterio profundamente la ulceración pasando sus bordes y tan pronto como con el escalpelo dividí la piel sana en el lugar que dejo dicho, aislé los bordes con compresas estériles, cogiéndolos con pinzas de campos, muy aproximadas las unas de las otras; y cambiando el escalpelo, disequé el tejido celular entre la bolsa y la piel del sacro y en este momento estando la enferma colgada con la cabeza hacia abajo, el tumor haciendo fuerte eminencia, abrí el saco meníngeo cerca del sacro, escapándose gran cantidad de líquido cefalo-raquídeo transparente y normal, la posición de la cabeza baja hacía que el cerebro y la médula no sufrieran por la descompresión brusca. Disequé rápidamente el saco meníngeo donde cabían ampliamente mis dos manos, lo que me permitió seccionar por dentro de la abertura de comunicación, una porción como de 5 cent. de diametro donde se encontraba adherida una red de filamentos nerviosos y solo seccioné y ligué con catgut fino cerca de la abertura, un filamento más grueso de 15 mm. de diametro y que se unía al fondo de la bolsa quística y que era filum-terminale. Este cabo y la red nerviosa de que hablé antes, fueron encerrados con un surjete en bolsa de catgut simple delgado N^o 00 cogido sobre el revestimiento seroso en la extensión referida e introducidos en la hendidura dejada por el arco de la 5^a lumbar y la parte superior del sacro. Puse a descubierto las aponeurosis de la masa común de uno y otro lado y las dividí verticalmente a una distancia de 6 cent. de la línea media y en 12 cent. de extensión invirtiéndolas sobre la hendidura y sujetándolas con catgut crómico de 20 días N^o 3. Hasta después de esto continué con la disección del saco meníngeo en la profundidad y seccioné un colgajo de piel de 14 cent. de diametro, allí comprendidos el fondo del saco meníngeo y en su centro el hilo terminal. La pérdida de sustancia era muy grande y su profundidad no menos de 12 cent.; la sección y reparación del tejido celular fue muy laboriosa y dando a la incisión cutánea una forma de H mayúscula acostada pude aproximar los planos, dejar canalización con tubos en la parte alta, media e inferior de la rama horizontal de la H que aquí quedó vertical. El catgut crómico grueso Nos. 3 y 4, que sirvió para la reparación profunda, fueron dejados los cabos largos para que ayudaran, saliendo por diferentes partes de la herida, a la canalización, pues muy bien los estafilococcus, estreptococcus y otros microorganis-

mos que llenaban las glándulas o infiltrados en el dermis podía perturbar la marcha de la operación.

Un apósito antiséptico con gasa yodoformada, algodón y un vendaje compresivo defendido con tela adhesiva del ano y genito-urinaros externos, completaron el tratamiento. No hubo choque ni grandes sufrimientos, solo paralis vesical que obligó a sondear dos veces al día; y dificultad y torpeza para mover las extremidades inferiores. En las primeras 36 horas no presentó nada alarmante, su temperatura no pasó de 37° aunque el semblante de la enferma estaba pálido y su pulso frecuente así como la respiración. Se retiró el apósito empapado de secreción sero-sanguinolenta y se tocó con tintura de yodo los bordes de la herida, poniendo una curación semejante a la anterior. Se había continuado sondeando a la enferma que no podía orinar y la perturbación de los movimientos de los miembros inferiores era mucho más acentuada, no acusaba dolores, sí, una gran incomodidad y malestar; seis horas después tuvo un fuerte calosfrío y la temperatura subió a 41°5 y la enferma se abatió mucho. Todavía a la mañana siguiente continuaba la temperatura sobre 40° Se volvió a retirar el apósito, se movieron un poco los tubos, no se encontró nada en el aspecto de la herida que obligara a hacer más, se volvió a tocar con tintura de yodo y se cubrió la herida como antes. Se suministró un sudorífico a la paciente, descendiendo la temperatura a 39°, por la tarde el pulso continuaba frecuente, la inquietud era menor. Se le administró un purgante de aceite de ricino 45 gms. que por la noche le operó en cantidad y a la mañana siguiente la temperatura había bajado a 37°, no volvió a tener otra perturbación, pudo orinarsola y poco a poco fué recuperando la fuerza de sus piernas. Dejó la cama a las tres semanas, delgada, palida y estropeada pero alegre y contenta, se valía de un bastón para apoyarse. Pronto se restableció y dos meses después de la operación, le extendía el certificado de salud, que permitió a esta jóven ir a St. Louis Missouri a reunirse con su familia. En la próxima sesión tendré el gusto de presentar las fotografías y radiografías de esta enferma, por la que pasamos más de un cuidado.

La elevación de temperatura, intempestiva y grave ¿sería cuestión de reabsorción de sangre en el canal meningeo o reabsorción de productos tóxicos en la gran bolsa, en la que hubo que practicar disecciones amplias y suturas múltiples con catgut grueso? ¿Fué solamente una parálisis intestinal provocada por la operación en un intestino lleno de materias fecales? Esta enferma había tomado repetidos purgantes oleosos en los meses que precedieron a la operación y sin embargo hubo un verdadero desatascamiento después del último purgante. Sea de ello lo que se quiera, el resultado se obtuvo y esta muchacha de 20 años, irá a formar parte del reducido número que se conoce en la literatura científica de personas de esta edad

que llegan a operarse, pues ordinariamente sucumben en los primeros años de la vida si no son tratadas convenientemente las ulceraciones de la piel y la inflamación de las meninges termina con los seres víctimas de estos defectos de conformación.

Puesto a discusión el caso, pide la palabra el doctor Mendizábal

DR. MENDIZABAL.—Es bien conocido que la ginecología, desde el punto de vista de la terapéutica, es escasa en recursos y solamente útil en estos casos la mutilante; el doctor Villarreal nos ha hablado de la tendencia conservadora pero quizá por los múltiples fracasos de ella, vienen posteriormente las mutilaciones. La experiencia que ha tenido el doctor Mendizábal le hace preferir en términos generales, la vía abdominal, pues todos que hayan operado por vía vaginal se habrán convencido que en los piosalpinx, peritonitis, celulitis del parametrio es difícil, por no decir imposible, exteriorizar los órganos por la vagina sin hacer grandes laceraciones. El trabajo vaginal le ha enseñado que si se quiere ser conservador hay que atacar por el abdomen. El doctor Villarreal habrá encontrado seguramente las enormes dificultades que presenta la exteriorización de la matriz, que, en ocasiones, necesita de las suturas en las heridas que se le han hecho por el propio cirujano. En la operación relatada por el doctor Villarreal trató de hacer una operación conservadora y no pudo; mutiló los anexos izquierdos, la trompa alterada y los ovarios esclerosquísticos, conservando solamente los anexos del lado derecho. Muchas veces es indispensable seguir la vía mixta, como en este caso. El doctor Villarreal trató el cuello y el parametrio por vía vaginal, luego cambió los guantes y siguió por la vía abdominal. Insiste en que, con frecuencia son lastimados los ovarios en las tracciones hechas por la vía vaginal y él ha tenido que extirparlos en varias ocasiones. Las torsiones sólo se evitan cuando hay flojedad de los ligamentos anchos, caso en el cual los órganos están bien conservados. La vía vaginal como conservadora no debe aceptarse y sí la abdominal que solo es difícil en las mujeres obesas. Se ven bien los órganos, se apartan con sencillez, se destruyen las adherencias, mutilando solo lo que macroscópicamente está alterado; en las oclusiones de las trompas, se hacen operaciones plásticas. No hay perturbaciones nutritivas por los machacamientos. De la segunda enferma quiere hablar sobre su impresión acerca de la pérdida grande del líquido céfalo-raquídeo en las espinas bifidas (meningocoles); mientras menos líquido se pierda seguramente que es mejor, pero no debe temerse tanto esa pérdida de líquido; en algunos padecimientos sífilíticos-medulares, como la tabes, por ejemplo, sacamos la mayor cantidad de líquido céfalo-raquídeo, a veces hasta 50 c.c. sin que el enfermo experimente trastornos. En las operaciones de espina bifida que ya ha tenido oportunidad de hacer, no ha tenido gran temor por la pérdida de líquido, a pesar

de lo cual ha tomado naturalmente sus precauciones; respecto del temor de infección, teóricamente hay razón, pero prácticamente no, cuando se desinfecta previamente la piel. Recuerda haber operado cinco casos por el mismo procedimiento seguido por el Dr. Villarreal sin que se haya presentado infección alguna.

DR. VILLARREAL.—Si el doctor Mendizábal hubiera recorrido la Gaceta Médica, órgano de la Academia, hubiera encontrado, ya en las actas, ya en los trabajos publicados de 1898 a 1914, la contestación a las objeciones que hoy hace al tratamiento conservador de las afecciones útero-anexiales por la vía vaginal. Como tenemos tiempo y un auditorio atento y benévolo, voy a hacer historia y a citar hechos.

A principios del año de 1896 en el Hospital Internacional de París de que era Director propietario el doctor Pean, por primera vez practicar la celiotomía vaginal anterior a un ayudante del doctor Pean, el doctor Delaunay, yo era muy joven y seguía con ahinco las clínicas de ginecología y cirugía abdominal en los hospitales de la Metrópoli Francesa. Muchas intervenciones había presenciado por la vía abdominal y la vaginal, por esta última ví practicar la histerectomía por el método de Pean o modificado ya por Segen o por Doyen, cuando se presentaban fibromiomas; y por afecciones inflamatorias crónicas, se extirpaba la matriz por el procedimiento de Doyen o Richellot; Doyen, rápido, colocaba dos pinzas grandes sobre los ligamentos anchos y extirpaba el útero y sus anexos más o menos enfermos en 5 a 10 minutos, aquello era el record de la rapidez. Por la laparotomía supra-púbica se practicaba alguna resección parcial del ovario, salpingotomía uni o bilateral, miomectomías pero como lo asienta el doctor Mendizábal que él ha visto suceder aquí; los fracasos eran en aquella época muy frecuentes y muy pronto la histerectomía supra-vaginal o total fué tan frecuente como la vaginal, salvo las indicaciones que daban: el tamaño del tumor (fibroma) y el género y multiplicidad de las adherencias. Los piosalpinx se operaban según el temperamento del operador, por arriba (laparotomías) por abajo (vagina) o por ambas vías, lo mismo puede decirse del cáncer del cuello, las estadísticas dejaban mucho que desear y por la vía vaginal se obtenían en igualdad de condiciones para las operaciones mutilantes, más éxito que por las laparotomías. Pero hasta el día en que operó Delaunay el caso que dejo referido, nadie-había pensado que por la vagina, sin interesar la vitalidad de la matriz, de los ovarios y de las trompas uterinas, se podía tener estos órganos en la mano, verlos, palparlos e intervenir en ellos: puncionando micro-quistes, abriendo pabellones, extirpando tumores fibrosos de la matriz, quistes del ovario, hidro-salpinx; aprovechando las ventajas de la inspección ocular de la laparotomía y las de la benignidad de la vía vaginal. Pocos meses después salí yo para Berlín y allí

encontré implantado en la clínica de Zigel Strasse lo que había visto como ensayo en Paris. El profesor Martín ayudado del profesor Orthmann con quienes tomé clase (con el primero de clínica y operaciones y con el segundo de operaciones en el cadáver), hacían diariamente de tres a cuatro caeliotomías vaginales por afecciones útero-anexiales, terminando con la vesico-fijación; si había desgarraduras del cuello, vagina y peritoneo: con las plásticas correspondientes (périneauxesis). Por aquella época no eran extremadas las condiciones de asepsia y antisepsia. Las intervenciones vaginales del doctor Martín eran practicadas con una sencillez notable, no se empleaba gasa para esponjear ni un lienzo para cubrir el campo. Solución félica al 1% contenida en un barrilito de vidrio colocado a un metro y medio de alto; un tubo de hule adoptado a la llave del barril y una pequeña cánula de ebonita adaptada a la extremidad del tubo, mantenían un chorro de solución félica sobre la vulva y sobre el campo operatorio, que había sido preparado con agua y jabón y los resultados obtenidos eran asombrosos, tuve tiempo de comprobarlos de visu, no conformándome con explorar las enfermas y verlas operar, ayudar en las operaciones y en los casos sencillos, operar, sino que pasaba a las salas de enfermas y seguía la secuela post-operatoria. Al mismo tiempo tomaba yo cursos con el profesor Landau, muy cerca de la clínica de Martín, Landau intervenía sobre todo por el vientre, y por la vagina operaba para practicar la histerectomía. El profesor Olshausen con técnica correcta, practicaba la gastrohisteropexia y el profesor Mackenrodt había sustituido la vesíco a la vagino-fijación, por creer que con esta modificación se lograban más engendros. En los últimos meses de 1896, fui a Viena y el profesor Shauta y sus discípulos Wertheimer y otros, también usaban la vía vaginal anterior, tratamiento de las retro-desviaciones adherentes, afecciones de los anexos y tumores fibrosos o quistes de estos órganos y que no fueran mayores que el puño. Dürsehen en Munich hacía otro tanto. En Londres y Nueva York no ví que se empleara la vía vaginal anterior. Fué a fines de 1897 cuando practiqué en México en el Hospital Morelos, la primera celiotomía vaginal anterior por lesiones anexiales y en este y otros trabajos los referí en mi segundo trabajo de concurso para ingresar a esta Academia y los Honorables miembros que dictaminaron, no encontraron nada nuevo, y ¡era la primera vez que aquí se oía hablar de esta operación! A principios de 1898 daba yo clases, a jóvenes médicos, de cirugía operatoria en el cadáver y enseñaba esta operación. Desde mi ingreso a la Academia y aprovechando el servicio de consulta y material del Hospital González Echeverría del que fui médico y después Director, llevé a cabo una campaña para dar a conocer esta vía y presenté múltiples enfermas y sostuve muchas discusiones con los doctores Hurtado y Suárez Gamboa; el primero acabó por convencerse y acoger la idea con empeño y sacó fruto de ella.

En 1900 pude presentar en el Congreso Internacional de Medicina y Cirugía reunido en Paris, un trabajo sobre el tratamiento de las afecciones anexiales por la celiotomía vaginal anterior, y en esa misma sesión el doctor Harttman entonces cirujano distinguido de los hospitales de Paris, hoy Profesor de Clínica quirúrgica de la Facultad de Medicina, presentaba otro trabajo sobre el mismo tema solo que empleaba la vía abdominal. En 1905 el nuevo pabellón del Hospital González Echeverría, contenía 40 camas, pero se le quitó la consulta no obstante los esfuerzos que hice para evitar esa separación. Los jóvenes médicos veían las operaciones, seguían las enfermas operadas, pero les faltaba el entrenamiento del examen de las enfermas.

En el año de 1910, presenté varios trabajos en el Congreso Médico Nacional que se reunió en esta Capital, y tuve el honor de que se me concediera el premio ofrecido a los mejores trabajos, y parece que el que más impresionó a los señores Jurados, fué el de uterosalpingostomía o sea la implantación del pabellón de la trompa en el útero, fijando el cabo de una sonda de caucho rojo con una sutura en bolsa, sobre la porción distal de la trompa seccionada y el otro cabo de la sonda era pasado, incidiendo el cuerno uterino, por la cavidad de la matriz: la operación habiéndola practicado tanto por la vía vaginal como por la abdominal.

Es de lamentarse que el doctor Mendizábal no haya frecuentado a los cirujanos que siguen la vía vaginal y que hacen tanto beneficio a sus pacientes conservando y no mutilando, a no ser que la enfermedad haya destruido los órganos. Para abordar esta vía se consigue no solo leyendo libros, si no viendo y palpando las dificultades de la clínica y el ejercicio en el cadáver y sostenido en sus primeros pasos por el compañero entrenado.

Ciertamente que por la laparotomía supra-púbica se puede hacer bajo un campo mayor la labor que se practica por la vagina, pero los accidentes son frecuentes y considerables y el doctor Mendizábal dice como se ha renunciado a las operaciones conservadoras para hacer las mutilantes y que dan cuando se tiene éxito, un resultado más completo: y mutilar es precisamente lo que en la actualidad se quiere evitar y desde fines del siglo pasado, vengo predicando y sosteniendo: que hay que ser conservadores, perfeccionando la técnica, tanto en el sentido de la asepsia cuanto del manual operatorio para dar a las enfermas jóvenes, la esperanza de la genitanatalidad y de la maternidad y no mutilarlas sin necesidad, arrojándotas en la esterilidad y la desesperanza:

Con respecto a las intervenciones por meningocole, estando la piel ulcerada, no creo que haya cirujano que en conciencia las aconseje, si no es que se vea forzado a hacerlo y esto sin haber antes intentado el tratamiento de la ulceración, pues como ya lo he dicho, los microorganismos en estado virulento pueden traer la meningitis. En todo tiempo ha sido una preo-

cupación de los cirujanos al hacer una laparotomía, que la piel esté limpia de todo brote exematoso o forunculoso por temor de la peritonitis, y actualmente se tiene la precaución aun de cambiar de escalpelo luego que se divide la piel.

La pérdida de líquido céfalo-raquídeo no es indiferente y es de observación común después de la raquianestesia en que se ha perdido mucho líquido céfalo-raquídeo: porque se ha extraído de exprésos o porque se han hecho varias punciones o solo por haber empleado una aguja gruesa, que los pacientes sufran fuertes dolores de cabeza y aún se refieren casos de haber muerto algunos individuos casi instantaneamente al hacer una punción raquídea, con el objeto de hacer una exploración para diagnosticar; la autopsia revela la existencia de un tumor cerebral que al retirar el líquido céfalo-raquídeo, ha comprimido el 4º ventriculo y aunque esto sea rero debemos tenerlo en cuenta, y por lo tanto dejar la cabeza baja en el tratamiento de los meningoceles y siempre que se abra el canal aracnoide-raquídeo es un procedimiento recomendable.

DR. MENDIZABAL. — Se siente verdaderamente apenado por no haber sabido expresarse en forma que le entendiera el doctor Villarreal. Dice no ser mutilador. Abunda en razones para sostener la ginecología operatoria conservadora, que él practica; sin embargo reconoce sus grandes dificultades, en muy frecuentes casos, dificultades que aumentan por la vía vaginal, trayendo consigo notorios fracasos; y señala en ésto la razón de la ginecología mutiladora, que es notablemente más rápida, más segura y menos ingrata desde el punto de vista del éxito inmediato.

Asienta el doctor Villarreal que es de lamentarse que el doctor Mendizábal no haya frecuentado a los cirujanos que siguen la vía vaginal y a este respecto, el doctor Mendizábal se sirve expresar que desde hace diez años frecuenta servicios de ginecología, y más que frecuenta practica la ginecología operatoria. El doctor Mendizábal se muestra sorprendido de la cautela y temor que manifiesta el doctor Villarreal en las intervenciones abdominales, siendo la cirugía abdominal completamente accesible, y que en la actualidad se practica en todas partes; no insistiendo en las recomendaciones de perfeccionamiento de técnica, ni en lo que se refiere a la asepsia, a que hace mención el doctor Villarreal, por ser aquellas del dominio de todos los cirujanos, y la segunda por no hablar de lo que todo cirujano debe practicar sin pensarlo. Insiste el doctor Mendizábal en que la operación descrita por el doctor Villarreal, y que llevó a cabo delante del doctor Case, no fué conservadora, sino mutiladora. Asegura que la vía vaginal no es precisamente conservadora, pues dice — y ésto a todos los ginecólogos les consta—frecuentemente se ve el cirujano obligado a trabajar con apreciables esfuerzos, lastimando la matriz, maltratando las trompas y ovarios

fuertemente adheridos y produciendo en ocasiones desgarraduras de los ligamentos anchos. A continuación pone un ejemplo práctico de operación conservadora por la vía abdominal, haciendo notar claramente, lo natural y sencillo del procedimiento. Vuelve sobre el caso presentado por el doctor Villarreal, y encuentra justificada su apreciación, al escuchar de labios del cirujano antes mencionado, que por «la celiotomía vaginal anterior, es difícil pero logró conservar la matriz y el ovario derecho». Hace notar el doctor Mendizábal, que no ve la razón que de operando por la vía abdominal, hubiera tenido el doctor Villarreal, la necesidad de practicar una histerectomía total; . . . pero ni parcial.

En cuanto a las interreacciones por meningocele, confiesa que es menos temeroso que el doctor Villarreal. Refiere haber operado con éxito, tres casos, en niños, que presentaban la piel de la región lacerada. En lo que se refiere a la pérdida del líquido céfalo-raquídeo, no la considera indiferente, pero, siempre cuidando—por rudimentarias razones—que no se pierda torpemente este líquido, trabaja con naturalidad estas operaciones, teniendo confianza desde que la raquipunción entró de lleno al dominio de la investigación y la terapéutica. El doctor Mendizábal no cree, que por el solo hecho de emplear una aguja gruesa en la raquipunción, se produzca cefalea, tal como asienta el doctor Villarreal; pues la cefalea no depende del calibre de la aguja, sino del líquido extraído.

A propósito de los casos de muerte que refiere el doctor Villarreal, dice el doctor Mendizábal, que la raquipunción la practica con frecuencia, y la ve hacer con más frecuencia—3 o 4 al mismo tiempo—en los anfiteatros de operaciones sin que el cuadro por ningún concepto le parezca desolador.

DR. VILLARREAL. — El paralelo que ha tratado de hacer el doctor Mendizábal, no es exacto la facilidad con que pinta el tratamiento de las retroflecciones uterinas adherentes por la vía abdominal es engañosa, e induce a los principiantes a graves decepciones y en el fervor de simplificar el método, nos dijo: que despreñida la matriz en retroversión adherente, de sus adherencias y no dijo que por débiles que se les suponga, hay que seccionarlas y que éstas sangran y luego asentó que no había más que extender el epiplón sobre el útero y todo quedaba concluído; se le olvidó decir que es necesario fijar la matriz, y hacer una histerofijación, que por lo menos hay veinte modos de practicarla y la diversidad de procedimientos, indica que no se ha encontrado el mejor, y en todo caso no debe ser del todo inocente la fijación uterina, cuando no hace mucho tiempo presenté a esta Academia, el caso de una pobre mujer a la que se intentó hacer una histerpexia y se le hirió el ureter dando lugar a una infección grave, y que si consiguió salvarse de la muerte después de años de crueles sufrimientos, fué, perdiendo su aparato genital interno y la vejiga

La celiotomía vaginal anterior como en el caso que dejo referido, es difícil pero factible y logré conservar la matriz y el ovario derecho, que habiendo operado por laparotomía supra-pública hubiera tenido que hacer una histerectomía abdominal total, de pronóstico inmediato más serio y de porvenir genital lamentable.

Una señora de 31 años de edad, que me recomendó mi amigo y compañero el doctor Emilio del Raso, a la que se intentaba hacer una histerectomía abdominal por fibromiomas múltiples, murales, subperitoneales, sesiles y sub-mucosos, formando una masa como los dos puños, uno de los núcleos fibrosos, intersticial y del tamaño de un limón, hacía eminencia hacia la vagina y desdoblaba la base del ligamento ancho izquierdo, indudablemente que interviniendo por el vientre era necesario extirpando la matriz por lo inaccesible de los núcleos intra-ligamentario y sub-mucosos; por la vagina y tratándose de una nulipara, la operación fué difícil pero factible la miomectomía. La sección bilateral del cuello, permitió penetrar a la cavidad uterina y extirpar los núcleos que hacían eminencia en la cavidad; por la celiotomía vaginal al separar la vejiga se extirpó el núcleo de la base del ligamento ancho izquierdo y otro núcleo de la pared anterior que era del tamaño del puño; exteriorizando la matriz, se extirpó otro núcleo subperitoneal sesil situado en el fondo uterino y un poco menos grande que el anterior y otro núcleo intersticial por la misma incisión y otros dos núcleos de la cara posterior a uno y otro lado de la línea media, variando el tamaño de los núcleos referidos del de una nuez al de un limón grande; se exploraron las trompas y ovarios que estaban sanos, se suturaron las incisiones practicadas en la matriz con catgut crómico; se redujo el órgano así reparado, abrí de un tizeretazo el fondo vaginal posterior, se hizo la traquetorrafia, la vesico-fijación, colporrafia anterior, taponamiento uterino, canalización del Douglas, taponamiento de la vagina y sonda a permanencia.

La enferma dejó el Sanatorio a los veinte días de operada, no habiendo presentado la más ligera complicación.

En las multiparas en que no hay grandes lesiones de los anexos, del peritoneo, del tejido celular pélvico, las operaciones por retro-desviaciones uterinas, son fáciles por la vía vaginal anterior: un tizeretazo secciona la vagina dos cent. arriba del labio anterior del cuello, la vejiga se separa con un gancho y se divide el peritoneo, la exteriorización de la matriz puede hacerse con los dedos y con ella salen los anexos, practicadas las operaciones neceserías, uno o dos puntos de sutura en bolsa, cierran el peritoneo vesico-uterino y fijan la matriz. Si hay colpocele, se reseca la pared vaginal anterior y se practica la colporrafia; la dilatación y raspa uterina han sido practicadas antes así como el avivamiento del cuello o su amputación el

fondo posterior está a la mano, se abre si se juzga necesaria la canalización y la plástica vagino-peritoneal, termina la intervención que hecha por el vientre siempre es una operación doble y hay que dejar pasar un largo intervalo entre la 1ª y la 2ª operación, porque el cirujano estará temeroso de destruir por la vagina lo que hizo por el vientre o viceversa si una acción sigue inmediatamente a la otra, alargándose, complicándose y agravándose el acto operatorio, y nuestro deber es vigilar por la salud y la vida de nuestros pacientes.

A las 21 horas y 15 minutos, terminó la sesión a la que concurrieron los señores Alonso, Adalid Castillo, Bulman, Cervera, del Raso, Escontría, Jiménez, Mendizábal, Monjarás, Nieto, Pérez de la Vega, Ramírez V., Rivero Borrell, Solórzano Morfin, Villarreal y el suscrito Secretario

JOSE TORRES TORIJA.

SESION DEL 29 DE JUNIO DE 1927.—PRESIDENCIA
DEL SR. DR. EVERARDO LANDA

POR QUÉ NO EXISTE EL RAQUITISMO EN MEXICO

A las 20 horas se abre la sesión.

Lectura del acta anterior que, con una aclaración del Dr. López, es aprobada.

El Dr. Torroella da lectura a su memoria de ingreso titulada: «Por qué no existe el raquitismo en México».

El señor académico Rafael Carrillo contesta al Dr. Torroella.

DR. LANDA.—Alguno de los señores académicos desea hacer alguna comunicación.

DR. ESCONTRIA.—Discrepa de la opinión de Torroella por lo absoluta en lo que respecta a que el raquitismo no existe en México; en los últimos diez meses ha tenido oportunidad de ver tres niños con pequeños accidentes de raquitismo y uno solamente con grandes accidentes. Este último, una niña que, por los datos suministrados por el médico tratante y las lesiones encontradas genu-varum de un lado y genu-valgum del otro, se podía afirmar que había sufrido raquitismo. En la consulta del Hospital Militar, en donde ve un promedio de cuatro a seis niños diariamente, solamente en dos ha encontrado pequeños signos de la enfermedad. Cree con el Dr. Torroella que es de aceptarse la definición que de ella da Bouchard. Marfan es el único que considera la heredo-sífilis como causa predisponente

ACTAS DE SESIONES

SESION DEL DIA 6 DE JULIO DE 1927.—PRESIDENCIA DEL
SR. DR. EVERARDO LANDA.

UN CASO DE URTICARIA PIGMENTARIA.—CUERPOS EXTRANOS DE
LA VEJIGA Y DE LA URETRA, DEL ESOFAGO Y DEL OJO.

A las 20 horas se abre la sesión.

Se da lectura al acta de la anterior, que es aprobada, y cuenta con la correspondencia y publicaciones recibidas.

El Dr. Vicente Ramírez (de turno), lee su trabajo titulado: "Un caso de urticaria pigmentaria".

Se pone a discusión.

Dr. Castillo Nájera.—El trabajo presentado por el señor Dr. Ramírez es muy interesante, pues a pesar de tratarse de un padecimiento raro, y por lo tanto, difícil de diagnosticar, en el caso del Dr. Ramírez, el diagnóstico se hizo y confirmó.

Dr. Cicero.—No tuvo el gusto de escuchar, desde el principio, el interesante trabajo del Dr. Ramírez, pero, por lo que oyó al final, y por los comentarios hechos por el Dr. Castillo Nájera, así como las fotografías presentadas, ve que se trata de un caso de urticaria pigmentaria, padecimiento, por cierto, bastante raro. Tuvo ocasión de verlo dos o tres veces, en la clínica del Prof. Fournier y lo ha comprobado en México una sola vez en un niño que presentaba, en diversas partes del cuerpo, urticaria y manchas pigmentarias resistentes a todo tratamiento. Se trataba, en el caso, de un niño distrófico, mal desarrollado y con indudables perturbaciones endocrínicas. Es posible que en algunos casos la heredo-sífilis tenga influencia en esta enfermedad; pero el tratamiento antisifilítico no ha dado resultado favorable como en otras distrofias que pueden atribuirse a la sífilis; en caso de antecedentes hereditarios y reacción de Wasserman positiva, se-

guramente que debe instituirse el tratamiento específico. En el citado por el Dr. Ramírez, se hizo un tratamiento con productos endocrinos y los resultados fueron aleatorios. Actualmente se sigue este procedimiento en algunos casos, teniendo en cuenta la acción que las lesiones de la cápsula suprarrenal tienen sobre las pigmentaciones de la piel, como sucede, por ejemplo, en el mal de Addison, por más que en algunos otros padecimientos pigmentarios, no parezca existir la propia relación. En el caso del Dr. Ramírez, la aplicación de productos de tiroídes podrá tener influencia útil si se comprueba que es originado por trastornos endocrínicos relacionados con aquella glándula.

Dr. Castillo Nájera.—Da lectura a una comunicación sobre cuerpos extraños de la vejiga y de la uretra, y cistoscopia y uretroscopía operatorias. Se pone a discusión.

Dr. Villarreal.—Los casos referidos por el Dr. Castillo Nájera son muy interesantes y a este propósito, quiere recordar uno de su clientela. Se trataba de una señorita de 28 años, de buena familia, quien se quejaba de micciones frecuentes de orina y flujo; habiéndose acentuado estas perturbaciones, fué a su consulta y le confesó que, sintiendo comezón se había introducido un instrumento de "manicure" para rascarse y se le había ido sin saber por donde; poco tiempo después, comenzó a orinar frecuentemente con dolor y a presentar flujo. El tratante pidió se le mostrara el estuche de "manicure" así como los instrumentos que lo componían y pudo enterarse que el instrumento de que se había hecho uso tenía una parte metálica y un mango como de 15 a 16 centímetros. Se tomaron las radiografías, viéndose la parte metálica dentro de la pelvis y quedando solamente por averiguar si estaba en la vagina o en la vejiga. Hecha la exploración de la uretra con una sonda, se tocó el cuerpo extraño y en vista de esto, se hizo una cistoscopia con el aparato de **Niezche** encontrándose que había un instrumento grande alojado en la vejiga, que llegaba hasta la desembocadura del ureter izquierdo; introdujo entonces una pinza sin lograr extraer el cuerpo extraño porque el pico se doblaba y sangraba la vejiga; introdujo, entonces los cistoscopios números 2 y 3 de Kelly, con igual resultado, a continuación hizo una exploración por el recto, encontrando en el fondo de la vejiga el instrumento. Antes de practicar la cistotomía, quiso hacer una tentativa de extracción introduciendo el dedo meñique a través de la uretra y luego con una pinza de forci-presura, pero, sangraba la vejiga. Por sola dilatación introdujo el dedo índice y con eso logró desprender en parte, de la desembocadura del ureter, el cuerpo metálico y dejarlo libre en la vejiga. Sostuvo con una pinza más delgada el cuerpo extraño y con ciertas dificultades pudo

extraerlo; se hizo un amplio lavado vesical, se dejó una sonda a permanencia y, después de un día de fiebre, y de dos lavados más, aquella desapareció y la enferma quedó completamente restablecida.

Dr. Landa.—¿Alguno de los señores Académicos desea hacer alguna comunicación?

Dr. Villarreal.—Quiere referir otro caso de un cuerpo extraño. Se trataba de una niña de dos años que se tragó un alfiler que tenía una calavera con las dos canillas; la vió tres días después del accidente, sacó una radiografía localizando el alfiler en la parte media del tórax; estaba atravesado y presentaba, naturalmente, dificultades para su extracción; trató primero en impulsarlo hacia el estómago e introdujo con este objeto una sonda de Nelaton número 30 sin conseguir que pasase el alfiler. La gravedad aumentaba; abordar el esófago por la vía, transcostal era peligroso; finalmente se le ocurrió introducir un tubo de hule de 2 centímetros de diámetro, con el objeto de ensartar el alfiler y poder rechazarlo; pudo pasar el tubo y, con el control de la fluoroscopia pudo convencerse de que el alfiler estaba en el interior de dicho tubo; conseguido esto lo rechazó hasta el estómago; hizo una gastrotomía, encontrando el alfiler en la desembocadura del cardias; no hubo complicaciones ulteriores, y la niña está completamente bien.

Dr. Malda.—Quiere recordar una maniobra que le parece brillante y que fué ideada por el Dr. Macías. Se trataba de una niña que se había tragado un centavo y en la cual se habían aplicado ya todos los instrumentos sin resultado alguno; se había propuesto la esofagotomía externa y entonces, el Dr. Macías tuvo la idea de introducir una bujía olivar de las de Guyon haciendo la extracción con la enfermita cloroformizada y con la cabeza hacia abajo; logró extraerse fácilmente el cuerpo extraño. Este procedimiento le ha dado magníficos resultados en diversas ocasiones, entre ellas, en un enfermito del Dr. Pablo Mendizábal y por eso le parece oportuno recordarlo.

Dr. Villarreal.—No conocía el procedimiento del Dr. Macías, pero lo cree utilizable solamente para cuerpos redondos e inaplicable a casos como el que él ha relatado. Es fácil, también hacer la extracción de cuerpos extraños en los primeros días o impulsarlos al estómago, no sucediendo lo propio cuando han pasado varios días porque entonces, por la inflamación de la mucosa los cuerpos extraños quedan engastados en ella y es más difícil hacerlo.

Dr. Castillo Nájera.—Vió emplear al Dr. Macías, en varias ocasiones, el procedimiento descrito, recordando solamente el detalle de que el referido doctor envaselinaba ampliamente el tubo y pegaba con la oliva pequeños

golpes; recuerda, a este respecto un trabajo que el Dr. Galindo presentó en el Congreso de Saltillo, en la Sección de Cirugía, presidida por el Dr. Amor, y que en aquella ocasión se recordó el procedimiento del Dr. Macías.

Dr. Silva.—A propósito de cuerpos extraños, voy a referirme a tres casos curiosos que he tenido en mi práctica: 1^o—trátase de un enclavamiento de una pestaña en el centro de la córnea que duró en su sitio por más de cuatro meses. A consecuencia de una herida del ojo, que interesó la córnea, fué consultado un conocido especialista de Monterrey y al cabo de algunos días pudo ser extraída una pestaña de la herida corneana con lo que se dió por terminado el tratamiento. El ojo siguió sin embargo rojo y con ligera fotofobia y ligera molestia para el trabajo, porque la lectura era difícil. Cuatro meses más tarde lo examiné y encontré una ligera opacidad que parecía corresponder a la herida del ojo, pero aun cuando vertical, fina, abarcando el centro de la córnea y con muy poca reacción por parte del ojo, noté sin embargo un ligero levantamiento del epitelio, por lo que tuve que recurrir a un exámen más perfecto, con la ayuda del microscopio corneano, encontrando la imágen de un tubo cilíndrico y casi transparente que interpreté, no sin titubear un poco, como prueba de la existencia de una segunda pestaña sepultada en la herida y originada por el accidente sufrido por el ojo, cuatro meses antes. Hice una herida pequeña al nivel de la parte inferior de la pestaña y una vez movilizada su extremidad inferior, la extraje por tracción, desinfectando el túnel y logrando que desaparecieran todas las molestias y que se conservara una agudeza visual igual a la unidad.

2^o—El segundo se refiere a un dibujante que al efectuar un falso movimiento, se hirió el centro de la cornea del ojo derecho, quedándose la punta del lápiz, finísima y como de tres milímetros de tamaño. Después de varias tentativas infructuosas de extracción, me fué presentado el enfermo y lo examiné con el microscopio corneano, para poder localizar exactamente su posición en el espesor de la córnea, encontrándola tan profunda, que casi tocaba la **Descémét**, pero sin aparecer de ningún modo en la cámara anterior del ojo. Practiqué una incisión vertical muy pequeña, ayudado del alumbrado de la lámpara de Zeiss y de una lente binocular de fuerte aumento para poder darme cuenta de lo que podía avanzar mi cuchillo. Al llegar a la parte profunda, como ya existía una infiltración de la herida y no pudiendo localizar el cuerpo extraño, se me ocurrió tocar la herida con tintura de yodo, (lo que me ha dado resultados muy buenos en otras ocasiones), y en el fondo amarillento de la herida, resaltó entonces la minúscula

puntilla de plombagina sacándola de su lecho con un ganchito muy fino y después tomándola con una pinza sin dientes. La curación fué ideal y el enfermo conquistó una agudeza normal, a pesar del sitio, de la profundidad de la lesión y del principio de infección que se había desarrollado ya antes de la intervención.

3º—El último enfermo me fué recomendado por un estimable compañero. Una explosión de un nivel, al trabajar en la compostura de una máquina, le hirió el ojo derecho, y le dejó como recuerdo del accidente, un fragmento de cristal en la cámara anterior, después de haber desgarrado la córnea oblicuamente. El enfermo fué atendido por un especialista notable del interior, quien trató de efectuar su extracción, sin ningún resultado porque al hacer una queratotomía inferior, la punta de la lanza tropezó con el cuerpo extraño y le cambió de posición colocándose en el centro de la pupila, según dicho del enfermo. Al examinarlo encontré: una herida casi vertical y como de cinco milímetros o un poco más, habiendo atravesado en bisel toda la córnea, indudablemente representando el camino seguido por el cuerpo extraño. Además de éste, que aparecía irregular lleno de picos y alojado ya en la parte inferior de la cámara, y abarcando como un tercio de la córnea, se podía observar la cicatriz de la intervención anterior, una lesión del cristalino, produciendo una catarata parcial y restos de una ligera iritis, y deformación de la pupila por un ligero enclavamiento del iris en la cicatriz de la queratotomía. Aceptada la intervención con todos sus riesgos, por tratarse de un fragmento de cristal de extracción muy difícil, al llegar a la mesa de operaciones me encontré con que la víspera se había movido el cuerpo extraño por la aplicación intempestiva de un midriático, hecha en una consulta a un especialista de esta capital. Naturalmente fué para mí una gran contrariedad por cambiarme del todo el plan que me había propuesto. El cuerpo extraño adquirió una movilidad asombrosa cambiando de sitio según la posición de la cabeza y aprovechando esto, hice una queratotomía externa en el limbo, procurando que el humor acuoso saliera rápidamente para fijar el cuerpo extraño cerca de mi herida. Se logró esto, pero el fragmento de cristal se envolvió en el iris, afianzándose con sus picos, por lo que tuve que desplegar el iris con un gancho de Stevens y una vez el cuerpo extraño libre, introduje una cucharita de catarata, haciendo una cuidadosa presión sobre el iris y el cristalino y pude lograr la extracción, sin herida de las membranas ni derrame de sangre en el ojo. Las consecuencias fueron muy felices con una agudeza final de 3/10 y ya libre de dolor y en posibilidad de reanudar su trabajo profesional.

En los tres casos la lámpara de Zeiss, por su alumbrado perfecto me fué de una gran utilidad.

Se levantó la sesión a las 21 horas, con asistencia de los Sres. Drs. Arroyo, Alonso, Amor, Bulman, Bandera, Castillo Nájera, Castro Villagrana, Canale, Castañeda, Cicero, Escontría, Iturbide Alvarez, Izquierdo, Jiménez, Loeza, Monjarás, Mendizábal, Rojas José Tomás, Ramírez E., Ramírez V., Rivero Borrell, Solórzano Morfín, Soberón, Silva, Torroella Villarreal, y el Secretario Anual

José TORRES TORIJA.

SESION DEL DIA 13 DE JULIO DE 1927.—PRESIDENCIA DEL
SR. DR. EVERARDO LANDA.

**CUERPOS EXTRAÑOS EN EL ESOFAGO, VAGINA Y RECTO.
CAMPAÑA ANTITUBERCULOSA.**

Principia la sesión a las 20 horas con la lectura del acta de la anterior, que, con algunas modificaciones propuestas por el Dr. Villarreal, es aceptada.

Dr. Villarreal.—Desea presentar a la Academia a la niña de quien habló la vez pasada, que se había tragado un alfiler, así como las radiografías del alfiler.

Dr. Pruneda.—Quiere expresar al Dr. Villarreal su sincera felicitación por la oportunidad y atinencia de la intervención quirúrgica.

Dr. Gama.—Refiere el caso de una niña que se metió una horquilla en la vagina; la horquilla perforó el tabique recto-vaginal, quedando montada en él; después de la aplicación de un espejo vaginal, se cortó la horquilla, sacando un pedazo por la vagina y otro por el recto. Hace un elogio del aparato de Graef para extraer cuerpos extraños y refiere, finalmente, el caso curioso de un niño que se tragó una de las monedas antiguamente conocidas con el nombre de tlaco y que arrojó 72 horas después en las evacuaciones. El caso es curioso por el gran tamaño del cuerpo extraño.

Dr. Villarreal.—Insiste en las ventajas del gancho de Kirmisson.

Dr. Soberón.—Recuerda el caso de un pederasta que se había introducido un foco en el recto, foco que fué extraído con un forceps de pequeña palanca, de Tarnier protegido con gasa para evitar el estallamiento del foco.

Dr. Villarreal.—Como homenaje a la Academia quiere presentar unas agujas que han sido extraídas, después de su localización fluoroscópica, por los señores practicantes en la Cruz Roja. Tales extracciones se han hecho relativamente fáciles, mediante la aplicación de una técnica sistematizada. Recuerda que en París, un cirujano eminente se tardó más de dos horas para encontrar una aguja y que el Dr. Malda, en esta Academia, ha confirmado la dificultad que, a veces, presentan las operaciones de extracción de agujas. El mes pasado los jóvenes practicantes extranjeros 36 agujas; una parte de ellas, es la que tiene el honor de presentar.

Dr. Gama.—Relata otro caso de una aguja que no pudo extraer y que algunos días más tarde y, después de un proceso supurativo, originado por la aplicación de algún remedio casero, encontró fácilmente.

Dr. Villarreal.—Opina que hay que hacer estas operaciones con todas las reglas de asepsia y evitar las complicaciones, que a veces son muy graves.

Dr. Jesús Adalid Castillo.—Relata el caso de una joven de 24 años que tenía la idea del suicidio. Sus familiares habían evitado sus intentos hasta entonces, pero no pudieron evitar el que la joven de que hablamos, se echase un puñado de hojas "Guillet" a la boca procurando ingerirlas para llevar a cabo sus intentos de suicidio. Después de inútiles maniobras por extraer las fracciones en que se había dividido una de las hojas, no se consiguió sino lastimar el esófago. Se hizo una radioscopía para localizar el cuerpo extraño y con gran sorpresa se observó que había desaparecido. Se trató a la enferma, dándole a ingerir gran cantidad de plátanos, y después de un estado de somnolencia que duró 4 días, arrojó la navaja envuelta en el bolo fecal. Llama la atención cómo pudo franquear el píloro, un cuerpo cortante como el de que se trata.

Dr. Villarreal.—Relata el caso de un médico joven que tenía la costumbre de dormir siesta con un palillo de dientes en la boca. Era robusto y un día comenzó a presentar una tumefacción en el vientre y varios cólicos; alguien diagnosticó sarcoma del estómago. Yo diagnosticué una epiploitis supurada al nivel del epigastrio.

Se hizo la incisión viendo que había una gran cantidad de pus y, tras de una porción de tejido inflamatorio salió el palillo de dientes. Se curó y no se ha vuelto a repetir el accidente.

Volviendo a insistir a propósito de las agujas, yo he visto pobres mujeres a quienes se trata de sacárselas y no logran sino provocar un flegmón de la mano y del antebrazo.

Dr. Pruneda.—Da lectura a un informe del Dr. Pous Cházaro sobre sus

observaciones en la campaña antituberculosa que se está desarrollando en Europa. Siendo un asunto muy interesante, debe estudiarse detenidamente.

Dr. Monjarás.—Creo que es conveniente que la Academia dé al señor Dr. Pous las gracias por los importantes informes que le ha mandado, por el mismo buen conducto que los remitió, rogándole que, de ser posible, procure los planos y reglamentos de los dispensarios y sanatorios antituberculosos

Respecto a lo que manifiesta sobre la iniciativa que hizo hace tiempo para la campaña antituberculosa, para cuyo dictamen, la Academia nombró una comisión de la que él forma parte y que, tal vez, por su ausencia no ha presentado aún su dictamen, los demás miembros de la Comisión pueden producir dicho dictamen.

Creo, como el señor Dr. Pous que el Estado puede dar un buen contingente para la mencionada campaña antituberculosa, como lo demuestra con el acuerdo del Sr. Gral. Obregón, Ex-Presidente de la República, honrando al Departamento de Salubridad para que hiciera los proyectos para un Sanatorio Antituberculoso por cuya idea, la Academia acordó un voto de felicitación al señor Presidente.

Pero es muy conveniente contar, para tal campaña con elementos sociales. Ya el Dr. Licéaga, hace buen tiempo, pidió a la Academia su intervención en este sentido, y yo tuve el gusto de iniciar la organización de la "Liga Nacional Mexicana Antituberculosa" y ser nombrado en el primer Congreso Médico Latino Americano, que se verificó hace más de 27 años, en Chile, miembro de la Comisión Internacional permanente para la profilaxos antituberculosa en la América Latina, y miembro activo en la Asociación Nacional Antituberculosa en los EE. UU. de N. A. y miembro activo del Comité Nacional de Defensa contra la Tuberculosis de Francia, cuyas credenciales tengo el gusto de mostrar a Uds.

Dr. Reyes.—Indudablemente que el informe que rinde a la Academia el señor doctor Pous, tiene interés a la vez que demuestra que se interesa por observar y estudiar los progresos que en materia médica han alcanzado los países europeos que visita. Pero su trabajo debe figurar en los archivos al lado de obras monumentales que se han impreso y que tratan magistralmente el asunto al que se refiere el doctor Pous.

Antes que los especialistas, que el autor propone, antes que seguir pensando en sanatorios para tuberculosos semejantes a los que cuentan los países europeos y los Estados Unidos, debemos de resolver otros problemas más fundamentales que intervienen de una manera directa para el desarro-

llo de la tuberculosis. Debemos pensar en la miseria de nuestro pueblo que vive en habitaciones pésimas, y pésimamente alimentado; sin que nada se haya hecho para corregir tan grave situación. Y sea la sociedad, o sea el Estado, nuestro Estado eminentemente social, es quien debe poner el remedio eficaz para contener el mal, y debe el Estado aumentar el número de Pabellones para tuberculosos del Hospital General que son insuficientes para recibir el gran número de tuberculosos que existen en la ciudad, alejando así el gran peligro que originan; y después que hayamos resuelto las causas fundamentales del mal, y nuestra miseria, ocupémonos de lo que el Dr. Pous nos refiere en su trabajo y lo que se lee en las obras monumentales a que antes me referí así como de los Sanatorios a que hace alusión el señor doctor Monjarás y que existen en los Estados Unidos y Europa, como consecuencia de su cultura y riqueza.

Dr. Landa.—Que la Secretaría pase a la comisión las versiones taquígráficas de los conceptos de los Sres. Monjarás y Reyes.

Se levanta la sesión a las 21 horas con asistencia de los Sres. Drs.: Arroyo, Ayusso, Adalid, C. Amor, Aragón, Castañeda, Castro Villagrama, del Rasso, García, Jiménez, Monjarás, Miranda, Pruneda, Pérez de la Vega, Reyes, Rivero B., Ramírez V., Soberón, Solórzano M. Troconis, Villarreal, Ulrich y el Secretario Anual

José TORRES TORIJA.

ACTAS DE SESIONES

Sesión del 20 de julio de 1927

Presidencia del Dr. E. Landa.

Temas para el concurso anual.—**Neoplasma maligno en el antro maxilar.**—**Donación de una estatua de Esculapio a la Academia, por el Dr. Florestán Aguilar.**

A las 20 horas principió la sesión. Lectura del acta anterior que es aprobada y de la correspondencia y publicaciones recibidas.

Se da cuenta con una comunicación en que el Secretario Perpetuo propone los temas de concurso: *tratamiento de las coleistitis: ¿qué bocios son los que pueden y deben operarse?*; *tratamiento quirúrgico de la angina de pecho*; *tratamiento de la parálisis general progresiva.*

Se ponen a discusión los temas.

Dr. Miranda: Llama la atención que se hagan convocatorias para nuevos concursos, cuando no se ha fallado sobre el anterior; pero ya que hay que opinar sobre los temas propuestos, está por los primeros, pues son de actualidad y han originado discusiones. Los referentes a la angina de pecho y a la parálisis general, le parecen menos fáciles de abordar y menos interesantes.

Dr. Torroella: opina como Miranda en cuanto a vías biliares se refiere, pero cree que el tema referente a la parálisis general, tiene por lo menos igual importancia que el de los bocios. Estima que los trabajos deben basarse en la experiencia personal de los autores y a ese respecto sería de gran importancia el tema sobre la parálisis general.

Dr. Brioso: Hay discrepancia entre la parte expositiva del señor Secretario Perpetuo y los temas que propone: a su juicio el primero

gico de los padecimientos biliares. Es el más interesante. El segundo tema es también de terapéutica quirúrgica y por eso él preferiría que se tratase de la profilaxis del bocio simple, que entre nosotros es desconocida, a pesar de abundar en la República los buchones.

Miranda:—Difiere del parecer de Brioso sobre el primer punto: es cierto que el Dr. Pruneda habla principalmente de la cirugía de las vías biliares, pero hay que hablar también de la canalización médica de la vesícula. Recuerda a este propósito los tratamientos de Meltzer Lyon. Los adelantos en el conocimiento de la fisiopatología del bocio hacen interesantísimo el estudio de su tratamiento quirúrgico que puede ser salvador o desastroso.

Dr. Brioso:—Los dos temas en la forma propuesta son de terapéutica. Si se cambia el segundo por "Profilaxis del bocio simple", hay uno de higiene.

Dr. Torroella:—Puede comprender el tema: "Profilaxis y tratamiento del bocio simple".

Dr. Landa:—El tema resultaría así muy amplio. Se ponen a votación nominal los dos temas:—Por unanimidad se acepta el tratamiento de las colecistitis. Se pone a votación el propuesto por Brioso. Es desechado y en votación nominal se aprueba el tratamiento de la parálisis general.

Dr. Landa:—Habiéndose retardado un mes, la propuesta de los temas, por ocupaciones del Secretario Perpetuo, se pregunta a los señores académicos, si se amplía el plazo para la presentación de los trabajos. Se acuerda así y se prorroga por un mes dicho plazo.

Dr. Tapia Fernández:—Quiere presentar a la Academia a una enferma cuya historia va a referir: comenzó con síntomas de coriza pero con la peculiaridad de que cada día tenía mayor dificultad para respirar; más tarde su agudeza visual empezó a disminuir, consultó con el Dr. Viguri y éste, después de haberle tomado una radiografía, la envió con el Dr. del Rosal quien le diagnosticó una otmoiditis supurada y le propuso un tratamiento quirúrgico y la aplicación de dos series de cinco inyecciones cada una, de Inmunisol. Sólo pudieron aplicársele cinco inyecciones, pues experimentaba fenómenos reaccionales intensos, especialmente dolor, abandonando con tal motivo el tratamiento y consultando a otros médicos. Final-

neoplasma maligno y le propuso una intervención quirúrgica que verificó con el Dr. Vélez el 16 de marzo último presentándose la coincidencia de que el Dr. Toussaint al ver la exoftalmia que presentaba la enferma, la examinó y ratificó el diagnóstico de Tapia. Al hacer la operación se encontró: completamente destruida la pared anterior del antro maxilar que estaba ocupada por la masa del neoplasma; se introdujeron dos electrodos de electro coagulación destruyendo el neoplasma hasta dejar una cavidad suficiente para aplicar el radio, en dosis no muy grandes, pero convenientemente filtradas, que dan resultados análogos a las grandes dosis, según algunos autores consultados últimamente por el Dr. Tapia. Se le aplicaron en total cincuenta miligramos de bromuro de radio con un filtro de milímetro y medio. Después de esta aplicación, la enferma reaccionó intensamente; dolores muy fuertes, elevación de la temperatura durante un mes, con una curva semejante a la de la fiebre tifoidea. El día 2 de mayo presentó un dolor intensísimo en la pierna izquierda con edema, se le aplicó un vendaje, reposó y se le prescribió hamamelis, con lo cual se quitó el dolor y desapareció el edema a los 5 días. La aplicación de radio duró 7 días, al cabo de los cuales la cavidad estaba llena de secreciones fétidas. Por medio de lavados y con grandes dificultades para hacer la desinfección, al cabo de un mes la enferma, después de estar eliminando grandes porciones esfaceladas de la porción orbitaria, recobrada la percepción luminosa, se le tomó entonces una radiografía por la cual se comprobó que la destrucción había llegado hasta el apófisis elíptica anterior: la enferma se ha ido mejorando notablemente hasta llegar a las condiciones en que se encuentra actualmente. Los exámenes histológicos y bacteriológicos del tumor y de la cavidad, fueron hechos por el Dr. Perrín.

La presidencia nombra al Dr. Silva para que examine a la enferma y suspende la sesión. Reanudada ésta, el Dr. Silva manifiesta que ha examinado con todo detenimiento y gran satisfacción a la enferma del Dr. Tapia: se encuentran las huellas de la intervención en el surco gingivo labial así como una pérdida de substancia que comprende el antro, las celdillas etmoidales, parte del seno esfenoidal: hay disminución de la agudeza visual del ojo izquierdo

algunas huellas o mayores estragos. Felicita cordialmente al Dr. Tapia por los resultados halagadores obtenidos con el tratamiento por el radio, pues sin él, dicho tratamiento hubiese sido muy cruel.

Dr. Tapia:—Da las gracias al Dr. Silva por sus conceptos y en la próxima sesión tendrá el gusto de presentar el trabajo correspondiente.

Dr. Reyes:—Quiere hacer algunas aclaraciones a propósito de los comentarios que en la sesión anterior hizo al trabajo del Dr. Pous. Como por la versión taquigráfica pudiera pensarse que él tiene otras ideas sobre tan importante asunto, desearía se le permitiese dar lectura a algunas consideraciones pertinentes.

Dr. Landa:—Ruega atentamente al Dr. Reyes se sirva hacerlo en la sesión próxima.

Dr. Perrín:—Da las más cumplidas gracias a la Academia por las atenciones que recibió durante el tiempo que estuvo enfermo, y da lectura a una carta del Dr. Florestán Aguilar en la que le comunica que envía como obsequio a la Academia Nacional de Medicina de México, una estatua de Esculapio.

Perrín manifiesta que ya tiene la estatua en su poder y que tiene facultades del Dr. Aguilar para encargarse de todos los gastos que origine la translación y colocación de la referida estatua.

El Pdte. Landa indica que la estatua puede ser entregada a la Academia en la sesión solemne del 1° de Obre. pmo. y que, para los gastos que origine la construcción del pedestal, etc., podría decretarse una cuota extraordinaria entre los Sres. académicos. El Dr. Perrín indica, que, siendo la intención del Sr. Aguilar el que la Academia no reporte gasto alguno y teniendo él a su cargo el asunto, ruega se le den amplios poderes para arreglarlo.

Dr. Landa.—En vista de lo expuesto por el Doctor Perrín y de la nobleza de los sentimientos que le inspiran, se acepta con agradecimiento su propuesta y pide que los señores académicos, de pie, tributen un aplauso al Sr. Aguilar. Los académicos rinden el homenaje pedido por el Presidente.

El Dr. Brioso da lectura al proyecto de programa para la sesión solemne del primero de octubre, programa que es aprobado, y

Izquierdo, Jiménez, Miranda, Monjarás, Ferrín, Prieto, Reyes, Rivero Borrell, Rojas José Tomás, Silva, Soberón Tapia Fernández, Torroella, Troconis, Viramontes y el suscrito Secretario anual.

José TORRES TORIJA.

Sesión del día 27 de julio de 1927.

Presidencia del Sr. Dr. Everardo Landa.

Procedimiento quirúrgico para obtener una neartrosis del codo.

A las 20 horas principió la sesión, dándose lectura al acta de la anterior, que es aprobada.

Se da cuenta con la correspondencia y publicaciones recibidas.

El académico Adalid y Castillo lee su memoria de ingreso titulada "Procedimiento quirúrgico para obtener una neartrosis del codo", la que es contestada por el doctor Ignacio Prieto.

Se concedé la palabra al Dr. Francisco Reyes para leer sus conceptos sobre lo que debe hacerse para prevenir y combatir la tuberculosis.

Dr. Landa.—En vista de lo avanzado de la hora y de tenerse que tratar diversos e importantes asuntos, no pone a discusión la interesante comunicación del señor Dr. Reyes. Manifiesta en seguida, que hay pendientes de lectura diversos trabajos y pregunta a la Academia si deben verificarse unas tres o cuatro sesiones extraordinarias o si se dejan para el próximo año. Los doctores Gama y Cicero opinan que hay que prorrogar las sesiones y verificar todas las que se necesiten; ya hay precedentes.

El Académico Brioso recuerda que el art. 29 del Reglamento faculta al Presidente para convocar a sesiones extraordinarias.

El doctor Monjarás pide que si se verifican nuevas sesiones, se anoten en ellas los dictámenes que están pendientes.

La Presidencia indica que ya se han pedido los dictámenes y

Se da lectura al informe del Tesorero que es aprobado y a las 21 y 15 se levanta la sesión ordinaria para continuar en sesión secreta, concurriendo los señores Académicos: Adalid y Castillo, Alonso, Bandera Brioso Vasconcelos, Cervera, Canales, Cicero, Castañeda, Castro Villagrana, Escobar, Escontría, Espinosa, de los Reyes, García, Godoy Alvarez, Gama, Iturbide, Alvírez, Izquierdo, Jiménez, Loeza, Malda, Mendizábal, Monjarás, Miranda, Nieto, Pérez de la Vega, Prumeda, Reyes, Ramírez Eliseo, Rojas, Rojas Loa, Rivero Borrell, Silva, Tapia Fernández, Torres Estrada, Troconis Alcalá y el suscrito.

Secretario Anual,

José TORRES TORIJA.

ACTAS DE SESIONES

SESION EXTRAORDINARIA DEL DIA 3 DE AGOSTO DE 1927.
PRESIDENCIA DEL DR. EVERARDO LANDA.

DICTAMEN.—ALGUNOS DATOS PARA EL ESTUDIO DE LAS PARASITOSIS
INTESTINALES.—EL PTERIGION EN LAS COSTAS DEL GOLFO.

A las 19 45 se abre la sesión.

Lectura del acta de la anterior que, con una aclaración propuesta por el Dr. Monjarás, es aprobada.

El Dr. José Tomás Rojas lee el dictamen sobre el trabajo de concurso, dictamen que, en la parte resolutive, propone se felicite al autor estimulándolo para continuar sus trabajos y se haga la publicación correspondiente en el periódico de la Academia; pero no se le considera acreedor al premio ofrecido.

Puesto a votación el dictamen, es aprobado. La Secretaría abre el sobre amparado con el lema: «RINOVARSE» y da lectura al nombre del autor que lo es el Dr. Francisco de P. Miranda.

El Dr. Solórzano Morfín lee su memoria de ingreso titulada: «Algunos datos para el estudio de las parasitosis intestinales de México», memoria que le es contestada por el Dr. Cervera. La sesión prosigue con la lectura hecha por el Académico, Dr. Alonso, de su trabajo de turno titulado: «El pterigión en las costas del Golfo»; puesto a discusión, el señor Dr. Viramontes lo comenta, en primer lugar haciendo hincapié en el interés que tiene por los caracteres que el padecimiento presenta en las costas del Golfo por diversas causas, especialmente por los polvos y el calor; recuerda también que los pellizcamientos de los párpados producen en los movimientos de oclusión y abertura del ojo se han invocado como causa en lo general. Las modalidades citadas por el Dr. Alonso no son las que habitualmente se ven en las clínicas de la Capital, ya que para tratar sus consecuencias no basta a veces ni la iridectomía. Algunos de los tratamientos propuestos por los americanos dan resultados peores que la enfermedad. Lo interesante es desviar la cicatriz para evitar la reproducción del padecimiento. Felicita al Dr. Alonso por su trabajo.

DR. VILLARREAL.—Aun cuando no se ocupa particularmente de los ojos, recuerda cómo le sorprendió ver la facilidad con que se reproducía la enfermedad en algunos enfermos operados por el Dr. López; últimamente tuvo oportunidad de operar un doble pterigión que invadía hasta el limbo corneal; fueron operados los dos y, habiéndose reproducido uno de ellos, hizo una aplicación de radio durante tres horas y media aprovechando los rayos penetrantes Delta, habiendo desaparecido la parte reproducida.

DR. LOZANO GARZA.—Con frecuencia se toman los pterigiones como estigmas de alcoholismo crónico; en el Servicio Médico Legal se sigue esa costumbre. Como entre las causas citadas por el Dr. Alonso no figura el alcoholismo, le agradecería mucho se sirviera ilustrarlo sobre el asunto.

DR. ALONSO.—Es de aceptarse la sugestión hecha por el Dr. Villarreal respecto del tratamiento por el radio. Lo que da mejor resultado en el tratamiento quirúrgico, es la autoplastia, dejando la cicatriz en la parte superior; es un procedimiento estético y no deja los repliegues que produce la desviación, según el sistema americano. Respecto a la pregunta que le hace el Dr. Lozano Garza, le manifiesta que, aunque no es considerado el alcoholismo como factor en la etiología del pterigión, sí es posible que, por su acción congestiva, obre como causa ocasional. Si no habló de él en su trabajo, fué porque quiso analizar las causas que provocan la enfermedad en las costas del Golfo.

DR. IZQUIERDO.—Fuera de las consideraciones terapéuticas, el asunto se presta a otras consideraciones, desde el punto de vista de la génesis del tejido que forman los pterigiones; este tejido es elástico y hialino y este tejido evoluciona por presión y tracción; es pues, interesante lo dicho por el Dr. Viramontes pues la orientación del tejido influiría, seguramente, para ser influenciado por las presiones de los párpados.

DR. VIRAMONTES.—Es muy interesante la sugestión hecha por el Dr. Villarreal, pero siempre que el tratamiento sea hecho por persona, tan competente como él; respecto de lo dicho por el Dr. Lozano Garza, debe recordar que el señor Uribe y Troncoso, desde el año de 1910 reivindicó del alcoholismo los pterigiones. Es posible que la acción congestiva del alcohol influya, como lo ha dicho el Dr. Alonso, pero no debe ya considerarse como un estigma del alcoholismo.

DR. LANDA.—Habiéndose aprobado la colocación de la estatua donada por el señor Dr. Florestán Aguilar, propone el mismo Dr. Landa, que en el acto de la colocación, tome la palabra el Académico Perrín. Es aceptada la proposición y, después de notificarse los turnos de lectura, a las 21 y 35 se levanta la sesión.

A ella concurrieron los señores: Adalid y Castillo, Alonso, Canale, Castro Villagrana, Cervera, Izquierdo, Jiménez, Lozano Garza, Mendizábal,

Monjarás, Rivero Borrell, Rojas, Ramírez V., Solórzano Morfín, Tapia Fernández, Troconis, Viramontes, Villarreal y el Secretario que suscribe,

JOSE TORRES TORIJA.

SESION EXTRAORDINARIA DEL DIA 10 DE AGOSTO DE 1927.
PRESIDENCIA DEL DR. EVERARDO LANDA.

LOS RAMOS COMUNICANTES DEL SIMPATICO CERVICAL.—ETIOLOGIA
Y PATOGENIA DE LA HIDROCEFALIA.

A las 19.45 se abre la sesión. Se da lectura al acta de la anterior que es aprobada, y cuenta con la correspondencia y publicaciones recibidas. A propósito de la Convocatoria y de la invitación hecha a la Academia por el VIII Congreso Médico Nacional, el Presidente Landa indica la conveniencia de que, antes de nombrar Delegados, se inquiera quienes de los señores Académicos piensan concurrir al referido Congreso. La sugestión del Presidente es aceptada.

El Dr. Bandera lee su memoria de ingreso titulada: «Los ramos comunicantes del simpático cervical», recibiendo la contestación correspondiente del Dr. Malda.

El Dr. Troconis Alcalá, de turno, da lectura a su trabajo titulado: «Etiología y Patogenia de la hidrocefalia».

Puesto a discusión el trabajo anterior, pide la palabra el Dr. Alonso, quien hace los siguientes comentarios:

«No voy a referirme a la parte técnica del trabajo del Dr. Troconis, que está fuera de mi especialidad, quiero referirme a una afección ocular que, en cierto sentido puede semejarse a la hidrocefalia, es el glaucoma infantil o hidroftalmía caracterizado por el estado rudimentario o la ausencia del canal de Schlemm, vía principal de eliminación de los líquidos intraoculares, los cuales acumulados, aumentan la tensión del órgano, dilatan y desorganizan las membranas, aboliendo, por consiguiente, la función visual. No ha mucho tiempo había un estado anárquico entre los oftalmólogos, en las concepciones etiológicas y patogénicas de esta viciación de desarrollo, pareciendo hoy únicamente considerada como de naturaleza heredo-específica. Este concepto ha hecho que se trate con éxito médicamente ciertos casos, que la mayor parte de las veces reclaman una operación desco-nprenhensiva, según el método de Lagrange, como ya tuvimos ocasión otra vez de exponerlo en un trabajo a esta docta Academia.

No creemos que la hidrocefalia deba conceptuarse en su naturaleza etiológico-patogénica con un criterio unívoco sino algo ecléctico. Ya el Dr. Troconis lo indica al recordar las notables experiencias de Daresté en que múltiples agentes físicos, como los movimientos bruscos, las sacudidas, los cambios de temperatura, etc., eran capaces de perturbar el desarrollo del embrión, creemos nosotros que los agentes químicos e infecciosos pueden igualmente producir trastornos en su evolución. Felicito cordialmente al Dr. Troconis por su interesante trabajo».

A las 21.30 se levantó la sesión a la que concurrieron los señores: Alonso, Adalid Castillo, Bandera, Iglesias, Jiménez, Lozano Garza, Malda, Monjarás, Rojas J. T., Troconis, Valdés, Villarreal y el suscrito Secretario.

JOSE TORRES TORIJA.

SESION EXTRAORDINARIA DEL DIA 17 DE AGOSTO DE 1927.
PRESIDENCIA DEL DR. EVERARDO LANDA.

A PROPOSITO DE LA HIGIENE INFANTIL.

A las 19.45 se abre la sesión. Se da lectura al acta de la anterior que es aprobada. Lectura de la correspondencia recibida, entre estas una del Director de la Facultad de Medicina, que transcribe una consulta de la Secretaría de Gobernación, sobre si la neumoconiosis puede ser considerada enfermedad profesional en los obreros de las fábricas de hilados y tejidos. La Presidencia acuerda se pase la consulta al Académico Samuel García, Presidente de la Sección de Medicina Legal.

El Dr. Jiménez lee su memoria de ingreso, titulada: «A propósito de Higiene Infantil», recibiendo la contestación respectiva de Dr. Monjarás, quien muestra además unas interesantes gráficas sobre causas de mortalidad infantil.

El Dr. Torroella interroga al Dr. Monjarás, de las razones por las que se considera la infancia hasta la edad de 5 años. El aludido contesta que así lo han establecido los Congresos de Estadística.

El Dr. Landa, de turno, lee su trabajo titulado: «La Asistencia del parto sólo por exploración externa». Puesto a discusión, toman la palabra los Académicos Troconis y Soberón.

El primero, felicita cordialmente al Dr. Landa por su trabajo y manifiesta que la tendencia en él apuntada es plausible y ha sido el ideal desde hace mucho tiempo, por los parteros; cree que ha de ser útil en las manos del propio Dr. Landa, pero difícil de apreciar por las parteras, ya que es difícil, seguramente para ellas apreciar por las dimensiones externas, los

progresos del trabajo de parto. Cree que de todas maneras el asunto es interesantísimo. Los doctores Soberón y López se adhieren a las felicitaciones de Troconis, pero creen que el asunto de aplicación práctica, es un poco difícil en manos de parteras.

El Dr. Landa manifiesta que hace tiempo que propugna por educar a las alumnas de la cátedra de obstetricia en esos principios y que puede afirmar que en la práctica ha obtenido resultados alhagadores. El Dr. Troconis propone que se haga un sobretiro del trabajo del Dr. Landa y se reparta ampliamente, proposición que es aceptada.

El Dr. Torroella pide permiso a la Academia para faltar el año próximo por tener que salir para Europa. Le es concedido.

El Dr. Demetrio López pide la palabra y manifiesta que, siendo su trabajo, puramente informativo y estadístico, quiere solamente dar lectura a la parte inicial, que explica los motivos de dicho trabajo; después de leer esa parte de su trabajo y, siendo las 22 horas, se levantó la sesión; a ella asistieron los señores: Alonso, Castro Villagrana, Jiménez, Lozano Garza, Mendizábal, Monjarás, Ramírez V., Solórzano Morfín, Soberón, Troconis, Tapia Fernández, Torroella, Viramontes y el suscrito

Secretario Anual,
JOSE TORRES TORIJA.



Dr. Francisco Castillo Nájera,
Presidente de la Academia Nacional de Medicina (período 1927-28)



Dr. Rafael Silva,

Vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina

ACTAS DE SESIONES

SESION SOLEMNE DEL DIA 1º DE OCTUBRE DE 1927.—PRESIDENCIA DEL SR. SECRETARIO DE EDUCACION PUBLICA.

A las 19.45 principió la sesión con el desarrollo del programa siguiente:

I PARTE

- I.—Polonesa.—Fa menor. Chopin.—Piano.—Srita. Esperanza Fernández Tagle, alumna del Conservatorio N. de Música.
- II.—Informe del Secretario anual.
- III.—Las Vísperas Sicilianas. Verdi.—Canto.—Srita. María Dolores Gutiérrez, alumna del Conservatorio N. de Música.
- IV.—Discurso del Presidente saliente.
- V.—Los Gnomos. Liszt.—Piano.—Srita. Esperanza Fernández Tagle.
- VI.—Discurso del socio Dr. don Tomás G. Perrín, para hacer entrega de la estatua galantemente donada a la Academia por el Sr. Dr. D. Florestán Aguilar, (de Madrid) miembro honorario de la Corporación.
- VII.—Descubrimiento de la estatua de Esculapio.
- VIII.—Contestación al Dr. Perrín por el socio, Dr. D. Luis S. Viramontes.
- IX.—Sí Saran Rose. Arditi.—Canto.—Srita María Dolores Gutiérrez.
- X.—Declaración de apertura del nuevo año académico.

II PARTE

Primera sesión del nuevo año Académico, en la que se efectuarán las elecciones de Vicepresidente, Tesorero y Secretario Anual.

Terminada la primera parte se verificó la votación de nuevos Vicepresidente, Secretario Anual y Tesoreros Director de la "Gaceta Médica de México".

Para el primer cargo, resultó electo por mayoría de 21 votos, el señor Académico, Dr. Rafael Silva, habiendo obtenido, además, dos votos el Dr. Alonso y uno, los Doctores Cervera y Monjarás. En tal virtud, el señor Dr. Landa hizo la declaración correspondiente, después de haber manifestado a los señores Académicos que había continuado presidiendo la sesión, por encontrarse ausente el señor Dr. D. Francisco Castillo Nájera, Vicepresidente del año anterior y Presidente del actual, e hizo entrega de la Presidencia al Sr. Dr. Silva.

La votación para Secretario Anual, favoreció con la mayoría de 16 votos al Dr. Viramontes, habiendo obtenido cuatro votos, el Dr. Bandera, dos el Dr. Escontría y uno los doctores Torres Estrada, Jiménez y Miranda.

Hecha la declaración correspondiente, tomó posesión de su puesto el señor Dr. Viramontes y se procedió a elegir Tesorero, obteniendo la mayoría de 21 votos, el Dr. D. Benjamín Bandera, por dos que obtuvo el Dr. Brioso Vasconcelos y uno cada uno de los señores Escontría y Escobar.

Asistieron los señores Académicos: doctores Alonso, Ayuso y O'Horibe, Cicero, Chávez, Escobar, Escontría, García, Landa, López Demetrio, Mendiábal, Miranda, Mesa y Gutiérrez, Malda, Osornio, Ocaranza, Pruneda, Prieto, Perrín, Rivero Borrell, Silva, Torres Torija, Tapia Fernández, Valdés y el suscrito.

Asistieron, además, Delegaciones de los hospitales: General, Juárez, Militar, de la Luz, Francés, Casa de Cuna y Manicomio General; de la Facultad de Medicina, Asociación Médica Mexicana, Sociedad de Ingenieros y Arquitectos, Sociedad Científica Antonio Alzate y Dirección de Estudios Biológicos.

Secretario Anual

Luis S. VIRAMONTES.

SESION DEL DIA 5 DE OCTUBRE DE 1927.—PRESIDENCIA
DEL SR. DR. RAFAEL SILVA.

UN CASO CURIOSO DE HERMAFRODISMO FALSO.

A las 19.35 se abre la sesión.

Se da lectura a la lista de publicaciones recibidas, así como a la correspondencia.

El Dr. Torres Torija informa que, la comisión de la que formó parte, visitó a la familia del Doctor Solórzano Morfín para expresar las condolencias de la Academia, por la muerte de este compañero.

El Dr. Torres Torija da lectura a su trabajo titulado: "Un caso curioso de hermafroditismo falso".

Dr. Eliseo Ramírez.—El caso tiene doble interés, desde el punto de vista de la medicina legal y desde el punto de vista más amplio de la biología general. En realidad, el hermafroditismo verdadero es un hecho indudable aunque excepcional. Hay algunas diferenciaciones entre algunos animales que en una parte de su vida son machos y en otra hembras. En algunos crustáceos se observa esta particularidad; el macho es microscópico y la hembra es macroscópica; el macho vive como parásito de la hembra y llega una época en que aquél se queda en el aparato digestivo de la hembra y cuando sale, ya sale hembra. Elevándose en la esfera zoológica en los vertebrados se presenta un hecho muy curioso: en el sapo existe arriba del testículo un órgano —el de Bider— que es un ovario perfectamente claro. Si a un macho se le quita el testículo se convierte en hembra. Se hace la transformación completa y el macho toma todo el aspecto de la hembra. Más arriba, en las aves, hay un hecho interesante: hay gallinas viejas que se vuelven gallos; se les atrofia el ovario del lado izquierdo y, cuando la gallina llega a la menopausia, se le atrofia el único ovario que le queda, y es frecuente ver que el ovario opuesto evoluciona en el sentido del testículo y adquiere los caracteres secundarios correspondientes al gallo. Se han señalado hechos notables en mamíferos, y en el hombre existen indudablemente casos en que coexiste, en un mismo órgano un ovario y testículo. El testículo es activo por la producción de espermatozoides y por las células intersticiales; uno de los casos más comunes es el referido por el Prof. Lipschutz, de fisiología: se trata de un ovotestes; la gónada indiferenciada evolucionó para dar un testículo y un ovario. Si a un vertebrado se le injerta gónada del sexo opuesto el injerto no prente, se atrofia, pero si se le quita la gónada y se hace el injerto del sexo opuesto, se verifica la masculinización de la hembra o la feminización del macho.

Se señala que hay un antagonismo entre las dos gónadas y por esto, el individuo no puede ser más que unisexual. Es suficiente castrar a un individuo e injertar al mismo tiempo la gónada y entonces sí prente. Una vez que la gónada del embrión ha avanzado en su desarrollo, el signo es un hecho elemental, en el masculino se cubre el epitelio de una capa de tejido conjuntivo. La gónada es masculina o femenina y una vez que es masculina o femenina, el aparato sexual se desarrolla para atrofiarse el aparato contrario. La vaca cuatezona es un gemelo de un macho; cuando se presentan gemelos y uno de ellos es macho y el otro hembra, ésta última se caracteriza por una aplasia de su aparato sexual femenino. En el caso en que hay un

pseudo hermafroditismo por falta de aparato sexual, siendo que los aparatos dependen del sentido en que evoluciona la gónada, se ha tratado de investigar cómo están las gónadas, puesto que de ellas depende el desarrollo del aparato sexual. Si se compara el aspecto de un hermafroditismo, el estudio del cuerpo revela que hay alteración. El individuo presentado —nos dice el Dr. Torres Torija— era lampiño.

Yendo más allá, se podría suponer que los invertidos sexuales son individuos que tienen alteraciones en sus gónadas y se ha pensado en curar a estos invertidos injertándoles testículo de hombre verdadero. Si los caracteres sexuales secundarios están subordinados al signo de la gónada y en este caso hay una perturbación de la gónada, hay que tener en cuenta hasta donde se debe considerar la conducta de un hombre en estos casos.

El problema es muy interesante de estudiar y se tendría que hacer un estudio de sus gónadas para saber si se pueden encontrar alteraciones que expliquen las que presenta su aparato sexual.

Dr. Escontría.—Se permite recordar dos casos que ha observado: uno en 1910, cuya historia es muy semejante a la relatada por el doctor Torres Torija. Se mandó un individuo al Hospital General con el objeto de que se dictaminara si había violación y al examinarlo se encontró con un caso de hermafroditismo. El otro caso fué el de una joven de quince años que se presentó para consultar sobre una malformación congénita que se creía era un ano a la horquilla; simulaban los órganos genitales externos ser órganos masculinos. Recuerda que el caso fué dictaminado en el sentido de que debería hacerse una pequeña intervención quirúrgica sobre el pene para librarlo de una brida que lo hacía estar colocado hacia abajo. Cuando a la joven (?) se le manifestó que no era mujer, lloraba amargamente y la madre se oponía a que se cambiara el sexo a su hija. El dictamen del Dr. Troconis Alcalá revelaba el peligro que podía tener para la sociedad el que una aparente mujer ya sabiendo su sexo verdadero, pudiera continuar como tal.

Dr. Troconis.—No fué el encargado de estudiar este asunto; el dictamen lo emitió el Dr. Villarreal. Ofrezco presentar algunas fotografías y los datos que tenga en mi poder.

La Secretaría da lectura al trabajo reglamentario del Dr. González Olachea, titulado: "Síndrome cerebeloso de origen malárico".

El Presidente hace la declaración de los sillones académicos vacantes para los efectos reglamentarios, acordándose que se comuniquen a los señores académicos por medio de circular.

Se leen los turnos de lectura para las próximas sesiones y se levanta es-

ta a las 21 horas y quince minutos, con asistencia de los señores doctores: Bandera, Castañeda, Canale, Escontría, Landa, Miranda, Monjarás, Pruneda, Ramírez E., Torres Torija, Troconis Alcalá y el Secretario que suscribe.

Luis S. VIRAMONTES.

SESION DEL DIA 19 DE OCTUBRE DE 1927.—PRESIDENCIA
DEL SR. DR. RAFAEL SILVA.

¿CUANTO DEBE DURAR EL RECREO EN LAS ESCUELAS PRIMARIAS?

A las 19.45 se abre la sesión.

Acta de la anterior que es aprobada con la modificación que propone el Dr. Brioso Vasconcelos.

Lectura de las comunicaciones recibidas.

El Dr. Miranda lee un trabajo titulado: "¿Cuánto debe durar el recreo en las escuelas primarias?"

Dr. Silva.—Durante el período de vacaciones el doctor Villarreal sufrió la pérdida de uno de los miembros de su familia y, por estar la Academia en receso no se le dió el pésame; por lo tanto, nombra a los doctores Landa y Monjarás para que le hagan una visita a nombre de la Corporación.

Pide, también, al doctor Alonso, se ponga de acuerdo con los señores Tesoreros (entrante y saliente), para que se sirva fungir como interventor en la entrega de la Tesorería.

El Dr. E. Ramírez invita a la Academia para las próximas sesiones de la Sociedad Mexicana de Biología. Oficialmente quedan nombrados, representantes de la Academia, para el objeto, los señores Miranda y Chávez.

Se leen los turnos de lectura para las sesiones próximas y se levanta ésta a las 20.30 a la que concurrieron los señores: Alonso, Brioso Vasconcelos, Bulman, Chávez, Escontría, Landa, Miranda, Monjarás, Ramírez E., Ramírez V., Torres Torija y el suscrito.

Secretario Anual,
Luis S. VIRAMONTES.

ACTAS DE SESIONES

SESION DEL DIA 6 DE OCTUBRE DE 1927.—PRESIDENCIA
DEL DR. RAFAEL SILVA.

A las 19.30 se abrió la sesión. Se lee el acta de la sesión anterior y es aprobada. Se da cuenta con las publicaciones recibidas.

Se da cuenta con la propuesta del Dr. Gustavo Baz para ocupar un sillón vacante en la Sección de Patología y Terapéutica Quirúrgica.

DR. BENJAMIN BANDERA lee su trabajo reglamentario. Se pone a discusión.

DR. MENDIZABAL:—La manera que señala el Sr. Bandera para identificar el intestino delgado no es un dato anatómico.

DR. BANDERA.—Sí lo es pues se refiere a la dirección del mesenterio que es de izquierda a derecha y de arriba a abajo.

El Tesorero da cuenta con el informe de movimiento de fondos. Es aprobado. Igualmente se aprueba dar una gratificación de \$25.00 al señor Ortiz.

Se nombró una comisión que integran los señores Alonso y Torres Torija para que visiten al académico Dr. Toussaint que se encuentra gravemente enfermo. El Dr. Landa informa que la comisión que fué nombrada para dar el pésame al Dr. Villarreal cumplió su cometido y presenta los agradecimientos del mismo.

Después de señalar los turnos de lectura, se levanta la sesión a las 20 horas y 50 minutos.

Asistieron los académicos Ayuso, Alonso, Arroyo, Bandera, Escontría, del Raso, Landa, Mendizábal, Monjarás, Silva, Torres Torija y el suscrito secretario

LUIS S. VIRAMONTES.

SESION DEL DIA 9 DE NOVIEMBRE DE 1927.
PRESIDENCIA DEL DR. SILVA.PANCREATITIS AGUDA HEMORRAGICA—TRES CASOS DE
ANGIOESCLEROSIS CON DESEQUILIBRIO VAGO-SIMPÁTICO

DR. VALDÉS.—Ya que no hay ningún trabajo de turno, voy a referir un caso que merece ser presentado, por la poca frecuencia con que se ven, especialmente aquí en México, donde no he sabido que se haya operado uno semejante, ni he leído en la literatura médica algún otro. Se trata de un enfermo con pancreatitis aguda hemorrágica. Un individuo de la clase pobre de 45 años de edad, que fué presa de un dolor intenso en el vientre, con todos los síntomas del síndrome abdominal agudo predominando el dolor. No he visto antes de este caso, otro en donde el dolor haya sido tan agudo, un dolor en el vientre que puedo distinguirlo de cualquier otro padecimiento después de haber tenido este ejemplar. De pronto no se pudo hacer el diagnóstico y se limitó a combatir el síntoma dolor. El enfermo estaba desencajado, sudando frío, con el pulso apenas perceptible, la lengua seca, creyendo que estaba próximo a morir; tanto, que fué llevado a un médico y les dijo a sus familiares que se lo llevaran a su casa, porque no dilataba en morir. Yo tuve la misma impresión. Se le puso una inyección de morfina y escopolamina que tiene valor analgésico grande. Al cabo de media hora comenzó el enfermo a calmarse y a la hora, el cuadro general había cambiado por completo. El vientre se había ablandado, el pulso había recobrado más o menos su carácter normal. Parecía que este enfermo estaba curado; solamente conservaba el dolor en el epigastrio con defensa muscular muy fuerte. Hubo de interesante en este enfermo, el estudio de la fórmula leucocitaria. En el momento de llegar al sanatorio, antes de la inyección de morfina, tenía una leucocitosis de 12 a 15 y una polinucleosis de 75 a 80, seis horas después había aumentado hasta cerca de 90%. En vista de esto se pensó en la posibilidad de un cólico hepático o de un trastorno de la vesícula biliar y se instituyó un tratamiento de reposo, inyecciones de suero, lavativas gota a gota y continuar con la morfina para sostenerlo en un campo menos difícil, para hacer el diagnóstico. Al día siguiente en la mañana había continuado avanzando el cuadro de tal manera, que se hizo claro el signo de una peritonitis aguda. Se hizo el diagnóstico de trastorno de la vesícula y la peritonitis correspondiente. Al operarse vimos que se trataba de una pancreatitis aguda hemorrágica. Al abrir el vientre salió una cantidad de líquido sangriento. El epiplón y el mesenterio se encontraron con placas hemorrágicas y amarillentas, la vesícula blanca, pero libre y sin adherencias, sin lesiones. Llegando al hígado, volvió a salir

mayor cantidad de líquido y se encontró la cabeza del páncreas enteramente azulosa. Explorando sobre la fosa iliaca, en el lado derecho se tocó la cola del páncreas renitente y dura como la cabeza. Con el dedo se rompió la cápsula y salió una mayor cantidad de líquido sangriento. Se colocó un tubo de canalización en ese lugar, dentro del parenquima pancreático; se puso un segundo tubo de canalización en el lugar y un tercer tubo en la cavidad pélvica para canalizar los otros órganos y el enfermo logró mejorar en su estado general durante tres días. En esos tres días el estado abdominal había mejorado y yo creí que este enfermo se había salvado de u pancreatitis, si no se hubiera venido una infección en relación con el estado de destrucción del páncreas. En los medios de tratamientos figura la administración de grandes cantidades de solución de suero glucosado en sus dos combinaciones. Se le hicieron las inyecciones de suero fisiológico, las cuales se le pusieron en las piernas, por estar la pared abdominal herida. De entre las que se le pusieron en los muslos, se le puso una de suero que duró para terminar cerca de cinco horas. Fué una inyección lenta sin tener complicaciones. El médico interno que fué quien puso la inyección me dijo que había estado seguro de que la aguja había entrado a su lugar. Al día siguiente de esta inyección se vió el muslo hasta la cadera, completamente rojo y se pensó en que podía formarse un flegmón grave. Esta complicación determinó una nueva alza de temperatura y se procedió a hacer amplias debridaciones para canalizar y reparar este tejido mortificado, pero se encontró con que la infección estaba en los muslos abarcando todos los músculos en forma de pequeños abscesos en lugares en donde no se había hecho la inyección. Estos pequeños abscesos abarcaban desde la superficie hasta las partes profundas y la infección aguda se notaba más del lado interno que del lado externo. Esto nos llamó la atención, pero no pudimos asegurar que la inyección haya sido la causa de la infección; había la circunstancia de que la inyección no había sido profunda y la infección era más extensa del lado interno que del externo. ¿Fué la inyección la que produjo una disminución en las resistencias e introdujo gérmenes que no pudo combatirse por la destrucción del páncreas, o fué el estado de necrosis de este mismo órgano que determinó la infección profunda que estaba poco en relación con la aplicación de la inyección? Tal vez el doctor Ramírez nos pudiera dar más amplios detalles con relación a lo que pudiera existir en este caso de pancreatitis, que puede semejarse a las infecciones gangrenosas que determinan la muerte de los diabéticos. ¿Después de la operación aumentó la cantidad de azúcar? ¿Este enfermo murió por el flegmón a consecuencia de la inyección de suero que se le puso en el muslo del lado izquierdo?

Generalmente estas pancreatitis son difíciles de diagnosticar. De or-

dinario no se diagnostican sino en el momento de operarlas y los casos son interesantes por la poca frecuencia con que se presentan. Tengo para mí, que el diagnóstico de las pancreatitis agudas hemorrágicas no se me hará tan difícil después de haber visto a este enfermo. No puedo confundir el dolor con ningún otro.

DR. ULRICH.—La impresión tanto de conjunto como de detalle de la afección pancreática aguda hemorrágica, que causa la muerte rápida por sedación nerviosa y por la supresión rápida de las funciones del páncreas, no siempre es reconocida. Hay veces que la muerte viene por la supresión transitoria o cuando menos mal compensada de las funciones del órgano o por necrosis que después se presentan. Los casos que los autores señalan como de hemorragia pancreática aguda consecutiva a la necrosis de la glándula correspondiente, lo que la escuela francesa llama pancreatitis hemorrágica, se han visto aquí algunos, como el del profesor Valdés, que tomando el conjunto se puede decir que no hubo inflamación, por que no señala la hemorragia pura intra-pancreática. No nos describe la peritonitis tan aguda, los exudados, las natas fibrinosas sin coágulos y sangre líquida. Ni en el páncreas nos describe estas natas. Lástima que el doctor Valdés no hubiera buscado más hasta encontrar las placas de necrosis que se forman en caso de ruptura vascular. El caso es raro, tanto más raro cuanto que se encontró con que el enfermo murió a consecuencia de una inyección y por la supresión de las funciones endócrinas. Tengo veintitrés años de ver cadáveres sin diagnóstico y no he visto que se haya hecho diagnóstico de esta enfermedad y la he encontrado según mis recuerdos, en tres casos en que se declaraba muerte rápida.

DR. VALDÉS.—Para completar la historia. Pudiera ser que la muerte hubiera sido ocasionada por una infección de las vías biliares. Refirió el enfermo entre sus antecedentes, cólicos que se pudieran tomar por cólicos hepáticos. Encontramos la vesícula biliar completamente blanca, con sus paredes gruesas. No pude conseguir que se me permitiera hacer la autopsia al cadáver. El doctor Mesa y Gutiérrez me había ofrecido hacer la autopsia para ver en qué condiciones se encontraban los órganos. -

DR. RAMIREZ.—Los datos que ha suministrado el doctor Valdés son suficientes para hacer un estudio y poder hacer un examen del padecimiento. Se ha señalado la semejanza que presentan los padecimientos del páncreas con los de la parótida. Se compara la parotiditis con las infecciones agudas del páncreas. En este caso puede tener dos vías de infección; una la sangre y otra el canal excretor. No es nada difícil que en el caso señalado se hubiera tratado de una infección del páncreas. El hecho de una polinucleosis bastante acentuada y en cantidad de 90% de polinucleas, indica un estado infeccioso. La simple producción de un infarto en el

páncreas se puede hacer por una lesión vascular. Es difícil explicar que la lesión hubiera producido un derrame de líquido sangriento en la cavidad peritoneal. Si hubiera sido muy abundante este líquido, hubiera roto la cavidad peritoneal y hubiera producido la reacción de defensa del peritoneo. Hay un hecho muy interesante: el padecimiento evolucionó en forma aguda y es una experiencia de fisiología que cuando se hace la extirpación total del páncreas, cuando se quita el páncreas en el perro, sobreviene la muerte después de haber presentado un cuadro completo de diabetes azucarada. Si el caso fué de origen inflamatorio, una pancreatitis, se asemeja a las parotiditis. Me parece muy interesante el dato de la sangre y el de la polinucleosis. En cuanto a la evolución que sufrió la inyección pregunto al doctor Valdés si fué de suero fisiológico. Hay un hecho muy interesante la frecuencia con que las inyecciones de suero glucosado dan lugar a fenómenos de necrosis en procesos inflamatorios sobreagudos. Cuando hay una septicemia, se presentan frecuentemente flegmónes y necrosis. Cita el caso de una señora a quien se le puso una inyección de suero en la glándula mamaria y se le produjo un flegmón que dió lugar a la gangrena y la extirpación completa de la mama. El hecho de que las inyecciones de suero glucosado se infecten es explicable por la presencia en el líquido de una cantidad de azúcar que es un campo en el que se desarrollan los gérmenes. El fenómeno del muslo fué infeccioso, había gérmenes y el suero fisiológico dió lugar al flegmón difuso. Otro motivo para pensar que tenía un padecimiento de origen microbiano se debe tener en la cantidad de hiperglicemia ocasionada por la infección pancreática. La puerta de entrada de estos gérmenes fué el padecimiento pancreático. El proceso pancreático ocasionó estos fenómenos,

DR. ULRICH.—Para hacer una aclaración. Estas necrosis por derrame vienen entre otras cosas por obstrucción del ámpula hepática sin que haya propagación inflamatoria del páncreas. El páncreas por su estructura anatómica y fisiológica, no es de los órganos en donde se observan infartos hemorrágicos, se observa el hematoma; pero el infarto hemorrágico como se observa en los riñones, en el pulmón, en otros órganos no es fácil en éste. Parece que el organismo se defiende. Este derrame de sangre es debido al desgarramiento de un tejido que acaba de morir. Estas obstrucciones se observan en las inflamaciones o infecciones parcelares de los canales. Esto a mí me recuerda la pancreatitis. La presencia de polinucleosis se explica en casos de necrosis como un medio de defensa del organismo. El líquido intra-peritoneal en una hemorragia lleva gérmenes a la misma cavidad peritoneal. El doctor Valdés dice que en el caso señalado hubo la presencia de líquido sangriento que se separaba de los coágulos.

DR. AYUSO.—Pregunta si se hizo el examen del foco de la infección.

DR. VALDÉS.—No se hizo por un olvido, por el estado tan grave del enfermo.

DR. AYUSO.—En ese caso no se puede hacer la aclaración sobre el punto de la necrosis.

DR. IGNACIO CHAVEZ.—Relata tres casos que ha podido estudiar en el curso de la última semana y que le parecen interesantes. El estudio que de ellos ha hecho no está aún completo. Quizás más tarde pueda presentar a la Academia un trabajo ya meditado sobre el particular.

Es el primero un médico joven, de 26 años, que consulta por manifestaciones francas de hipervagotonía. Unas veces la bradicardia es enorme, hasta 45 por minuto y en otras son espasmos intestinales fuertemente dolorosos. El R. O. C. la sialorrea, y una acrosfixia marcada ponen su rúbrica en el síndrome. Buscando entonces la causa de esta excitación del vago, se encuentra una espina irritativa en el territorio mediastinal. La aorta torácica, pequeña y esclerosada, de pulsatilidad muy disminuída, dibuja su sombra a lo largo de todo de todo el mediastino en posición O. D. A. La red periférica corre parejas en esclerosis con la red central y las arterias del enfermo están francamente endurecidas. El problema se desaloja entonces y es el de buscar la causa de esa angioesclerosis generalizada. No hay ninguna afección adquirida ni ninguna intoxicación que la expliquen. En cambio hay deformaciones del pabellón de la oreja, anisodoncia franca y defectuosa implantación dentaria. Hay, por otra parte, trastornos del desarrollo. El enfermo es alto, muy delgado, longilíneo, datos todos que hacen pensar en un defectuoso funcionamiento endócrino y que ya reunidos con los pequeños estigmas de la oreja y de los dientes, dibujan la sospecha de una heredo-sífilis en juego.

Un segundo enfermo, de 16 años, alto y delgado y longilíneo también, acude a la consulta por trastornos respiratorios. La inspiración no le deja satisfecho, como si no hubiese llenado suficientemente sus pulmones. Esta sensación lo hace suspirar y bostezar con frecuencia. El estudio revela los mismos fenómenos que en el enfermo anterior. El desequilibrio vago-simpático es franco: el pulso es de 80, pero el reflejo óculo cardíaco está exagerado y hay aritmia respiratoria. Además existe un fondo ligero de angustia. La acrosfixia es franca y la red arterial calca los datos del enfermo primero: las arterias periféricas son muy duras y la aorta torácica se dibuja pequeña y casi inmóvil, a lo largo de todo el mediastino. Los antecedentes de orden infeccioso o tóxico quedan mudos, y sólo la exploración física permite hallar unas orejas de fauno, la bóveda palatina ojival y el tubérculo de Caravelli en el molar. La investigación llevada adelante, precisará después si en el fondo se oculta o no la heredo-sífilis.

El último enfermo es francamente un angustiado. Su anfotonía lo hace

vivir en un estado de perpetua inquietud. Las palpitaciones, que cada día son más frecuentes, bastan para desatar, junto con su angustia, un acceso de llanto.

La sialorrea, la bradicardia; de 60 la inversión del R. O. C. la hiperhidrosis palmar emotiva, la dificultad inspiratoria que no es sino el esbozo de lo que hecho paroxismo constituirá más tarde el asma, el insomnio y la pirosis, completan el cuadro de la anfotonía. El estudio de orden físico arroja datos muy semejantes a los de los otros casos. Es pálido, es alto, es acrosfíxico, es longilíneo. La red arterial es dura, enormemente dura y con tensiones normales $-13 / 8.2$ con el Vaquez Laubry—. La aorta da una bella imagen de vaso esclerosado con opacidad de tipo III a lo largo del mediastino. Y la investigación de factores causales queda muda: no hay signos de sífilis adquirida, dos reacciones de Wassermann, la última previa activación, quedan negativas, y el alcoholismo existe en un grado que no permite explicar este endurecimiento formidable de las arterias.

Incompletas y todo, estas observaciones presentan ya un gran interés. En cierto modo, parecen calcadas unas de otras. Los tres enfermos son jóvenes, de 16 a 26 años, los tres con trastornos del desarrollo que atestiguan una perturbación funcional endócrina. Los tres son altos, delgados, longilíneos. Los tres presentan una acrosfíxia franca tras de la cual se esconde casi seguramente un estado de hiperviscosidad sanguínea, de policitemia y de hipertensión venosa. Los tres son angioesclerosos avanzados con esclerosis de tipo general. Los tres son desequilibrados vago-simpáticos, uno de tipo vagatónico y los otros con anfotonía, llevada en uno de ellos a la angustia. Ninguno de los tres presenta infecciones o intoxicaciones capaces de lacrar a ese grado la red arterial. En cambio, los tres presentan esos pequeños signos, de la oreja, del paladar o de los dientes, que los hacen sospechosos—pero nada más sospechosos por ahora—de heredo-sífilis.

Cuando el estudio se complete, ofrece informar de las conclusiones a que llegue.

DR. MIRANDA.—Comenta los casos presentados por el doctor Chávez y se refiere a un trabajo presentado por él el año de 1922 y que se refería a lo que entonces llamaba «Tórax paralítico».

DR. P. MENDIZABAL.—Agrega algunos comentarios a la comunicación que se discute.

Se levanta la sesión a las con asistencia de los señores doctores: Balman, Arroyo, Ayuso, Bandera, Cicero, Chávez, Landa, López, Monjarás, Mendizábal, Ramírez E., Torret Torija, Valdés, Villanueva, Ulrich y el suscrito secretario,

LUIS S. VIRAMONTES.

SESION DEL DIA 16 DE NOVIEMBRE DE 1927.

PRESIDENCIA DEL DR. SILVA.

MUERTE DEL SR. MANUEL TOUSSAINT.

Se leyó el acta de la sesión anterior y sin discusión fué aprobada.

Se dió cuenta con las comunicaciones recibidas.

El Presidente se puso de pie e hizo el elogio fúnebre del académico señor doctor don Manuel Toussaint, que acaba de morir. Al terminar levanta la sesión en señal de duelo, siendo las 20 horas 30 minutos.

Asistieron los socios Sres. Alonso, Ayuso, Bandera, Brioso, Bulman, Castañeda, Chávez, Escobar, Godoy Alvarez, Jiménez, Loeza, Mendizábal, Monjarás, Silva, Torres Estrada, Torres Torija, Troconis y el suscrito secretario.

LUIS S. VIRAMONTES.

SESION DEL DIA 23 DE NOVIEMBRE DE 1927.—PRESIDENCIA DE LOS DRES. VILLARREAL y TROCONIS AL ALA.

EL VALOR CLINICO DE LA CURVA OSCILOMETRICA.

A las 19.45 se abre la sesión.

DR. OCARANZA.—Lectura de su trabajo de turno titulado: «El valor clínico de la curva oscilométrica».

DR. MIRANDA.—Como dice muy bien el doctor Ocaranza en su trabajo sólo multiplicando las observaciones, se podrá llegar a sacar conclusiones. He querido tomar la palabra para felicitar al Dr. Ocaranza por la iniciación de esta clase de trabajos que son una gran ayuda a la clínica. Esta clase de investigaciones son muy laboriosas: debe procurarse acumular más datos para llegar a un diagnóstico y, sobre todo en padecimientos circulatorios en que existe duda y cuyo pronóstico es de lo más difícil y muchas veces es lo que más interesa al médico y al enfermo. Se me presentó un enfermo que relató que el día anterior se creía completamente sano, no había tenido ningún trastorno de disnea ni nada que hiciera pensar, ni a él ni a las personas de su familia que estuviera enfermo; sin embargo, un día salió a la calle y sufrió un accidente que lo obligó a consultar, encontrando que tenía una aorta estrecha con reacción de Wassermann positiva. Si este señor hubiese consultado antes ¿sería posible haber presumido que podría tener una lesión, para preveer un ataque de angina de pecho? Se puede hacer mejor un diagnóstico en las enfermedades renales que en las enfermedades circulatorias, sobre todo en las aortopatías, cuando el enfer-

mo no ha tenido ninguna descompensación, porque habiéndola tenido, ya sabemos qué clase de padecimiento tiene. En todos los padecimientos que repercuten sobre el corazón izquierdo, en los cuales la caída del poder funcional de ese ventrículo se hace en medio de una salud floreciente, que no avisa cuando va a decaer, en este caso tenemos un medio de exploración que nos permite hacer un pronóstico más o menos exacto. Es posible que se puedan tener suficientes datos para llegar por este procedimiento a un pronóstico correcto. Ofrece practicar estas observaciones en la clase de clínica.

DR. OCARANZA.—Me complace el interés que toma el doctor Miranda sobre este asunto. Necesito tener mayor número de observaciones para asentar conclusiones. Mi objeto ha sido llamar la atención sobre la importancia que tiene el estudio de la curva oscilométrica, porque muchas personas no se preocupan del lugar de la oscilación y siempre colocan los dos extremos en la misma curva. Yo entiendo que no solamente tiene importancia la que señalan en la curva misma sino el lugar de la oscilación. Yo creo que los grandes accidentes de la curva superior son los que indican una gravedad más próxima; en cambio los de la curva inferior, no implica gravedad inmediata. Hay curvas que presentan un aspecto casi constante y que corresponden a determinados padecimientos. Estas curvas se pueden tomar como medio de pronóstico y no tienen más fin que llamar la atención sobre su importancia y el valor que tiene la curva de oscilaciones.

El doctor del Raso da lectura a un trabajo del Dr. Carlos Kuhn.

Se presenta una proposición para que el doctor Madrazo ocupe el sillón vacante correspondiente a Fisioterapia y el doctor Darío Fernández para Oto-rino-laringología.

Lectura de un trabajo del doctor Pous Cházaro presentado en el noveno Congreso Francés de Medicina.

La Mesa resuelve que se publique el trabajo en la Gaceta de la Corporación.

Lectura del trabajo del doctor Mario Torroella, titulado: «La curación de la anemia perniciosa. Igual trámite que para el anterior.

Se levanta la sesión a las 21 horas 15 minutos con asistencia de los señores doctores: Arroyo, Alonso, Bulman, Bandera, Castañeda, del Raso, Escobar, Jiménez, Escontría, Landa, Miranda, Monjarás, Nieto, Ocaranza, Ramírez Eliseo, Ramírez Vicente, Ulrich, Troconis y el secretario que suscribe la presente.

LUIS S. VIRAMONTES.