

ACTAS DE SESIONES

SESION DEL DIA 30 DE NOVIEMBRE DE 1927.—PRESIDENCIA
DEL DOCTOR L. TROCONIS

A las 19.45 se abre la sesión.

DR. ELISEO RAMIREZ.—Lee su trabajo de turno.

DR. CASTAÑEDA.—He escuchado con atención el trabajo del doctor Ramírez. No es el principio de una historia personal de investigaciones científicas, le encuentro escalonado a otros trabajos que ya he presentado y por esto no se puede considerar como una improvisación, sino la continuación de un programa asentado en buenas bases. Me voy a permitir comentarlo, aun cuando no tengo los alcances suficientes para ello.

El capítulo relativo a las alteraciones sufridas durante los períodos de la vida de la mujer a que se ha referido el doctor Ramírez, no hay que verlo como un ensanchamiento de las transformaciones que pasan en el útero durante la menstruación, la fecundación y la gestación. En estas épocas de la vida genital, aparecen, se presentan, transformaciones histológicas en la matriz, que no están a discusión, respecto a su génesis ni a su origen. Se ha admitido que existe una pluri-función ovárica y que el papel del folículo es fácil de averiguar, así como la función de la glándula intersticial y el cuerpo amarillo. Aquí, en este caso particular creo, hay que tenerlo presente porque se sabe que en el ovario, precede a la metamorfosis endométrica de la fecundación, de la menstruación y de la gestación.

No está comprobado que se presenten lesiones semejantes en la vagina, no es inverosímil, a priori, considerarlo desde el punto de vista de esta serie de trastornos. El cuerpo amarillo preside el período embrionario que no es vaginal; el embarazo es netamente uterino, nada tiene que ver con la vagina. En la fecundación y en el parto, sí interviene la vagina por razones obvias; pero el cuerpo amarillo nada tiene que ver con la vagina, aun cuando ésta representa un papel importante en todos estos actos. Da lugar a pensar que el cuerpo amarillo tenga que ver no solamente en la transformación del cuerpo uterino sino con el resto del aparato genital.

En las conclusiones del doctor Ramírez al hacer el estudio de los frotis, que lo encuentra de distintos tipos, es un asunto que hay que repetirlo muchas veces para poder llegar a una conclusión final, así como las modificaciones hormonales del sistema nervioso y simpático que es demasiado complicado. Es bien sabido que las glándulas no obran de un modo unitario y personal, en que la acción depende de otras glándulas. Quizá en las funciones ováricas tenga que ver no solamente la hormona sino la influencia de otras que tendrían un punto de relevo. Respecto del hecho anatomo-histológico es una contribución muy importante que tiene que someterse a otras pruebas por ser definida. Las alteraciones vaginales vistas de un modo particular, no tienen valor, tendrán en lo que se refiere al cuerpo amarillo, pero respecto a ellas, tendría que verse las variantes y ver qué pasa cuando no hay un cuerpo amarillo y cuando lo hay.

De lo que sabemos del cuerpo amarillo y sus metamorfosis uterinas, es posible concederle una acción que se puede manifestar en la vagina, pero los experimentos, desde el punto de vista técnico no son objetables y pueden quedar como una contribución porque son conocimientos muy profundos y que a veces no pueden resolverse. No se puede saber qué intervención tengan con otras glándulas con o la glándula intersticial del ovario que tiene acción sobre los senos y en el útero por reflejo y qué alteraciones puedan tener estas glándulas produciendo determinados fenómenos en la vagina. Como estos asuntos están encaminados a la experiencia, se debe esperar a una conclusión. Es un estudio fecundo que tendría grandes ventajas, siempre que se repitieran estas experiencias. Continúa haciendo algunos comentarios con relación al trabajo.

DR. RAMIREZ.—Agradezco al doctor Castañeda las frases en que se ha expresado a propósito de mi trabajo que titulo: «Un nuevo posible signo del embarazo» Señalo únicamente las bases de trabajos futuros, estudiando circunstancias muy variadas. Quiero referirme a algunos puntos que tocó el doctor Castañeda. Es claro que es un problema complicado en el que intervienen las glándulas y los nervios, pero para aclarar los asuntos se necesitaron hacer esquemas, no porque correspondan a la realidad sino porque sirven para orientarse en los problemas complejos. Hay puntos fundamentales en el papel que desempeña el cuerpo amarillo. Los trabajos se deben a Loeb que demostró que en un animal a quien se le hace sufrir una cópula infecunda, el cuerpo amarillo determina la transformación decidual. Si a una coneja se le hace sufrir una cópula infecunda, el estudio demuestra que hay una transformación decidual y que hay cuerpos amarillos.

Segundo punto.—Si a una coneja que ha sufrido una cópula infecunda se le introduce en la matriz un cuerpo extraño, se forma una placenta. Yo

he hecho experiencias utilizando algunas substancias, coloco de preferencia bolas de jabón para formar la placenta. Nielsen para sus trabajos utiliza bolas de vidrio. El cuerpo amarillo precede a la transformación decidual. La cópula es anterior a la producción del cuerpo amarillo. Si se hace el estudio del ovario durante la época del celo se demuestra que durante este período los condriomas presentan fenómenos de actividad externa. Si se toma sangre circulante de un animal en la época de celo o de una mujer durante el período de menstruación, y solamente durante este período, se encuentra acción destructiva in vitro sobre la mucosa uterina. Los estudios hechos por Frankel demostraron que la mucosa uterina durante la menstruación tienen substancias proteolíticas que se pueden obtener por raspas de la matriz, siendo una substancia de naturaleza lipóide.

Tomando extractos de sangre menstrual, e inyectando a una coneja castrada, se produce la destrucción completa de la mucosa uterina.

No habiendo otro asunto de que tratar, se levanta la sesión a las 21.10 con asistencia de los doctores; Ayuso, Bulman, Castañeda, Cicero, Escontría, Loeza, Monjarás, Landa, Ramírez Eliseo, Ramírez Vicente, Torres Torija, Troconis y el suscrito secretario anual,

LUIS S. VIRAMONTES.

SESION DEL DIA 14 DE DICIEMBRE DE 1927.—PRESIDENCIA DEL DOCTOR RAFAEL SILVA

UN PROCEDIMIENTO SENCILLO PARA ESTIMAR VOLUMETRICAMENTE LA ELIMINACION DEL ACIDO DIACETICO EN LA ORINA ¿DEBE PRESCRIBIRSE UN REGIMEN HIPOCLORIZADO A LOS HIPERCLOHIDRICOS?

Se nombra en comisión a los Académicos Troconis Alcalá y Escobar para que asistan, en representación de la Academia, a la inauguración de la Biblioteca «Lincoln».

Se da cuenta con los expedientes recibidos en la Secretaría para presentar candidatos a las plazas vacantes, figurando los nombres de los señores doctores Salvador Bermúdez, Gustavo Baz, Manuel Madrazo, Darío Fernández y Gastón Melo. Se acuerda se cite para votación a los señores académicos para la próxima sesión del día 21 de los corrientes.

El doctor Jesús Arroyo da lectura a su memoria de turno titulada: «Un procedimiento sencillo para estimar volumétricamente la eliminación del ácido diacético en la orina».

El doctor D. J. Tomás Rojas lee su trabajo reglamentario que se titula: ¿Debe prescribirse un regimen hipoclorizado a los hiperclohidricos?

El Dr. Ocaranza comenta el trabajo anterior diciendo que para darle

valor a las conclusiones del Dr. Rojas sería necesario tener en cuenta que el tipo de ácido clorhídrico en el jugo gástrico varía de una hora a otra. Atender al origen del ácido clorhídrico, así como que la acidez del jugo es mucho menor en comidas no alimenticias que en las que lo son.

DR. ROJAS. — Está de acuerdo en que el quimismo varía mucho de una hora a otra, pero no pudo evitar este escollo porque se trataba de la clientela particular y le era muy difícil multiplicar las observaciones. En cuanto a la naturaleza de las comidas cree subsanado el inconveniente porque tuvo en cuenta las variaciones de la acidez con el mismo alimento.

DR. OCARANZA. — El mismo alimento excita de diferente manera a varios individuos; aún con el mismo excitante reacciona de diferente manera, el mismo individuo, de una hora a otra. La cantidad de saliva o de moco deglutida hace variar la acidez del jugo gástrico.

DR. ROJAS. — Está de acuerdo con el Dr. Ocaranza pero repite que no pudo multiplicar las observaciones por tratarse de personas de su clientela particular. En cuanto a la saliva, les recomendó a los pacientes que durante el día de la observación procurar no deglutirla.

El señor Secretario Perpetuo dió cuenta con dos trabajos que recibió para el concurso anual: uno con lema y sobre cerrado y el otro sin estos requisitos: por lo que se consulta a la Academia qué debe hacerse con el segundo.

El Dr. Viramontes propone que por medio de la Prensa se haga saber esta circunstancia que indudablemente obedece a un olvido, y tal vez el interesado subsane esta omisión. La Asamblea tuvo a bien aprobar la iniciativa.

Se procedió a nombrar el jurado para el tema: «Tratamiento de la parálisis general progresiva» resultando elegidos los señores Bulman, Aragón, Escalona, Chávez y Nieto como propietarios y como suplentes: Brios Vasconcelos y Cicero.

Para el tema: Tratamiento de las colecistitis el jurado quedó constituido así: Propietarios: Doctores Villarreal, Ulisés Valdés, Godoy Alvarez, Castañeda y Malda.

Suplentes: Señores Amor y Castro Villagrana.

Se anunciaron los turnos de lectura y se levantó la sesión a las 21.30 horas.

Asistieron los señores: Arróyo, Escobar, Escontría, Jiménez, Monjarás, Ocaranza, Pruneda, Ramírez Eliseo, Silva, Troconis y el secretario anual,

LUIS S. VIRAMONTES.

SESION DEL DIA 21 DE DICIEMBRE DE 1927.—PRESIDENCIA
DEL DOCTOR RAFAEL SILVA

A las 19.40 se abrió la sesión.

Se procedió a la votación de los candidatos presentados.

El doctor Salvador Bermúdez fué aceptado por unanimidad de votos para ocupar un sillón en la Sección de Higiene.

El señor Manuel Madrazo, candidato a una plaza de la Sección de Fisioterapia, fué aceptado por una mayoría de 17 votos contra dos.

El señor Darío Fernández, obtuvo a su favor 18 votos contra uno para el sillón de la Sección de Oto-rino-laringología.

El señor Gustavo Baz, candidato a un sillón en la Sección de Patología y Terapéutica Quirúrgicas, fué aceptado por 17 votos contra dos.

Al darte cuenta con el expediente del señor doctor Gastón Melo se encontró la falta de dos documentos indispensables según el Reglamento y la Academia resolvió que no podía ponerse a votación.

El señor doctor Bulman, Presidente del Jurado para dictaminar sobre el trabajo acerca del «Tratamiento de la parálisis general progresiva», manifiesta que presentará su dictamen para la primera sesión del mes de marzo.

El señor doctor Villarreal, Presidente del Jurado sobre «El tratamiento de las colecistitis», manifiesta que próximamente indicará el plazo para dictaminar.

Se anunciaron los turnos de lectura y se levantó la sesión a las 20 horas 45 minutos con asistencia de los socios señores Arroyo, Bandera, Bulman, Chávez, Escontría, Escobar, Godoy Álvarez, Landa, Monjarás, Mendizábal, Pruneda, Rojas, Rojas José Tomás, Jiménez, Ramírez, Silva, Torres Torija y Viramontes.

SESION DEL DIA 28 DE DICIEMBRE DE 1927.—PRESIDENCIA
DEL DOCTOR RAFAEL SILVA

INFARTO DEL MIOCARDIO.—CONJUNTIVITIS DE PISCINA.

DR. CHAVEZ.—Hace algunas semanas tuve el gusto de presentar a la consideración de ustedes la iniciación de un trabajo referente a las angiosclerosis juveniles en los individuos de tipo rectilíneo. En aquella ocasión eran tres los jóvenes hoy puede decirse que son cuando menos ocho los que se han consultado y que tengo en estudio. Espero en próximas sesiones presentar el resultado en conjunto. Ahora voy a relatar un caso interesante. Se trata de un caso de infarto del miocardio. El cuadro cli-

nico apareció tan completo que creo que puede tomarse como cierto. Se trataba de una señora como de 58 años de edad, verdaderamente hipertensa (24 por 13) que tenía una cefalea, disnea y adormecimiento de las extremidades. Consultó a propósito de su diabetes y se le sujetó a un régimen, sin haberse sometido al tratamiento por la insulina, hasta que estalló el infarto, en el curso de una noche, sin que hubiese habido un cuadro anterior.

De pronto presentó un dolor brutal, con irradiaciones a los dos hombros, que obligó a la enferma a mantenerse inmóvil, hubo disnea que aumentaba el dolor y que obligaba a hacer respiraciones lentas y profundas, cuadro que se prolongó durante 24 o 26 horas con ese estado anginoso. La enferma sufrió lipotimias y el médico que la vió pudo comprobar un abatimiento de la tensión arterial de 24 x 15 que tenía antes, había bajado a 12 x 11. Se tenían como únicos datos el abatimiento de la tensión arterial y la duración prolongada del dolor anginoso. Pasaron tres días en los que el dolor se había calmado y se observó que la tensión bajaba día a día y a la vuelta de tres días estaba en 11 para 9½. La enferma presentaba un poco de paresia en la comisura labial. Fue llamado en consulta junto con otro grupo de médicos y estaban conformes en que se trataba de un infarto del miocardio. El cuadro clínico indicaba una embolia cerebral. La enferma presentaba embriocardia. El médico había observado la desaparición completa de un soplo sistólico y la desaparición del ruido de galope. Pasaron ocho días y la enferma, bajo la influencia de las inyecciones tónicas fué aliviándose poco a poco, levantándose su tensión hasta llegar a ser de 13½ por 11½, el pulso fué haciéndose corto y las funciones cerebrales fueron reapareciendo. Después de ocho días se presentó la hemiplegia franca, perdió por completo el conocimiento, cayó en estado de coma y comenzó la calentura de 39°; a la vuelta de tres días vino la muerte. Estaba claro que aquel coma no era coma diabético ni coma acetónico.

De un caso de angina de pecho se puede salir, en pocas horas y puede el enfermo aliviarse sobre todo si es el primero; en cambio, es raro el enfermo que teniendo infarto del miocardio logre salir con vida de él. Gallavardin acaba de publicar un trabajo sobre 23 casos de infartos del miocardio y los coloca en tres grupos: Los de aparición y desenlace súbito, los de aparición lenta y desenlace súbito y los de aparición lenta y desenlace lento. En los de aparición súbita y desenlace súbito el cuadro se confunde con los de angina de pecho. Cuando es angina el dolor dura minutos, la tensión arterial conserva su cifra normal, en cambio en los de infarto se produce un aplastamiento, por el desprendimiento del miocardio comprometido que llega a producir alteraciones capaces de sostenerse hasta dos días, pudiendo desaparecer o comprometiendo la vida del enfermo. En el cua-

dro que presento hubo la aparición de embolias. Si la angina se debe a una aortitis sífilítica puede haber embolias, pero no son frecuentes; en cambio en los casos de infarto del miocardio se comprende que aqñel corazón deja pasar pequeñas embolias, éste accidente es frecuente en estos casos. En casos de angina de pecho de duración insólita prolongada, de brutalidad franca, con aplastamiento de la tensión arterial y frotamientos pericárdicos, con producción de pequeñas embolias en la gran circulación, viene a darnos el diagnóstico de infarto del miocardio y el pronóstico es siempre fatal. Deja de ser fatal, cuando se trata de un pequeño infarto. En los de aparición lenta, en personas que padecen lesiones arteriales, se encuentran, con frecuencia en las necropsias, signos que pasaron desapercibidos y que se tomaron como casos de angina de pecho. En este caso el pronóstico puede ser benigno.

La angina de pecho cede al reposo y a los vaso dilatadores o a la morfina; en cambio el dolor del infarto no cede con nada, ni aún cuando se someta al enfermo a un estado de somnolencia obligada por la morfina.

DR. SILVA.—Va a decir algunas palabras respecto a una afección llamada conjuntivitis de piscina o de estanque que se manifiesta por signos característicos. Es una afección conjuntival muy intensa que se presenta con una gran cantidad de secreción. Tiene de característico que afecta tanto a la conjuntiva del párpado inferior como a los fondos de saco. Es una enfermedad bastante rebelde que no cede ni con las cauterizaciones más profundas; siempre sigue su evolución. He tenido oportunidad de observar que esta enfermedad dura hasta un año. El principio es siempre agudo y después de algunos días presenta pequeñas excoりaciones corneanas. Hay que tener en cuenta que parece ser muy contagiosa. En la literatura médica se observan casos de individuos que no solamente tienen conjuntivitis de piscina tomada en los estanques, sino también rinitis. Se encuentra mucho parecido a las lesiones de esta enfermedad con el tracoma y tiene como característica principal que no termina con formación cicatricial de la conjuntiva, sino que después de un período más o menos largo, los gránulos van desapareciendo. En *The American Journal* viene un artículo que habla de lesiones también en la nariz y en la garganta. Se han hecho multitud de pruebas para lograr la esterilización del agua de los estanques.

En algunas ocasiones se ha obligado a cerrar los establecimientos por no poder hacer esta esterilización completa.

DR. MONJARAS.—Dice que ha nadado mucho y que nunca ha sabido que ninguno de sus compañeros haya adquirido esta enfermedad. En la alberca que se está construyendo en la Asociación Cristiana de Jóvenes, se va a procurar que se tenga agua limpia varias veces a la semana. Yo dudo

que sea ocasionada esta enfermedad por algún microorganismo, porque el movimiento del agua hace que los microorganismos no tengan las condiciones necesarias para producir ninguna infección. Insinúa que pudiera ser traumática.

DR. SILVA.—No lo cree así, pues al principio la lesión es unilateral y su período de incubación es de dos a cinco días. En los exámenes bacterioscópicos no ha encontrado gérmenes. Como algunos individuos que se bañan tienen la costumbre de orinar en el agua, pudiera ser que algunos fragmentos de moco fueran desprendidos en el agua y vayan a colocarse en los ojos de los que acostumbran abrirlos dentro del agua. Tal parece que puede ser el mecanismo del contagio.

DR. BULMAN.—A nombre de la comisión dictaminadora sobre los trabajos del «tratamiento de la colecistitis», comunica que el segundo miércoles de marzo se rendirá el informe,

Asistieron los señores: Arroyo, Amor, Bulman, Bandera, Cicero, Chávez, Jiménez Carlos S., Landa, Monjarás, Pérez de la Vega, Ramírez E., Troconis, Torres Torija y el secretario,

LUIS S. VIRAMONTES.

ACTAS DE SESIONES

SESION DEL DIA 4 DE ENERO DE 1928.—PRESIDENCIA
DEL DOCTOR R. SILVA.

MODIFICACION A LA TECNICA DE PFANNESTIEL.—REPLICA AL DR.
IGLESIAS.—EL ACADEMICO DR. VELEZ ES RECIBIDO EN LA
ACADEMIA DE PARIS.

A las 10.45 se abre la sesión.

Lectura del trabajo de turno del doctor Adalid Castillo. Se comisiona a los doctores Ramírez y Troconis para que examinen a la enferma que presenta el doctor Adalid Castillo. Se suspende la sesión.

Examinada la enferma se reanuda la sesión.

DR. RAMIREZ.—Examinamos el doctor Troconis y yo a la enferma que presentó el doctor Adalid Castillo y vimos que presenta en la parte inferior del abdomen una cicatriz de veinte centímetros de longitud, no hay ninguna eventración, de suerte que la enferma quedó en magníficas condiciones de estaticta y de estética abdominal. Yo creo que en las técnicas operatorias hay que tomar el «espíritu quirúrgico». Yo creo que la operación no es propiamente una nueva incisión sino que es modificación de la técnica. Esta opinión no es exclusivamente mía, porque sin conocer la técnica del procedimiento, en los tratados de técnica operatoria se señalan muchas variaciones sobre el mismo tema de la operación de Pfannestiel. En algunos tratados se señala una curva muy amplia, tangente en la parte media del púbis y que se prolonga a los lados hasta el ligamento de Poupard. Estas incisiones se recomiendan sean lo más ancho posible puesto que van de un lado al otro. El hecho de que se haga un poco más gruesa o que se prolongue un poco de lo que se señala, no crea que deba modificar el espíritu de la original operación de Pfannestiel, que no presenta ninguna dificultad para las maniobras ginecológicas. De hecho, la incisión de Pfannestiel no deja una cicatriz muy visible, porque es borrada con los vellos del púbis, es una operación que no expone a las eventraciones por-

que es transversa, curva y longitudinal en la línea media del peritoneo, y la sutura de los rectos trae un reforzamiento en la línea media que no existe antes, y que después de la operación si quedan unidos porque se suturan formando un reforzamiento de la pared. Pasa en estos casos lo que con las operaciones de la hernia inguinal por el procedimiento de Bassinni, que al hacer la incisión se forma una pared que antes no existía; la luz es amplísima, de tal manera, que se puede maniobrar libremente y utilizar la valva de Faure para separar los bordes del abdomen y para sujetar las compresas que sostienen el intestino. En las apendicentomías es perfectamente fácil practicar la operación de Pfannestiel, haciendo la incisión gruesa y amplia. La de Bardenhuer se emplea poco por las reducidas indicaciones que tiene. Se emplea esta operación para algunos casos de cáncer de la matriz, en donde hay infección del parametrio; he visto suturar la parte inferior del peritoneo y al peritoneo posterior de la pelvis, de tal manera que se queda independiente la cavidad abdominal de la cavidad pélvica. Estas suturas no tienen ningún objeto, se ha dicho que se practican con el objeto de formar un diafragma peritoneal. Para esto se necesita hacer comprobaciones en el cadaver de que el peritoneo no se esfacela. La incisión de Pfannestiel tiene aplicaciones en intervenciones peligrosas. En el tratamiento de la retroversión uterina por acortamiento mixto y extraperitoneal de los ligamentos redondos, se hace por el procedimiento de Montgomery.

(Hace una explicación de las técnicas de las operaciones de Pfannestiel y Bardenhuer). No en todos los acortamientos de los ligamentos redondos, se deja la parte más débil del ligamento. Si se hace el acortamiento de los ligamentos redondos suturándolos atrás de la matriz, la parte más débil, que es la parte anterior, se conserva y en la operación de Montgomery la parte anterior se suprime en su funcionamiento. La operación de Alexander Adams tiene el inconveniente de que no siempre se encuentran los ligamentos redondos fuera del canal inguinal y puede quedar la matriz fuera de su lugar; en cambio en la operación de Pfannestiel es más usada pudiendo hacer la incisión más amplia, más estética y permitir todas las maniobras dentro de la cavidad abdominal. La enferma presentada por el doctor Adalid Castillo, tiene una magnífica cicatriz.

DR. ADALID CASTILLO. —No se puede tomar como una nueva operación, pero si como una modificación a la técnica de Pfannestiel y es una modificación que permite ver la incisión llegando hasta la parte inferior del púbis. He tratado de excitar el ánimo del cirujano para que practique operaciones amplias que tienen grandísimas ventajas sobre los otros procedimientos.

DR. OCARANZA. —Da lectura a una réplica al doctor Iglesias de Vera-

DR. VELEZ.—Informa acerca de su viaje a Europa. Presenta cartas de los académicos correspondientes en la Academia Nacional de Medicina de París. La opinión de los socios correspondientes es muy favorable a la Academia, consideran que nuestra agrupación es de las más estudiosas y pudo oír elogios de los consocios. Para hacer su presentación a la Academia de Medicina de París, se convocó a sesión especial teniendo un quorum como no se había tenido. Fué muy aplaudida la alocución y tuvo la satisfacción de ver que personalidades de la Academia de París, se acercaran para felicitarlo por el paso dado para unir la Academia de París con la Academia de México, presentando esta oportunidad para unir sus relaciones. El profesor Gley rogó se le enviaran las publicaciones y que cuando algún académico vaya en viaje especial a París, tendrá la satisfacción de presentarlo a la Academia para que puedan ser recibidos, así como los representantes de la Academia de París han sido recibidos en México.

DR. SILVA.—Da las gracias al doctor Vélez por su gestión en favor de la Academia y cree que la manifestación de simpatía va a redundar en beneficio de la misma Academia.

DR. LANDA.—Felicita igualmente al doctor Vélez, porque fué comisionado durante el tiempo que tuvo el honor de ser Presidente de la Academia, cumpliendo su comisión. Pide que las cartas que han enviado los socios de la Academia de París sean publicadas en la Gaceta Médica, para dar a conocer que la Academia de México cultiva relaciones con la Academia de Medicina de París. Se aprueba la iniciativa.

Se levanta la sesión a las 21 horas, con asistencia de los señores doctores: Adalid Castillo, Bulman, Bandera, Chávez, Escontría, Landa, Monjarás, Ocaranza, Ramírez E., Torres Torija, Troconis, Torres Estrada, Vélez y el suscrito secretario,

LUIS S. VIRAMONTES.

SESION DEL DIA 18 DE ENERO DE 1928.—PRESIDENCIA DEL DOCTOR RAFAEL SILVA

Abierta la sesión y no habiéndose presentado los socios en turno para la lectura, el doctor Silva hizo la comunicación siguiente: Hay una forma de otitis sobre la cual quiere llamar la atención porque es rara y de pronóstico muy grave. Es una otitis sub-aguda de otitis mucosa producida por el *estreptococcus mucosus* y que fué descrita en Viena; su principio es insidioso, con leves dolores, sin reacción febril, salvo al empezar, no produce perforación pero sí una secreción más bien mucosa que purulenta y que

forma grandes hilos o filamentos. El caso clínico que va a describir fué el de un niño que tuvo ligeros dolores en el oído, pero sin calentura ni otra manifestación; dos meses más tarde se quejó de dolores en la región mastoidea con formación de un grande absceso que provocó la destrucción del apófisis. Se le operó y la marcha posterior del padecimiento fué muy satisfactoria, pues sanó el enfermito en breve plazo. El peligro en este caso estriba en la falta de síntomas al principio de la dolencia, pues hay que tener en cuenta que el germen produce la destrucción del hueso y lesiones intracraneanas. Otro caso: un niño tuvo un ligero catarro y dolor en el oído, practicada la paracentesis escurrió una pequeña secreción mucopurulenta, pero el enfermo seguía sordo no obstante haber desaparecido los dolores. Al cabo de poco tiempo, después de un viaje, tuvo nuevamente un leve dolor y ligera reacción febril. Practicado el examen del oído interno solamente se encontró una ligera congestión de la membrana del tímpano y los huesecillos menos marcados que normalmente. Se resolvió hacer una trepanación del apófisis mastoide y encontró las ceidillas terminales completamente destruidas y el antro completamente ebúrneo, al grado de que se embotaron cuatro cinceles nuevos. Pudo, sin embargo, rehacer el antro y restablecer la comunicación con la caja. El resultado de la intervención fué completamente satisfactorio.

DR. ESCONTRIA. — Juzga muy interesante la comunicación del doctor Silva y recuerda un caso en que una niña de 13 meses después del sarampión tuvo una otalgia que duró 24 horas; examinada por el especialista no juzgó necesaria la paracentesis. A pesar de la franca declinación de los fenómenos pulmonares, persistía una fiebre de tipo remitente. La niña, que tenía ya muy buen apetito, a las primeras succiones abandonaba la botella, pero si se le daba el alimento con cuchara sí lo tomaba. El especialista practicó un nuevo examen con el mismo resultado negativo que el primero; sin embargo, se resolvió hacer la paracentesis de la membrana del tímpano, dando salida a un líquido mucopurulento, viscoso y fetido; después declinó la fiebre y vino la curación completa. Es bien sabido que algunas fiebres eruptivas, el sarampión principalmente dan lugar a complicaciones auriculares. Algún especialista americano aconseja practicar, en casos de fiebres eruptivas la paracentesis previa, lo cual es, seguramente, ir demasiado lejos. Pero sí debe vigilarse el oído cuidadosamente.

DR. SILVA. — La forma que describió es excepcional. Recuerda otra enferma, una niña con un padecimiento gastro intestinal y luego con una complicación pulmonar; consecutivamente vino una otitis doble supurada sin perforación; la canalización se hacía por las trompas de Eustaquio y ei pus provocó primero una amigdalitis y después una bronco-neumonía. Hubo posteriormente infartos del hígado y del bazo, púrpura, abscesos múl-

tiples y fenómenos septicémicos, que reconocieron por origen la otitis. Canalizada convenientemente la oreja se obtuvo la curación completa al cabo de cuatro meses de padecimiento. Enaltece la importancia de un examen oportuno.

Asistencia: Bandera, Bulman, Escontría, Landa, Monjarás, Pruneda, Silva y el suscrito secretario,

LUIS S. VIRAMONTES.

SESION DEL DIA 11 DE ENERO DE 1928.—PRESIDENCIA
DEL DOCTOR JULIAN VILLARREAL.

CONJUNTIVITIS DE PISCINA.

A las 19.35 se abre la sesión.

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

Lectura del trabajo del doctor Pérez de la Vega.

DR. BULMAN.—En sesiones pasadas el doctor Rafael Silva llamó la atención acerca de algunos casos que había observado de conjuntivitis de piscina en los nadadores. El doctor Monjarás refirió que es debida tal vez a traumatismo; pero el doctor Silva opina que es debido a agentes infecciosos en la conjuntiva, fundándose en que empieza por un ojo y se propaga días después al otro y que algunas veces es seguida de infecciones de la nariz y de la garganta. Atribuye esta infección a que muchos de los nadadores suelen orinar en la alberca y si tienen en la uretra algún padecimiento infeccioso, éste puede ser el medio de llevar la infección a la conjuntiva. El doctor Monjarás propuso que se dirigieran a las autoridades sanitarias llamando la atención en este sentido, puesto que se multiplica el número de albercas. Puede referir al doctor Monjarás que hace dos años en la escuela de Ciencias Químicas y con permiso del señor Ministro de Educación, se bañaban, además de los alumnos, los vecinos de la población, y se observaron conjuntivitis que alcanzaron la cifra de treinta según las estadísticas recogidas por el señor doctor Ochoa. La autoridad Sanitaria comenzó por examinar a los nadadores e impedir que se bañaran los que tenían algún padecimiento uretral, siendo de notar que los que tenían estos padecimientos eran los que habían obtenido el permiso para bañarse. Despues se hizo la desinfección del agua por medio de cloro activo en forma de hipoclorito de sodio, 0.0002 gramos por cada litro. Agregada la solución se agita el agua perfectamente durante diez minutos, haciendo esta agitación hombres con grandes remos.

El análisis bacteriológico, hecho por el doctor Francisco Medina, demostró:

Antes de la clorinación: *agua contaminada*.

Después de la clorinación: *agua aséptica*.

El agua conservó su asepsia durante el día.

En la actualidad se usa también la fluoresceína como desinfectante.

Informo con el objeto de que sepa el señor doctor Monjarás que ya la autoridad sanitaria se ha ocupado de hacer el estudio del agua de las albercas y ha encontrado el remedio para evitar las conjuntivitis de piscina y para hacer la desinfección del agua, porque entre los medios que él recomendó se encuentra el de hacer un cambio frecuente de agua, lo que no es posible, por el gasto que implica para los dueños de albercas el cambio constante de una enorme cantidad de agua.

DR. MONJARAS.—Agradezco al señor doctor Bulman el informe que se ha servido dar. Con respecto a mí, puedo afirmar que las albercas vigiladas cuidadosamente, como la de la Asociación Cristiana de Jóvenes y la de la Escuela Militar, que están construyéndose según el tipo de higiene, que previene el cambio frecuente de agua. Hay una costumbre establecida en las albercas y es la de que los nadadores tomen un baño de regadera de aseo antes de entrar a la alberca, no permitiéndose la entrada a los que padezcan alguna infección uretral, infecciones de los ojos o de la piel. Repito, yo estuve nadando más de treinta años en una alberca en San Luis Potosí, donde se hacía el cambio de agua cada ocho días y no vi ningún caso de conjuntivitis. Si se esteriliza el agua convenientemente y se tiene el cuidado de que los nadadores entren bien bañados, no veo el medio de propagar esta enfermedad de la conjuntiva.

DR. ITURBIDE ALVIREZ.—Ya hay algunas disposiciones relativas. En lo que se refiere a la inspección de regaderas anexas a los tanques y a la obligación que tienen los bañeros para que el público tome primero un baño de regadera y luego pase a tomar el de estanque. Pero esta disposición no puede llenar todas las necesidades, porque los bañeros no tienen capacidad para saber si el que va a tomar un baño padece o no algunas de las enfermedades a que se ha hecho mención. En cuanto a la renovación de aguas, se ha dispuesto que se cambie por lo menos dos veces a la semana; algunos opinan que debe haber una corriente constante de agua en la superficie del estanque. Esto último es difícil de obtener porque los dueños de baños se encuentran con la dificultad de que el Ayuntamiento pone una contribución bastante grande y en la práctica es muy difícil llevar a cabo esta disposición.

Se levantó la sesión a las 20 horas 30 minutos, con asistencia de los señores doctores: Arroyo, Bulman, Chávez, Iturbide Álvarez, Jiménez, Landa, Monjarás, Rojas José T., Ramírez Eliseo, Ramírez Vicente, Torres Torija, Troconis, Ulrich y el secretario,

LUIS S. VIRAMONTES.

SESION DEL DIA 25 DE ENERO DE 1927.—PRESIDENCIA
DEL DOCTOR RAFAEL SILVA.

NOTA PRELIMINAR PARA EL ESTUDIO DEL CHAPARRO AMARGOSO
HEPATITIS SIFILITICA

A las 19.45 se abre la sesión.

Acta de la anterior.

A propósito de los socios corresponsales se leyeron las proposiciones acordándose para otra sesión la resolución de las solicitudes.

Correspondencia recibida.

DR. BULMAN.—Lectura de su trabajo de turno sobre un caso de hepatitis sifilítica, que hizo pensar en un principio que se trataba de una fiebre tifoidea y después de una forma atípica de fiebre palustre. Las reacciones de Wassermann hechas por los doctores Cervera, Perrín y Pérez Grovas, confirmaron una reacción intensa positiva. Al trabajo se acompaña la curva térmica, así como análisis de orina y comprobantes de la reacción de Wassermann, y cuarenta citas bibliográficas.

PROFESOR NORIEGA.—Trabajo de turno titulado: «Determinación del mucígeno para la reacción azotúrica».

PROFESOR CORDERO.—Sin pretensiones puedo decir que hace seis o siete años tuve el gusto de presentar a la Academia trabajos hechos por mí, admitiendo cerca de 200 determinaciones de nitrógeno por el procedimiento de Kietol. Me he convencido que este procedimiento es aceptable, pero se pueden tener en consideración las condiciones de temperatura y presión para hacer la lectura fácil en un momento, puesto que este procedimiento resulta, por el método, comparativo, ya que se tiene entre dos determinaciones una diferencia apenas apreciable de 0.08. Esto significa un adelanto.

PROFESOR CORDERO.—Los errores de presión no hay que admitirlos porque se opera comparativamente en un espacio de tres minutos, a la misma temperatura, a la misma presión y con el mismo error de humedad.

DR. LOPEZ.—Lectura de un trabajo titulado: «Nota preliminar para el estudio del Chaparro Amargoso, Castela Nicolsoni de Torrey & Grey.

PROFESOR NORIEGA.—Con el fin de corresponder a la bondadosa invitación que para esto se me hizo, colaboro con los siguientes datos. En compañía del Dr. Bulman recogimos del Dispensario de los Estados Unidos, lo siguiente:

CASTELA NICHOLSONI.—Texana. Torrey y Grey. Familia Simarrubáceas. Esta planta que se conoce entre los mexicanos como Chaparro Amargoso o Ditirimba, ha sido recomendada encomiásticamente por Nixon para el tratamiento de la Disentería ambiana. Ha descubierto que el extracto fluido privado de tanino, es capaz de inmovilizar la entameba histolítica, la que asume un aspecto esférico con marcada diferenciación del ectoplasma y el endoplasma.

La droga no tiene valor en la diarrea ordinaria ni en la helmintiasis.

Putegnat, ha separado un principio amargo, Amargosina, que es de importancia dudosa.

Las conclusiones de Hicson concernientes a los efectos del Chaparro Amargoso en las amibiasis, se han confirmado por Shepheard y Lillie, Saldards y Moviers. Los estudios químicos del último aunque concluyentes, sugieren la presencia de un glucósido.

Nickson prefiere el cocimiento de la droga, pero teniéndose en el mercado extracto fluido, se puede utilizar a la dosis de 4 a 12 c.c.

La Extrafarmacopea Inglesa de Martindale dice que el Chaparro amargoso es una planta silvestre del sur de Texas y México. El cocimiento se hace con una cucharadita colmada de tallos y hojas o corteza de raíz, o raíz descorticada en 20 onzas de agua, hirviéndola por 15 a 30 minutos. El cocimiento se usa también como enema.

El cocimiento se toma tres veces al día a fin de tratar la entameba histolítica.

Se compara favorablemente con la emetina en el tratamiento de la disentería ambiana.

El señor Martínez del Instituto Biológico, me proporcionó los siguientes datos.

CHAPARRO AMARGOSO.—Castela texana, Torr & Grey) Familia de las Simarrubáceas.

Es una planta medicinal que recientemente ha traído la atención de los médicos por su utilidad para combatir las amibiasis. Ha sido usada con aparente éxito por el doctor Nixon en 1914-1926 por Shapeard, Lillie Sellards y Ne Iver en 1918.

Otras plantas de la misma familia se han empleado con resultados semejantes, por ejemplo, la Brucea Sumatrana y diferentes especies de simarruba, por lo menos parece probable que todas estas plantas de la misma familia, tienen composición química semejante

En nuestro país abunda en la zona desértica el llamado Chaparro amargoso y ha tenido demanda en los últimos años. Ewins ha obtenido de esa planta un principio amargo cristalino; pero dicha substancia no está al parecer bien definida hasta la fecha.

El chaparro amargoso es un arbustito leñoso que alcanza de 1 m a 2 y medio de altura, con corteza de color grisáceo. En los tallos lo mismo que en las ramas, tiene espinas alternas de 5 a 6 cm. de largo de las que salen otras pequeñas laterales y que miden de dos a cuatro milímetros. Las hojas, tal como se observan en un ejemplar seco, son alternas o en grupos hasta de cuatro, situadas cerca de las espinas. Dichas hojas son sentadas, largas, angostas, enteras y con borde reflejado hacia atrás.

En la parte superior se nota una ligera depresión longitudinal que corresponde con una saliente inferior formada por la nervadura central que es la única visible. Miden de 8 a 9 mms. de largo por dos de ancho. Las flores son solitarias, de color rojo azafranado. Miden unos 2 o 3 mms. y constan de un cáliz de cuatro sépalos, corola de cuatro pétalos y un androceo con 8 estambres. El fruto es una pequeña drupa de 6 a 8 mms.

Vive esta planta en terrenos áridos. Se ha colectado en Coahuila, Durango, San Luis Potosí, Tamaulipas y Nuevo León. Se llama «Bisbirinda» en Tamaulipas y «Chaparro Amargoso» o simplemente «Amargoso» en otros lugares.

La parte que se utiliza es la corteza: tiene sabor amargo. «El cocimiento de la corteza se usa en la medicina doméstica contra las fiebres; para algunas afecciones intestinales y contra la eczema. Tiene propiedades astringentes y tal vez tónicas» (Stendley)

Hay en México cuatro especies.

C.—Texana (Torr y Grey) Rose. C. N. N. 12 278. 1900.—C

Nicholsoni Hott en las localidades citadas.

C.—Peninsularia Rose C / N. N.—12.—278. 1909. En Baja California.

C.—Toruosa Liem. Nat. for Kjebenhavn Vid Medd.—1853. 110. 18. En Oaxaca.

C.—Retusa. Liem Nat for Kjebenhavn Vid Medd.—1835.—110.—1854. En Oaxaca.

El doctor Stendley cree probable que este número de especies pueda reducirse.

DR. BULMAN.—El doctor López sí menciona la Amargosina, alcaloide que tiene la planta castela texana. No se ha llegado aislar este principio alcaloide y sería muy interesante ver si esta planta pertenece a la misma familia, porque llama la atención que no se haya podido encontrar el principio activo. El alcaloide, como le dice el profesor Cordero, es un sucedáneo de la emetina. Se ha hecho hincapie en que no tiene acción sobre las

enteritis no específicas ni sobre la solitaria, su acción es sobre la ameba disenteriforme. Sería muy conveniente especificar esta clase de planta. Si nosotros recordamos la actividad que desplegó el doctor don Fernando Altamirano, que fué el fundador del Instituto Médico, es para dedicarle un elogio, ya que el doctor López lo hace y merecido, al doctor Terrés. El doctor Altamirano fué quien dió a conocer las plantas mexicanas en Europa. Los libros franceses lo citan cuando se trata de las propiedades terapéuticas de dichas plantas. El doctor Altamirano conoció mucho de química, de botánica y de farmacia, que lo ayudaban demasiado en sus estudios farmacológicos sobre las plantas.

DR. LOPEZ.—Estimo las observaciones que han hecho los señores Bulman y Cordero, seguramente que la planta tiene mucha mayor importancia que la que a primera vista pudiera creerse. Pienso que completaremos el estudio cuando se presente un trabajo más extenso. En mis memorias no puedo referir los experimentos químicos, porque sería quitarle el interés a la tesis que se está escribiendo sobre este punto.

He titulado a mi memoria: «Una nota preliminar» y sin embargo, voy a hacer las siguientes observaciones: Tuve interés en que se buscaran los alcaloides y así lo recomendé a los señores Caturegli y Novoa; pero no sé si no se encontraron o no se hicieron las investigaciones porque en el Laboratorio de Química y Farmacia del Departamento de Salubridad hay muchos asuntos pendientes, lo cierto es que no se pudo llevar más adelante el estudio químico. El señor García Colín repitió todos los experimentos que han revelado la existencia de dos glucósidos. La Castelarina es la amargosina. Se ha convenido en que a la existencia de este glucósido, debe su acción el chaparro. Sin embargo, se piensa en que pueden inyectarse los tres alcaloides, puesto que estos tres alcaloides tendrían que obrar mejor que uno solo. Tratándose de plantas, los extractos combinados nos presentan acción mucho más importante que los extractos aislados. Todo esto, repito, no ha sido más que una serie de investigaciones. Queda en pie el hecho de la observación clínica que habla mucho más que todas las experiencias de laboratorio, aunque muchos casos de disentería amibiana han cedido con los productos citados y con el cocimiento de chaparro amargoso. Hay un preparado bien hecho que hasta la fecha no ha producido ninguna irritación ni absceso, simplemente ocasiona dolor debido a la acidez del producto y se piensa que después de alcalinizado será más aceptable. No quise olvidar a mi distinguido maestro el doctor Altamirano, que fué uno de los maestros a quienes he profesado mayor cariño, siempre tuve devoción por él y por sus estudios farmacológicos. No lo mencioné tal vez porque mis trabajos fueron hechos al lado del doctor Terrés y no al lado del doctor Altamirano; pero yo me adhiero de todo corazón a su recuerdo

y quisiera que este recuerdo lo compartieran todos los miembros de la Academia.

PROFESOR CORDERO. —Cambiano impresiones con el compañero Noriega recuerdo que se hizo el estudio del chaparro en el Laboratorio de Industria y se encontraron glucósidos análogos a la cuasina. Es preferible irse sobre esta vía y aprovechar el extracto fluido que se prepara con hidroalcohol y glicerina. La importancia es capital para saber si se trata de un glucósido o de un alcaloide, porque los primeros son menos resistentes que los segundos.

DR. BULMAN. —Insisto en que se hagan las clasificaciones de la planta y la búsqueda de su alcaloide. Esto sería interesante si se demuestra que es un sucedáneo de la emetina, no sólo proporciona un recurso terapéutico más, sino que será para México un producto industrial, porque hay que recordar que es una planta abundantísima en las regiones que ha mencionado el Dr. López. El chaparro dió su nombre a las *chaparreras* que usaron los charros para protegerse las piernas. Quedo complacido de que el doctor López justifique la memoria del doctor Altamirano, tanto más cuando que fué uno de sus antepasados en la cátedra de terapéutica.

DR. LOPEZ. —Se me olvidó hacer referencia a algunas observaciones. Hay cierta discrepancia en la descripción de la planta. Yo me refiero a la castela texana.

DR. MONJARAS. —Como creador y fundador del Instituto Médico Nacional, se ha hecho un elogio a la memoria del doctor Altamirano; pero debe citarse también al señor Gral. Pacheco, Ministro de Fomento, que fué quien proporcionó todos los elementos para la instalación del Instituto. Si es cierto que el Instituto Médico ha desaparecido, hay una Sección especial en la Dirección de Estudios Biológicos bastante amplia, en donde se continúan haciendo todas las investigaciones que antes se hacían en el Instituto Médico.

Lectura del informe de la Tesorería.

Se levanta la sesión a las 21 horas, con asistencia de los señores doctores: Adalid Castillo, Bandera, Bulman, Cordero, Castañeda, Godoy, Iturbide Álvarez, Jiménez, López, Monjarás, Noriega, Rivero B., Rojas José T., Silva, Villarreal, Vélez y el secretario accidental,

PABLO MENDIZABAL.

ACTAS DE SESIONES

SESION DEL DIA 19 DE FEBRERO DE 1928.—PRESIDENCIA
DEL DOCTOR R. SILVA.

LA OSTEOSINTESIS DEL FEMUR

A las 20 se abre la sesión.

Lectura de una proposición que hacen los señores Landa, Silva, Villanueva, Bandera, Rivero y Bulman, en favor del señor Juan Campos Kunhardt de Guadalajara.

DR. SILVA.—No estando presente el señor doctor Landa, pide se haga alguna comunicación.

DR. MENDIZABAL.—No es para hacer comunicación, sino para charlar un poco con los señores académicos, a propósito, de uno de los problemas más serios que suelen presentarse en la cirugía de los huesos largos. La última palabra a propósito de las fracturas de los huesos largos, es la fijación directa de los fragmentos. Me voy a referir exclusivamente a las fracturas del fémur. Cuando este hueso se fractura en cualquiera de sus tercios, lo ideal es coaptar los fragmentos y sujetarlos por alguno de los procedimientos usuales, reconociendo como muy ventajoso el uso del alambre. Más biológico sería emplear una tira de hueso vivo, o en su defecto tendón de kanguro; pero lo primero es casi imposible de aplicar con la firmeza que requiere esta modalidad de fracturas, y en cuanto al tendón, conserva su resistencia por muy poco tiempo, cediendo entonces a las fuertes tracciones que sufren los fragmentos. En cuanto a las grapas, cinchos, etc., significan demasiado cuerpo extraño que frecuentemente perturba la vida celular normal, provocando el reblandecimiento de los cabos, o algo que es peor, la necrobiosis, haciendo supurar el foco de fractura. Desde los trabajos de Ollier, a propósito de este asunto, y siguiendo la idea de no lesionar los órganos anatómicos, se ha escogido para llegar a las lesiones del fémur la cara externa del muslo, penetrando por el tabique aponeuró-

tico que separa los músculos de la región anterior y la posterior. Por lo que, desde el punto de vista anatómico, esta vía es ideal: no se cortan músculos, hay pocos y delgados nervios cuya función no es capital. Llegar al hueso por ahí es fácil, pero tratándose de fracturas, pierde esta vía sus ventajas. La acción quirúrgica en el hueso es tarea muy árdua, y al tratar de exteriorizar los fragmentos para perforarlos o pretender fijarlos con grapas, es cuando principian las dificultades.

Desde hace ocho años tengo a mi cargo el Departamento de Traumatología del Hospital Colonia, lo que me ha dado la oportunidad de tratar enfermos con fracturas de esta clase, por ser una lesión frecuente en mi Servicio. La osteosíntesis del fémur aumenta en dificultades, cuando el hueso se encuentra fracturado en su tercio superior. Fijar este fragmento significa una labor ímprobable: pues es retraído poderosamente por los músculos pelvitrocantéreos y psoas.

Aunque en cirugía deben seguirse las vías naturales evitando lo más posible la sección de elementos anatómicos especializados, con frecuencia el cirujano se ve obligado a seguir las vías más cortas y de más fácil acceso, de aquí, que yo ponga en práctica esta conducta atacando las fracturas del fémur por la cara anterior del muslo, llegando al hueso a través del cuádriceps. Siguiendo esta vía, fácilmente se hace uno dueño de los fragmentos por fijar, pues el superior aparece al encuentro de la incisión, y esta posición con respecto a la vía de acceso, lo hace manejable y permite una sencilla coaptación, abreviándose así el tiempo operatorio. Yo acostumbro cerrar completamente la herida, dejando drenaje por 48 horas en muy contados casos.

Ofrece presentar algunas radiografías, y si es posible algunos enfermos tratados por su procedimiento, en los que se ve, que las funciones del miembro pélvico están completamente normales. Para empezar la movilización se debe esperar a que el callo evolucione lo suficiente para estar bastante fuerte. La mejor manera de ayudar a la inmovilización del foco, es colocar un aparato enyesado persistiendo aun en hacer la tracción del miembro con pesas. Hace la explicación de cómo se coloca el aparato. Dejo a los enfermos con los aparatos 2 meses, porque antes, el callo está blando, y se hacen angulaciones de los huesos en el sitio de la fractura, por lo que la coaptación resulta defectuosa, advirtiéndose acortamientos. He visto que el reblandecimiento de los cabos de fractura, tanto en el fémur como en la tibia, es muy frecuente, lo que alarga mucho la evolución de los callos; completándose ésta, por ejemplo, en el fémur, hasta el centésimo día. La evolución lenta y perezosa de los callos es notable, cuando se refractura un antiguo foco defectuoso y se hace nueva coaptación; y así resulta, que si la primera fractura evolucionó en 50 días, la segunda dilata 40 o 50 días

más, para que se vuelva encontrar en las mismas condiciones que la primera a los 50 días (esto es, 80 a 100 días.) Semejante fenómeno se observa en todos los huesos largos. La explicación íntima del fenómeno no la sé, no la he podido encontrar. Quizá los biólogos nos pudieran decir el por qué de esto.

DR. GODOY A.—Siento mucho no haber oído todo lo que ha dicho el doctor Mendizábal. No sé si habló de las indicaciones de las osteosíntesis, ni de su tratamiento preciso y cuándo se debe intervenir en las fracturas practicando la osteosíntesis, y cuándo se indica la inmovilización del miembro

Tratándose de la inmovilización del miembro, creo que es mucho prolongarles los sufrimientos durante dos meses.

He observado que en los huesos largos se desarrolla un proceso muy curioso. Me refiero a un caso en el que hubo necesidad de hacer osteosíntesis después de mucho tiempo porque el individuo llegó al hospital con gangrena de las partes blandas y en las que no estaban cubiertas por la gangrena, la reparación había sido tan precaria, que apenas una delgada capa cubría el hueso. Cuando las fracturas se tratan después de algún tiempo y sobre todo, si estas fracturas están cerca de las articulaciones, se presentan dificultades para hacer la coaptación. Si se hace la osteosíntesis, se encuentra un reblandecimiento de los huesos, una especie de osteomalasia que abraza todo el hueso. Esto debe estar en relación con las perturbaciones funcionales de las secreciones internas. Cuando se suministran productos como la adrenalina y las sales de calcio, se combate este reblandecimiento. Llama mucho la atención que la inmovilización del miembro inferior se haga con un aparato enyesado hasta las costillas, no veo la utilidad que tenga esto. Si se hace un aparato de inmovilización y se arregla al mismo tiempo un aparato de extensión, debe en cierto modo combatir la eficacia de los dos aisladamente. Me parece que es muy largo el período de dos meses de inmovilización. Ahora se procura que la movilización sea pronta. Se combina el masaje con la movilización.

DR. BULMAN.—Me parece muy interesante la observación del doctor Mendizábal y tal vez les llame la atención que tome la palabra para asuntos de cirugía que hace tiempo no practico. Voy a permitirle recordarle al doctor Mendizábal que hay un tratamiento que puede emplearse después de que se haya puesto el aparato para ayudar a la formación del callo. Se usan preparados de adrenalina. Chosué fracturó piernas de pollo y vió que utilizando adrenalina se hace llegar con más facilidad los iones de calcio al lugar de la fractura y comparando una fractura tratada con adrenalina y otra sin que se hubiera administrado, se vió que se acortaba el período de evolución del callo. Esta observación de Chosué es vieja, hará 12 o 14

años cuando era practicante mío el doctor Ramon en el Servicio de Juárez, le sugerí la idea de emplear en las fracturas la adrenalina y el calcio y se lograron obtener muy buenos resultados. El doctor Ramon hizo varias observaciones y escribió un trabajo que se publicó en un número de la "Escuela de Medicina" y en él se dice que abreviaba el período de formación del callo.

DR. MENDIZABAL.—Me llama la atención que se hayan hecho comentarios sobre puntos que no he dicho. A propósito del comentario del doctor Godoy me voy a permitir hacer algunas consideraciones. Dice el doctor Godoy que hasta ahora no se tienen indicaciones precisas para practicar la osteosíntesis. Yo creo que la indicación la tenemos cuando se presenta una fractura que no se puede coaptar por procedimientos no sangrantes; así pues, cuando la coaptación no se logra por estos medios, sí está indicada la osteosíntesis para practicar la fijación de los huesos fracturados por cualesquiera de los procedimientos conocidos. Puede evitarse en fracturas de otros huesos largos. En cuanto a la inmovilización larga yo me he visto obligado a mantenerla por los frecuentes fracasos que se tienen cuando se hacen ejercicios de las articulaciones de los huesos fracturados, sobre todo tratándose del fémur. En otros huesos es ideal aplicar el masaje diario y una rápida movilización. A propósito de los elementos de fijación en los casos de fractura del fémur, la experiencia me ha enseñado que debo seguir practicando el método que refiero. Si se hace la osteosíntesis únicamente se expone uno a fracasos. Si se pone el aparato enyesado hasta la pelvis se expone uno también a fracasos, y no se tienen coaptaciones perfectas como cuando se combinan la síntesis con alambre y el uso de aparatos enyesados que lleguen hasta las falsas costillas y abarquen ambos miembros, más la tracción sobre el miembro enfermo. El resultado práctico, me ha enseñado a hacer una fijación de los huesos como la he indicado. A propósito de la inmovilización prolongada del fémur la sigo por experiencia, porque he visto que después de mes y medio si los enfermos se mueven, la coaptación no se hace perfecta, sino que siempre queda el miembro anguloso. En cuanto al procedimiento que me sugiere el doctor Bulman de emplear la adrenalina y las sales de calcio, debo decirle que lo he venido empleando y aun cuando lo uso me ha pasado con frecuencia lo que acabo de decir. Yo suministro adrenalina y grandes cantidades de calcio. En ocasiones he visto que no obstante suministrar grandes cantidades de calcio y adrenalina, no se hace la fijación de los huesos como se deseara. En cuanto a la desesperante lentitud de evolución del callo en las refracturas; voy a referir el siguiente caso: estoy tratando a un enfermo a quien corregí un callo defectuoso que se le había formado y ya tiene cerca de cuatro meses y no se ha podido solidificar a pesar de la adrenalina y del calcio.

DR. GODOY. — Ya me he referido a los casos quirúrgicos porque hay fracturas que se pueden corregir por los medios clásicos. Vuelvo a insistir sobre la finalidad de las fracturas del fémur. Recuerdo haber tratado a un muchacho que tenía mucho tiempo con su fractura. Pocos días después él mismo comenzó a andar y aquel movimiento facilitó la solidificación del callo. Yo creo que debe completarse la inmovilización con el masaje.

Pide la palabra para una comunicación.

Acudió una señora con un padecimiento abdominal que parecía ser una litiasis biliar por lo que se le mandó a Tehuacán y volvió con dolores en el vientre. Se le hicieron las radiografías que demostraron que no tenía cálculos. Se hizo la exploración y se encontró un empastamiento del lado derecho que parecía una apendicitis crónica y con este diagnóstico se le hizo la operación, encontrando un endurecimiento del saco que se comunicaba por el colon ascendente. No quise hacerle una resección del intestino sino que se le practicó la derivación de la última asa del yeyuno. Este enfermo se ha ido mejorando y me propongo presentar un trabajo y presentarlo a la Academia.

Se levanta la sesión a las 21 horas, con asistencia de los señores doctores: Arroyo, Bulman, Jiménez, Escontría, Godoy, López, Loeza, Landa, Monjarás, Mendizábal, Rivero B., Ramírez E., Silva y el secretario.

LUIS S. VIRAMONTES.

SESION DEL DIA 8 DE FEBRERO DE 1928.—PRESIDENCIA DEL DOCTOR RAFAEL SILVA

ABSCESSO CEREBRAL.

A las 19.45 se abre la sesión.

El doctor Vélez da cuenta de una petición que hacen del Colegio de Cirujanos en Chicago solicitando la cooperación de la Academia para la fundación de un laboratorio para investigaciones clínicas, que llevará por nombre el de Dr. Ochsner.

Después de algunas discusiones se acordó autorizar al señor Presidente para que haga algunas gestiones con el Rector de la Universidad.

El doctor Bulman pide a nombre del profesor Caturegli se hagan algunas correcciones acerca de los datos que aparecen en el trabajo presen-

tado por el doctor Torroella que titula: "Por qué no existe el raquitismo en México". El Dr. Ramírez cree que el profesor Caturegli debe dirigirse a la Academia pidiendo la corrección de este error. Así se acordó.

DR. GODOY A.—Voy a hacer una comunicación interesante. Hay en el servicio del Hospital Militar un individuo que recibió una herida por arma de fuego en la cabeza, que produjo una fractura de la bóveda del cráneo muy ligera; pero al tiempo de que lo llevaron al hospital hubo necesidad de hacerle una operación para sacarle algunas esquirlas, haciendo un trépano. Comenzó a hacerse después de la operación una hernia encefálica del lado izquierdo, y en estas condiciones llegó al hospital casi en estado de subconciencia, con grandes dolores de cabeza. Se le mandó hacer una punción y se encontraron indicios de infección de las meninges; pero aún cuando con la punción, de pronto se mejoró, en los días siguientes el enfermo comenzó a agravarse, presentando ataques epileptiformes. Se quejaba de dolor de cabeza. El enfermo no podía andar ni hablar y presentaba una hemiplejía izquierda; se pensó que podría tratarse de algún absceso. Se le hizo un examen del fondo del ojo, pero no se aclaró el diagnóstico y se procedió a una punción exploradora del encéfalo. Se practicaron en la periferie de la hernia encefálica algunas exploraciones sin encontrar pus. El individuo tenía incontinencia de materias fecales y de orina y la punción había resultado inútil, siendo tratado después de una manera sintomática. Se observó a los pocos días que había un pequeño absceso en el *encefalocelo* que se le desbridó con clorotilo. El resultado fué maravilloso porque el individuo comenzó a aliviarse, recobró sus movimientos así como la palabra, aunque con dificultad, y poco a poco fueron desapareciendo todos los síntomas y recobrando su salud; ya puede caminar solo.

DR. RAMIREZ.—Había que hacer algunas observaciones a propósito del caso señalado. Tal como se ha descrito, el diagnóstico no es difícil por tener los principales datos. Se trataba de una meningoencefalitis traumática. El cuadro no fué de una localización cerebral, y si algunos comentarios había que hacer sería sobre la exploración que se hizo del encéfalo, exploración inútil, puesto que se buscaba un foco en un individuo que no tenía fenómenos de foco. Los fenómenos no eran de foco puesto que el individuo presentaba una hemiplejía que debía corresponder a una lesión que abarcara la circunvolución perirolándica en una grande extensión, no hasta abajo porque no se dice que haya tenido el enfermo parálisis de la cara. Las lesiones de foco no podían producir una compresión de la corteza cerebral en una extensión tan grande como es la circunvolución perirolándica. Las lesiones que dan hemiplejía pueden ser provocadas en la cápsula interna, por la compresión del haz piramidal, pero es claro que la lesión no estaba allí. Este enfermo tenía ataques de epilepsia Jacksoniana, fenóme-

nos de irritación de la corteza cerebral que no se podían tomar más que como síntomas de un proceso inflamatorio de las meninges. Nos refiere el doctor Godoy que el individuo no podía andar, la falta de la marcha sería necesario describirla mejor. No podía andar porque había una inhibición de la corteza cerebral, lo que explica la incontinencia de las materias fecales y de la orina. El caso es sencillo. Se trataba de un individuo con una meningoencefalitis traumática con una evolución que no es frecuente. No es tampoco un caso excepcional sino que es evolución posible. La parte interesante es que se le hubiera explorado el encéfalo para buscar un foco donde no lo hay.

DR. GODOY.—Tengo que decirle al doctor Ramírez que los abscesos cerebrales no siempre tienen manifestaciones precisas y que cuando hay fenómenos de compresión y de paresia de los miembros no siempre se encuentran abscesos. Recuerda que un individuo que recibió una herida sencilla en la frente que había lastimado ligeramente el hueso. Lo llevaron al hospital y casi salió curado; pero de repente tuvo un ataque epiléptico. Se observó que tenía una parálisis completa del lado derecho y al mismo tiempo ciertas perturbaciones intelectuales vagas y se pensó en una compresión; haciendo un trépano encontramos un absceso insignificante. A los pocos días se abrió y encontramos un gran foco supurado. Tal vez algo semejante pensaron estos señores y quisieron hacer la punción exploradora del encéfalo.

DR. ULRICH.—Yo creo que en este caso hubo un absceso puesto que sabemos que el absceso es la terminación de la defensa inflamatoria que abarca una gran extensión; y a medida que la defensa se va localizando se va formando el absceso. No es raro que sea precedido de una amplia zona inflamatoria, correspondiente a la porción cuya circulación está perturbada.

DR. RAMÍREZ.—Estoy de acuerdo con el doctor Ulrich. Hubo fenómenos inflamatorios que produjeron el absceso. Se le desbridó, salió el pus y los fenómenos inflamatorios cedieron luego.

DR. SILVA.—Pide que se aplaze esta discusión para la próxima sesión, contando con la presencia del doctor Castañeda.

Se levanta la sesión a las 21.10 con asistencia de los señores doctores: Arroyo, Bulman, Bandera, Godoy A., Iturbide A., Jiménez, Landa, Monjarás, Mendizábal, Ramírez E., Vélez, Ulrich y el suscrito secretario,

LUIS S. VIRAMONTES.

SESION DEL DIA 15 DE FEBRERO DE 1928.—PRESIDENCIA
DEL DOCTOR RAFAEL SILVA

UN CASO DE APLICACION INDEBIDA DE RAYOS X.

A las 10.45 se abre la sesión.

Acta de la anterior, que sin modificaciones es aceptada.

DR. MONJARAS.—Trabajo de turno titulado: "Educación Física".

DR. VILLARREAL.—Comunica a la Academia un caso muy interesante. Se trata de una persona a quien se le hicieron aplicaciones de Rayos X de onda corta y de onda media durante mucho tiempo, tanto en Europa como aquí en México, para tratarle un tumor de vientre. Yo creo que hubo un error de diagnóstico y esto fué lo que hizo que se persistiera en la aplicación de los Rayos X, que hicieron la operación bastante difícil. El caso es de una señora francesa de 56 años de edad, alta, fornida que tenía un vientre muy abultado, que esto por sí solo la mortificaba; tenía perturbaciones serias, mal funcionamiento intestinal, dolor en el bajo vientre e incomodidad que le hacían la vida amarga, habiendo sido siempre una persona ágil y dada a viajar. Cuando me consultó, le hice un diagnóstico de fibromioma uterino del tamaño de una cabeza de feto y de quiste del ovario voluminoso. No me refirió que hubiera sido sujeta a la aplicación de los agentes físicos y le dije que en su caso no era conveniente hacerle la aplicación del radio, porque si el fibromioma podía disminuir de volumen, no obstante que no estaba en el período de actividad genésica, las aplicaciones de los agentes físicos sobre los tumores del ovario, traen perturbaciones en el contenido mismo del tumor y en los órganos que lo rodean, haciendo adherencias más o menos importantes. No volví a ver a esta señora sino hasta ocho o diez meses después. Hecho el reconocimiento de la orina, se encontró que era normal y se procedió a la operación; haciendo una incisión media del ombligo al púbis. Cuando llegué al peritoneo encontré que existían adherencias de la masa neoplásica con el peritoneo parietal el epiplón e intestino. No fueron muy difíciles las maniobras para retirar el contenido del tumor, que era un líquido blanquecino como emulsionado. Se procuró que no se derramara y se comenzó a hacer el desprendimiento de la pared del tumor, avanzando poco a poco aunque con dificultad; por fin se llegó a exteriorizar la mayor parte del tumor quístico. En estos momentos creí conveniente hacer tracciones sobre la bolsa quística para conseguir retirar una gran parte que tenía adherencias con el intestino y la pared abdominal. Llegado al ligamento infundíbulo pélvico derecho se hizo la sección y esto me facilitó deslizar la mano en la pelvis. Las dificultades eran grandes,

pero se iban venciendo. Se hizo otra maniobra semejante en el lado izquierdo y se encontró que había adherencias en el epiplón y el tumor fibroso. La extirpación del apéndice se dejó para después. Se encontraron otros nódulos quísticos que se iban desprendiendo mientras se despegaba el tumor; pero ya seccionados como dije los ligamentos infundíbulo-pélvicos, se pudo avanzar. Las adherencias eran muy intensas, invertí la matriz hacia atrás desprendiendo la vejiga, haciendo una histerectomía supra-vaginal por el lado derecho del fibromioma y la masa fibromatosa, me fuí desprendiendo con cuidado hasta llegar al fondo de Douglás, se desgarró la bolsa del quiste implantado entre la pared de la vagina y el recto por los progresos del tumor arrastrando el cuello que había quedado muy alto, encima de la sínfisis púbica. Viendo que había un plano de deslizamiento entre la pared del tumor y el peritoneo pélvico, determiné hacer la separación de la pared de aquél y con trabajo conseguí el desprendimiento de esa parte de la bolsa del tumor que se había quedado, desprendiéndola hacia adelante de la pared posterior de la vagina y atrás del recto el fondo del saco de Douglás quedando sangrante. Con puntos de sutura entrecortados aproximé la vagina y el recto. Se hizo la peritonización de los ligamentos anchos y de la sección del cuello, se hizo luego la extirpación del apéndice seccionando con galvano-cauterio y doble sutura en bolsa con catgut crómico delgado, y se cerró la pared del vientre con surgete temporalmente perdido sin dejar canalización. La secuela post-operatoria fué feliz. Me felicité de no haber dejado canalización. La enferma salió del sanatorio sin perturbaciones. Es muy común que individuos que no están diestros en el diagnóstico, hagan las aplicaciones sobre los tumores quísticos. Se debería exigir al radiólogo terapeuta que fuera un médico y que siempre se aconsejara de especialistas porque se pueden tener resultados muy serios, que cuando hay este error de diagnóstico, dando origen a perturbaciones muy serias que ponen a los enfermos en condiciones lamentables. Esta señora me dijo que en París había sido sujeta a un tratamiento prolongado en diferentes períodos que estuvo en esa población. Recibió en dos años y medio el tratamiento dos veces por semana. Esta dosis fué la causa de las adherencias que hicieron difícil ganar la operación. Otro radiólogo de esta población, a raíz de haber recibido su aparato de rayos X, de alto voltaje, le aplicó un tratamiento de onda corta en seis sesiones consecutivas. Todo esto se acumuló y dificultó la operación.

Se levanta la sesión a las 21 horas, con asistencia de los señores doctores: Aragón, Bulman, Bandera, Cicero, Godoy, Iturbide A., Escalona, Escontría, Landa, Monjarás, Pérez de la Vega, Rivero B., Ramírez Eliseo, Ramírez Vicente, Silva, Torres Estrada, Villarreal, Ulrich y el secretario,

LUIS S. VIRAMONTES.

SESION DEL DIA 22 DE FEBRERO DE 1928.— PRESIDENCIA
DEL DOCTOR RAFAEL SILVA.

LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN HOLANDA Y DINAMARCA

El doctor Iturbide Álvarez lee su trabajo de turno: «La lucha antituberculosa en Holanda y Dinamarca».

El doctor Escontría manifiesta que encuentra muy interesante la memoria presentada por el Dr. Iturbide Álvarez. Dice que entre nosotros se puede hacer bastante pues, desde luego, se podría emprender una propaganda de difusión de algunas ideas generales de profilaxis, pues aún éstas han sido falseadas con miras políticas. El recuerda que en los centros fabriles de Orizaba se difundía entre los obreros que la tuberculosis es una enfermedad profesional contraída en las fábricas de una manera casi inevitable; por lo que resulta punto menos que inútil predicarles la higiene en el hogar, para evitarles contraer tan temible peste. Destruir esas ideas e inculcar la verdad será una obra meritoria y fácil de llevar a la práctica sin disponer de grandes elementos.

DR. SILVA.—Manifiesta la complacencia con que ha escuchado la lectura del doctor Iturbide Álvarez y reconoce la importancia del asunto cada día más y más trascendente. Refiere la opinión de un notable oftalmólogo finlandés que atribuye la miopía alta, tenida hasta ahora como un vicio de refracción hereditario, a lesiones tuberculosas de la coroides, pues ha hecho estudios profundos en los hijos de padres que tienen una miopía alta y cuidados desde sus primeros días a fin de procurarles un desarrollo higiénico que evite la aparición de manifestaciones tuberculosas, ha llegado a evitar el desarrollo de la miopía.

DR. MONJARAS.—Refiere que entre nosotros se han hecho estudios muy importantes para combatir la tuberculosis como mal social, desde los tiempos del señor Licéaga, de feliz memoria. Recuerda ampliamente el proyecto a medio desarrollar del llamado "Parque Nacional de Higiene", cercano a la Capital y cuya construcción desgraciadamente fué interrumpida por razones económicas.

A las 21 horas y 30 minutos se levantó la sesión a la que asistieron los señores doctores: Bandera, Brioso Vasconcelos, Escontría, Iturbide Álvarez, Landa, Monjarás, Silva, Villarreal y el suscrito secretario.

LUIS S. VIRAMONTES.

SESION DEL DIA 29 DE FEBRERO DE 1928. —PRESIDENCIA
DEL DOCTOR RAFAEL SILVA.

A las 19.45 se abre la sesión:

Lectura del trabajo reglamentario del doctor Torres Torija y del dictamen de la Comisión sobre el trabajo de concurso de la Academia titulado: «Tratamiento de la parálisis general progresiva».

DR. MENDIZABAL. Trabajo extraordinario. Comentarios a la contestación del doctor Rafael Carrillo a su memoria de ingreso a la Academia Nacional de Medicina.

DR. VILLARREAL. —He deseado presentar a la Academia un trabajo sobre el tratamiento de los angiomas cavernosos. Pienso presentar más tarde los resultados que se obtienen con la aplicación del radio en esta clase de tumores que son muy graves, ya sea que se desarrollen en personas adultas o en niños. El caso es el de un niño de 10 meses de edad y en el que se puede ver la neoformación en el labio inferior, en el carrillo y en la lengua. Se comprende que tan pronto como se desarrolle el tumor pueda venir una hemorragia que acabe con la criatura. Tuve otro caso de una mujer que llevaba un tumor semejante que, en un momento, se le presentó la hemorragia ocasionándole un síncope por la gran cantidad de sangre que perdió. Esta enferma, cuyo labio inferior medía no menos de cuatro dedos de extensión, era una muchacha de 24 años, tenía invadido el carrillo y la lengua. Fué tratada por el radio y esta enferma en el curso de cuatro a seis meses curó. Voy a procurar tratar a esta criatura y presentarla para que se vea el desarrollo que tiene el tumor y lo que se puede conseguir después de curado. La cuestión de la técnica y los diversos casos que me propongo presentar, serán objeto de una comunicación.

Antes en estos enfermos se hacían intervenciones quirúrgicas. Cuando los tumores no eran muy grandes las operaciones resultaban con menos deformaciones, pero cuando estos tumores eran de regulares dimensiones, quedaban deformaciones considerables. Tuve un caso de una criatura que murió del choque traumático. Creo en el caso que he presentado tener buen resultado. En su oportunidad lo comunicaré.

DR. MIRANDA. Con motivo de mi estancia en la Habana tuve el gusto de representar a la Academia Nacional de Medicina ante la Habana, llevando una salutación. Teniendo que presentar la carta que me fué enviada, fuí recibido en una sesión de aquella Academia, habiéndose dado lectura a la carta de que era portador, pronunciándose palabras de suma cordialidad por el señor Presno, Presidente de aquella Academia, ofrecien-

do contestar la carta. Presenté un pequeño trabajo que no me fué posible hacerlo por escrito por la prematura de tiempo. En todos los momentos de mi estancia en la Habana recibí muestras de afecto y de hospitalidad. Los médicos me acompañaron en las visitas a los hospitales, a la Escuela de Medicina que en esos momentos se encontraba cerrada por las conferencias que allí se celebraban, siendo recibido en el círculo médico de la Habana. Asistí igualmente al homenaje en honor del doctor Finlay. En los discursos pronunciados por los representantes a la Conferencia se dejó sentir el reconocimiento de todos los médicos americanos por el sabio doctor Finlay que fué el primero que emitió la teoría de que la Fiebre Amarilla era transmitida por el mosquito. Aún cuando no se niega el valor de las comprobaciones de la Comisión americana, que vinieron a confirmar las teorías que desde 1881 había emitido el doctor Finlay. En el discurso pronunciado por mí, creo haber dejado ver el sentir de todos los médicos de México. Da las gracias a la Academia por la oportunidad que se le dió para representarla en la Academia de Ciencias Naturales y Medicina de la Habana.

El doctor Silva agradece al doctor Miranda su informe.

No habiendo otro asunto de que tratar, se levanta la sesión a las 20 horas 40 minutos, con asistencia de los señores doctores: Aragón, Bulman, Brioso, Bandera, Cicero, Cordero, del Raso, Espinosa de los Reyes, Godoy A., Iturbide Álvarez, Loaeza, López, Monjarás, Miranda, Mendizábal, Pérez de la Vega, Rivero B., Rojas José T., Ramírez V., Valdés, Villarreal, Silva y el suscrito secretario,

LUIS S. VIRAMONTES.

ACTAS DE SESIONES

SESION DEL DIA 7 DE MARZO DE 1928.—PRESIDENCIA DEL DOCTOR RAFAEL SILVA

A las 19.40 se abrió la sesión.

Se leyó el acta de la sesión anterior y se aprobó sin discusión.

El doctor Silva da cuenta con la penosa noticia de la muerte del académico titular Dr. Don Alberto López Hermosa, cuyos funerales se celebraron esta mañana habiéndose hecho representar la Academia por una comisión integrada por él y los señores Escobar y Viramontes; el último dijo una oración fúnebre. Termina diciendo que como homenaje al socio desaparecido y en señal de duelo se levanta la sesión.

Asistieron los señores Amor, Bandera, Bulman, Godoy Alvarez, López Demetrio, Monjarás, Prieto, Rojas Loa, Ramírez E., Silva y el suscritor secretario.

LUIS S. VIRAMONTES.

SESION DEL DIA 14 DE MARZO DE 1928.—PRESIDENCIA DEL DOCTOR RAFAEL SILVA.

A las 19.45 se abrió la sesión.

Lectura de una memoria del doctor Mooser a propósito del agente etiológico del tifo en México.

DR. SILVA. Como ustedes acaban de oír, es un resumen de trabajos que se han venido haciendo y que en breve se publicarán en periódicos extranjeros. Cabe a la Academia la honra de haber oído primero esta serie

de trabajos y le da las gracias al doctor Mooser por la cortesía que ha tenido con la primera Corporación Médica de la República. Yo creo que todos los miembros de la Academia de Medicina comentarán más tarde estos experimentos del señor Mooser y será aquí en México, en donde podrá confirmar la identidad del agente etiológico del tifo.

Se pone a votación la candidatura del señor doctor Juan Campos Kunhardt para socio corresponsal. Se acepta por unanimidad de votos.

Segunda lectura del dictamen sobre la memoria presentada acerca de la Parálisis General.—Votación.

Se acepta el dictamen de la Comisión por unanimidad de votos.

DR. SILVA.—La Mesa da una excusa por no poder abrir el sobre que contiene el nombre del autor de la memoria premiada porque está en poder del Secretario Perpetuo que no asistió a la sesión.

No habiendo otro asunto se levanta la sesión a las 21 horas, con asistencia de los señores doctores: Arroyo, Aragón, Brioso, Bulman, Bandera, Castro Villagrana, Cervera, Del Raso, Iturbide Alvírez, Gama, García S., Godoy A., Jiménez, Landa, Loeza, López, Miranda, Monjarás, Mendizábal, Nieto, Ocaranza, Prieto, Pérez de la Vega, Ramírez Eliseo, Ramírez Vicente, Rojas Loa, Silva, Valdés, Tapia F., Torres Torija, Vélez y el suscrito secretario.

LUIS S. VIRAMONTES.

SESION DEL DIA 21 DE MARZO DE 1928.—PRESIDENCIA DEL DOCTOR RAFAEL SILVA

A las 19 horas 40 minutos se abrió la sesión.

El doctor *Ulises Valdés*, de turno para esa noche, presenta sus excusas por no poder hacer su lectura reglamentaria, en virtud de que, por causas ajenas a su voluntad, no dispone de los elementos necesarios para hacer las proyecciones relativas a su memoria; ofrece hacerlo en la sesión próxima.

El doctor *José Castro Villagrana*, lee su memoria de ingreso, la que le es contestada por el Presidente de la Sección de Patología y Terapéutica Quirúrgicas, doctor *Ignacio Prieto*.

El doctor *Julián Villarreal* relata un interesante caso de cirugía conservadora presentando al enfermo objeto de la comunicación, la cual se publicará aparte en extenso. (*)

(*) En el próximo número de la Gaceta aparecerá esa comunicación.—Nota de la R.

El doctor Castro Villagrana comenta en términos elogiosos el caso referido por el doctor Villarreal, aprobando todo esfuerzo que tienda a conservar un miembro lesionado.

El doctor Villarreal da las gracias al doctor Castro Villagrana y refiere otra historia clínica.

A las 21 horas 15 minutos se levantó la sesión a la que concurrieron los socios señores: Aragón, Bandera, Castro Villagrana, Escontría, Godoy Alvarez, Jiménez, López D., Miranda, Monjarás, Prieto, Silva, Villarreal, y el suscrito secretario.

LUIS S. VIRAMONTES.

SESION DEL DIA 28 DE MARZO DE 1928.—PRESIDENCIA DEL DOCTOR RAFAEL SILVA.

A las 19 y 40 minutos se abrió la sesión. Leída el acta de la anterior fué aprobada.

El Presidente nombró una comisión formada por los señores Landa, Valdés y Bandera para introducir al salón a los nuevos académicos que iban a ser recibidos en sesión solemne.

Una vez que hubieron penetrado al salón, el señor doctor Gustavo Baz, en nombre del grupo de recipiendarios, dió lectura a su discurso inaugural.

El señor Pruneda, Secretario Perpetuo de la Academia, contestó el discurso anterior y les dió la bienvenida. Se pasó después a sesión ordinaria.

El doctor Valdés da lectura a su trabajo titulado: «Un caso de estómago biloculado», y presenta al enfermo operado que fué el sujeto de su comunicación. El Presidente nombra en comisión, para reconocer al paciente a los señores Villarreal y Baz. En vista de lo avanzado de la hora y de que el doctor Villarreal ha traído una enferma para presentarla, el Presidente acuerda que la comisión reserve su informe para la próxima sesión y da la palabra al doctor Villarreal quien hace una interesante comunicación. Son nombrados los señores Bandera y Baz para examinar a la enferma y rendirán su informe en la sesión venidera.

Previo lectura de turnos se levantó la sesión a las 21 horas 40 minutos, habiendo asistido los socios señores: Ayuso, Bandera, Baz, Bermúdez, Bulman, Escobar, Escontría, Iturbide Aivírez, Landa, Loeza, López, Madrazo, Miranda, Monjarás, Prieto, Pruneda, Silva, Tapia Fernández, Valdés, Villarreal y el suscrito secretario.

LUIS S. VIRAMONTES.

ACTAS DE SESIONES

SESION DEL DIA 11 DE ABRIL DE 1928.—PRESIDENCIA
DEL DOCTOR RAFAEL SILVA

A las 19.45 se abre la sesión

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

Se proponen a los doctores Cerf y Wecker como socios corresponsales extranjeros. Queda de primera lectura la propuesta.

DR. MENDIZABAL.—Lectura de un trabajo reglamentario. Presenta algunas radiografías haciendo explicaciones en cada una de ellas.

DR. BAZ.—El señor doctor Mendizábal atribuye a los despegamientos quirúrgicos del periostio, el aspecto de rarefacción que encuentra en las radiografías de sus operados de osteosíntesis.

Creo que se trata de un error de interpretación.

Acabo de leer un libro que se llama «**Fisiología Normal y Patológica de los Huesos**» escrito por LERÉCHE y POLICARD, y en él se afirma que después de toda fractura hay un período de reabsorción indispensable para la osteogénesis del callo. Por otra parte, en la radiografía del enfermo que tenía ocho meses de fracturado, con callo vicioso, se ve también el aspecto de rarefacción de la extremidad del hueso sin que se haya despegado el periostio y por último, el Profesor KIRK de Estados Unidos publica su procedimiento de amputaciones que él llama «extra periósticas». En ese procedimiento, después de hecha la sección del hueso, se resecan dos centímetros del periostio de la extremidad seccionada, con el objeto de impedir la reabsorción de dicha extremidad.

DR. MENDIZABAL.— Voy a referirme a ciertos hechos a propósito del despegamiento del periostio. Por mis estudios y trabajos particulares, he llegado a convencerme, de que el periostio es uno de los elementos del tejido óseo, por donde éste recibe intensa irrigación, desempeñando un papel muy importante en la nutrición y conservación de su parte rígida: por esta razón, si se despe-

riostan los cabos de fractura de un hueso al practicar la osteosíntesis, compromete uno la fisiología celular en dichos cabos, provocando fenómenos de hiponutrición que pueden llegar hasta la necrosis; de aquí que la práctica antes mencionada sea antibiológica. Uno de los trastornos funcionales del hueso que más frecuentemente se observa después de las intervenciones, es la decalcificación de las porciones rígidas que han sufrido el despegamiento del periostio, y que se presenta constantemente en los callos blandos. En las radiografías, los cabos del hueso muéstranse más transparentes, pierden sus contornos precisos, y en ocasiones claramente se observa que se han destruido pequeñas partes del tejido compacto, consecuencia de transitorio proceso de rarefacción. Es indudable que en la producción de dichos fenómenos intervienen múltiples factores, pero desde luego nos muestran un estado de adaptación del hueso en el foco de fractura, en donde se ha roto por el traumatismo el equilibrio biológico celular. En la adaptación del hueso desempeñan muy importante papel los osteoclastos, que se ven obligados a crear canales con nueva orientación en la zona que corresponde a la unión de los cabos, pues resulta casi imposible coaptar éstos de tal manera precisa que coincidan los canales rotos en la fractura. Ahora bien, el proceso de rarefacción causada por los osteoclastos, posiblemente es facilitado por la decalcificación del material compacto del hueso, el cual cede a la acción de algún ácido que se encuentra en el citoplasma del osteoclasto que disuelve las sales, las que a su vez, son acarreadas de ahí por la sangre. Así pues, la decalcificación de un callo de fractura sólo nos muestra un período histológico transitorio del hueso, y que corresponde a intensa actividad de reparación, negando por supuesto toda idea de hipofunción del foco. Al desperiostar excesivamente los cabos de fractura en la osteosíntesis, se producen tres clases de fenómenos en el hueso, que corresponden a otras tantas zonas de los mismos. Una zona, la que corresponde a los límites de la incisión en donde el periostio desprendido aún conserva algunas relaciones con el hueso; otra zona, más cercana al sitio de la fractura, que queda sin ninguna relación con el periostio, pues al aislar los cabos éstos resultan totalmente desligados del mismo; sin embargo, a esta zona todavía le llega la irrigación de los vasos medulares; y por último, la zona que corresponde a la extremidad de los cabos, y por supuesto a la fractura misma. Al concluir la operación y reponer los tejidos blandos cubriendo el hueso, el periostio se adapta en la primera zona restableciéndose la irrigación y nutrición del hueso; en la segunda zona, el periostio desgarrado en muchos lugares, no repone fácilmente su integridad anatómica, por lo que su fisiología resulta perturbada, provocando esto alteraciones en el tejido rígido del hueso (halisteresis óseum); la tercera zona, que corresponde a la fractura maltratada por la intervención misma, lacerado su periostio, y hasta donde difícilmente llega la irrigación medular, se necrosa, constituyéndose un foco de osteomielitis y ulterior secuestro. Esto quiere decir, que al operar, no

debemos exhibir los cabos limpios, sino con su periostio e infecciones musculares haciendo a un lado que la operación no se vea bonita, o que se obtengan dificultades al perforar los huesos.

A propósito del material de sutura, lo ideal sería de hueso vivo que mantuvieran la fractura, pero esto en la variedad de fracturas de que me ocupo (tercio superior del fémur) es poco menos que imposible; sostener los cabos con tendón de Kanguro no basta; las grapas y las placas son demasiado cuerpo extraño que no siempre toieran los huesos y en ocasiones alargan la evolución del callo; por esas razones prefiero el alambre de aluminio o el de cobre. El alambre sólo sirve para impedir que los cabos pierdan su coaptación que es lo más interesante, obtenida ésta, la desviación se corrige dándole al cabo distal la orientación requerida, y se concluye inmovilizando el miembro con el vendaje enyesado que he descrito.

DR. VILLARREAL.—Deploro no haber escuchado la lectura del trabajo, pues llegué a la sesión cuando el Dr. Mendizábal hacía la demostración de varias negativas de radiografías en el negativoscopio; ví fracturas altas del fémur en el tercio superior, dos casos, los fragmentos al parecer sostenidos con una asa de alambre divididos en ángulo obtuso de seno posterior, me imaginé serían defectos de dirección que había que corregir; luego el caso de una fractura de la parte media del fémur, hecha la osteosíntesis con placa metálica ancha y larga y cuatro cinchas metálicas también anchas y equidistantes que envolviendo el hueso y la placa sujetaban ésta; el rasgo de fractura regular y transverso, perfectamente coaptado en la radiografía antero posterior. Lástima que este trabajo de reducción anatómica se desgraciara y fuera inútil, la infección grave obligó al cirujano a retirar la placa y cinchas y dejar ampliamente abierta la herida desalojándose los huesos que invadidos por la infección, afectados de osteomielitis nos dice el Dr. Mendizábal y nos muestra radiografías de tonos oscuros y bien logradas y en las que se ve el estado de los huesos.

Otro caso, también de osteosíntesis de una fractura de la parte media del fémur, esta vez con alambre la coaptación, es perfecta anatómicamente en el sentido antero posterior; la radiografía lateral, única en este sentido que nos mostró el Dr. Mendizábal, dejaba ver los fragmentos flexionados en ángulo obtuso muy abierto; el Dr. Mendizábal juzgó con severidad el resultado diciendo que era malo, a mí me parece bastante bueno y si no ha habido infección, su enfermo marchará bien.

Un último caso de fractura antigua, ocho meses, del medio del fémur, con desalojamiento de los fragmentos formando no solamente un ángulo abierto hacia atrás sino que el cabo distal tocaba y formaba callo en la cara posterior a ocho o diez centímetros de la extremidad del cabo central. Muy feliz fué el Dr. Mendizábal en haber podido hacer la coaptación de los fragmentos huesosos sin resección, teniendo en consideración la retracción de los músculos y

aponeurosis y el tejido desarrollado alrededor del callo, por la organización de los derrames sanguíneos, y ojalá que en este caso también nos hubiera presentado la radiografía lateral, por que la antero posterior no solamente no es suficiente para demostrar la coaptación correcta con una sola asa de alambre que puede sólo ser contentiva, sino que aun en esta radiografía hay cierto aspecto de los fragmentos que no es fácil de explicar sino por un cabalgamiento acentuado; sería de agradecerse, y si le fuera posible al Dr. Mendizábal hiciera tomar una radiografía estereoscópica que nos diera una idea exacta de esta coaptación, que aunque no corrige los detalles de la coaptación, el trabajo para llevarlo a cabo es de importancia indudablemente.

Excepto en este último caso en que la indicación es clara, no sé por qué se haya practicado la osteosíntesis, qué indicaciones hayan obligado al cirujano a practicarla, si las fracturas eran cerradas o expuestas, simples o fragmentarias, reductibles o irreductibles. La osteosíntesis en las fracturas cerradas no debe practicarse sino cuando hay irreductibilidad y falta de coaptación, que maniobras bien dirigidas y controladas por la radiografía y la fluoroscopia, después que se han reabsorbido los derrames sanguíneos, cuando el desalojamiento de los fragmentos hace temer por la integridad de los vasos o nervios, cuando hay consolidaciones viciosas; la osteosíntesis es una operación delicada y no debe practicarse sino satisfaciendo indicaciones precisas y por personas habituadas a las operaciones asépticas y en un medio quirúrgico apropiado.

El estudio y tratamiento de las fracturas se facilita con los Rayos X; pero los jóvenes deben ejercitarse en el estudio clínico, no siendo posible sin esto un buen tratamiento; la aplicación correcta de los aparatos de contención después de la reducción y coaptación de las fracturas, de los aparatos de extensión continua, férula de Tomás, aparato Tillaux (yo mismo he discurrido uno) dan un excelente resultado en las fracturas cerradas, siendo familiares a todos los médicos.

Las osteosíntesis en las fracturas simples sólo deben hacerse como antes dije cuando hay indicación especial y no con la idea de una buena reparación anatómica, no se necesita un alineamiento exacto de los huesos para tener un buen funcionamiento del miembro fracturado; y con las osteosíntesis suele suceder que a una excelente coaptación siga un funcionamiento torpe y aun el miembro quede inútil por mucho tiempo si se obtienen a veces resultados bellos y brillantes; puede suceder en otras ocasiones que se obtengan fracasos y los jóvenes cirujanos que enseñan la cirugía, deben ser cautos en este sentido, los alumnos siguen con facilidad lo vistoso y arriesgado y pueden comprometer su responsabilidad así como la salud y la vida de sus clientes, en tales empresas. Ashuret, cirujano distinguido de Filadelfia, con un servicio quirúrgico dotado ricamente y que atiende un gran número de fracturados, dice, no trata por la osteosíntesis el ocho por ciento de sus pacientes; muchos eminentes ci-

rujanos de Estados Unidos y de Europa proceden lo mismo. El Colegio de Cirujanos Americanos nombró una comisión entre sus miembros más distinguidos y han establecido unas tablas que son la norma para el tratamiento de las fracturas y aconsejan el uso de aparatos: férulas, enyesados, aparatos de tracción para el tratamiento de fracturas simples cerradas y la osteosíntesis para casos muy particulares. En el Hospital de la Cruz Roja procedo de manera semejante y aun para fracturas expuestas sigo la misma conducta además de desbridar, canalizar y desinfectar. Yo desearía que el Dr. Mendizábal tratara concretamente sus casos, con su historia clínica, radiografías anterior, posterior o lateral y estereoscópicas de antes y después del tratamiento y si posible fuera nos hiciera ver sus enfermos curados o convalescientes para darnos cuenta de lo que se propone obtener y como lo obtuvo.

DR. OCARANZA.—Hace algún tiempo leí el libro a que se refiere el Dr. Baz y me enteré de lo que acaba de decir. Me causó sorpresa, pero creo que es un libro que debe recomendarse a todas las personas que se dediquen a esta clase de trabajos. Lo fundamental en esta cuestión, es el concepto que se tiene acerca del periostio. Al periostio se le consideran dos partes: una externa y otra interna. El periostio y el hueso forman parte de un todo y este todo es el tejido conjuntivo que debe verse desde tres puntos de vista: la parte central que tiene semejanza con el tejido embrionario. La parte externa tiende a formar tejido fundamental y a constituir un tejido laminoso-conjuntivo hasta la parte interna. La substancia fundamental no se clasifica si es de formación especial o de substancia fundamental. La intervención de los iones de calcio que forman algunas combinaciones con la substancia proteica que constituye el hueso y no debe tomarse sino como una de las formas de la parte fundamental del tejido conjuntivo. Para que haya regeneración es indispensable que queden adheridas briznas del hueso, porque si no quedan esas adherencias, no se hace la regeneración del periostio. En la regeneración del hueso se ha hecho intervenir al periostio que tiene importancia en la determinación y orientación hacia lo que se llama hueso y que no es sino una de las diversas formas del tejido conjuntivo. El proceso de regeneración se hace en las mismas condiciones y desde el punto de partida de la formación del tejido fundamental. Yo creo que de ahí depende la interpretación más o menos adecuada que se haga sobre este asunto.

DR. MALDA.—El libro a que se hace mención debe aconsejarse a los cirujanos de huesos, y así lo he hecho con uno de los alumnos que está haciendo su tesis sobre el particular. Únicamente quiero insistir en la técnica quirúrgica y en la observación. Yo he visto casos de rarefacción de los huesos como nos lo presenta el doctor Mendizábal en enfermos en quienes se usaron con perforación y que se atornillan éstas al hueso, lo que está muy en relación con la idea de la destrucción que ellos pueden ocasionar. Desde que se colocan las

láminas para fijar las placas, la rarefacción se observa más raras veces. Yo tengo una colección de radiografías que hablan elocuentemente desde este punto de vista y casi he desechado de mi práctica la fijación de placas y tornillos y he tenido resultados muy satisfactorios.

DR. VILLARREAL.—No soy de la opinión del doctor Malda con respecto al uso de placas sostenidas con tornillos en las osteosíntesis, un buen número de individuos fracturados del fémur y de la tibia andan en la ciudad llevando desde hace ocho o diez años tales implementos sin la menor molestia. En el Congreso de Cirugía rendido en Londres en 1914, Sir Arbonot Lane, hizo exhibiciones de radiografías, algunas de fracturas del fémur en varios fragmentos y en las que se habían aplicado hasta cuatro placas con tornillos y que habían sido toleradas sin inconveniente durante varios años. No siempre sucede lo mismo, especialmente en las fracturas expuestas, como ya en otra ocasión he dicho ante esta Academia, pero tal cosa sucede por la infección. La operación de la osteosíntesis es una operación en la que se debe ser muy minucioso en los detalles de asepsia (fractura cerrada) y esforzarse por no coger aun con manos enguantadas los tornillos y placas que van a quedar en el interior de los tejidos; cuando sobreviene una infección aunque sea ligera, se aflojan los tornillos y hay que retirar las placas, lo que por otra parte no es un gran inconveniente habiéndose ya producido el callo huesoso.

Las cinchas o fajas de Parham cuando se multiplican comprimen circularmente el hueso en muchos puntos estorbando la circulación en la superficie del hueso. Son anchas me ha parecido mucho material metálico que se abandona en el interior de los tejidos, si se infectan éstos, para retirar las cinchas metálicas la operación ha de ser seria, no me han simpatizado y no las he usado; ya el doctor Malda dirá lo que su experiencia personal le haya enseñado.

DR. RAMIREZ.—Quiero señalar algo que acabo de ver en la clínica y que se debió a la fractura de las extremidades del húmero por una caída sobre la mano. El cúbito se introdujo como una cuña y produjo una fractura. La radiografía demuestra que hay un fenómeno de rarefacción y el proceso se ha formado más allá de lo que corresponde a la acción directa del traumatismo. Vimos otro enfermo que presentó una fractura del húmero. Este enfermo, además de las lesiones tróficas, presentaba una atrofia de los huesos del antebrazo. Es posible que en esos casos el proceso de rarefacción tenga algún mecanismo diferente al señalado en el trabajo que acabamos de oír. Esto debe tenerse en cuenta cuando se presenten fenómenos de rarefacción.

DR. MENDIZABAL.—Vuelve a leer la parte de su «memoria» referente al tratamiento que él emplea en las fracturas del fémur.

DR. VILLARREAL.—Deferentemente el doctor Mendizábal ha leído la parte de su comunicación que se refiere al tratamiento que él emplea en las fracturas del tercio superior del fémur; hace la osteosíntesis con una asa de alambre,

llega al fémur seccionando el cuádriceps por su cara anterior y obtiene el resultado que nos han dejado ver las radiografías, después de la aplicación de un aparato de yeso y luego uno de extensión. Creo obtendría buenas consolidaciones con sólo el aparato de extensión como lo hace Witman sin aparato de yeso y sin osteosíntesis, por lo demás no sé qué objeto tenga la aplicación de un aparato de extensión si se ha aplicado uno de yeso que coge y fija los músculos y con ellos los huesos, dejando la tracción de tener efecto. Para estos casos he discurrido un aparato de extensión arreglado sobre una férula de madera a lo largo del miembro inferior, sobre su cara externa, y puesto el miembro en la posición en que la radiografía estereoscópica indica la mejor colocación y reducción de los fragmentos.

La aplicación del método de Albee para realizar la unión del hueso fracturado en el tercio superior del muslo es difícil de llevar a cabo por la profundidad del hueso, es altamente traumatizante, se necesita de un instrumento especial que el cirujano mencionado ha discurrido, desde la mesa en que se opera hasta la sierra gemela paralela con la que se practica el corte para preparar el injerto y el canal donde se va a alojar; método ingenioso que seduce, pero que presenta grandes dificultades en su aplicación, aun estando correctamente ayudado por un personal entrenado, lo que ha hecho que los procedimientos de Albee a pesar de su gran reputación y las obras que ha publicado, no se hayan vulgarizado en su integridad en Europa y América,

En las fracturas expuestas ya he referido con motivo de otras comunicaciones que se han hecho en esta Academia, que a veces yo empleo placas de hueso de guajolote, fáciles de preparar, para sostener los huesos fracturados ligándolos con seda o catgut crómico grueso, manteniendo los cabos del hueso fracturado coaptados, en contacto durante tres o cuatro semanas, retirándose las férulas y continuando con los aparatos de extensión o enyesados, obteniéndose buenas consolidaciones huesosas en dirección de la diáfisis y firmeza del callo.

En una de las sesiones pasadas, el doctor Castro Villagrana, leyó su trabajo de ingreso sobre el tema a discusión y le contestó el doctor Prieto; como fué un trabajo que no se puso a debate, me abstuve de tomar la palabra para expresar mi inconformidad por las ideas expuestas por ambos consocios, pero al terminar la sesión lo expresé así al joven colega diciéndole que en alguna sesión en que el trabajo lo permitiera, expondría yo mi parecer y ahora, que la oportunidad se presenta, podemos los que tenemos experiencia en la materia, aportar cada cual su contingente y del intercambio de ideas aprovecharemos todos; rectificando o ratificando nuestros procedimientos y conocimientos; siendo nuestra mira la mejor atención de los pacientes.

Agotada la discusión, el Presidente nombra una comisión formada por los señores Malda, Valdés, Villarreal y Baz, para estudiar el tema.

Se levanta la sesión a las 21.40 con asistencia de los señores doctores: Arroyo, Bulmau, Bandera, Baz, Bermúdez, Escontría, Godoy A., Loaeza, López, Landa, Monjarás, Mendizábal, Miranda, Malda, Ocaranza, Ramírez E, Valdés, Vélez, Villarreal y el suscrito secretario,

LUIS S. VIRAMONTES.

SESION DEL DIA 18 DE ABRIL DE 1928.—PRESIDENCIA
DEL DOCTOR RAFAEL SILVA

A las 20 se abre la sesión.

El secretario anual pide prórroga de una semana para leer el acta de la anterior, por tener algunas modificaciones que hacerle. Se le concede.

Da cuenta de que el Sr. Samuel Ramírez Moreno, comprobó debidamente ante la Secretaría ser el autor de la memoria premiada por la Academia.

Comunicaciones recibidas.

DR. VILLARREAL.—Lectura de su trabajo reglamentario. Pide se nombre una comisión para que examine a la enferma. Se nombran a los señores doctores Godoy A. y Madrazo para que informen en la próxima sesión.

DR. BAZ.—Pide se deje la discusión del trabajo del doctor Villarreal para la próxima sesión.

Por ser muy avanzada la hora, se levanta la sesión a las 21.20 con asistencia de los señores doctores: Adalid Castillo, Baz, Cervera, Cicero, Castro Villagrana, Godoy A., Monjarás, Madrazo, Pérez de la Vega, Rivero S., Rojas José Tomás, Silva, Soberón, Tapia F., Villarreal y el suscrito secretario,

LUIS S. VIRAMONTES.

SESION DEL DIA 25 DE ABRIL DE 1928.—PRESIDENCIA
DEL DOCTOR RAFAEL SILVA.

A las 20 horas se abre la sesión.

Acta de la anterior que sin modificaciones es aceptada.

Lectura del informe trimestral del Tesorero.

Publicaciones recibidas.

DR. ESCONTRIA.—Trabajo de turno.

DR. BERMUDEZ.—En el trabajo que acaba de leer el doctor Escontría se han tomado los datos de los doctores Carrillo y Cárdenas que se obtuvieron en sesión de un concurso de niños robustos y me parece que, fundamentalmente, no tienen gran valor las cifras que se nos presentan, porque se trata de establecer la proporción de un grupo de niños desnutridos. Se debe hacer una estadística con un grupo no seleccionado; de manera que creo no es posible llegar a ninguna conclusión en este estudio, acerca de la desnutrición de los niños, tomando como base el de niños robustos, porque por lo menos, un tanto por ciento de estos niños, deben considerarse como niños hermosos, que son niños más o menos sanos y fuertes y de naturaleza más o menos superior a los niños que pudieran tomarse como normales. Por otra parte, me parece un poco difícil sacar conclusiones con cifras demasiado reducidas; en algunos de los grupos se mencionan hasta cuatro niños y esta cifra no permite sacar ninguna conclusión. Por último, la falta de establecimiento de un tanto por ciento, hace difícil la discusión y la interpretación de los hechos.

DR. ESCONTRIA.—Agradezco al Dr. Bermúdez que se haya ocupado de mi trabajo. Respecto al primer punto, relativo a que las tablas que tomo punto de comparación no se pueden tener en cuenta porque se trata de niños robustos en el concepto de las mamás, pero que había algunos que debían haberse catalogado en los desechos humanos y que fué un concurso en que el número de niños pasó de dos mil, se pudo dar cuenta de que las cifras que corresponden a niños de 23 a 24 meses de edad, no se apartan mucho de las tomadas por él en el Consultorio de Medicina Preventiva establecido en la calle de Colombia. Estas cifras, por otra parte, son muy inferiores a las consignadas en las tablas americanas y alemanas para niños normales. Fué especialmente en los seis primeros meses de edad en donde se encontró un número mayor de niños desnutridos, sin que presentaran padecimientos agudos, sino debido a trastornos en la alimentación por falta de método en la alimentación misma o por alimentos mal preparados o mal administrados. Convengo desde luego que no se pudo sacar el tanto por ciento sino en unos cuantos grupos; y simplemente me permito decir que la idea de mi trabajo es la siguiente: la mayoría de los alumnos de medicina ignoran cómo se debe alimentar un niño; y aun cuando no hay que pretender que todos los alumnos que salen de la Escuela de Medicina tengan algunas especialidades, sí hay que buscar que todos tengan las nociones generales que les permitan ejercer la medicina en general, pues si va a ejercer en una pequeña población no puede tener éxito, ni puede resolver los problemas relativos a los niños, que muy frecuentemente se les presentarán, por lo menos en una tercera parte de los casos que se les consulten. No pretendo presentar las cifras que consigno como definitivas.

DR. BERMUDEZ.—Yo conozco las cifras de los doctores Carrillo y Cár-

denas que son las que utiliza el Dr. Escontría y a mí me parece que estas cifras son en número muy reducido y creo que en el trabajo el defecto subsiste por haber sido sacado el promedio tratándose de niños robustos. Tomo la palabra para decir que en el Departamento de Salubridad sabe la ignorancia que existe en las familias respecto a la alimentación de los niños y ha creado un curso de Puericultura, en el que reciben clase muchas señoras y señoritas y me ha parecido prudente darlo a conocer, porque creo que viene a llenar el hueco motivo de esta discusión.

DR. ESCONTRIA.—Insisto con el doctor Bermúdez en el punto siguiente: aun cuando no se pueden tomar como definitivas las tablas obtenidas, por lo pronto no disponemos de otra cosa y las tablas que existen consignan datos muy inferiores a las obtenidas en el concurso. Respecto a la manera de alimentar a un niño, la labor que hace el Departamento de Salubridad es muy útil; pero este curso es para un corto número de personas y si en lugar de un curso se instruye a todos los médicos de la República y todos son propagandistas de las ideas del Departamento de Salubridad, la labor resulta más útil todavía y se logrará más que con las conferencias.

Se ponen a discusión las candidaturas para socios correspondientes extranjeros de los señores Dres. Maurice Cerf y René Wecker de Bélgica y ambas son aprobadas.

Se levanta la sesión a las nueve horas, con asistencia de los señores doctores: Arroyo, Adalid Castillo, Bandera, Bermúdez, Baz, Cervera, Escontría, López, Miranda, Madrazo, Monjarás, Profesor Noriega, Ocaranza, Ramírez E., y el suscrito secretario,

LUIS S. VIRAMONTES.

ACTAS DE SESIONES

SESION DEL DIA 2 DE MAYO DE 1928.—PRESIDENCIA
DEL DOCTOR RAFAEL SILVA.

CONJUNTIVITIS DE PISCINA.

Acta de la anterior que sin modificaciones es aceptada.

El doctor Silva da lectura a su trabajo de turno: «Consideraciones acerca de las conjuntivitis de piscina».

DR. TORRES ESTRADA. — Felicito sinceramente al maestro Silva por su trabajo tan interesante que versa sobre los nuevos conceptos que se tienen sobre esta enfermedad que tiene un nombre chocante: «Conjuntivitis de piscina», pero que según lo ha dicho muy bien, se registra en individuos que no se han bañado en estanque. Yo he visto epidemias de conjuntivitis de piscina en individuos que radican en Apizaco, donde el agua es bastante escasa y seguramente que no se han contagiado en el estanque. ¡Cuántas veces se han visto en la necesidad de abstenerse de hacer un diagnóstico de esa enfermedad, precisamente porque faltaba el elemento estanque, hasta que los estudios posteriores han venido a aclarar esta duda! En cuanto a las formas clínicas que se consideraban bastante confusas, pueden aclararse fácilmente si se tienen en cuenta ciertas manifestaciones, por ejemplo: cuando se presenta una secreción que semeja la infección blenorragica.

Me refiero a una de las formas que ha mencionado el maestro, a la epidemia de conjuntivitis desarrollada en el Hospicio de Niños y en la Escuela Industrial de Huérfanos, que algunos de los oculistas la tomaron por tracoma. Me tocó intervenir cuando se desarrolló esta epidemia como Inspector del Departamento de Salubridad y se hizo el diagnóstico de tracoma folicular, es decir, tracoma que apenas comenzaba, habiendo tenido oportunidad de ver numerosos casos, cerca de 400. En algunos de ellos se observaron panus; pero no se observaron cicatrices. En cuanto a las formas de granulaciones tampoco se observaron ni hubo cicatrices en los tarsos.

Desgraciadamente no se hizo el estudio bacteriológico; pero se llegó al diagnóstico de una conjuntivitis blenorragica; parecía conjuntivitis folicular en donde no se presentaron secreciones poco purulentas. Estas lesiones se presentan por un ojo pero luego se contagia el otro y ofrece una evolución más pequeña y aparentemente se cree que la enfermedad ha evolucionado de un solo lado. He visto ceder esta enfermedad con sulfato de cobre en forma de colirios.

DR. VIRAMONTES. —La comunicación del señor doctor Silva es una valiosa contribución al estudio de la conjuntivitis llamada de piscina. Su principal mérito estriba en el aporte de los datos clínicos y anatomo-patológicos, para dejar perfectamente delineada la silueta clínica de esta enfermedad, que constituye una verdadera entidad en el cuadro de las conjuntivitis no específicas. Deja perfectamente dilucidado que no pueden tomarse como casos de conjuntivitis de piscina aquellos en que se puede identificar algún germen específico, pues la característica de esta enfermedad es precisamente la ausencia de germen alguno conocido. Hay en el estudio que comentamos datos muy importantes que permiten establecer el diagnóstico diferencial con el tracoma, diagnóstico de una importancia enorme. Queda, ahora, por dilucidar si las inclusiones epiteliales encontradas en esta enfermedad se encuentran, igualmente, en las afecciones uro-genitales, para establecer, después, la relación de causalidad que pudiera ligar a ambos padecimientos.

DR. CERVERA. —El doctor Silva nos ha traído una descripción trazando los límites que existen dentro de la conjuntivitis de gérmenes desconocidos y las conjuntivitis de inclusión. Una clasificación siempre tiene por objeto dar mayor comodidad al estudio, pero no siempre en la naturaleza se encuentran los cuadros tan separados. Me permito recordarle que en los diversos experimentos que se han seguido para reproducir una inclusión, se han encontrado bacilos de Pfeiffer y de Weeks. Algunos consideran la conjuntivitis aguda como producida por una localización conjuntival más intensa. Haciendo infecciones gonocócicas se ha conseguido hacer una reproducción. Sabemos que los baños de tina pueden ocasionar conjuntivitis blenorragica. Conviene estudiar la diferencia que existe entre esta forma y la de origen gonocócica. Basta estudiar un cultivo de gonococo que tenga algunos días para ver todas las formas de involución y pudiera suceder que exista otra forma capaz de presentarse bajo el aspecto de inclusiones. Los últimos adelantos revelan que gérmenes considerados con determinada forma, pueden tomar otra. Estamos acostumbrados a ver el bacilo de Koch como un bastoncito, ahora conforme a los estudios modernos, sabemos que existe en otra forma. Por consiguiente, yo creo que este asunto reviste mucha importancia y se debe estudiar mejor.

DR. SILVA. —Agradezco a las personas que han tenido la amabilidad de comentar mi trabajo. Efectivamente, como dice el doctor Torres Estrada, el nombre de conjuntivitis de piscita es muy chocante. Al principio se le llamó conjuntivitis de baño. La epidemia que describe el doctor Torres Estrada que tuvo oportunidad de ver en Apizaco despierta interés por el hecho de que en esa población no puede haber contagio con los estanques que son muy escasos. Respecto a la epidemia que observamos en la Escuela Industrial y en el Hospicio de Niños, puede haberse tratado de una conjuntivitis folicular aguda. Hay una cosa muy importante; la relación entre las inclusiones como la mayoría de los autores lo dicen, no puede considerarse como elemento especial en las formas de granulaciones o folículos que pueden considerarse como dentro de un mismo cuadro clínico; respecto a las afecciones producidas por la gonorrea, siempre se ve la formación de papilas y esta distinción es muy interesante. Yo espero que este trabajo despierte interés en los señores que se dedican a las vías genito-urinarias y que haciendo sus estudios lleguen a algunas conclusiones definitivas; porque hay veces en las que habiéndose hecho un estudio completo y resultado negativo desde el punto de vista del gonococo, se inocule encontrando reacción positiva. Debemos reunirnos los especialistas de ojos y los de vías urinarias para llegar a una conclusión.

Repito mis agradecimientos.

Tiene la palabra la comisión encargada de dictaminar acerca del trabajo del doctor Villarreal.

DR. GODOY. —Fui comisionado para examinar a la enferma del doctor Villarreal a propósito de la radium-terapia. La enferma que examiné es una mujer como de unos 32 años, múltipara, que tenía un tumor uterino con tendencia a enclavarse. El tumor era moderado. Hice la palpación manual a la enferma y pude observar que no existía ningún tumor en la matriz, que había sufrido el tumor una involución que pudiera considerarse como las que se producen en las mujeres en la menopausia. El caso es muy demostrativo desde el punto de vista del tratamiento. Yo me había conformado con hacer la palpación para comprobar el estado del tumor. El señor Villarreal me llamó la atención de que viera a la enferma que había tenido una cervicitis que se había modificado notablemente. Concluye el doctor Villarreal que hasta ahora los rayos Roentgen han obrado sobre las celdillas. El tratamiento fué eficaz. Ya se sabe la influencia que tienen los rayos X sobre los tumores fibrosos. Para los casos en que ya no hay remedio, está perfectamente indicado el tratamiento por los rayos X, pero en casos en que pueda emplearse la cirugía es preferible la operación a la aplicación de los Rayos X, que destruyen las funciones de los ovarios.

DR. VILLARREAL. —Es de sentirse que el doctor Godoy Alvarez no hubiera oído la lectura de todo mi trabajo, pues por la exposición que ha hecho, indica que no se ha dado cuenta de lo que me propuse demostrar, aportando en apoyo observaciones de casos seguidos durante muchos años.

El último caso, fué el que vió el doctor Godoy en unión del doctor Madrazo, nombrados en comisión por el Presidente. De esta enferma, nos dice el doctor Godoy, la encontró completamente curada de las hemorragias que la agotaban y del tumor que yo dije padecía, no sintiéndose tumor alguno en la pelvis. Asevera, además, que el tratamiento por los Rayos X y el Radio en los tumores fibrosos es ya conocido, como lo es el tratamiento de los cánceres uterinos y que le causó extrañeza que yo hiciera incapié e insistiera hasta hacerle ver con el espejo el estado del cuello uterino que el doctor Godoy y el doctor Madrazo encuentran también sano y la matriz chica aplásica. A esta exposición solo tengo que objetar: 1º Que la enferma múltipara, viuda, con cuatro hijos, tiene 38 años y no 32. 2º Que un médico joven, competente, había diagnosticado: epiteloma del cuello uterino e invasión del parametrio del lado derecho; en mi trabajo refería cual era el aspecto del cuello, su estado de hipertrofia y degeneración microquística y que, aunque sangraba al tacto, la consistencia y desmenuzabilidad no eran las del cáncer y que el tumor que llenaba la pelvis y rechazaba la matriz a la izquierda, era un fibroma intraligamentario que comprimiendo el obturador y el plexus sacro, causaba los dolores que impedían a la enferma toda actividad y el no estar levantado el cuello uterino, tener fuertes hemorragias y el tumor duro de superficie regular, convexa, tanto al tacto vaginal como a la exploración bimanual, hacían presumir el desarrollo del tumor en el espesor del cuerno uterino en proximidad del endometrio, entrando en la categoría de los tumores más sensibles a la gamoterapia penetrante roentgeniana, y 3º Que el tratamiento con Rayos X producidos con tensión de 200,000 voltios, proporcionado en tres sesiones y que la enferma soportara sin molestia alguna, sin interrumpir sus ocupaciones ni la atención de sus hijos, fué bastante para curarla del tumor y de la degeneración microquística del cuello, y esto lo dije al doctor Godoy en lo particular para que observara el hecho, pues si es cierta y conocida la acción de las radiaciones sobre los cánceres epiteliales, hasta hoy no se han empleado para destruir los quistes de retención que constituyen los huevos de Nabot.

Muy conocidas son, como lo asienta el doctor Godoy, las radiaciones de Roentgen y Curie para el tratamiento de los fibromas; pero desgraciadamente en nuestro medio científico no se les da la importancia que tienen y se siguen los procedimientos de hace 30 años en que por primera vez hablé ante esta Academia de la histerectomía total abdominal o supravaginal con pedículo intraperitoneal. En caso de que informó el doctor Godoy, últi-

ma observación de mi trabajo, y el caso de la primera observación, una señora que padecía hemorragias graves de 8 meses atrás y que clorótica e hidrémica, difícilmente podía moverse en su cama, desangrándose continuamente y que la aplicación de un aparato de Radio intrauterino sin anestesia, detuvo la hemorragia como si se hubiera hecho una ligadura, curándose en pocos meses de la hemorragia, del tumor y de la anemia, son casos que sorprenden por acostumbrados que estemos a lo extraordinario. Pero como dice bien el Dr. Godoy, es necesario saber cuales enfermas y cuales tumores ceden a las radiaciones. Si hay error de diagnóstico y se aplica el radio a un hematoma retrouterino enquistado o un quiste del ovario, indudablemente que se irá al fracaso.

Ya en el año de 1922 en un trabajo presentado a esta Academia, indicaba cómo tumores fibrosos gigantes de la matriz, tumores que tenían el volumen de un embarazo del 8º o 9º mes, cedían a las radiaciones cuando era costumbre tratar solo los tumores murales que no pasaban del ombligo. Decía entonces, como ahora que los fibromas subperitoneales pediculados no debían radiarse por poco que su volumen pasara el del puño.

Con las observaciones de los casos que me son personales, tratados ya por mí o por colegas entendidos en achaques de diagnóstico y Radiología, he encontrado una fórmula que he desarrollado en mi trabajo y que me sirve de norma y que he querido dejar consignada para los que se preocupen por estos asuntos y que se interesan por la salud de sus pacientes y que les duele no obtener resultados cuando lo esperaban.

Si consideramos el estrecho superior de la pelvis como una circunferencia y el endometrio como un centro, la sensibilidad de los tumores fibrosos, decrece del centro a la periferia; más distante su implantación del endometrio, menos sensibles. Si su sensibilidad es como uno a las ondas cortas de la terapia X profunda o a las radiaciones gama penetrantes del Radio, es casi nula para los tumores fibrosos que toman su asiento en el arco de Falopio o la aponeurosis iliaca. Los tumores fibrosos murales son sensibles a la gamoterapia de onda corta Roentgen o Curie la indicación varía con el estado de la paciente, soltera o casada, y su susceptibilidad a los rayos X, hay personas que son afectadas por la enfermedad de los rayos; con el Radio no se presentan estas intolerancias. Si los tumores son subperitoneales, sésiles o intraligamentarios, que se reconocen los primeros en las gibaduras perceptibles a través de las paredes abdominal y vaginal y los segundos por su implantación, enclavamiento en la pelvis, rechazamiento de la matriz hacia la izquierda o derecha y el levantamiento del cuello uterino, detrás de la sínfisis púbica, tanto unos como otros van asociados a tumores murales.

Las masas tumorales que resultan de estas asociaciones son voluminosas y resisten a las radiaciones X o Curie, pero ceden a su asociación.

En mi trabajo refiero los casos típicos, casi todos ellos de esposas de médicos o parientes de médicos; algunos de estos casos me dijeron los doctores Godoy y Madrazo conocer. Algunos de los enfermos tratados durante meses y años por radiologistas serios y competentes con poco o ningún resultado, fueron aliviados al aplicárseles un aparato radífero intrauterino; y si los tumores fibrosos superitoneales voluminosos y los pólipos intrauterinos pediculados son todavía del resorte de la cirugía, hay una gran mayoría de tumores fibrosos que se tratan con éxito por la gamoterapia que tiene el gran mérito de tener un 0% de mortalidad y no expone a las peritonitis adhesivas, eventraciones, embolias, etc.

Y por último hay tumores fibrosos que teniendo su implantación en las paredes de la pelvis, tumores benignos por su estructura, pueden ser malignos por su extensión y relación que guardan con órganos necesarios para la vida y ni la cirugía ni el Radio ni los Rayos X, ni medio alguno pueden hacerles desaparecer y refiero el caso en mi trabajo que sucintamente transcribo para mejor comprensión de lo que dejo dicho.

Una señora de buena sociedad, de 42 años de edad, múltipara, embarazada en el 4º y 5º mes, llevaba de tiempo atrás un tumor fibroso que había hecho que el último parto fuera distósico, el médico que la atendió, le indicó la conveniencia de operarse antes de volver a embarazarse por la gravedad que el parto podría presentar. Pasó el tiempo, la operación aconsejada no se llegó a efecto, no obstante que la enferma tenía dolores en el miembro inferior derecho; se hizo otra vez embarazada, el tumor había crecido y aumentado mucho los sufrimientos del referido miembro inferior derecho. El cirujano que la atendía, de fama en nuestro medio quirúrgico, por sus conocimientos e inteligencia y destreza operatoria, hizo que la enferma se internara en un Sanatorio, le practicó una laparotomía subumbilical, encontrando el tumor como del tamaño de una cabeza de niño a término, formando cuerpo con la matriz embarazada, el tumor era intraligamentario y llenaba el lado derecho de la pelvis y parte de la fosa iliaca. Al seccionar la hoja del ligamento ancho, se dividió alguna vena voluminosa y vino una hemorragia abundante, difícil de cohibir y tan grave fué el asunto que toda la operación se redujo a tapar el vaso que parecía tener cien bocas.

Exangüe y exhausta la enferma, cuando el choque parecía haber desaparecido, se presentó el aborto a las altas horas de la noche y sólo la habilidad y pericia del cirujano pudieron salvar de este nuevo tropiezo a la paciente.

Un mes después salió la enferma del Sanatorio, llevando su tumor y su

matriz y con ella la probabilidad de un nuevo embarazo, pues era en extremo fecunda. Seis meses después el distinguido cirujano que la atendía, preocupado con la idea de que la señora se volviera a hacer embarazada, el tumor habiendo continuado a crecer y a molestar con la presión la sensibilidad exquisita de la dama quiso consultar mi opinión, pues según me dijo, no era fácil de resolverse a operar otra vez a una persona que tan grave se había visto y que parecía estar del todo bien, si no fuera por las neuralgias del muslo; ¡contraste extraño entre lo que él había visto y la benignidad aparente de la lesión! La enferma frecuentaba reuniones, teatros, etc.

Examiné a la enferma y encontré que el tumor estaba implantado en la pelvis y expresé la idea que tenía de la resistencia de estos tumores a las radiaciones; sin embargo se conseguiría: 1º Aliviar las neuralgias; 2º Esterilizar a la enferma, quitándole el peligro de un nuevo embarazo; 3º Reducir algo el tumor; y 4º Dar tiempo a la paciente para que se repusiera y en caso que no cedieran las neuralgias, operaría.

Hice las aplicaciones de Radio y Rayos X, dando un 15% más de la dosis eritema, por la vagina con una placa de Radio, por el vientre con Rayos X.

Dos meses más tarde no se presentó ya el período y las neuralgias y parestesias habían desaparecido; el tumor guardaba casi su volumen. Durante un año el estado de la enferma fué altamente satisfactorio, no volvió a tener dolores, atendía sin molestias las exigencias de su vida social, viajaba, etc.; cada tres o cuatro meses con irregularidades que impedían un tratamiento sistematizado, se le hacían las aplicaciones de Radio y de Rayos X, sin que el tumor sufriera otro cambio que su reblandecimiento, disminuyendo un poco su volumen.

Siendo intolerables para la paciente las radiaciones de Rayos X, se continuó el tratamiento con paquetes de tubo de Radio por el vientre, separándolos de la piel dos centímetros y por la vagina por aplicación mediata, usando filtros metálicos y caucho. En el primer tercio del segundo año, empezaron a presentarse otra vez las parestesias y neuralgias fugaces y poco intensas que las aplicaciones hacían desaparecer; más tarde tenía que tomar aspirina para calmar los dolores; a fines del segundo tercio del año, la enferma tuvo una fuerte crisis dolorosa como antes de principiar el tratamiento, tuvo que recurrir a la morfina y propuse se suspendiera el tratamiento de gamoterapia y se resolviera a la operación; pero el cirujano de cabecera encontrando reducido el tumor y reblandecido en su mayor parte, opinó que se hiciera otro nuevo tratamiento que fué benéfico por dos o tres meses más en que presentándose nuevo ataque de dolores y sufrimientos y encarecí lo necesario que era recurrir a la operación, y el esposo de la señora determinó llevarla a Rochester, donde el cirujano que operó, encon-

trando lo grave que era de separar el tumor de los vasos iliacos y del ureter, hizo una extirpación parcial del tumor y aplicación intersticial de Radio, volviendo bien pronto los sufrimientos, recurriendo a la morfina para aliviarlos; y hoy, cuatro años y medio del día que empecé a tratarla aún vive esta desventurada señora, a quien tal vez una cordectomía pudiera aliviar.

Tal es la historia de los tumores fibrosos uterinos, periuterinos y de la pared pélvica, según mi experiencia en años de observación y estudios pacientes; la extrema radio-sensibilidad de los primeros, contrasta con la radio-resistencia de los últimos.

Se levanta la sesión a las 21.15, con asistencia de los señores Ayusso, Bandera, Bermúdez, Cicero, Cervera, Castro Villagrana, Godoy A., López Landa, Noriega Ocaranza, Mendizábal, Monjarás, Ramírez V. Rivero, Villareal, Torres Estrada, Tapia Fernández y el Secretario.

LUIS S. VIRAMONTES.

SESION DEL DIA 9 DE MAYO DE 1928.—PRESIDENCIA
DEL DOCTOR RAFAEL SILVA

Acta de la sesión anterior.

DR. VÉLEZ.—Presenta un trabajo y un aparato para medir la visión.

DR. SILVA.—Me parece muy pertinente hacerle una felicitación muy calurosa al doctor Vélez por la presentación de estos aparatos que son de gran valor en la Oftalmología. Todos recordarán las dificultades que hemos tenido para lograr formarnos un cuadro completo. Los esquemas se hacían con bastante dificultad, pues desgraciadamente sólo los buenos dibujantes podían hacer con claridad los dibujos, sobre todo, si se tiene en cuenta la dificultad con que se tropieza cuando se tiene que trabajar en cuarto oscuro y las dificultades para la reproducción con color, para sacar los diferentes aspectos del fondo del ojo y de allí resultaba que muchas veces los colores salían cambiados, dando una idea completamente diferente. Con el aparato de Zeiss se hicieron esquemas para llegar a la reproducción de las lesiones del ojo, pero esta labor sólo podía confiarse a grandes artistas que conocían su interpretación. Después de estos trabajos, se consideraron como un gran descubrimiento los oftalmoscopios fijos, como

el de Thorner. Debemos anotar después, los del Prof. Dimmer que han sido una verdadera maravilla, porque se pueden hacer algunas fotografías con bastante buen resultado pero es un aparato de un manejo muy complicado. Por último, con el aparato de Nordenson, vemos con qué facilidad se pueden obtener fotografías de la cámara anterior del ojo. Este no es progreso exclusivo de los oculistas, sino que debe generalizarse entre los médicos que no se dedican a enfermedades de los ojos; puesto que realmente ahora estos aparatos son de una gran utilidad. Este aparato ha sido una revelación porque ha puesto al alcance de los señores Profesores de la Facultad de medicina un medio sencillo con el que se puede examinar detalladamente el fondo del ojo. Esperamos que el doctor Vélez nos muestre sus investigaciones y las fotografías a color que será un gran adelanto.

Felicito sinceramente al doctor Vélez por la prueba de actividad que ha tenido para obtener el aparato y que demuestra la facilidad con que los profesores pueden recoger los datos precisos para la enseñanza.

DR. VÉLEZ.—Doy las gracias al señor Presidente por la atención que ha prestado a este sencillo trabajo. Las palabras que ha tenido corroboran mi opinión acerca de la utilidad que presta el aparato no sólo a los oculistas sino a los médicos generales.

La Oftalmología puede proporcionar ahora gráficas y explicaciones muy útiles sobre la agudeza visual, el campo visual, las perturbaciones de la motilidad de los ojos, y la imagen del fondo del ojo; todo esto se demuestra gráficamente por medio de aparatos. Con estas fotografías no nos faltaría sino un aparato más poderoso que llegara hasta los centros visuales, pero nos conformamos por ahora con llegar hasta la retina y al nervio óptico y con la parte que la Oftalmología puede realizar haciendo ver a los alumnos los medios de que disponemos para localizar en que sitio se encuentra una lesión. Con este aparato se puede demostrar la marcha de una lesión y el sitio de ella lo que constituye un progreso en la Patología ocular. Los alumnos encontrarán con él una gran ventaja para hacer la comprobación de un diagnóstico y la marcha de la enfermedad. Los trabajos los he seguido con la ayuda del doctor Ruiz Castañeda a quien no quiero olvidar en este momento y creo que hemos sacado algún provecho con nuestro trabajo.

DR. GODOY A.—Trabajo de Turno.—Voluminoso quiste del mesocolon.

No se discute el trabajo.

Se levanta a las 20.40 minutos, con asistencia de los señores doctores: Ayusso, Baz, Bandera, Cicero, Godoy, Monjarás, Mendizábal, Landa, Prieto, Rivero B., Rojas José T., Valdés, Vélez, Torres Estrada, Troconis, Torres Torija y el Secretario

L. S. VIRAMONTES.

SESION DEL DIA 16 DE MAYO DE 1928.—PRESIDENCIA
DEL DOCTOR RAFAEL SILVA

CURACION RADICAL DE LA HERNIA INGUINAL.

A las 19.45 se abre la sesión.

Acta de la anterior que sin modificaciones es aceptada.

El Dr. Villarreal pide la palabra para hacer una comunicación verbal; a propósito del enfermo que presenta.—Se le concede la palabra.

DR. VILLAREAL —La curación radical de la hernia inguinal, tal como se la practica en la actualidad, no satisface del todo supuesto que año con año se ven publicaciones periodísticas con artículos encomiando tal o cual procedimiento que llena tal o cual desiderato que, según la opinión del autor, es el motivo de la reproducción en operaciones en que se ha practicado el procedimiento de Bassini y en que no ha habido ninguna complicación y en que la cicatrización ha sido por primera intención. Un trabajo notable en este sentido es indudablemente el de un cirujano distinguido del Ejército Americano, en que atribuye el fracaso repetido del procedimiento clásico a que no se tiene el suficiente cuidado en estrechar el anillo inguinal interno y señala una rama de la vena epigástrica hasta donde hay que llevar la sutura para que la reproducción de la hernia no sea de temerse.

Hace muchos años yo empleo un procedimiento que no viene a ser más que una aplicación, en la región inguinal, del método de sutura que sigo para cerrar la pared abdominal y del que me ocupé en la Sociedad Mexicana de Cirugía por el año de 1899. Este procedimiento lo sigo habitualmente, ha sido motivo de tesis del doctor Torres Neri.

Y en alguna reproducción que observé fué en un anciano de paredes abdominales atrofiadas que padecía de una hernia inguinal antigua, voluminosa, de anillo ensanchado y la hernia no tenía saco, alojándose en el escroto la mayor parte de la ese iliaca. La hernia operada por segunda vez, cogido convenientemente el tendón conjunto para rehacer la pared abdominal, no se volvió a reproducir. El perfeccionamiento que en el procedimiento he llevado a cabo con los años, es que habitualmente practico la operación con anestesia local en los planos superficiales y regional en los nervios del cordón y aprovechando la resistencia y seguridad del surjete temporalmente perdido que coge las aponeurósis, ligamentos y músculos del canal inguinal, permito que el paciente se levante concluida la operación y que por su pie vaya a su cama, continuando su vida ordinaria, consiguiendo con esto que no haya convalecencia y que el operado pueda atender sus ocupaciones y entrar en el ejercicio de sus actividades en el menor lapso de tiempo posible.

El individuo que presento a esta Academia tiene 13 días de operado, llevaba una hernia entero epiploica inguino-escrotal voluminosa, funicular, oblicua, del lado izquierdo. Preparado convenientemente para la operación y con todas las condiciones de asepsia que el caso requería, hice la infiltración de la piel y tejido celular con una solución de procaina al 1% y adrenalina, una gota por cada cuatro centímetros cúbicos, sobre la desembocadura del canal inguinal, siguiendo el trayecto de éste y sin pasar hacia arriba y afuera el límite de la inserción del vello del pubis para que la cicatriz quede cubierta al crecer el vello; la extensión de la herida fué de unos 7 centímetros. Llegado sobre la aponeurósis del grande oblicuo, hice la infiltración del canal inguinal dividida la aponeurósis y descubierto el cordón que estaba muy abultado por el contenido de la hernia y además cubierto por un cremaster voluminoso, hice su infiltración en su periferia al nivel del anillo inguinal interno, con esto ya pude buscar el saco incindiendo la fibrosa del cordón y poniendo a descubierto las ramas nerviosas funiculares e hice su infiltración, no habiendo empleado en la operación 15 centímetros cúbicos de solución. La disección del contorno del cuello del saco, previa su abertura y reducción del intestino y epiplon herniados, fué fácil por el espesor de sus paredes así como la disección del resto del saco donde cabía el puño; la ligadura del saco la hice como de costumbre muy alta y ligándolo con catgut crómico N^o 2, dejando los cabos largos que me permitieran fijarlo por la membrana de Backer hacia el ángulo superior de la herida atravesando el transverso, el pequeño oblicuo y la aponeurósis del transverso. Con tres puntas de catgut simple delgado N^o 0 cerré la fibrosa del cordón y rechazando éste hacia atrás, cogí con pinzas de Kocher el tendón conjunto al unirse con la vaina del recto y tres centímetros hacia afuera las fibras que aún se veían de este tendón y el borde del transverso y pequeño oblicuo. Hacia abajo del cordón descubrí y cogí el borde interno del canal de Poupart, 1^o al nivel de la parte media superior del anillo de Cloquet, 2^o tres centímetros hacia afuera sobre el nervio crural. El surjete temporalmente perdido, lo hice con un torsal de hilo del N^o 50 esterilizado por abullición con los instrumentos; el surjete lo empecé por la parte de la herida cogiendo el pilar interno del anillo inguinal externo, cerca del borde de la vaina del recto y en la misma puntada el tendón conjunto y rechazando el cordón hacia atrás pasé la aguja a través del arco de Poupart hacia afuera de la pinza que cogía este ligamento en el medio superior del anillo de Cloquet; el siguiente paso del surjete, cogió la aponeurósis del grande oblicuo, del borde superior de la herida, una porción era del pequeño oblicuo y del transverso con las fibras del tendón conjunto hacia afuera también de la pinza, colocada como antes dije a tres centímetros de la inserción del tendón conjunto, a la vaina del recto y a la

espina pùblica. Rechazando siempre hatrás los elementos del cordón el paso de la aguja para formar la segunda asa del surjete, lo hice cogiendo el borde interno del arco de Poupart hacia afuera de la pinza que lo cogía al espesor mismo del ligamento entre la arteria y el nervio crurales y la aponeurósís del grande oblicuo un poco encima de su inserción al labio externo del ligamento ileo-pùblico; el tercer paso del surjete comprendió la aponeurósís del grande oblicuo arriba y abajo del trayecto del canal inguinal y una porción de los músculos pequeño oblicuo y transverso a tres centímetros de la asa anterior tanto arriba como abajo. Tirando sobre los extremos del torsal, se aproximaron los tejidos, formándose una pared anterior resistente, la pared posterior constituida por el peritoneo y el fascia transversalis, el cordón siguiendo con la dirección oblicua que le es habitual. Terminé la operación aproximando las facias superficialís el tejido celular y la piel con otro surjete, también de hilo de carrete N° 50, los cabos del torsal anudándolos sobre rodillos de gasa para sostener al surjete que acostumbro retirar a los 18 o 20 días, dando tiempo a que los tejidos tengan consistencia y evitar la reproducción de la hernia y hasta una eventración. Cuando la sutura se ha practicado con catgut, aunque este sea crómico, su absorción es muy variable con cada individuo y el cirujano no puede preveer con exactitud el tiempo que este material de sutura tendrá para soportar la tensión de los tejidos. En este procedímiento, que no es más que una modalidad como antes dije del método que desde hace muchos años empleo para la unión de las capas del vientre en las laparotomías, es ventajosa la supresión de la línea de suturas entrecortadas o de surjete con catgut, del borde interno de la canaladura del ligamento de Falopio y el borde inferior del pequeño oblicuo y el transverso y de su tendón conjunto, tiempo principal del procedímiento clásico de Bassini para constituir una pared interna artificial y que no es necesario por no existir tal pared en estado normal, 1º por que simplifica el procedímiento reduciendo a uno el plano de suturas, 2º evita el uso de suturas reabsorbibles que expone como ya lo he dicho a la reproducción y a la eventración; y en cuanto a la confianza que se pueda tener de esta manera de tratar las hernias inguinales, la observación del resultado obtenido en las laparotomías y las múltiples operaciones de hernia y eventraciones así tratadas y vistos los pacientes después de años de tratados completamente sanos, me pone en condiciones de recomendarlo.

Además del surjete temporalmente perdido con hilo como el caso que hoy presento, permite que el paciente no tenga verdaderamente convalecencia; que evacue sus ocupaciones, pudiendo soportar esfuerzos entendido que no sean excesivos, los accesos de tos, estornudos la distensión del vientre por parálisis intestinal, etc. El sujeto operado aquí presente, se le

vantó de la mesa de operaciones por su pie, fué a su cama, al siguiente día dejó el Hospital, ha estado apto para arreglar sus asuntos; al noveno día se le retiraron los puntos de sutura superficiales y los rollos de gasa del surjete reemplazando estos por tiras de leucoplasto que sujetan los extremos del hilo. Actualmente la cicatriz es completa y sólo quedan los orificios por donde salen los cabos del hilo.

El Presidente nombra a los Sres. Eliseo Ramírez y Luis Rivero Ba- para examinar al enfermo.

DR. RAMÍREZ.—Según el procedimiento de Bassini hay errores que dan una idea un poco falsa a propósito de la anatomía de la región. Se señala con el nombre de canal inguinal algo que no es en realidad un canal. Un primer plano de la región está formado por la aponeurósis superficialis, ocupando la parte inferior del abdomen que termina en un arco, donde están colocados los órganos genitales externos. Después hay un plano que se encuentra en la región y formado por la aponeurósis del grande oblicuo, en donde hay una ventana, que está parcialmente obstruida por las fibras que unen esta ventana inguinal con la otra ventana que está limitada por

Son en realidad dos ventanas, no debía llamarse canal, porque se encuentran dos persianas que están obstruidas por el ligamento de Poupart que limita estas dos ventanas haciéndolas más completas. El procedimiento de Bassini consiste en cerrar la ventana posterior saturando el tendón del conjunto. Esta sutura no siempre es efectiva, porque no siempre este tendón se puede suturar; generalmente se une un músculo con un ligamento; otras veces se hace el ligamento del tendón del conjunto y en este caso sí se puede hacer la sutura más resistente. Esta ventana no va sino a estrechar la comunicación del exterior con el interior y la parte fundamental está formada por la aponeurósis del grande oblicuo. En las hernias esta ventana se abre. Como la hernia está dentro de los elementos del cordón, la dificultad técnica de cortar el cordón es muy grande; pero si se sutura el tendón del conjunto con la bandeleta, se logra formar una pared resistente que da muy buena defensa. Lo que hace la defensa es el tabique anterior formado por la aponeurósis del grande oblicuo. El procedimiento de Bassini consiste no en rehacer la pared posterior, sino en formar una nueva pared, suturando la parte del tendón del conjunto con la bandeleta pectínea. Se rehace la pared anterior uniendo los dos bordes que fueron disjuntos. Se hace la unión de los dos bordes del grande oblicuo donde pasa la aguja sin desgarrar la aponeurósis y si no se tiene la precaución de que los hilos sean separados, muchas veces, al hacer la sutura se abre la aponeurósis

del grande oblicuo. Yo creo que uniendo la sutura profunda con la pared del grande oblicuo el resultado ha de ser muy bueno, sobre todo, en los casos en donde el ligamento se une con el borde muscular que se tiene que pegar con la bandeleta.

DR. RIVERO B.—El doctor Ramírez hizo ya una exposición del procedimiento que presentó el doctor Villarreal y voy a decir un ligero comentario.—En realidad como dice el doctor Ramírez, lo que se hace es comprender en una sola sutura las dos que usan en el procedimiento de Bassini separadamente. La diferencia está en un solo detalle. En el procedimiento de Bassini se hace una pared y encima de esa pared se coloca el cordón. En este procedimiento se sujeta el cordón ya no a través del canal inguinal sino por el orificio externo; la sutura es siempre difícil, sobre todo en las hernias. Si se acorta el plano posterior tiene que impartir más fuerza a la que tiene la pared para evitar la formación de la hernia. El procedimiento es muy bueno y la cicatrización se hace con más rapidez. Al hacer la sutura del tendón conjuato es indispensable descubrirlo y aislarlo para buscar los puntos, mientras que así se hace con rapidez extraordinaria. Me parece una gran ventaja y la práctica de dejar un punto perdido temporalmente no debía limitarse determinado tiempo. Con el catgut se hace un cálculo aproximado para su reabsorción, mientras que con el hilo que no se reabsorbe, queda la cicatriz con más seguridad, durante todo el tiempo que sea necesario. Yo no sé si el doctor Villarreal retirará el hilo sistemáticamente a los 18 días; a mí me parece que este tiempo debe variar según la naturaleza del paciente.

DR. VILLARREAL.—Me complacen y agradezco los conceptos de los miembros de la Academia nombrados por el Sr. Presidente para informar del caso presentado. Para mí la pared posterior del trayecto inguinal al estado normal es de pequeña extensión, tanto en altura como en sentido transversal y sólo está constituido por el fascia transversalis engrosado que se inserta en labio posterior del ligamento ileo-púbico y por el peritoneo; el tendón conjunto, y los músculos pequeño oblicuo y transverso quedan encima del cordón espermático o hacia el nivel del anillo inguinal interno, los músculos lo rodean adelante y atrás, pero más bien forman en todo el trayecto inguinal la pared superior de éste. La resistencia de la pared abdominal la da el grande oblicuo y la tensión al contraerse, los músculos pequeño oblicuo y transverso encerrados entre la aponeurósis del grande oblicuo hacia adelante y del fascia transversalis hacia atrás. La formación de una pared músculo-tendinosa posterior por el procedimiento de Bassini es artificial, el reforzamiento de la aponeurósis del grande oblicuo, avanzando la inserción del pequeño oblicuo y del transverso sobre el arco de Falopio desde el tercio externo de éste hasta cerca de su inser-

ción interna, es también artificial, pero más sencillo; un solo plano de sutura; el trayecto oblicuo del cordón y su revestimiento posterior por el fascia transversalis y el peritoneo, no ha cambiado sino en que la parte de fibras musculares que lo envuelven hacia atrás, han pasado hacia adelante.

Un caso de los accidentes a que dá lugar la reabsorción prematura del catgut, es el de la Sra. X que fué operada por un cirujano en el departamento de distinción del Hospital General hace doce años, de una hernia inguinal derecha; según la enferma su hernia no era más grande que un huevo de gallina; se empleo anestesia general con cloroformo. Todo iba pero a los doce días, sin otro motivo que un estornudo, sintió un dolor en la ingle derecha, pero no hizo caso por que el dolor pasó; pero cuatro o cinco días después al cambiarle la curación, el doctor encontró que había una reproducción. No consintió en dejarse operar otra vez y cuando yo la ví se trataba de una eventración voluminosa; las asas intestinales se dibujaban bajo la pared adélgazada distendida y úlceraada, el volúmen de la masa herniada era del tamaño de una cabeza adolescente; tuve que reseca la piel y no habiendo arco crural, parte de la hernia llenaba el canal crural, rehice el arco con la aponeurósis del muslo y el punto interno del surjete lo hice pasar por el ligamento de Cooper; grandes dificultades tuve para librar las adherencias que se habían formado sobre la arteria y venas iliacas, cerrar el peritoneo y rehacer la pared abdominal. Un reposo prolongado y el no haber retirado el surjete hasta los 25 días de la operación, contribuyeron mucho para el éxito. Indudablemente que 15 o 25 días es el término más conveniente para retirar el surjete según las condiciones del operado, la vitalidad de los tejidos y la extensión de la reparación.

Enseguida el doctor Rivero Borrell hace unas aclaraciones relativas a su trabajo «La Determinación del valor funcional de cada riñón separadamente»
Turnos de lectura para la próxima sesión.

Se levanta a las 21 horas con asistencia de los señores doctores Alonso, Adalid C. Aragón, Bandera, Bulman, Bermudez, Cervera, Cicero, Baz, Landa, López Ocaranza, Pérez de la Vega, Rivero B., Ramírez E., Rojas Loa, Madrazo, Torres Torija, Troconis, Tapia F. Villiarreal y el Secretario.

L. S. VIRAMONTES.

SESION DEL DIA 23 DE MAYO DE 1928.—PRESIDENCIA
DEL DOCTOR RAFAEL SILVA.

MUERTE DEL DR. HIDEYO NOGUCHI.

Lectura de correspondencia recibida.

El Sr. Presidente da cuenta con la penosa noticia de la muerte del ilustre bacteriólogo Hideyo Noguchi y hace su elogio fúnebre. Al terminar su lectura se levanta la sesión en señal de duelo.

Asistieron los socios: Adalid, Ayusso, Brioso, Bulman, Cervera Escobar, Castro V., Ramírez V., Raso, Torres Torija, Troconis, Rojas J. Tomás., Ulrich y Vélez.

L. S. VIRAMONTES.

SESION DEL DIA 30 DE MAYO DE 1928.—PRESIDENCIA
DEL DOCTOR RAFAEL SILVA.

LA BROMUROTERAPIA EN DERMATOLOGIA.

A las 19.45 se abre la sesión.

Acta de la anterior.

Publicaciones recibidas.

Trabajo de turno del doctor Vicente Ramírez

DR. BRIOSO.—He oído con atención el trabajo del doctor Ramírez. Sezary trata esta misma cuestión y llega a conclusiones semejantes a las que llega el doctor Ramírez. Se ha instituido el bromurado como tratamiento sistemático para el eczema agudo, por más que Polano no haya podido comprobar su eficacia y da una explicación que pudiera ser la clave de las cuestiones a que se refiere el doctor Ramírez. Dice que en las enfermedades de la piel el factor más importante es calmar el dolor, ya sea con medicamentos internos o externos; pero que se procura que el medicamento ejerza una acción sedante. Cita la urticaria en la que el prurito precede a la lesión y mientras más se rascan los enfermos más crecen y se desarrollan las lesiones. Estimo que siendo los padecimientos cutáneos muy frecuentes y no encontrando en todas partes personas que hayan hecho estudios especiales, el trabajo del doctor Ramírez tiene la ventaja de ser práctico y de hacer un tratamiento sintomático que se puede seguir mientras se resuelve el asunto.

DR. CICERO.—No tuve el gusto de oír todo el trabajo del doctor Ramírez, pero me he dado cuenta de él por lo que acabo de oír al doctor Brioso.

Las inyecciones de Bromuro de estroncio se han puesto en práctica de algún tiempo a esta parte y una tesis de uno de los alumnos cita estas inyecciones de bromuro de estroncio. El asunto es importante, porque se trata de evitar uno de los síntomas más molestos de las enfermedades de la piel; y contar con este recurso es muy útil, en muchos casos da resulta-

dos verdaderamente brillantes y en otros no se obtiene más que un efecto calmante. En cuanto a lo que dice el doctor Brioso de que el prurito precede a las lesiones, ha sido un asunto muy estudiado por él y se ha demostrado que en algunas dermatosis si se cubre la región enferma, no se produce prurito y las lesiones desaparecen, pero al descubrirla, las lesiones se presentan. Tratándose de las liquenificaciones, suelen desaparecer; pero tan pronto como se descubren, vuelve el prurito con mucha más intensidad. Hay algunos medios muy recomendables para combatir el prurito: el empleo del ácido fénico y la valeriana es uno de los medios de calmar el prurito; se administra en píldoras después de los alimentos. No se hace uso de la inyección subcutánea, porque el ácido fénico produce la hematomolisis. Otro de los medios empleados son las corrientes de alta frecuencia.

DR. VILLAREAL.—Todos los que se dedican a la medicina se encuentran en este asunto de la comezón y las señoras sufren con frecuencia un prurito en la vulva y en los órganos genitales externos, que las hacen cometer ciertos actos que son inconvenientes y las hacen desgraciadas. Yo he encontrado que el prurito en las señoras es debido al flujo que proviene del interior de la matriz. Se aconsejan los lavados internos con solución de carbonato de sosa, de cloral, etc. Yo he encontrado que si se hace un lavado con tintura de yodo, después de algunas curaciones desaparece el prurito por completo.

DR. BRIOSO—No pudo terminar su trabajo, pero pide permiso para hacer una comunicación verbal.

Abusando de la benevolencia de los señores académicos, me voy a permitir llamar la atención acerca de un asunto que desde tiempo atrás me ha preocupado y que me parece de interés práctico y posible de llevarse a cabo, siempre que haya un cuerpo de personas resueltas a emprender la cruzada a que voy a referirme.

El saludo es una expresión verbal que se dedica a otra persona para desear la salud. En los tiempos antiguos, cuando los hombres combatían brutalmente, levantaban la mano derecha, con el objeto de que estuvieran seguros de que ninguno de los dos iba a recurrir a las armas, puesto que casi nunca se hace uso de la mano izquierda para combatir. A través de los siglos ha desaparecido esta idea, pero no desaparece la forma de saludo. En los ejércitos del mundo es costumbre saludar tocándose la orilla de la prenda que cubre el cráneo; y en otros países como en Francia, el saludo tiene un aspecto más peligroso: se besan. Entre los representantes de la iglesia el saludo más ceremonioso consiste en besarse las mejillas; al Sumo Pontífice se le besa el pie y a las imágenes se les besa la orla del vestido, costumbre más perjudicial que darse la mano. Estimo que en estos hábitos hay un peligro gravísimo para la salud de las personas. Actualmente ya no

creemos que los gérmenes viven en los tapices viejos y en las paredes, ahora sabemos que los grandes factores de los gérmenes son las manos y en general el cuerpo de los vivos. Es más de temerse un sujeto vivo que un cadáver. Los cirujanos saben muy bien que lo más difícil de esterilizar son las manos y en la actualidad no hay cirujano que se respete, que haga una intervención de cierta importancia sin usar los guantes, porque se ha llegado a la conclusión de que las manos son casi imposibles de esterilizar. Y si esto decimos de las manos ¿qué diremos de la boca? Todos los gérmenes que se pueden encontrar existen en la boca, en los labios de las personas enfermas, así como en los labios de las personas sanas que circulan en la calle y que están en sociedad; todas las personas en general, son portadoras de gérmenes aun sin haber padecido la enfermedad. Estos gérmenes pasan de los labios a las manos. Si como refiere Chapin se buscara el colibacilo en las manos de las personas, nos quedaríamos asombrados de ver el número de casos en que se encuentra en las personas aseadas, y si a esto se agrega que los médicos siempre estamos dispuestos a dar la mano a todas las personas que siempre llevan gérmenes, se comprenderá que tenemos las manos más infectadas que el resto de las personas. No es de extrañar que en algunas partes se haya prohibido dar la mano y que esta prohibición sea más rigurosa tratándose del beso. En algunas partes de Nueva York se han tomado determinaciones enérgicas para llevar a cabo esta cruzada. Entre nosotros se ha intentado algo en este sentido y desde tiempo atrás se puede ver en algunas Oficinas este letrero: "Por razones de higiene sírvase usted no dar la mano". Cuando estuve en el Departamento de Salubridad quise implantar esta costumbre y con el tiempo llegaron a acostumbrarse a no dar la mano. Sería conveniente continuar esta cruzada hasta lograr que se quitara esta costumbre, ya que no es posible dar la mano con guantes. Yo creo que si la Academia tomara en serio esta plática y se resolviera a comenzarla a implantar entre nosotros, llegaríamos a evitar un sinnúmero de enfermedades transmisibles.

DR. BERMEDEZ Hace algunos meses en conversación, hacíamos un comentario sobre el reglamento de peluquerías y llama la atención la importancia que tiene hacer que los peluqueros se laven las manos antes de atender a sus clientes. Me parece este punto más importante, porque todos hemos visto que los peluqueros tocan muy a menudo los labios y la nariz y ya se ha dicho que son las manos las que llevan los gérmenes.

Muchas de las enfermedades de la cabeza, sobre todo, se adquieren por las manos de los peluqueros. Se debía exigir que en las peluquerías se pusiera un letrero pidiendo que los peluqueros se lavaran las manos antes de atender a las personas.

DR. VILLARREAL.—Yo siento diferir en la manera de pensar de los

señores que me han precedido en el uso de la palabra. Estoy conforme con que en las manos hay microorganismos y que los médicos estamos más expuestos a tener nuestras manos más sucias; pero se puede llegar al mismo fin sin evitar una muestra de afecto entre nuestros amigos, parientes, etc. Encuentro que habría el peligro de hacer a la humanidad demasiado cobarde y hacerla que encontrará un fantasma de peligros en todas partes. Hay que tener en cuenta que el hombre no sólo vive de la parte material, sino que hay para él una parte inmateral a la que da gran importancia. Sería muy triste tener que evitar todas las muestras de afecto y que nuestros amigos y parientes encontraran en todas partes el aviso diciendo que se rehusa a recibir esta manifestación. Siempre se ha juzgado un desaire muy grave que alguna persona dé la mano y no se le reciba. Yo creo que la campaña para evitar la propagación de las enfermedades, podría hacerse de otra manera más efectiva. Hay que aconsejar a las gentes que se laven las manos antes de comer.

DR. ARROYO.—Yo creo que el problema tiene dos aspectos muy importantes: el aspecto moral y el aspecto material. Me parece que siempre hay que comenzar por alguna cosa si se quiere emprender la campaña que propone el doctor Brioso. Yo creo que suprimir el saludo desde ahora sería fracasar y yo creo que hay que ir poco a poco y hay que insistir en el aseo de las manos. Desde este punto de vista recuerdo 2 hechos muy importantes. Uno de ellos es lamentable y yo lo observé. Era practicante en el Hospital General hace 20 años y practicaba con un médico que tenía a su cargo el pabellón de venereo sifilíticas. Alguna vez, curando a una enferma que tenía condilomas en la vulva lo hizo dejando a un lado el cigarro; terminó de curar y sin haberse aseado las manos tomó su cigarro y salió del Pabellón. Esto quiere decir que no todos los médicos somos aseados.

Otro hecho que vemos con frecuencia: los conductores de camiones desprenden los boletos del block y se mojan las manos con saliva. A ellos hay que obligarlos a que se laven las manos y que no nos obliguen a tomar estos boletos llenos de saliva.

DR. RIVERO.—En vista de que los compañeros que han hecho uso de la palabra no han tocado un detalle muy importante, quiero referirme a él. Actualmente los procedimientos de laboratorio y los aparatos respectivos, nos evitan muchos cuidados para los diagnósticos. Hemos visto detalles muy curiosos. Se cita en forma de cuento, el hecho de que un monje tuberculoso murió, y que años después fué ocupada su celda por otro monje, también murió tuberculoso y así seguían muriendo cuantos habitaban aquella celda, a pesar de los cuidados que se tenían para limpiarla convenientemente. Por fin, vinieron a observar que la correa con la que tiraban de la puerta, no había sido cambiada. Se citan también casos de contagio de es-

carlatina por una carta que ha sido escrita en casa de un enfermo y se contagia el que la recibe. Como estos casos he visto muchos, pero no he visto ninguno de haber contraído una enfermedad por haber dado la mano a otra persona. Yo comenzaría por saber si es verdad que es peligroso dar la mano. Tanta precaución haría a la gente cobarde y tendría tanto miedo a los microbios como se les tuvo cuando se comenzaron a conocer. Ahora ya sabemos que se abre el peritoneo y que entra el aire y no tememos dejarlo expuesto al aire por miedo a los microbios. Los microbios patógenos no están acechando a todo el mundo. Si vamos a impedir que se salude dándose la mano, vamos a acosumbrarnos a que el saludo se haga a un metro o más de distancia, porque también al hablar podemos llevar microbios. Vamos a utilizar una pinza aséptica para tomar el dinero y a usar este procedimiento para cada uno de los objetos que tengamos que tomar. Yo pregunto: «Puede haber una siembra de microbios, de bacilos Kock por haber tocado esta tabla que tiene polvo?» Es un error pensar que en las manos traemos tal cantidad de microbios que no podemos ni dar la mano. En los tiempos actuales se tiene en cuenta dos cosas: el terreno y los microbios. Está probado que todos tenemos el microbio de la tuberculosis; pero no se ha llegado a probar que todos seamos tuberculosos. Yo creo que la higiene en este asunto no nos llevaría a dominar las enfermedades.

DR. GAMA. Yo también creo que existen dos factores: el terreno y el microbio. La cuestión de los guantes no nos evitaría nada porque los gérmenes quedarían en ellos. Continúa haciendo una serie de comentarios. No es partidario de que se suprima el saludo.

Turnos de lectura para la sesión próxima.

La Academia entra en sesión secreta.

Se levanta la sesión ordinaria a las 21.10, con asistencia de los señores doctores: Arroyo, Ayusso, Adalid C., Alonso, Brioso V., Bermúdez, Baz, Castro Villagrana, Cervera, Cicero, Del Raso, Escobar, Gama, Garía, López, Loeza, Madrazo, Mendizabal, Miranda, Perrin, Pérez de la Vega, Prieto, Ramírez V., Rojas José Tomás, Rivero B., Troconis, Tapia Fernández, Torres Estrada, Villarreal, Valdés y Vélez.

L. S. VIRAMONTES.

ACTAS DE SESIONES

SESION DEL DIA 6 DE JUNIO DE 1928.—PRESIDENCIA DEL DOCTOR RAFAEL SILVA.

MUERTE DEL DR. FELIX LAGRANGE.

Acta de la sesión anterior, que sin modificaciones es aceptada.

De Tokio dan las gracias por el recibo de la Gaceta Médica.

Se proponen modificaciones al artículo 6º del Reglamento.

Se comunica la enfermedad del doctor Canale y se nombra a los doctores Miranda y Vélez para que le hagan una visita a su nombre.

Se comunica la muerte del Profesor Lagrange. (Lectura de su biografía.) En señal de duelo se levanta la sesión a las 20.10 con asistencia de los señores doctores: Ayusso, Aragón, Arroyo, Bandera, Baz, Brioso B., García, Iturbide A., Perrin, Miranda, Rivero B., Silva, Torres E., Valdés, Villarreal y Vélez.

SESION DEL DIA 13 DE JUNIO DE 1928.—PRESIDENCIA DEL DOCTOR RAFAEL SILVA.

CURACIÓN RADICAL DE LA HERNIA INGUINAL.

A las 19.45 se abre la sesión.

Acta de la sesión anterior.

Publicaciones recibidas.

Trabajo de turno del doctor Cicero.

DR. VILLARREAL. — En una de las sesiones pasadas, decía yo al tratar de la curación radical de la hernia inguinal por el procedimiento que me es habitual, y que no es más que una modificación del método que hace años empleo para la sutura de la pared abdominal en las laparotomías, que el surjete de seda o torsal de hilo de algodón, temporalmente perdido, músculo aponeurótico, da la ventaja de sostener la pared del vientre al grado de que enfermos operados con anestesia local, puedan levantarse de la mesa de operaciones e irse por su pie a la cama, no teniendo verdaderamente convalecencia, pudiendo desempeñar ocupaciones que no requieran gran esfuerzo y para los 18 o 20 días que se retira el hilo del surjete la cicatriz es suficientemente fuerte. Tal el caso del sujeto que en esa sesión presenté, y sólo muy rara vez y esto por haber habido falta en la técnica, he visto alguna reproducción, y como ejemplo presento al joven X., que examinando una pistola escuadra calibre 25, se le fué un tiro entrándole el proyectil encima del púbis a la derecha de la línea media, penetrando al vientre pasó por delante de los vasos iliacos hiriendo una vasa del intestino delgado, perforando la S. iliaca en dos puntos, atravesó el músculo y el hueso iliacos, los músculos glúteos en su parte anterior y vino a detenerse sobre el borde superior del trocater. Recogido el herido por una ambulancia de la Cruz Roja, fué operado dos horas después del accidente, por el doctor Aguilar Alvarez, médico interno del Hospital de la misma Institución, practicando una incisión oblicua, paralela y encima del trayecto del canal inguinal, suturando las heridas del intestino, limpiando con gasas asépticas el peritoneo de la fosa iliaca y de la pequeña pelvis, de la sangre y materias que la ensuciaban, cerrando la parte media de la herida operatoria con un surjete temporalmente perdido y canalizando por los ángulos con gasa yodoformada y tubos, que iban: los del ángulo interno al fondo pélvico y los del ángulo externo a la fosa iliaca, en el ángulo meso iliaco. Se extrajo al mismo tiempo el proyectil. Hubo infección de la herida abdominal, se supuró no obstante no haber suturado la piel; pero el herido se salvó y salió del Hospital el 12 de Mayo de 1927, al mes y medio de haber ingresado, y ya con la herida completamente cicatrizada; como a los cuatro meses de haber salido del Hospital, dice este joven que empezó a sentir adentro y afuera de la cicatriz se le salía algo que poco a poco eran una especie de bolas que acabaron por formar una sola ya muy grande, cuando en Marzo, un año después del accidente fué a consultar. En efecto la eventración era considerable, las asas intestinales cubiertas por la piel y el peritoneo se reducían con dificultad y en el orificio por donde salían, cabía el puño. Al hacer esfuerzo, el volumen de la masa herniada era como la cabeza de un niño de 14 años.

Encontrándose en el Hospital de la Cruz Roja, un individuo al que un

tranvía le había llevado el revestimiento cutáneo de la cara externa anterior y parte de la cara interna de la pierna izquierda y externa de la rodilla y parte inferior del muslo del mismo lado que se había conseguido salvar de la infección y su herida iba en reparación, se me ocurrió aprovechar el excedente de piel, una sana y otra cicatricial, que había en la eventración, para un injerto; más para darle mayor vitalidad, procuré no desprenderla del todo hasta después que hubiera tomado nutrición por pedículos conservados en las extremidades interna y externa de la eventración y desprendida de los planos fibrosos subyacentes.

Procedí de la siguiente manera:

Hice sobre la eventración, empezando cinco o seis centímetros a la derecha de la línea media, dos incisiones paralelas separadas ocho centímetros y de 25 centímetros de longitud, oblicuas de dentro a fuera y de abajo arriba, en toda esta extensión desprendí la piel y el tejido celular de los planos fibrosos y el colgajo formado lo rechacé provisionalmente hacia abajo envolviéndolo en una gasa; luego descubrí y seccioné la aponeurosis del grande oblicuo en el borde superior del orificio de la eventración, haciendo lo mismo con el pequeño oblicuo y el transversario, puncionando el peritoneo con todo cuidado por temor de encontrar una asa intestinal adherida. Encontré la cavidad peritoneal libre a este nivel, pude explorar y ver que el epiplón y asas intestinales adheridas entre sí y con el peritoneo parietal estaban hacia abajo, la adherencia no era muy firme y resecaando entre ligaduras un poco del epiplón adherido, pude separar éste de las asas intestinales y éstas del peritoneo parietal sin lesión de importancia; valiéndome de una gasa humedecida en suero separé las asas intestinales del intestino delgado y de la S. Iliaca y ésta de la pared pélvica de la vejiga y el recto, la peritonitis plástica no era extensa ni firme, manifestando esto lo benéfico de la primera intervención.

Para resecaar los tejidos fibrosos que formaban el saco de la eventración, descubrí hacia abajo la aponeurosis del grande oblicuo al nivel del orificio interior de la eventración y luego el pequeño oblicuo y el transversario, seccionando el fascia transversalis y el peritoneo al mismo tiempo. Hacia adentro descubrí un poco el recto anterior, abrí su vaina y hacia afuera desprendí los músculos de la pared del tejido celular sub-peritoneal, rascaando los tejidos fibrosos adheridos al peritoneo en el contorno del orificio de la eventración, cerrando con catgut el peritoneo reforzado por el fascia transversalis y con un surjete de torsal doble de hilo de carrete N^o 50, el plano músculo aponeurótico; el tejido celular y la piel fueron suturados también con un surjete de hilo delgado y por último el colgajo de piel que hasta entonces había quedado rechazado hacia la ingle, lo suturé por sus bordes y formé un tubo, que con una asa de canasta, iba de un extremo al

otro de la herida abdominal ya cerrada y lo dejé sobre el apósito que cubría la sutura abdominal.

A los 20 días se retiró el surjete músculo aponeurótico y los hilos superficiales en surjete de la piel de la cicatriz abdominal y de la del colgajo que se había conservado en su integridad aunque un poco más delgado.

15 días más tarde la superficie desnuda del tegumento de la pierna izquierda del individuo que antes mencioné granulando en buenas condiciones, desprendí el colgajo formado con la piel abdominal del joven X. inyectando 2 cent. cub. de novocaina al 1% en cada pedículo e invirtiendo hacia arriba la cicatriz del colgajo la dividí en toda su extensión, separé sus bordes, disequé todo el tejido celular hasta dejar a descubierto el dermis, practiqué más bien dicho cerní el colgajo de múltiples incisiones de dos o tres cent. de longitud separadas de $\frac{1}{2}$ a $\frac{3}{4}$ de cent. una de otra, comprendido todo el espesor del colgajo para favorecer su futura unión y por último coloqué de uno y otro lado sobre sus bordes, cada tres o cuatro cent. los hilos que habían de sostener el colgajo firme y restirado sobre la pierna del otro paciente, sin que el operado hubiera sentido el menor dolor ni molestia, no tengo que encarecer lo que se me facilitó el trabajo en esta laboriosa y minuciosa disección y tarea estando el colgajo fijo por sus dos extremidades y además recibiendo su nutrición por sus pedículos hasta el momento en que los seccioné.

La sección de estos y la sutura de las heridas que de allí resultaron, fueron también indoloras.

Han pasado cerca de tres meses de la curación de la eventración y puede verse: 1º en la piel, pared abdominal una cicatriz lineal de menos de 25 cent. que vá desde un poco a la derecha de la línea media encima del púbis hacia la izquierda y arriba hacia el flanco; 2º no hay deformidad ninguna en la forma del lado izquierdo e inferior del vientre con respecto a la correspondiente del lado derecho, lo mismo en el estado de reposo que haciendo esfuerzo. La diferencia entre la 1ª y la 2ª operación, es que la una fué séptica y es de extrañarse que los resultados hubieran sido de tan escasa monta en el peritoneo; ya dije: la peritonitis plástica testigo de la infección, fué dominada sin grandes dificultades, la doble canalización y la supuración de la herida alejaron los elementos de resistencia en la pared abdominal, músculos y aponeurósis; en la 2ª operación se reunieron las condiciones de asepsia, las aponeurósis estuvieron sostenidas y los músculos aproximados hasta la cicatrización y firmeza de estos planos, con el tiempo es de esperarse, fundándome en muchos hechos semejantes que se afirme la curación.

El resultado obtenido con el injerto, será objeto de otra comunicación.

Agradeceré al Sr. Presidente, se sirva nombrar una comisión que examine al operado aquí presente.

Se nombra a los doctores Rivero Borrell y Castro Villagrana para que examinen al enfermo. —Se suspende la sesión.

DR. RIVERO B:—Examiné al enfermo que presenta el señor doctor Villarreal y se nota, en la región abdominal, hacia el lado izquierdo, una cicatriz oblicua, comenzando en el flanco izquierdo, terminando cerca del púbis. Esta cicatriz debe tener como 25 centímetros de extensión, no se le nota ninguna curva y a los lados, la piel continúa sobre la misma curva sin que haya ninguna desviación. Dada la extensión es de llamar la atención como pudo obtenerse una cicatriz tan sólida, habiendo cogido el músculo recto en su parte anterior y más arriba el grande oblicuo. En la parte media se nota una adherencia con los planos profundos y en los extremos, donde estuvo unido el tubo de piel que después se quitó al enfermo, para utilizarla en una plastía para otro enfermo. El joven hizo esfuerzos como se lo indicó el doctor Villarreal, notándose que la pared está perfectamente resistente. —Felicito al doctor Villarreal por el éxito obtenido.

DR. CASTRO VILLAGRANA.— Nada tengo que añadir a lo que ha expuesto el doctor Rivero. Lo más interesante es la circunstancia de la resistencia de las aponeurósisis. —Felicito igualmente al doctor Villarreal por esta operación.

DR. REYES.—El doctor Villarreal dice que al hacer la laparotomía sólo encontró ligeras adherencias, reduciéndose el tratamiento a hacer la extirpación de un fragmento de epiplón. Sobre este particular yo he tenido oportunidad de reoperar enfermas que ya han sido laparotomizadas con motivo de padecimientos ginecológicos y en las cuales he encontrado que existen muchas adherencias. Esto es interesante de conocerse porque es una de las objeciones que hacen en las intervenciones abdominales.

DR. VILLARREAL.— Son diferentes las condiciones como los casos a que se refiere el doctor Reyes, en las operaciones quirúrgicas, cuando hay infección y que no sucumben los pacientes, pueden presentarse lesiones graves de peritonitis plásticas formidables y de algún caso de esta naturaleza he tenido ocasión de ocuparme ante esta Academia; pero en el caso que yo refiero de una herida penetrante de vientre por arma de fuego con herida del intestino delgado y del intestino grueso, donde con la sangre se encuentra en el peritoneo el contenido intestinal, es un caso de herida grandemente séptica y grave; obtener la curación de una lesión semejante es un triunfo de la cirugía y en particular del cirujano y obtener el alivio a costa de ligeras perturbaciones, es de extrañarse por no decir admirarse de que se puedan obtener tales resultados.

DR. OCARANZA.—El doctor Izquierdo, que está trabajando desde hace

8 meses en el Laboratorio de la Universidad de Harvard, envía un folleto para que lo entregue a su nombre a la Academia Nacional de Medicina. Tiene una serie de estudios llevados a cabo en esos laboratorios sobre la actividad de las glándulas endocrinas. Se refiere a la hiperglobulia emotiva en relación con el simpático sobre el bazo. Los autores después de hacer una exposición de los hechos experimentales provocan un estado emotivo en un gato por la presentación de un perro.

El doctor Ayuso propone se levante un monumento en honor del sabio japonés Noguchi.

DR. CICERO. Desea rectificar que la tesis a que se refirió en sesión ante íor, a propósito del trabajo del doctor Vicente Ramírez, es la del estudiante Juan Farril (1926), pero que en ella no se menciona como objetivo inyectar el bromuro de potasio, por vía intravenosa para calmar el prurito; así es que se complace en reconocer esta originalidad en el trabajo del doctor Ramírez.

Se procede en seguida a nombrar la comisión que dictaminará acerca de las reformas propuestas al Reglamento, quedando integrada por los académicos Sres. Villarreal, Cicero, Ocaranza, Landa y Ramírez Eliseo.

Se levanta la sesión a las 19.30 con asistencia de los señores doctores: Ayuso, Aragón, Adalid C., Bandera, Bermúdez, Cicero, Cervera, Castro Villagrana, Jiménez Carlos S., Iturbide A., Landa, López, Nieto, Ocaranza, Perrín, Rivero B., Rojas José T., Ramírez Vicente, Ramírez Eliseo, Reyes, Soberón, Silva, Troconis, Ulrich, Villarreal, Torres Torija, Vélez y el suscrito Secretario.

LUIS S. VIRAMONTES.

SESION DEL DIA 20 DE JUNIO DE 1928.—PRESIDENCIA
DEL DOCTOR RAFAEL SILVA

ECZEMA MARGINADO.

A las 19.45 se abre la sesión.

Publicaciones recibidas.

Lectura de un trabajo del doctor da Matta relativo a enfermedades de la piel.

DR. CICERO.—Se ocupa el doctor da Matta de un padecimiento muy interesante que fué descrito por Kaposi con el nombre de eczema marginado. Es un padecimiento que tiene en realidad bastante semejanza con los eczemas secos y que tiene por característica que los bordes son levantados, más acentuados que en el resto de la lesión. Este eczema marginado

fue estudiado por Sabouraud cuando se ocupó de las micosis, encontrando que era producido por un epidemopylor y entonces propuso que se le cambiara el nombre. Encontró Sabouraud que es un padecimiento que con frecuencia se confunde con los ezeemas, pero que se presentan dos circunstancias: una de orden químico, porque se trata de un padecimiento contagioso y transmisible, que se transmite por contactos íntimos. El autor señala las relaciones sexuales. El tratamiento resulta bastante sencillo. Para éste padecimiento salen sobrando las medicaciones internas, basta ayudar a la destrucción del parásito, ayudando a la naturaleza a esta destrucción. Se procede por medio de una descamación artificial y para esto lo más conveniente es la tintura de yodo. Hay veces que después de luchar mucho, se ve desaparecer tan pronto como se aplica la tintura de yodo. Sabouraud insiste en que no debe emplearse la tintura de yodo oficial porque es caústica, hay que diluirla hasta llegar a la solución al centésimo que es suficiente para obtener con ella el efecto parasiticida.

La tintura de yodo oficial produce una dermatosis artificial.

No basta que haya desaparecido el padecimiento, sino que debe seguirse el tratamiento por algunos días más.

El doctor Torres Estrada da lectura a su trabajo de turno.

Queda nombrado el doctor Alonso para examinar a la enferma.

Se levanta la sesión a las 21.10 con asistencia de los señores doctores: Alonso, Adalid, Ayuso, Bandera, Cervera, Cicero, García, López, Prieto, Ramírez E., Torres Estrada, Torres Torija, Troconis y el suscrito secretario,

LUIS S. VIRAMONTES.

SESION DEL DIA 4 DE JULIO DE 1928.—PRESIDENCIA DEL DOCTOR RAFAEL SILVA.

VEGETACIONES ADENOIDEAS.

Se abre la sesión a las 19 h. 45 m.

DR. VILLARREAL.—A propósito de los frecuentes casos de vegetaciones adenoideas y de su tratamiento relata un caso sucedido al doctor Irueste en el que se presentó una hemorragia bastante seria en virtud de la cual solicitó su ayuda, habiendo tenido que hacer un taponamiento para cohibirla. Señala otro caso también en el cual la hemorragia fué tan seria que ocasionó un estado de anemia aguda.

Expresa que pensando en el peligro tan serio de estas hemorragias que constituye un motivo de alarma y de gran preocupación para los cirujanos así como para los padres del niño, y, queriendo aprovechar las propiedades

particulares del radio se propuso estudiar el tratamiento mediante la aplicación de este último teniendo actualmente un caso bastante demostrativo de un joven que a duras penas respiraba y cuyo diagnóstico era bastante claro y pienamente comprobado por la rinoscopia posterior y por el tacto.

Describe minuciosamente la aplicación de cápsulas de radio alternando el lado derecho con el izquierdo durante tres sesiones con intervalos de cuatro semanas, habiéndose actualmente destruido por completo las adenoides. Promete presentar al enfermo en la sesión próxima.

SR. PRESIDENTE.—Está a discusión la comunicación del doctor Villarreal.

DR. MENDIZABAL.—Los resultados que nos relata el doctor Villarreal son buenos, la indicación del tratamiento es precisa y creo que podía hacerse extensiva la aplicación a los rayos X.

Piensa que hay una exageración en el peligro de la hemorragia y que generalmente es fácil cohibirla cuando se trata de adenoides no así cuando se trata de hipertrofias de las amígdalas. Dice que en realidad son muy pocos los casos verdaderamente alarmantes.

Cree que el mejor procedimiento de cohibir tales hemorragias es la sutura, la que detalla ampliamente, o la aplicación de grapas. Juzga la extirpación de adenoides como una operación sencilla y la aplicación de radio como costosa, más laboriosa, por lo que a su interés desmerece.

DR. SOBERON.—Siente no haber oído la comunicación del doctor Villarreal pero por lo que ha escuchado al doctor Mendizábal ha conocido el asunto, para él de mucha importancia, por haberlo ejercitado en San Luis. Ahora, dice, es un recurso quirúrgico muy perfeccionado y de resultados notables ya que es conocida la influencia que ejercen dichas producciones en el estado mental del niño.

Con respecto a la extirpación de las amígdalas el procedimiento del amigdalotomo es precioso cuando hay pedículo y, no así cuando no lo hay.

Se extiende en consideraciones sobre los procedimientos americanos que realizan una verdadera enucleación y termina manifestando que el asunto es de gran importancia y trascendencia social.

DR. VILLARREAL.—La exposición del doctor Mendizábal se refiere en primer lugar a los métodos quirúrgicos que seguramente tienen que variar con el tipo del paciente. Se refirió a dos casos de hemorragia de adolescentes precisamente para señalar el peligro y este no debe ser tan sencillo desde el momento que tanto preocupa a los cirujanos y tantos esfuerzos se hacen por suprimirla. Por eso le parece bueno un procedimiento que suprime por completo el peligro, tanto más, cuanto que no todos los cirujanos pueden tener como el doctor Mendizábal la pericia necesaria para cohibir

la hemorragia por medio de una sutura que lleva en sí riesgos de consideración.

En cuanto al otro punto, dice, tratado por el doctor Mendizábal que se refiere a la aplicación de rayos X aparte de la dificultad que presenta hay el peligro de que se produzca una atrofia de los tejidos.

SR. PRESIDENTE. — Los doctores Vélez y Alonso tienen la palabra para presentar el dictamen de la enferma que trajo la vez pasada el doctor Villarreal.

DR. VELEZ. — Manifiesta que el examen que practicaron a la enferma en la sesión pasada no les es suficiente y que no han podido hacer otro por no haberse presentado la enferma en sus consultorios.

DR. VILLARREAL. Dice que la enferma estuvo a verlo, manifestándole que había ido a buscar a los doctores Vélez y Alonso y que no los había encontrado; pero que insistirá para que la enferma logre verlos. Pero suplica al doctor Vélez que si le es posible decir con el examen que hizo de la enferma si la córnea está transparente, pues cuando la enferma llegó a sus manos presentaba en el limbo esclero-corneal un tumor opaco saliente y precisamente desea saber si no existe tal producción y la córnea está transparente.

DR. VELEZ. — Expresa que para dictaminar con todo corazón sería preciso hubiera vista a la enferma antes, pero que de todas maneras por el examen hecho puede decir que la enferma presenta en el eje derecho en el limbo esclero-corneal una pequeña infiltración estando el iris contráctil, que de cualquier manera es de felicitarse al doctor Villarreal por el éxito en el tratamiento.

DR. ALONSO. — Dice estar enteramente de acuerdo con lo expresado por el doctor Vélez y pregunta al doctor Villarreal qué extensión tenía el tumor.

DR. VILLARREAL. — Contesta al doctor Alonso manifestando que del limbo esclero-corneal se extendía cubriendo completamente la pupila. Tenía 7 mm. x 5 o 6 mm.

DR. ALONSO. — Piensa que el tumor seguramente no interesó la membrana de Bowman porque si nó hubiera dejado un leucoma, lo que seguramente favoreció el tratamiento. Felicita al doctor Villarreal.

DR. SILVA. — Se refiere a un caso relatado en sesiones pasadas para apoyar lo expresado por los doctores Alonso y Vélez que el diagnóstico lo hizo sin hacer biopsia por el peligro que encierra en tales casos y le ruega al doctor Villarreal le diga si la aplicación del radio debe hacerse, para su mejor resultado, en dosis fuertes o en dosis pequeñas continuadas.

DR. VILLARREAL. — Da las gracias a los señores doctores Alonso y Vélez por sus felicitaciones y, contestando al doctor Silva dice, que encuentra

ventajoso dar el máximo de radiaciones en dos o tres sesiones, pero que en el caso dada la gran movilidad del órgano y la dificultad de mantener fijo el aparato que ideó fué preferible dar el máximo en una sola vez.

SR. PRESIDENTE.—Concede la palabra al doctor Aragón para leer su trabajo, el que una vez leído fué puesto a discusión.

DR. GARCIA.—Se muestra sorprendido de la expresión del doctor Jannet a la que se refirió el doctor Aragón con motivo de su trabajo pues cree que los casos de histeria, en México son muy frecuentes. Relata pormenorizadamente algunos casos, uno de un ictus apoplético y otro de hemiplegia y otro de ataques de angina de pecho.

DR. RAMIREZ E.—Juzga un asunto muy interesante los casos de histeria pues en ciertos de ellos se presentan verdaderos problemas dice que en algunos, como el que relató el doctor Aragón de una paraplegia después de una raquianestesia, puede hacerse depender o relacionar directamente a esa causa, pero en otros constituye un verdadero problema. Relata el caso de una señora operada de quiste ovárico que tuvo después de ejecutada la operación una parestesia e impotencia funcional de los miembros que desapareció luego en los miembros inferiores quedando sólo en definitiva una parálisis del miembro inferior izquierdo con atrofia muscular. Después de mucho estudiar el caso se llegó a la conclusión de que dicha parálisis se debía a un estiramiento del plexus braquial durante la anestesia. Relata otro caso de un soldado que al recibir una herida por arma de fuego en la columna vertebral habiendo salido por la clavícula quedó con una paraplegia, pero habiendo sido estudiado se vió que los fenómenos no correspondían a la altura de la lesión medular que se había supuesto. El enfermo curó cuando se le castigó por suponer fuera simulador.

DR. ARAGON.—Da las gracias a los doctores García y Ramírez y dice que con esto queda comprobado que no son raros los casos de histeria en México y a propósito del caso del soldado que refirió el Dr. Ramírez, dice, que hay un libro del doctor Dumas acerca de la histeria durante la guerra europea. Manifiesta que el doctor Jannet tal vez se expresó así de la histeria en México.

DR. ALONSO. Pide la palabra para expresar al señor Presidente que junto con el doctor Torres Estrada hicieron la visita al doctor Viramontes el que se mostró muy agradecido enviando por su conducto las gracias a la Academia.

SR. PRESIDENTE.—Se procede a la elección de Secretario substituto, pero se permite proponer al doctor Bermúdez.

Los señores académicos presentes dan su aprobación.

Se levanta la sesión a las 21 h. 20 m. concurren los señores doctores: Alonso, Arroyo, Aragón, Bermúdez, Cervera, Cordero, Chávez, Cas

tro Villagrana, Del Raso, García, Jiménez, López, Landa, Rojas Loa, Ramírez E., Brioso B., Mendizábal, Miranda, Nieto, Soberón, Troconis y Villarreal.

El Secretario accidental,

C. JIMÉNEZ.

NOTAS DIVERSAS

El Director de la Clínica y Policlínica para enfermedades de los oídos, nariz y laringe de la Universidad de Halle Consejero Médico Prof. doctor Alfred Denker ha sido nombrado miembro corresponsal de la Sección de Otología de la Royal Society of Medicine de Londres.

El Prof. Paul Schuster, médico jefe del departamento de enfermedades nerviosas en el Hospital Hufeland de Berlín ha sido nombrado Miembro de Honor por la Societa Italiana Oto-Neuro-Ophthalmológica.

El American College of Radiology ha elegido por unanimidad Miembro de Honor al doctor Fedor Haenisch, Prof. de radiología de la Universidad de Hamburgo.

Del 23 al 27 de julio tendrá lugar en Stockholmo un Congreso Internacional sobre Radiología, y del 15 al 22 de diciembre de 1928, con motivo del Centenario de la Facultad de Medicina de la Universidad del Cairo, se celebrará un congreso sobre medicina tropical e higiene.

ACTAS DE SESIONES

SESION DEL DIA 27 DE JUNIO DE 1928.—PRESIDENCIA
DEL DOCTOR RAFAEL SILVA.

PARALISIS AGITANTE.—EPITELIOMA DE LA CORNEA

Se abre la sesión a las 19 h. 40 m.

La Secretaría da lectura a las publicaciones recibidas y a una carta del doctor Viramontes en la que manifiesta que estando enfermo no puede seguir desempeñando el cargo de Secretario de la Academia por lo que hace formal renuncia del cargo y solicita licencia para dejar de concurrir a las sesiones como socio de la misma.

SR. PRESIDENTE.—Opina que es de justicia aceptarla y que por lo mismo se cita a los señores académicos para la sesión próxima a fin de elegir al Secretario sustituto.

Expresa el Sr. Presidente que recibió del doctor Cervera una excusa por no presentar en la sesión de ahora su trabajo y que pide un plazo para presentarlo, lo cual concede la Asamblea.

El Sr. Presidente concede la palabra al doctor Loeza para la lectura de su trabajo que titula: «Breves palabras acerca de la parálisis agitante».

Se pone a discusión el trabajo.

DR. BRIOSO.—Dice que no son raros los casos de encefalitis letárgica en México sino que no son conocidos por la apatía propiamente de no publicarse. Relata algunos casos conocidos por él y otros de que le han hablado.

Dice que relacionando el verdadero mal de Parkinson con los síndromos parkinsonianos de la encefalitis letárgica estos últimos ceden a la terapéutica mientras los primeros no.

DR. NIETO.—Dice que aunque no escuchó el trabajo completo del doctor Loeza quiere referirse a dos puntos que tocó el doctor Brioso en su

exposición, el primero a la frecuencia de los síndromos parkinsonianos y el segundo a la docilidad terapéutica de los mismos cuando son consecutivos a la encefalitis letárgica.

Está de acuerdo con el primer punto pues de algún tiempo a esta parte han aumentado la frecuencia, tanto en la práctica civil como en los hospitales de casos de encefalitis letárgica. Pero en cuanto al segundo punto no está de acuerdo pues los síndromos extra piramidales posteriores encefálicos le parecen tan rebeldes al tratamiento como la enfermedad genuina de Parkinson.

DR. GARCIA.—No ha podido observar la relación entre la enfermedad de Parkinson y la encefalitis letárgica porque nunca ha visto esta última enfermedad. Dice, que hace más de año y medio leyó en un periódico de medicina la recomendación de tratar los enfermos de encefalitis no letárgica por medio de inyecciones intravenosas de salicilato de sodio, lo que impide la secuela frecuente de dicha encefalitis al mal de Parkinson.

Refiere que asistió a un enfermo de encefalitis no letárgica hace algunos años el que meses después de haber curado empezó a presentar los síntomas de mal de Parkinson y actualmente es un parkinsoniano. Lo que quiere decir que el mal está también relacionado con la encefalitis no letárgica.

Cree que tal vez el número de casos haya aumentado por el de emociones de la vida actual.

DR. BERMUDEZ.—Refiere que en una publicación leyó que ha habido casos de individuos vacunados contra la viruela que han presentado síntomas de encefalitis letárgica y que de ser cierto eso constituiría un verdadero problema para poder continuar con la vacunación obligatoria.

DR. LOAEZA.—Da las gracias a los señores que se han ocupado de su trabajo y promete seguir estudiando el asunto.

SR. PRESIDENTE.—Concede la palabra al doctor Alonso para leer el dictamen sobre el trabajo presentado por el doctor Torres Estrada.

DR. SILVA.—Dice que los trabajos de los doctores Alonso y Torres Estrada se complementan y que felicita a sus autores, que hay lesiones de la mucosa nasal que contraíndican toda comunicación entre el saco y la nariz, siendo una indicación formal la resección del saco lagrimal. Cree que no se ha llegado a una conclusión definitiva en cuanto a métodos quirúrgicos de las afecciones de las vías lagrimales y que juzga que lo verdaderamente clínico es estudiar cada caso en particular y someterlo al tratamiento apropiado. La supresión del saco como mutiladora se ha pretendido substituir por la dacriocistotomía es decir abrir comunicación entre el saco y la nariz sea por fuera o por vía endonasal. Entra en consideraciones sobre la

pugna entre los oculistas y rinologistas por el encuentro con las celdillas etmoidales y aun frontales y dando razones acerca de la operación de Tetti y sus derivadas, dice que los oculistas deben tener presente el detalle anatómico para impedir que la comunicación se efectúe en las celdillas de los senos accesorios de la nariz. Manifiesta que es claro que a igualdad de resultados es preferible elegir la vía nasal para evitar toda cicatriz en la cara, pero depende de la configuración del esqueleto nasal. Recuerda, a este propósito lo que decía su maestro Hajek de Viena después de estudiar por más de 14 años la de la nariz, que no hay un tipo que pudiéramos llamar normal.

Dice que desde las primeras operaciones de West y Polliak que formaron y fundaron esa vía ha habido modificaciones de importancia en detalles y últimamente se ha propuesto en Viena el método de Kefler o sea la vía transeptal, la que describe, concluyendo que la reacción de la mucosa nasal es muy particular y que esto obliga a saber esperar para dar juicio definitivo, permaneciendo hasta nuestros días abierta la discusión y a la observación.

SR. PRESIDENTE.—El doctor Villarreal va a presentar una enferma.

DR. VILLARREAL.—Manifiesta que la enferma presente le fué recomendada para su tratamiento por el doctor Silva, la que padecía de un epiteloma de la córnea situada en el ángulo interno del limbo esclero-corneal del ojo derecho, teniendo el tumor un aspecto blanco-lechoso, opaco saliente que avanzaba ocultando la pupila teniendo 7 mm. de diámetro transversal por 6 mm. en el vertical, desea que el doctor Silva, más autorizado exprese el estado que guardaba la enferma.

DR. SILVA.—Refiere que la enferma presentaba un tumor que se implantaba fuertemente sobre la córnea hasta cubrir el borde interno pupilar, era epiteloma tumos sesil, poco vascular de 5 mm. por 7 mm. Para explicar por qué no la quiso operar, relata un caso de un doctor ampliamente conocido que le fué llevado a su consultorio, caso clínico sencillo, pero elocuente. Dicho paciente fué operado la primera vez en París y la segunda en Estados Unidos por un papioma y cuando se lo presentaron el tumor se había reproducido invadiendo todo el limbo, levantando la totalidad de la córnea volviendo al ojo miope. El diagnóstico entonces un epiteloma del limbo oponiéndose a que se practicara una biopsia y aconsejando que en caso de que operara se hiciera la exenteración del ojo. Su consejo no fué escuchado se practicó la enucleación y el paciente murió pocos meses después de cáncer pulmonar.

Relata otro caso operado por él y el doctor Peter que contrasta con el anterior por su éxito en el que un epiteloma del limbo montaba ya en plena

córnea y por otra parte llegaba hasta la inserción del recto externo. Dice que se opuso a la intervención a pesar de la opinión en contrario del doctor Peter y lo sometieron a la aplicación de dosis pequeñas pero frecuentes de radio. El enfermo conserva perfecta su vista habiendo desaparecido el tumor, pero al cabo de un año comenzó a formarse otro semejante en la parte interna del ojo, cerca del limbo. Entonces, dice se le hizo el mismo tratamiento y el individuo lleva seis meses ejerciendo su profesión sin ningún accidente.

Expresa que animado por esos resultados envió la enferma al doctor Villarreal ya que el tratamiento por radio da resultados alagadores difíciles de obtener por procedimientos sangrantes.

DR. VILLARREAL.—Dice que el tratamiento de las afecciones del ojo por radio tiene dificultades y precisa resolver por un estudio previo. Señala tres: 1^a Evitar una necrosis de la córnea y perforación del ojo por radiación excesiva. 2^a Que la radiación sea insuficiente y no desaparezca o se reproduzca la lesión y la 3^a el inconveniente serio de la movilidad del ojo. El tumor de la enferma expresa medía 7 mm. por 5 o 6 mm. ocultaba la pupila pues la extremidad externa pasaba el medio de la córnea y sobresalía el tumor 2 o 3 mm. de la superficie de la córnea. Aprovechó esta saliente para inmovilizar el ojo y radiar sólo la parte enferma mandando hacer una cápsula de plomo en forma de ojo artificial de 1 mm. de espesor revestida de hule delgado y con una abertura del tamaño del tumor; los párpados los mantuvo separados ampliamente abiertos fijándolos con tela emplástica. Aplicó una cápsula en las cleanas. Anestesió con cocaína, hizo coincidir el tumor con la abertura y sobre el tumor y a 3 mm. de su superficie, aprovechando la distancia y el aire como filtro a fin de utilizar los rayos beta ultra penetrante y los gama.

Describe minuciosamente como colocó el aparato radífero y su fijación expresando que debido a una vigilancia atenta de enfermeras, practicantes y la de él mismo permitió comprobar que el aparato no se desalojara en una hora quince minutos, tiempo necesario para dar la dosis de eritema más un 10% requerida por esta clase de afecciones.

A las dos semanas de la aplicación el tumor casi había desaparecido y la córnea había recobrado su transparencia y a los 18 días sólo puntos aislados indicaban el lugar en donde estuvo situado el tumor.

Cita un caso que le recomendó el doctor Vélez en otra ocasión de un sarcoma melánico del iris al nivel de los procesos ciliares que curó mediante la aplicación del radio por medio de una aguja que atravesó el tumor persistiendo la curación a los ocho meses, habiendo perdido de vista al enfermo.

Expresa que el caso recomendado por el doctor Silva es el primero de

epiteloma que se trae a esta Academia no habiendo visto descrito el tratamiento y pensando que se puede tomar como tipo en casos semejantes.

SR. PRESIDENTE —Nombra a los doctores Alonso y Vélez para que examinen a la enferma y rindan su dictamen en la sesión próxima.

Se levanta la sesión a las 21 h. 15 m. con asistencia de los señores doctores: Alonso, Amor, Ayuso, Brioso, Bandera, Bermúdez, Bulman, Cicerro, Chávez, Castro Villagrana, del Raso, García, Godoy Alvarez, Jiménez, Loeza, Nieto, Mendizábal, Prieto, Ramírez E., Rivero B., Torres Estrada, Troconis, Villarreal, Vélez y Ulrich.

Turnos de lecturas para la próxima sesión.

El Secretario Accidental.

C. JIMENEZ.

SESION DEL DIA 25 DE JULIO DE 1928.—PRESIDENCIA DEL DOCTOR RAFAEL SILVA.

CONFERENCIA DEL INGENIERO A. ARAGON

DICTAMEN SOBRE EL TRABAJO DE CONCURSO: «COLECISTITIS
Y SU TRATAMIENTO ACTUAL»

Se abrió la sesión a las 19 horas 30 minutos.

El suscrito leyó la correspondencia recibida. El señor Presidente lee una interesante comunicación del doctor William J. Mayo, en la que habla en términos muy encomiásticos de la labor científica realizada en los países latino-americanos, y en que se refiere en particular, a algunos trabajos de los que ha tenido conocimiento recientemente. El doctor Mayo lamenta la ignorancia en que se hayan los hombres de ciencia americanos acerca de los trabajos latino-americanos; tendría mucho gusto en recibir ejemplares de los trabajos realizados en México, y haría lo posible por darlos a conocer en Estados Unidos.

El señor Ing. Don Agustín Aragón lee su interesante trabajo de comentario acerca de las «Lecciones de Biología General» y de «Fisiología General» de que es autor el Académico Don Fernando Ocaranza.

Terminada la lectura de estos «comentarios», al señor Presidente dió las gracias y felicitó, en nombre de la Academia, al señor Ing. Aragón, extendiendo esa felicitación al doctor Ocaranza por los merecidos elogios que para sus obras tuvo el conferenciante.

El Académico Eliseo Ramírez, en nombre de la Comisión respectiva leyó el dictamen referente al proyecto de reformas al Reglamento, presentado recientemente por un grupo de Académicos

La Asamblea acordó, para cumplir con el Reglamento, que se cite para sesión especial, que tendrá verificativo el 1º de agosto, para proceder a la segunda lectura de dicho dictamen.

El Académico doctor Castañeda lee el dictamen que fué formado por la Comisión nombrada para estudiar el trabajo de concurso del año de 1927, sobre «Colecistitis y su tratamiento actual». El dictamen es en el sentido de:

a).—Que no es de concederse premio al trabajo único presentado.

b).—Existen méritos suficientes en ese trabajo para que sea publicado en la «Gaceta Médica de México».

Puesto a discusión y a votación el dictamen de referencia, la asamblea optó, por mayoría de votos, la primera conclusión, y rechazó la segunda, por lo cual quedó resuelto que no ha de publicarse el trabajo a que arriba se hace referencia.

El señor Presidente lee una comunicación del señor Secretario Perpetuo, doctor Don Alfonso Pruneda, en donde se excusa por no asistir a la sesión, por encontrarse enfermo, y en donde, cumpliendo con el Reglamento, propone cuatro temas para el concurso científico de 1928, pidiendo a la Academia que esta señale los dos que le parezcan más aceptables. Los temas propuestos son los siguientes:

10.—«*Las perioduodenitis, su frecuencia, su diagnóstico y su tratamiento*».

20.—«*Tratamiento de las anemias perniciosas progresivas*».

30.—«*Indicaciones y técnica de la transfusión, en medicina y cirugía*».

40.—«*Bases fundamentales de un programa de acción social, para la Academia Nacional de Medicina*».

Puestos a votación los temas propuestos por el doctor Pruneda, la Academia optó por los mencionados en tercero y cuarto lugar, es decir, por el referente a las indicaciones, técnica, etc., de la transfusión sanguínea, y por el referente a un programa de acción social realizada por la propia Academia. El señor Presidente comunicó a la asamblea que existen diez plazas vacantes para el próximo año de 1928-1929, plazas que corresponden a las Secciones siguientes:

Química Médica	1
Fisiología	1
Medicina Interna	1
Terapéutica Médica y Farmacología	1

Obstetricia	1
Otorrinolaringología	1
Microbiología y Parasitología	3
Veterinaria	1

Total. 10 plazas.

El doctor Enrique Aragón lee el proyecto del programa formado para la sesión solemne inaugural del Año Académico 1928-1929, programa que es aceptado.

El Tesorero de la Academia, doctor Bandera, presenta su informe relativo al movimiento de ingresos y egresos registrado durante el último trimestre. Es aceptado.

Se cerró la sesión a las 22 horas. A ella asistieron los señores: Adalid y Castillo, Amor, Alonso, Aragón, Ayasso, Baz, Brioso Vasconcelos, Bandera, Canale, Cicero, Cordero, Castañeda, Castro Villagrana, Escobar, Escontría, Iturbide Álvarez, Jiménez, Landa, López, Malda, Mendizábal, Nieto, Ocaranza, Pérez de la Vega, Ramírez E., Ramírez V., Rojas, del Raso, Silva, Soberón, Tapia Fernández, Valdés, Vélez, Villanueva Villareal y el suscrito

Secretario Anual Interino,
SALVADOR BERMÚDEZ.

ACTAS DE SESIONES

SESION DEL DIA 1º DE AGOSTO DE 1928.—PRESIDENCIA
DEL SR. DR. RAFAEL SILVA.

Se abrió la sesión a las 19 horas, 40 minutos. El suscrito leyó la correspondencia recibida.

El Doctor Aquilino Villanueva leyó su trabajo de ingreso a la Academia, referente a "Las pequeñas hidronefrosis". El Dr. Valdés lee su contestación al trabajo del Dr. Villanueva.

El Doctor Eliseo Ramírez, en nombre de la comisión encargada de dictaminar acerca de las modificaciones al Reglamento propuestas por los señores doctores Valdés, García y Brioso Vasconcelos, procedió a la segunda lectura de su pliego de dictamen referente a dicho asunto. Puesto a discusión y a votación el dictamen de referencia, es aceptado en lo general. Al discutir el dictamen en lo particular, el Doctor García pregunta, incidentalmente, cuáles son las obligaciones reglamentarias del Secretario Perpetuo. El señor Presidente lee el capítulo relativo del Reglamento, y de las aclaraciones correspondientes resulta que no está explícitamente señalado que el Secretario Perpetuo debe presentar un informe anual a la asamblea. El Doctor Brioso explica que esto fué una omisión de que es él responsable, pero que sí está aceptado en principio por la Academia que el Secretario Perpetuo presente dicho informe. Se acordó que se haga la modificación necesaria al Reglamento. En la propia discusión, y una vez que se hubo acordado la necesidad de que la Academia, en conjunto, conozca anualmente las plazas vacantes que existen, se determinó que sea el Secretario Anual el que, en su informe dé a conocer las citadas plazas vacantes; esta fué la fracción núm. 1 del

art. 6º, tal como quedó aceptada. Al discutirse la fracción núm. 2, referente a qué Académicos pueden proponer candidatos para ocupar los sillones vacantes, se discutió ampliamente lo que se refiere a la conveniencia o no conveniencia de que figuren forzosamente el Presidente de la Academia, el Secretario Perpetuo y algunos miembros de la Sección correspondiente a cada vacante. Fué imposible al suscrito anotar todos los detalles de esa discusión, ni de la que siguió, referente a las otras fracciones del art. 6º, debiéndose esa imposibilidad a lo movido y rápido de la discusión, ya que por desgracia, el Secretario Anual no dispuso de un taquígrafo para que lo ayudara a la tarea. De la discusión a que hago referencia, nació la proposición conciliatoria, formada por los señores socios que iniciaron la modificación al Reglamento, teniendo en cuenta las objeciones que hizo la comisión encargada de dictaminar acerca del proyecto de reformas. Fué este nuevo proyecto de reformas, el que, salvo modificaciones de detalle, fué aceptado definitivamente por la asamblea. El art. 6º quedó, de acuerdo con esa aceptación, del tenor siguiente:

Art. 6º—Para admitir socios titulares se procederá de la manera siguiente:

I.—En su informe, el Secretario Anual dará a conocer las plazas vacantes que hubiere en la Corporación.

II.—El o los candidatos deberán ser propuestos por cinco miembros titulares, entre los que figurarán forzosamente el Presidente de la Academia y la mayoría (cuando menos) de los miembros de la Sección cuya vacante se trata de cubrir. En caso de que los Académicos mencionados no lleguen a cinco, este número se completará con el Secretario Perpetuo y otro u otros socios que hubieren desempeñado ya el encargo de Presidentes. En el evento de falta absoluta de miembros de la Sección, los proponentes serán el Presidente, el Secretario Perpetuo, un Académico que hubiere sido con anterioridad Presidente y dos académicos.

III.—Los proponentes remitirán a la Secretaría un expediente en que hagan constar que su candidato reúne los requisitos a que se refiere el art. 5º acreditando, además la dedicación de aquel a la rama de la ciencia que corresponde al sillón vacante, con la relación de los trabajos que haya escrito o ejecutado. Irán adjuntos una solicitud de ingreso firmada por el candidato, dirigida al Secretario Perpetuo y un retrato del candidato.

IV.—La Secretaría dará cuenta a la Academia de los expedientes formados, pudiendo los socios consultarlos cuando lo deseen.

V.—Dos semanas después, en sesión citada especialmente, se dará nueva lectura a los expedientes, y sin discusión alguna se procederá a la elección de socios. Si son varios los candidatos para una plaza, los académicos pondrán en la cédula respectiva el nombre del que admiten para ella, o que no admiten a ninguno; si es uno solo el candidato, bastará poner en el ánfora "Sí" o "No".

VI.—Para declarar electo un candidato es necesario que obtenga las dos terceras partes de los votos de las personas asistentes a la sesión, y se sujetará a los términos que señala el art. 28 para la resolución de asuntos graves.

VII.—El académico de nuevo ingreso será recibido en sesión especial, cuya fecha fijará el Presidente. Para esta sesión se hará cita especial, en la que se dará a conocer el título del trabajo que leerá el agraciado. Al terminar su lectura recibirá de manos del Presidente el diploma e insignias que lo acreditan como Académico; después de este acto el trabajo será puesto a discusión como los demás trabajos reglamentarios. El diploma y las insignias serán devueltos a la Secretaría si el Académico, por cualquier motivo dejara de pertenecer a la Corporación.

VIII.—Si en el transcurso de un año, a contar de la fecha de la elección, el académico electo no se presentare a tomar posesión de su sillón, éste quedará automáticamente vacante.

Terminada la discusión y votación del proyecto de reformas al reglamento, y en vista de la hora avanzada en que se terminó esa votación, el señor Presidente manifestó que se vería obligado a citar para nueva sesión extraordinaria, en la que se tratará lo relativo a los académicos que han dejado de cumplir con sus obligaciones reglamentarias durante el año actual.

La sesión fué levantada a las 22 horas y a ella asistieron los señores: Ayuso, Bandera, Brioso Vasconcelos, Castro Villagrana, Cordero, Escontria, García, Gama, Iturbide Alvérez, Landa, López, Malda, Miranda, Reyes, Rivero Borrell, Ramírez E., Ramírez V., Soberón, Trocenis Alcalá, Ulrich, Valdés, Villarreal, Villanueva y el suscrito,

Secretario Anual Int.

Salvador Bermúdez.

ACTA DE LA SESION VERIFICADA EL DIA 8 DE AGOSTO DE 1928.
PRESIDENCIA DEL SR. DR. RAFAEL SILVA.

A las 19.55 horas se abrió la sesión.

El Sr. Presidente presenta a la Academia a la señora doctora Rosalia S. Morton, distinguida médica americana que visita nuestro país y que trae la misión de hacer a los médicos mexicanos algunas invitaciones en nombre de diversas instituciones norteamericanas.

La señora Morton pronuncia una alocución de saludo a la Academia; se expresa en inglés, y sus palabras son vertidas al español por el señor Académico Miranda. La doctora americana, tras de saludar en términos gentilísimos a la Academia, manifiesta que el señor doctor Abee, Presidente de la Asociación Médica Panamericana, invita a los médicos de México a la Convención Médica Panamericana que se reunirá en la Habana del 29 de diciembre al 3 de enero próximos. Manifiesta en seguida que el Dr. Tennee, Director del Hospital de la 5ª Avenida (Nueva York) y el Dr. Bancroft, Jefe de Cirugía de ese Hospital, desean manifestar a la Academia que en cualquier momento en que los socios de la misma visiten Nueva York deben considerarse como Miembros del Cuerpo Médico de dicho Hospital, con libertad completa para asistir a él, tomar parte en las conferencias que en él se llevan a cabo, etc. Dice, igualmente, que trae una invitación semejante del Hospital Panamericano de Nueva York y de su Centro Clínico; ese Hospital, según dice la señora Morton, no lleva sino dos años de existencia; su cuerpo médico está formado por médicos latino-americanos, la mayor parte de los cuales hablan español, de modo que puede servir admirablemente como base de operaciones para los médicos mexicanos. La señora Morton nos comunica que en la Academia de Medicina de Nueva York se tiene diariamente una lista de las principales actividades médico-quirúrgicas que se desarrollarán al día siguiente en la ciudad, que esto sirve de modo extraordinario para que los médicos que visitan Nueva York se orienten en sus actividades científicas y puedan presenciar los actos que les interesen; y con la cooperación del Hospital Panamericano y del de la 5ª Avenida se facilita, más aún, la organización de las actividades de los médicos visitantes, y que por tanto tiene una gran satisfacción en presentar a la Academia las invitaciones a que antes hizo referencia.

El Señor Presidente contesta a la señora Morton, siendo interpreta-

do por el propio Académico Miranda: dice que es un gran honor para la Academia, la Sociedad Médica más antigua y de más prestigio en el país, recibir en su seno a la ilustre visitante. Que agradece profundamente las invitaciones ofrecidas por ella, y que cualquier paso, como éste, en que se tiende a la unión y a la confraternidad de la ciencia médica norteamericana con la latino-americana, es recibido con el más sincero beneplácito por la Academia. La señora Morton contesta agradeciendo las frases del señor Presidente, y manifiesta que sería muy satisfactorio que la Academia se comunicara con los Hospitales de la 5ª Avenida y Panamericano, acusando recibo de su invitación.

Se levantó la sesión ordinaria a las 20 horas 8 minutos y se pasó a sesión secreta.

Asistieron los señores: Arroyo, Baz, Bandera, Jiménez, Landa, Miranda, Nieto, Ramírez E., Torres Estrada, Torroella, Troconis, Tapia Fernández, Villanueva, Villarreal, Valdés, y el suserito.

Secretario Anual Int.

Salvador Bermúdez.

ACTAS DE SESIONES

SESION SOLEMNE DEL 19 DE OCTUBRE DE 1928.—PRESIDENCIA
DEL SEÑOR SUBSECRETARIO, ENCARGADO DEL
DESPACHO DE EDUCACION PUBLICA.

A las 19.45 se abrió la sesión desarrollándose el programa adjunto. Terminado éste se pasó a sesión ordinaria procediéndose a la elección de funcionarios para el nuevo año académico. El Secretario Perpetuo, declara que por haber cumplido con los requisitos reglamentarios el Vicepresidente Silva, ocupará la Presidencia en el período académico que se inicia. Se procedió a hacer la votación para Vicepresidente, habiendo resultado favorecidos con igual número de votos los académicos Señores Demetrio López y José Torres Torija. Verificada la nueva votación, ésta favoreció al académico Torres Torija. El Presidente declaró que era Vicepresidente el referido doctor Torres Torija. Pidió este último la palabra para agradecer a los Señores Académicos, el honor altísimo e inmerecido que se le dispensaba.—A continuación el Presidente Silva, al hacer resaltar la forma absolutamente democrática de la votación pidió un aplauso para el doctor Demetrio López, aplauso que fué calurosamente tributado. El doctor López pide la palabra y agradece a los Sres. académicos el honor que se le dispensa a la vez que felicita al Dr. Torres Torija. En la elección para Secretario anual, obtuvo mayoría de votos el señor doctor Pablo Mendizabal, por lo que el Presidente, hizo la declaración respectiva, agradeciendo también el doctor Mendizabal, la designación.

En seguida el señor Doctor Silva, pidió permiso para ausentarse cuatro semanas, por tener que concurrir a Boston y San Luis Missouri, para recibir la toga de miembro del Colegio Americano de Cirujía en la primera ciudad. Sin otro asunto de que tratar se levantó la sesión a las 21 ho-

ras 45 minutos. -A ella asistieron los Señores Académicos Aragón, Ayuso, Bulman, Baz, Bandera, Castro Villagrana, Cordero, Canale, Cicero, Chávez, Escobar, Escontria, Gama, García, Iturbide Álvarez, López, Landa, Malda, Madrazo, Mendizabal, Monjarás, Miranda, Noriega, Ocaranza, Pardo, Pruneda, Rivero Borrelli, Silva, Torres Estrada, Torres Torija, Torroella, Valdés, Villarreal y Vallarino.

PROGRAMA:

I PARTE

- I.—RAPSODIA HUNGARA.... David Popper
Cello. Srita. Profa. Josefina Carlos.
Al piano.—Sr. Prof. Santos Carlos.
- II.—FREISCHUTZ Oh! che non giunge il sonno.....Weber
Canto. Srita. Profa. Elvira González Peña.
Al Piano. Sr. Prof. Santos Carlos.
- III.—Informe del Secretario Anual.
- IV.—A. —“NO DUERMAS”
B.—“HOY LA HE VISTO”.....Antonio Gomezanda
Canto.—Srita. Profa. Elvira González Peña.
Al Piano.—Sr. Prof. A. Gomezanda.
- V.—Discurso por el Vice-presidente en funciones de Presidente.
- VI.—Preludio y Danza de las Mujeres.
de “LA FIESTA DEL FUEGO”....Antonio Gomezanda
Piano.—Sr. Prof. A. Gomezanda.
- VII.—Declaración hecha por el C. Sub-Secretario Encargado del Despacho de Educación Pública, de la inauguración del nuevo año académico.

II PARTE

Primera sesión del nuevo año académico, en la que se efectuarán las elecciones de Vice-presidente y Secretario Anual.

SESION DEL DIA 3 DE OCTUBRE DE 1928.—PRESIDENCIA DEL DR. JOSE TORRES TORIJA

Se abre a las 19.30 con la lectura de la correspondencia.

El Sr. Prof. Cordero da lectura a su trabajo reglamentario.

Pide la palabra el Dr. Ulrich para decir que el trabajo del Dr. Cordero es por todos motivos interesante; aboga por la acción benéfica del aceite

de comer sobre los cálculos biliares. Refiere un caso de éxito en una doméstica que sufrió cálculos hepáticos. En otro que fué fatal, el Dr. Ulrich encontró vestigios de aceite en la vesícula del cadáver; insiste que la acción del aceite es netamente lubricante.

Aboga por el uso del azúcar como acción antiséptica en las heridas de individuos no diabéticos y por el uso de las vitaminas en las avitaminosis.

El Dr. Bulman refiere buenos resultados en la litiasis hepática con el uso del jabón amigdalino y trae a'colación varios casos; no reconoce a la sacarosa acción alguna microbicida en el vivo sobre el bacilo de Koch.

El Dr. López se refiere al trabajo de depuración que actualmente está sufriendo las antiguas farmacopeas suprimiéndose en ellas medicamentos que actualmente se les considera inútiles; pero insiste en que algunos de éstos no deben sufrir tal conducta como el ácido oleico la sacarosa y el jugo de limón; y aduce razones de peso en apoyo de su opinión.

El Dr. Castañeda dice que la acción del ácido oleico, sobre los cálculos biliares es discutible y después de tratar con alguna extensión la etiología de la litiasis hepática en su manifestación dolorosa así, como sus equivalentes sindromáticos concluye diciendo que dada la complejidad del síndrome doloroso hepático desde el punto de vista etiológico, patogénico, sintomático, y terapéutico no puede declararse como siempre eficaz la acción del ácido oleico en el tratamiento de esta dolencia.

El Dr. López dice que ha escuchado con verdadero deleite la exposición que a propósito de este tema ha hecho el Sr. Dr. Castañeda; pero insiste en que lo expuesto no desvirtúa su opinión con respecto al ácido oleico para el cual reconoce una acción indiscutible en la litiasis biliar.

La sesión se levantó a las 20.40 asistieron los señores Académicos Torres Torija, Troconis, Monjarás, Buiman, Cordero, Ulrich, Castañeda, López, Bandera, Rivero Borrell.

El Secretario Anual,
PABLO MENDIZABAL.

SESION DEL DIA 10 DE OCTUBRE DE 1928.—PRESIDENCIA DEL DR. JOSE TORRES TORIJA

LAS ULCERAS DE LA PARTE MEDIA DE LA PEQUEÑA CURVATURA DEL ESTOMAGO

Se abre la sesión a las 19.30, con la lectura de las actas de las sesiones del 1º y del 3º del mes que cursa, así como de la correspondencia y revistas enviadas a la Biblioteca de esta Academia.

Por no haber lecturas reglamentarias, debido a la falta de los trabajos de los Académicos en turno, se leyó el trabajo del D. J. Campos Kunhardt correspondiente en Guadalajara. Dicho trabajo se intitula:

Las úlceras de la parte media de la pequeña curvatura del estómago.

DR. VILLARREAL. — El trabajo que nos manda el Dr. Campos Kunhardt, es importante por más de un concepto y al agradecerle que nos lo haya hecho conocer, le felicito por la manera como lo llevó a cabo.

La indicación operatoria no se encuentra en la narración de la historia clínica, ni en el examen físico, ni en el del jugo gástrico, la cronicidad del padecimiento pudiendo atribuirse con los síntomas que el Dr. Campos refiere, a una hipercloridia descuidada con producción de ulceraciones o exulceraciones agudas de la mucosa gástrica que intermitentemente pueden dar lugar a pérdidas de sangre y curar para volver a reproducirse, continuando ese estado lastimoso de las dispepsias ácidas descuidadas o tratadas deficientemente; pero el examen radiográfico con la comida opaca, vino a demostrar la existencia de una úlcera crónica muy probablemente de bordes callosos por el pedículo que la separa de la cavidad del estómago como se vé en las radiografías, y que la úlcera es simple y no cancerosa, lo indican: la acidez gástrica y la manera de vaciarse el estómago ante la pantalla fluoroscópica y por las sensaciones del enfermo. Es una fortuna llegar a obtener una prueba radiográfica tan demostrativa y que la úlcera se encuentre en el contorno de la sombra gástrica; cuanto está sobre las paredes anterior o posterior del estómago, y por poco que la úlcera sea plana, no se nota cuando éste está lleno y la sombra que llega a quedar después de vacío, no siempre es clara y siempre de difícil interpretación. Por lo tanto la indicación precisa, exacta, de la intervención, en este caso se apoyó en el examen radiográfico y la operación practicada la más apropiada, resección y sutura que se facilita sobre todo en las úlceras de la pequeña curva.

Los cirujanos ingleses así lo hacen, practicando la resección con galvanocauterio.

La gastroenteronostomía que se practica cuando la úlcera no se encuentra o que no se puede hacer otra cosa por la extensión de la perigastritis, predispone a la úlcera péptica, pues hay que tener en cuenta que la hipertrofia de las glándulas gástricas no se modifica en nada con la operación y la secreción ácida continúa y por esto que Levin de Melbourne, Australia, haya propuesto la resección parcial en manga del estómago, la secuestración de una parte de éste y la gastroenteronostomía, la piloroctomía o la gastroduodenostomía para reducir una parte de la mucosa gástrica y disminuir la acidez de la secreción. De todos modos, descartadas las exageraciones optimistas de los tiempos idos y en que la gastroenteronostomía era practicada con todo motivo, hoy el tratamiento de la úlcera aguda

del estómago es, de una manera general, médico y se tratan quirúrgicamente las úlceras crónicas del estómago ya como lo ha hecho el Dr. Campos Kunhardt, con éxito halagador en el caso que nos presenta.

Pide la palabra el Dr. Torroella, para hacer una comunicación relacionada con un trabajo que se refiere al tratamiento de las anemias perniciosas progresivas, que apareció en el número 6, Tomo LIX de la Gaceta y que él mismo envió a esta Corporación. Relata un caso de anemia perniciosa progresiva en una mujer tratada con éxito notable por la administración de hígado de ternera; la proporción de glóbulos rojos aumentó notablemente en un lapso de tres semanas, observándose al mismo tiempo, una franca mejoría de la paciente. El doctor Torroella hace notar que este tratamiento sólo es eficaz en la anemia perniciosa progresiva; las anemias de etiología distinta, como las debidas a la tuberculosis, la sífilis, el cáncer, etc., no se benefician.

El Dr. Monjarás, pregunta en que forma ministra el hígado; a lo que el Dr. Torroella contesta que puede proporcionarse, ya sea cocido, en consomé, o en jalea de grosella; el hígado crudo es completamente desagradable.

El Dr. Castañeda, trae a colación un caso de anemia por hemorragias sin lesión propiamente de la matriz, sino por una especie de linfadenia con esplenomegalia y reacciones piréticas. No reconoció en este caso utilidad alguna a la transfusión sanguínea; en cambio recomendó tomar hígado de ternera, obteniendo con ello un éxito completo.

DR. VILLARREAL.—El caso cuya historia nos ha referido el Dr. Castañeda, me recuerda otro semejante en cuanto a la anemia intensa provocada por metrorragias abundantes y aunque el tratamiento fué diferente, el resultado fué conseguir la salud de la enferma.

Hará cuatro meses, se presentó en mi consulta una señora de 37 años de edad, natural de Sonora, con cuatro hijos, empezó hace tres años a tener períodos abundantes que poco a poco se fueron prolongando al grado de pasarse meses perdiendo sangre a pesar de las medicinas que se le daban y de haberla practicado dos raspas uterinas con intervalos de un año y la última hacía seis meses; en vista de la persistencia de la hemorragia su médico la recomendó me consultara pues temía se tratara de una afección maligna. Por el examen llegué al diagnóstico de fibromioma mural más pequeño que el puño, implantado en la pared inferior de la matriz, haciendo eminencia en la cavidad uterina, edematoso y la mucosa fungosa; propuse la miomectomía vaginal como lo más apropiado, aunque esto con las molestias y riesgos inherentes a la operación y como se me expresara que que la señora no se quería someter a una operación dije: que el tratamiento por el radio traería el cese de la función menstrual y el alivio se obten-

dría en ocho semanas sin molestias ni peligro alguno, porque tratar de conservar la función menstrual y suprimir las hemorragias, requería no menos de cuatro a seis meses. No volví a ver a la enferma que me había impresionado por su palidez citrina, hasta hace dos meses que se me presentó de nuevo, más pálida, livida, la sangre no había parado desde que yo la ví, el Dr. que la había tratado, había hecho lo posible por aliviarla, la habían aplicado rayos X y un tratamiento eléctrico con sondas introducidas en la matriz y por recomendación del mismo colega, venía a que yo la tratara y la hiciera lo que yo creyera conveniente para aliviarla de aquella hemorragia que sentía la mataba. Por de pronto hice una curación intrauterina, dilatando la cavidad que medía 0.15 cent. y toqué con un tapón empapado en tintura de yodo y dejé a permanencia como tapón intrauterino, una sonda de Hegar N^o 14; entretanto se reconocía la orina y se me proporcionaban los datos de las aplicaciones de Rayos X que se le habían hecho, pues yo no podía aplicar Radio o Rayos X, sin tal informe, mayormente cuando la última aplicación Roentgen había sido la antevíspera. No se me pudo decir la dosis medida radiométricamente pero se me informó del voltage 60 P. K. V., 2 M. A., 1mm aluminio de filtro, 0.30 cent. distancia anticatodo y 10 minutos de exposición, sesiones semanales. Con tal radiación los órganos profundos podrían tratarse a dosis plena de Radio y el examen de la orina indicando que los emontorios estaban sanos sustituí la sonda de Hegar por un aparato radifero de 12 mm. de diámetro y la enferma no volvió a perder sangre, pues si había tenido algún escurrimiento al derredor de la sonda, fué insignificante y desde que se colocó el aparato de Radio, el escurrimiento sanguíneo cesó por completo. Igualmente sucedió con la enferma intensamente pálida que me recomendó mi amigo el Dr. C. Margáin y de la que me ocupé en mi trabajo reglamentario en el año académico que acaba de pasar. Cesó el escurrimiento sanguíneo pero la anemia por exposición, el tinte pajizo, los vértigos y falta de digestión, continuaron. La traté por el reposo en cámara ventilada, los tónicos por vía hipodérmica etc. hasta que estuvo en condiciones de poder alimentarse, se le aconsejó tomar hígado cocido o como más le agradara pero no lo pudo soportar. Salió del Sanatorio a las dos semanas de su ingreso, se le prescribió una preparación ferruginosa y pasara una o dos horas del día al aire libre debajo de los árboles de poco follaje. Dos semanas después se me presentó la enferma, pálida todavía y muy alarmada por que le había venido sangre, la tranquilizé diciéndole que era su período, que estuviera en reposo y todo pasaría que la menstruación próxima futura ya no se presentaría; y así fué, quedando yo grandemente sorprendido del cambio operado en la paciente en este segundo mes; el tinte rosado sin artificio de las mejillas y labios, la viveza de la mirada, la agilidad en el andar, demuestran salud y vida, este caso es

SESION DEL DIA 17 DE OCTUBRE DE 1928. PRESIDENCIA DEL
SR. DR. J. TORRES TORIJAHISTORIA DE LA ENSEÑANZA DE LA ANATOMIA. —NUEVAS FORMULAS
PARA EL CALCULO DE DIETAS EN DIABETICOS.

A las 19,30 se abre la sesión con la lectura del acta de la sesión anterior, y de la correspondencia recibida. Entre ésta, una carta, del Sr. Ing. Aragón, en la que señala el próximo día 24 para dar lectura a su escrito intitulado Retrato literario del Sr. Dr. Juan María Rodríguez.

El Sr. Presidente invita al Dr. Troconis, para que comente las palabras del Ing. Aragón, ya que conoció perfectamente a Don. Juan María Rodríguez. El Dr. Troconis, espera escuchar, o tener en su mano el escrito, para satisfacer gustoso el deseo del Sr. Presidente.

En otra carta el Sr. José P. Palencia, Médico Cirujano, sin expresar de que facultad, pero con título registrado en el Departamento de Salubridad Pública de México, pide al Sr. Presidente que le informe qué requisitos se exigen para presentar a esta Corporación, varios trabajos sobre temas de medicina. Se acuerda comunicar al Sr. Dr. P. Palencia que envíe sus trabajos.

El Dr. Bandera da lectura a su trabajo reglamentario intitulado Historia de la enseñanza de la Anatomía excusándose antes, de no presentarlo completo, debido a las dificultades inherentes a esta clase de investigaciones.

El Dr. Cicero felicita al Dr. Bandera por su interesante relato, y hace observar, que el Dr. Velasco murió antes que el Dr. Chacón, por lo cual, aquél, no pudo substituir al Dr. Chacón, a su muerte.

El Dr. Troconis, ratifica lo dicho por el Dr. Cicero, y promete dar al Dr. Bandera algunas notas biográficas relativas al Sr. Dr. Manuel Andrade y Pastor, que fué profesor de Anatomía Descriptiva; y agrega, que mucho de la vida de Andrade, puede conocerse con sólo leer el elogio de Barrera a la muerte de Jiménez. Que la cátedra de Anatomía topográfica, se inauguró en la Escuela, en el año 68, siendo nombrado profesor el Sr. Dr. Barceló y Villagrán, que fué adjunto de la clase de Operaciones que daba el Dr. José María Vertiz. En el año 70, ingresó Chacón como adjunto de Topográfica, quedando éste como propietario a la muerte de Barceló; entrando el Dr. Velasco a ser adjunto, de Chacón. Posteriormente, encontrándose el Dr. Chacón ausente del país, pues estaba a la sazón en Europa, el Sr. Ministro de Justicia e Instrucción Pública dispuso, separarlo de su puesto de Profesor de Anatomía Topográfica, dando posesión

de la plaza al adjunto Sr. Dr. Don. Idefonso Velasco, y acordando abrir el concurso respectivo para proveer la vacante que éste dejaba.

Verificada la oposición obtuvo la plaza el Sr. Dr. Miguel Cordero y Gómez, único candidato inscrito.

Más tarde, el Sr. Chacón, volvió a ocupar su antiguo puesto. El Sr. Velasco fué nombrado profesor de Clínica Médica, plaza de nueva creación, y el Sr. Cordero, designado para desempeñar la de Histología, que también se estableció en aquél entonces.

A la muerte de Don. Miguel Cordero y Gómez, entró el Dr. Garay como adjunto de la plaza de Topográfica.

El Dr. Landa refiere que el estudio del perineo, que hizo el Dr. Chacón, fué su tesis: trabajo digno de consulta.

El Dr. Torres Torija ha escuchado con agrado el escrito del Dr. Bandera, y se acuerda que la muerte sorprendió al Dr. Chacón, siendo profesor del grupo a que él pertenecía. El Dr. Miranda lee su trabajo reglamentario intitulado nuevas formulas para el cálculo de dietas de diabéticos.

Concluyó la sesión a las 20.45.

Asistieron los señores Alonso, Arroyo, Bulman, Bandera, Canale, Castañeda, Cicero, Castro Villagrana, Landa, Monjarás, Miranda, Ocaranza, Ramírez, Torroella, Troconis, Rivero Borrell, Villarreal y el suscrito Secretario.

PABLO MENDIZABAL.

ACADEMIA N. DE MEDICINA.—SESION DEL DIA 31 DE OCTUBRE DE 1928. —PRESIDENCIA DEL SR. DR.

LUIS TROCONIS ALCALA.

DOS CASOS DE CIRUJIA PLASTICA.

A las 19.45 se abre la sesión con la lectura del acta de la sesión anterior, que es aprobada, así como de la correspondencia recibida.

El Sr. Dr. Monjarás, Presidente de la Comisión para dictaminar, sobre el trabajo relativo al tema "Un programa de acción social de la Academia Nacional de Medicina", comunica por medio de la Secretaria, que la Comisión rendirá su informe, en la sesión del 28 de noviembre próximo.

El Sr. Presidente concede el uso de la palabra al Sr. Dr. Villarreal, para rendir el dictamen sobre la enferma que presentó el Sr. Dr. Reyes en la sesión anterior.

El Sr. Dr. Villarreal, manifiesta que no habiendo logrado reunirse con el Sr. Dr. Ramírez para ver a la enferma, debido a una ocupación imprevista e ineludible, no puede por éste motivo informar acerca de la paciente. Por cuya causa el Sr. Presidente difiere la discusión del trabajo del Sr. Dr. Reyes para la sesión próxima.

El Dr. Arroyo informa sobre la comisión que se le confiriera, para asistir en representación de la Academia, a las sesiones de la XI reunión de la Sociedad Mexicana de Biología.

El Sr. Presidente agradece en nombre de la Academia al Sr. Dr. Arroyo, el haber cumplido la comisión de una manera satisfactoria, así como el informe oral que hizo, sobre algunos temas de verdadero interés, tratados en dichas sesiones.

No habiendo lectura reglamentaria, por ausencia de los Académicos en turno, el Dr. Mendizábal pide la palabra para presentar a la consideración de la Asamblea dos casos de cirugía plástica. Se refirió primero, a un joven de 18 años de edad, quien hace cuatro años fué arrollado por un tranvía, lesionándole en la parte interna e inferior del muslo izquierdo; los tegumentos, la aponeurosis superficial y los tendones de los músculos de la pata de ganso: la porción interna de la rodilla, abriendo la articulación, e igualmente la parte interna del tercio superior de la pierna, destruyendo una amplia porción de la tuberosidad interna de la tibia, y la zona en que se insertan los músculos: semitendinoso, semimembranoso y el costurero, que perdió además su expansión aponeurótica. Fué la lesión tan amplia que se pensó amputar en el muslo para asegurar la vida del enfermo, cuyo estado se complicó bien pronto por una septicemia que tenía su foco en el lugar del amplio traumatismo; pero afortunadamente ésta fué cediendo con relativa prontitud. Veintisiete días después, practicaba la operación plástica siguiente: dormido el enfermo, desprendió del miembro pélvico sano, en su región interna y opuesta a la lesión, un amplio colgajo de unos 33 centímetros de largo, por 20 de ancho, comprendiendo en él, la piel, el tejido celular, la aponeurosis superficial y una parte de la expansión aponeurótica del costurero, suturándolo en una extensión como de 25 centímetros al borde anterior que limitaba la lesión. Con el objeto de inmovilizar los miembros, pasó unas circulares de venda enyesada rodeando ambos tobillos y uniendo éstos entre sí; además, un vendaje, igualmente rígido, en la pelvis y parte superior de los muslos, para impedir la flexión de las rodillas y asegurar mayor reposo.

Tres semanas después, seccionó el colgajo desprendiéndolo completamente del miembro sano, logrando cubrir con él toda la superficie destruida. El injerto prendió en su totalidad. El lado opuesto fué suturado en parte, y el resto se cubrió lentamente con nueva piel.

El otro caso se refiere a un individuo de 22 años de edad, a quien hace un año se le disparó un revólver, lesionándole la barba. Dada la cercanía del disparo, el efecto destructor del proyectil fué muy amplio, perdiendo por ello una porción de la eminencia mentoniana del maxilar, y todas las partes blandas que la cubren, hasta la parte inferior del labio. Cuando cicatrizó aquella lesión, el labio quedó adherido exactamente sobre el mentón exhibiendo su cara mucosa fuertemente restirada en su totalidad, dando por resultado constante y molesta sialorrea. Para corregir semejante deformidad, practicó sobre la barba una incisión como de 15 centímetros de longitud, desprendiendo así el labio íntimamente fijado por la cicatriz, y logrando al mismo tiempo el corte inferior del colgajo plástico. Trazó después dos incisiones profundas como de 5 centímetros de longitud, partiendo un poco abajo de ambas comisuras de la boca y dirigidas ligeramente hacia arriba a uno y otro carrillo. Desprendió y suturó los colgajos, que resultaron estirándolos hacia la línea media para cubrir todo el espacio cruento. La operación se logró.

Fueron nombrados los señores doctores Rivero Borrel y Soberón para dictaminar sobre los enfermos presentados.

Se suspende la sesión por un momento.

Reanudada ésta, el doctor Soberón informó que en ambos casos, las operaciones fueron coronadas por el éxito. El doctor Rivero Borrell, a su vez, corrobora lo dicho por el doctor Soberón; ambos tienen frases de gentil cortesía para el doctor Mendizábal.

DR. VILLARREAL.—Los dos casos de autoplastia que nos presenta hoy el doctor Mendizábal son de importancia, y me permití examinarlos al mismo tiempo que la comisión nombrada por el Sr. Presidente por interesarme en esta clase de cirugía de la que ya he tenido ocasión de ocuparme repetidas veces ante esta Academia. No escatimo la importancia de la labor del doctor Mendizábal y le felicito por ello; pero mi manera de pensar y proceder son otros en lo que se refiere a la autoplastia de grandes colgajos como el primer caso. El doctor Mendizábal talló un colgajo de consideración según nos dice, casi la mitad interna de la circunferencia del miembro inferior derecho y como el tercio de su longitud. La operación logró en el sentido de que el colgajo prendió y se salvó la pierna que algún cirujano había ya propuesto amputarla; pero la herida, la pérdida de substancia en la otra pierna, fué abandonada al proceso de cicatrización natural, formándose una cicatriz ancha, y deforme como dos dedos de ancho y unos 22 centímetros de largo, que se extiende de la parte superior interna de la pierna a la unión del tercio inferior con el medio de la cara interna del muslo. Esta cicatriz está cubierta de una tira de leucoplasto. El paciente tenía de edad 14 años y hoy es un joven de 18 y aunque hace uso de sus dos

piernas y se entrega a juegos deportivos, se nota, en la pierna izquierda, sobre la cara interna de la parte inferior del muslo y el cuarto superior interno y anterior de la pierna cubriendo la cara interna de la rodilla, el colgajo injertado, sano, de coloración normal, exuberante, saliente y mide aproximadamente 25 x 14 cent., la articulación de la rodilla con todos sus movimientos. Dice el paciente que jugando se hirió con un gancho y se le han hecho unas úlceras que no quieren cicatrizar. Vuelvo a repetirlo, felicito al doctor Mendizábal por el resultado obtenido, su trabajo es importante, pero tanto él como su paciente han sido muy afortunados y la operación llevada a cabo, fué una grande y grave intervención, de no haber prendido el colgajo o de haberse infectado, el paciente hubiera quedado lesionado de sus piernas. El resultado obtenido parece dar toda la razón al doctor Mendizábal, pero aún con eso, yo creo mejor proceder de manera que aunque se tarde más tiempo, los injertos se tomen de lugares del cuerpo y de tejidos que por decirlo así no hagan falta al paciente. En el año académico pasado, me ocupé en varias sesiones de autoplastias y de heteroplastias de interés. Entre otros presenté un paciente al que un tranvía había desprendido el miembro superior izquierdo desde el hombro y llevado el pie derecho y la piel del tercio inferior de la pierna. Se le trató dejando los cortes hechos por el agente vulnerante y sólo se regularizó la sección del húmero al nivel del cuello quirúrgico y se acabó de desprender con las tijeras una porción del astrágalo y se seccionaron algunos tendones que sobresalían de la muesca tibio-peroneana. Cuando la superficie del tercio inferior de la pierna se revistió de yemas carnosas y proponiéndome conservarle toda la pierna, para cubrir la muesca tibio-peroneana, desprendí un colgajo cutáneo de la pantorrilla de la pierna izquierda dejándolo adherido por su base y aproximando la extremidad inferior de la pierna derecha y fijándola con un vendaje mientras el colgajo prendía, pero antes como en la pantorrilla de la pierna izquierda quedaba una pérdida de substancia considerable, la cubrí con una porción del escroto y el resultado fué altamente halagador, pues se consiguió que el paciente guardara su pierna derecha con un muñón semejante al de una amputación tibio-tarsiana de colgajo y que en su pierna izquierda no presentara otro defecto que el de tener una piel un poco rugosa.

Me propongo presentar a esta Academia, un enfermo que hoy ya no lo es y que sufrió un traumatismo por unos cilindros de una maquinaria agrícola que le llevaron la piel, vasos y nervios subcutáneos del miembro superior derecho del tercio inferior del brazo y los dos tercios superiores del antebrazo en toda su circunferencia, desprendiéndose en muchos lugares porciones de la aponeurósis de revestimiento, quedando los músculos y vasos profundos a descubierto, viéndose por lugares los huesos del antebrazo.

A los 50 días de atenciones y cuidados con los que se logró desapareciera la infección y obtener una granulación sana, tallé un colgajo de piel y tejido celular subcutáneo en la pared abdominal anterior del lado derecho, colgajo en forma de tira que tenía 12 cent. de ancho por el doble de largo, formando un puente para pasar debajo del miembro lesionado desprovisto de piel como dije, en toda su circunferencia y en la extensión señalada; antes de esto hice un desprendimiento de los bordes de la piel adherente a la pared abdominal para hacer una autoplastia por deslizamiento suturando los bordes cutáneos y así la superficie granulosa del miembro superior derecho, preparada de la manera adecuada, quedaba por una parte, hacia adelante, en relación con el tejido celular de la tira cutánea y hacia atrás con la epidermis de la piel que por deslizamiento cubrió la pérdida de substancia que dejó la tira cutánea que iba a servir de injerto. No obstante tener dos pedículos uno superior y otro inferior, se esfaceló el injerto en una pequeña porción de la parte media, pero a pesar de esto prendió muy bien y al cortar los pedículos, tres semanas después, pudo enrollarse el colgajo como una venda hacia arriba y hacia abajo cubriendo la superficie desnuda en casi toda su extensión y el individuo cuando algún tiempo después fué dado de alta, hacía uso de su brazo.

A mediados de este año, presente a la Academia, un joven que accidentalmente se causó una herida penetrante de vientre por arma de fuego; fué operado en el Hospital de la Cruz Roja, curando de su grave lesión. Un año después, se presentó con una eventración considerable y al hacer la restauración de la pared abdominal, conservé la piel excedente, formando con ella un tubo alimentado por pedículos situados en las extremidades de la herida, tubo cutáneo que después servía para cubrir una pérdida de substancia en la pierna de otro paciente cuyo padecimiento es casi calcado en el caso que presenta el doctor Mendizábal: la rueda de un tranvía pasó de soslayo sobre la cara interna de la pierna izquierda, desprendiendo y arrojando la piel de este segmento del miembro inferior, desde la rodilla hasta tres traveses de dedo del cuello del pie y en más de un tercio de la circunferencia, quedando los músculos a descubierto y abierta la articulación de la cabeza del peroné y fracturada esta epífisis huesosa. Dos meses tardó la herida en presentar un aspecto favorable para recibir injertos y además del mencionado se le han puesto otros dermoepidérmicos tomándolos de la cara anterior del muslo o de la pared abdominal.

En las quemaduras, son otra clase de injertos a los que se recurre y creo que me será posible presentar a esta Academia, una joven agraciada de 16 años de edad, que frecuente encuentro en la calle llena de salud y vida y que en estado verdaderamente lastimoso operé hace dos años. Esta señorita al intentar desmanchar y planchar el pantalón de su hermano, se

quemó el pecho, la espalda, las piernas y brazos. La gran superficie cutánea comprometida por quemaduras de segundo y tercer grados y la infección que sobrevino con temperaturas de 41°, hicieron temer por la vida de la enferma y momentos hubo en que se desesperara poderla aliviar. Los asiduos cuidados y curaciones frecuentes, difíciles y prolongadas si le conservaron la vida, la curación parecía muy distante; a los seis meses del accidente la paciente era un esqueleto, la piel ulcerada de las piernas y muslos, de los brazos y antebrazos, parecía pegada a los huesos. Los miembros encojidos y rígidos no podía servirse de ellos. Al preparar el miembro inferior izquierdo para revestirlo de injertos, frotando las yemas carnosas, perdió la enferma tal cantidad de sangre que me parecía imposible resistiera y aplazé la operación y cuatro días después, se le pusieron un gran número de injertos dermoepidérmicos de la cara externa del muslo y de la piel del vientre, aprovechando la anestesia clorofórmica para extender los miembros inferiores y movilizar las articulaciones de los superiores. En sesiones subsecuentes, se trataron los otros miembros menos lesionados, de la misma manera que el miembro inferior izquierdo y ya dije antes que actualmente, dos años después de la tarea descrita, esta joven tiene un aspecto rosagante y al verla nadie podría sospechar la gravedad en que estuvo.

Los pequeños injertos dermoepidérmicos comprendiendo todo el espesor de la piel tomadas de las regiones que he dicho, no dejan cicatrices molestas y llenan su cometido. Los grandes injertos a que se prestan el escroto y el prepucio, deben siempre tenerse en cuenta para la reparación de las pérdidas de substancia y los colgajos tubulares de doble pedículo y los simples de uno o dos pedículos, hay que tomarlos de regiones en que las cicatrices no intervengan con una función importante.

El segundo caso presentado por el Dr. Mendizábal, en que se emplea un doble colgajo de la piel de la cara para elevar el labio inferior, ha logrado perfectamente y su aspecto es estético y esto que solo van transcurridas tres semanas de la operación. El labio inferior, está edematoso, pero esto puede atribuirse a la presión del resorte que lo tiene sujeto para levantarlo, además está el labio revestido de gran cantidad de mucosa interiormente y en el exterior la piel es suficiente, puede augurarse un porvenir satisfactorio a este enfermo; mis felicitaciones para el entendido cirujano.

Y como final, diré, que al finalizar el año académico, traje a esta Academia, una anciana que no presenté por no haber habido tiempo en esa sesión y se trataba igualmente de una autoplastia por doble colgajo de la piel para formar la piel de la barba y levantar el labio inferior. Sólomente que el caso era diferente, curada la enferma de un epiteloma tratado

con agujas de radio dos años antes, el tumor se había reproducido con aspecto melánico, un través de dedo debajo del lugar donde estuvo el primero, que estaba situado cerca del borde del lado derecho del labio inferior y llegaba hasta el surco del mentón y se reprodujo sobre el mentón mismo, un poco a la derecha de la línea media, tenía entonces el tamaño de una moneda de 50 centavos, de aspecto lobulado, sobresalía de la superficie cutánea, más de un centímetro y los lóbulos de un aspecto obscuro melánico, tumor que traté con diatermo-coagulación extensa y profundamente hasta llegar al hueso, al caer la escara quedó a descubierto la parte media del maxilar inferior, del labio inferior quedó una franja y los bordes de la pérdida de substancia se extendían lateralmente hasta la región subhiodea lateral y en la línea media hasta el cartílago tiroides. Dos meses después de la diatermo-coagulación, hice la resección de la parte media del maxilar inferior, aproximando las ramas horizontales del maxilar, desdoblé el labio inferior y deslizé los dos colgajos que vinieron a cubrir el ángulo de las ramas del maxilar aproximándolos y se reunieron hacia arriba con el labio y abajo con la piel de la parte superior y media del cuello.

El resultado cosmético, no es de lo más satisfactorio, porque falta la barba, pero la anciana toma sus alimentos y no babea, las fotografías y radiografías que ilustran este caso, me propongo presentarlas a esta Academia.

El Tesorero dá lectura al informe económico de los meses de agosto, septiembre y octubre.

Se levantó la sesión a las 20.40, habiendo asistido los señores: Alonso, Ayuso, Bandera, Bulman, Canale, Landa, Monjarás, Madrazo, Reyes, Rivero Borrell, Soberón, Torroella, Troconis, Villarreal y el

Secretario Anual,
PABLO MENDIZABAL.

ACTAS DE LAS SESIONES

SESION DEL DIA 11 DE JULIO DE 1928.—PRESIDENCIA DEL
SEÑOR DOCTOR RAFAEL SILVA.

ENTERO-COLITIS INFANTIL Y AUTO-VACUNAS.

Principió la sesión a las 19 horas 40 minutos, con la lectura del acta de la sesión anterior que fué aprobada.

El doctor Ayuso lee su trabajo reglamentario.

El doctor Miranda toma la palabra para hacer objeciones al trabajo del doctor Ayuso; manifiesta que las mal llamadas entero-colitis infantiles no son provocadas propiamente por una infección, sino que derivan de fermentaciones digestivas anormales, y que por tanto, el factor microbiano es casi siempre accesorio, sobre todo al principio del padecimiento; que muchos de los microbios intervienen posiblemente en la digestión de los alimentos, y que no resulta, por lo tanto, cuerdo inyectar una vacuna global, que tendería a la destrucción de tales microbios.

El doctor Bermúdez apoya lo dicho por el doctor Miranda, añadiendo que las vacunas globales son muy peligrosas, como pudo comprobarse, tratándose de padecimientos del aparato respiratorio, durante la epidemia de gripa pandémica de 1918. Que los estados digestivos se corrigen, casi siempre, de modo rápido y, a veces, rapidísimo, modificando la alimentación del niño, sustituyendo la leche por atoles, y sin necesidad de desinfectantes intestinales ni de preocuparse por los gérmenes que puedan obrar en el caso. Respecto de la actividad de preparados con gérmenes lácticos «soi-disant» vivos, que le consta que algunos, por lo menos, de esos preparados son completamente inertes.

El doctor Ramírez E. asentó que la parte verdaderamente interesante en un trabajo como el realizado por el doctor Ayuso, habría sido la identi-

ficación y el aislamiento de los gérmenes patógenos que obran en los padecimientos digestivos de los niños, y que esa labor no fué realizada.

El doctor Arroyo manifestó que en toda auto vacuna bien hecha se debe hacer la identificación de las especies patógenas, la eliminación de los gérmenes no deseables, y en particular de los anaerobios, que pueden ser muy peligrosos y, por último, una correcta numeración o dosificación de los gérmenes.

El doctor Ayuso manifestó que no replicaba nada a lo dicho por los anteriores señores académicos, por juzgar que en su trabajo se encontraba implícitamente la respuesta a aquellas objeciones.

La presidencia nombra la comisión que formulará el programa para la sesión solemne de apertura de año académico de 1928-1929, la que integran los señores Bandera, Aragón y Miranda.

El doctor Vélez, manifiesta que recibió, del doctor Viramontes la encomienda de despedirlo de la Academia, con motivo de su viaje a Europa, debido a que no le fué posible hacerlo personalmente; manifiesta el doctor Vélez además que ha recibido del doctor Gley, una comunicación en que trata del canje de publicaciones entre la Academia de Medicina de París y la nuestra. Asimismo expone a la Academia los agradecimientos expresados por el doctor Monjarás con motivo de la visita que le hizo en su enfermedad la comisión nombrada para el objeto.

En seguida, los señores doctores Vélez y Alonso toman la palabra para referirse al enfermo presentado por el doctor Villarreal, en que hubo una curación aparente de tumor maligno de la córnea, lograda gracias a la aplicación de radio. Comunican que examinaron al enfermo y que encontraron que, en efecto, no había más que huellas en realidad insignificantes de la afección, por lo que el caso había sido un éxito indudable, por el que felicitaban al doctor Villarreal. Que requerirían exámenes posteriores para seguir la marcha del tratamiento.

Asistieron los señores: Ayuso, Aragón, Alonso, Adalid, Amor, Bandera, Canale, Cordero, García, Jiménez, Landa, Miranda, Mendizábal, Ocaranza, Rojas Loa, Ramírez E., Ramírez V., Rivero Borrell, Soberón, Torres Estrada, Vélez, Villanueva, Villarreal y el suscrito secretario,

SALVADOR BERMUDEZ.

SESION DEL DIA 7 DE NOVIEMBRE DE 1928.—PRESIDENCIA DEL SEÑOR DOCTOR TORRES TORIJA.

Dió principio la sesión a las 11.45 horas con la lectura del acta de la sesión anterior que fué aprobada.



El doctor Eliseo Ramírez, en turno para la lectura de su trabajo reglamentario, manifestó: que haría una exposición verbal del tema a reserva de presentarlo escrito, pues no había podido concluirlo por el exceso de trabajo que tuvo con motivo de la celebración de la IX Reunión de la Sociedad Mexicana de Biología. Refirió, en primer término, que sus primeras investigaciones efectuadas en 1918-19 se habían ido aclarando y completando con descubrimientos posteriores. En aquella época señaló, que la menstruación en la mujer, y el celo de las hembras de mamíferos, eran determinados por la acción endócrina de los elementos intersticiales del ovario, principalmente por la glándula teçal de los folículos en maduración o en atresia, y que el cuerpo amarillo tenía acción antagónica a la teçal, de suerte, que las modificaciones uterinas del dioestro, y del intervalo, estaban subordinadas a la glándula lútea. El descubrimiento de la foliculina, por una parte, efectuado por Allen y Doisy, y el de la luteocrinina, extraída por Champy y Gley de los cuerpos amarillos de la puerca, por otra, corroboraban plenamente las anteriores conclusiones. Aunque desde 1919 logró el doctor Ramírez provocar el celo experimental en las conejas castradas, inyectándoles extractos glicerizados de sangre menstrual de mujer, fueron Allen y Doisy los que lograron el mismo resultado con la inyección de líquido folicular. Brohna y Simonet primero, y posteriormente, Sondak y Ascheim, Lipchütz y sus colaboradores, obtuvieron del licor folicular una substancia químicamente definida, la foliculina, que determina el celo experimental en animales de laboratorio castrados o inmaduros. La luteocrinina, por su parte, impide la aparición del celo, por acción antagónica a la anterior.

El antagonismo entre las dos hormonas se rebela por otro método: según las experiencias relatadas por Ramírez, la acción del líquido folicular es variable, y no depende de la edad del foliculo, sino de que los ovarios contengan o no cuerpos amarillos. Cuando estos existen, el licor folicular es casi inactivo; el máximo de actividad aparece en caso contrario; es decir, que la presencia del cuerpo amarillo, inhibe, como lo habían señalado Ramírez y Ochoterena, la actividad mitocondrial de los elementos tecales productores de foliculina. Mezclando licor folicular activo, con extractos de cuerpo amarillo, se produce congestión genital, pero no la aparición del celo.

El método de laboratorio, universalmente aceptado para la identificación del período del celo, es la reacción de cornificación del epitelio vaginal o prueba de Allen. Ese criterio, sin embargo, expone a errores en la interpretación. En efecto, las inyecciones ininterrumpidas de licor folicular, según las experiencias de Ramírez, que al principio determinan la prueba de Allen, no logran sostener la cornificación todo el tiempo que duran las

inyecciones. El metraestro vaginal se presenta a pesar de la administración continua de foliculina. Por otra parte, no en todos los mamíferos se produce la cornificación durante el celo, como se ve en la mujer. En un trabajo anterior, Ramírez señaló las modificaciones cíclicas del epitelio vaginal en la mujer, que no corresponden a las de los roedores. La citólisis de la mucosa uterina, y la hemorragia intersticial o externa, son signos mucho más seguros del celo.

Aunque el licor folicular contiene foliculina, no es la contenida en el licor, la que determina el celo, sino precisamente la que pasa al torrente circulatorio, sin acumularse en el folículo. Dos hechos lo prueban: 1º—En la coneja, la cópula que congestiona los ovarios determina la ruptura del ovisaco, y la cópula se efectúa durante el celo; luego el celo es anterior a la expulsión del licor folicular y su posible absorción por el peritoneo. 2º—El licor folicular contenido en los ovarios de una coneja en celo, es incapaz de determinar, en el mismo animal o en otro castrado, dicho fenómeno. Si se castran conejas y se extrae de sus ovarios el licor folicular, es insuficiente su cantidad para volverles a determinar el celo. En cambio, la inyección de 2.5 c. c. de licor folicular de ovario de puerca, produce claramente el estado de que se trata.

Es pues, la hormona que pasa directamente a la sangre, y no la que se retiene en los folículos, la que ejerce la acción fisiológica.

Se ha obtenido la reacción vaginal de Allen, con extractos de hipófisis (Brohna y Simonet), y con extractos de testículos (Dhorn), y se ha inferido, que dichos órganos continen foliculina. Según Ramírez, tal inferencia es completamente errónea. La cornificación del epitelio vaginal no es signo definitivo y patognomónico del celo, indica únicamente, un aumento en la multiplicación de la capa germinativa del epitelio, por lo cual, aumenta el número de capas, sufriendo las más superficiales la transformación córnea. En efecto, la inyección de clorhidrato de yohimbina, que produce intensa congestión vaginal, origina la prueba de Allen, y ni el animal está en celo, puesto que no acepta al macho, ni la yohimbina es o contiene foliculina. La adrenalina es hipertensora, pero no todos los extractos hísticos hipertensores contienen adrenalina.

Dado el origen de la foliculina, quizá fuera más propio llamarla como proponía Schikelé, tecalina.

Para comprobar la acción antiemenagoga del cuerpo amarillo, refirió Ramírez un caso el que tiene el valor de una experiencia de laboratorio, de una señorita con menstruación continua por quistes de Rouville y Sappey.

El doctor Miranda, pide la palabra para hacer observar, que la importancia de los trabajos de Ramírez, ha sido reconocida ya en México así

como por algunos autores extranjeros; sin embargo, en Estados Unidos, han tenido gran resonancia los trabajos de Doissy y Bell quienes aún con el indiscutible mérito de haber aislado la foliculina, persisten en los errores que con mucho acierto señala el doctor Ramírez; en cambio, los trabajos de éste, no son muy conocidos, por lo que debemos procurar sean divulgados.

El caso de menstruación constante que relata el doctor Ramírez le es conocido, en efecto, y constituye un caso muy demostrativo, una comprobación más de los trabajos de dicho investigador, sobre la anemia clorótica. El hipoluteinismo es, gracias a él, un cuadro bien definido al cual posiblemente sólo haya que agregar unas pinceladas; como por ejemplo, la relación entre el hipoluteinismo y la mola hidatiforme, asunto sobre el que se ha propuesto escribir algo, pero no le ha sido dado completar sus observaciones.

El señor doctor Villarreal insiste, en que los hechos anotados por el señor doctor Ramírez son de gran interés, no sólo desde el punto de vista científico, sino desde el punto de vista práctico, y observa, que los resultados a que llega el doctor Ramírez, deben difundirse para conocimiento de los médicos, quienes llevarán a la sociedad el fruto de ellos, pues no otra finalidad tienen los estudios y las investigaciones de los hombres, que la de servir, en una u otra forma a la sociedad.

El señor doctor Mendizábal pregunta al señor doctor Ramírez si realmente se trataba de menstruación en el caso que refiere, de la señorita.

El señor doctor Ramírez manifiesta que próximamente presentará un estudio, actualmente ya casi terminado, acerca de la influencia de los ovarios en la producción de la hiperplasia hipertrófica del endometrio; de la enfermedad quística de Oldhausenn; de la hipertrofia de la caduca; de la mola hidatiforme; y del corio epiteloma maligno; fenómenos todos que son variaciones cuantitativas del mismo proceso endócrino; y termina diciendo al señor doctor Mendizábal que la señorita a que se refiere, sufría efectivamente una menstruación sostenida, pues no presentaba ninguno de los padecimientos hemorrágicos que pueden desarrollarse también en otros órganos, como el cáncer, los pólipos, las úlceras, etc., en el recto o en la nariz; por lo que, en una señorita, un flujo sanguíneo que no sea debido a cualesquiera de las afecciones antes mencionadas, es menstruación. Además había una disminución del índice globular, prueba de hipoluteinismo.

El señor doctor Arroyo cree que no sería justificado considerar como un mismo producto la foliculina extraída del licor foliculi contenido en el interior de los folículos de de Graaf, y de la tecalina que sería el producto de secreción de las células intersticiales del ovario, ya que la primera, o mejor dicho el licor foliculi, es de origen epitelial, puesto que proviene de la lisis de una buena parte de las células foliculares que rodean al ovocito

y que son todas de estirpe epitelial, y la segunda, en cambio, provendría de las células intersticiales que son de origen conjuntivo.

Si la foliculina existiese en las células intersticiales del ovario, y tuviese una acción productora de la menstruación ¿cómo explicar que en las niñas, en la primera época de su vida, antes de la pubertad, y en quienes las células intersticiales son mucho más abundantes que en la época sexual, no hay fenómenos catameniales?

Refiriéndose a los fenómenos de cornificación del epitelio vaginal, pregunta si pueden considerarse semejantes a los de queratinización, porque en tal caso, el proceso de ellos, no puede atribuirse a una mayor actividad reproductora de las células de la hilera basal, sino dependería de otro mecanismo.

El señor doctor Ramírez va al pizarrón y explica detalladamente, al mismo tiempo que diseña, el proceso histogénético y embrionario que caracteriza a la formación del ovocito, haciendo aparecer la teca interna, dentro del folículo, y concluyendo, que tanto la granulosa como la teca interna son de estirpe claramente epitelial.

DR. ARROYO Previo permiso de los señores Académicos hace en el pizarrón un esquema de la estructura normal de un folículo de de Graaf en vías de desarrollo, conforme a los conocimientos de la histología fisiológica, el cual esquema difiere fundamentalmente del que hizo el Dr. Ramírez, en que la teca interna constituida por tejido conjuntivo y células intersticiales, no está situada dentro del folículo, sino fuera de él y separada del mismo por la membrana de Slavsjanski, llamándosele teca interna no porque esté dentro del folículo (lo que no ocurre), sino para diferenciarla de otra teca, la externa formada solo por tejido conjuntivo, y que rodea la primera. Dicho esquema tiene por objeto aclarar sus ideas respecto a la diversidad de ambas sustancias ya mencionadas, la foliculina de origen intra-folicular y la tecalina, extra-folicular.

Recuerda el mecanismo de ruptura del folículo cuando ha llegado a la madurez, y cómo se constituye el cuerpo amarillo del ovario después de la ruptura folicular, haciendo hincapié en que es en este momento cuando hacen irrupción en el folículo vacío, las células intersticiales de la teca interna, el tejido conjuntivo que las rodea y la sangre derramada, principiando entonces la organización del cuerpo amarillo y las funciones a él encomendadas, que difieren si hay o no embarazo concomitante.

Y por último, refiriéndose a la queratinización de los epitelios recuerda que es debida principalmente a la desecación de éstos en contacto del aire, previa transformación de los albuminoides celulares primero en eleidina y más tarde en queratina. Este procedimiento difiere considerablemente del que el doctor Ramírez expone con el nombre de cornificación a

propósito del epitelio vaginal, manifestando que en su concepto dicha queratinización no ocurre normalmente en la vagina, por hallarse ésta constantemente humedecida por un líquido de secreción rico de mucosina.

El doctor Ramírez dice que hace 15 años se discutía el origen de la granulosa y de la teca interna, aceptándose en los libros elementales de histología la opinión de Waldeyer de que la granulosa era de origen epitelial y la interna conjuntiva. La opinión de Van der Strich, comprobada por Ramírez con el estudio de varios cientos de preparaciones histológicas y embriológicas, de que la granulosa y la teca interna son de origen epitelial, ha sido corroborada por un enorme número de investigadores modernos, de modo que puede repetir la opinión de Lipschütz: «Si la sugestión de Ramírez y Ochoterena, de Goomartich y de Lane Clyton, se confirma, todas esas discusiones pierden su importancia». En efecto la uniformidad de los trabajos posteriores hacen inoportuna la discusión del origen de los elementos del folículo.

Si algún o algunos libros de histología, señalan que los epitelios mucosos estratificados no se cornifican, la observación de la prueba de Allen, comprobada por todos los investigadores que han estudiado los fenómenos del celo, demuestran que tal afirmación es errónea. Por lo tanto lo que debe modificarse son las afirmaciones y las leyes hechas por los hombres ante la evidencia de los hechos naturales.

El señor doctor Mendizábal dice que habiendo el señor doctor Ramírez contestado los comentarios de los señores doctores Miranda y Villarreal, antes de referirse a su pregunta quedó imposibilitado de hacer algunas consideraciones a propósito de la comunicación presentada por el señor doctor Ramírez, y por este motivo, volviendo a la respuesta de su pregunta, hace observar que, tratándose efectivamente del molimen menstrual, en el interesante caso que relata el señor doctor Ramírez, ve en ello una razón más en apoyo de la opinión de dicho Académico. Efectivamente; recordando el experimento de la producción del celo en una coneja inyectándole licor foliculi, hace hincapié en que el flujo sanguíneo se provoca únicamente por unos cuatro días, pasados los cuales, aunque se continúe inyectando la foliculina, se detiene el catamenio en la coneja. En cambio, en la enfermita ya mencionada, éste fué constante por mucho tiempo, hasta que intervino la acción frenadora de la córpora lútea. Semejantes fenómenos hacen ver con cierta claridad; que la parte de secreción de la glándula intersticial del ovario que se absorbe directamente, in situ, es necesaria para sostener el catamenio; que la foliculina del licor foliculi, si es capaz de provocar el aflujo menstrual, no lo es para mantenerlo; y que la córpora lútea tiene una acción opuesta a la foliculina.

Habiendo transcurrido el tiempo reglamentario de las sesiones ordina-

rias, el señor Presidente preguntó a la asamblea si se consideraba suficientemente discutido el tema y, habiendo contestado afirmativamente ésta, se levantó la sesión a las 21 horas 50 minutos a la que concurrieron los señores: Arroyo, Bulman, Bandéra, Baz, Bermúdez, Castro Villagrana, Chávez, Escontría, Jiménez, López, Miranda, Monjarás, Mendizábal, Ramírez E., Rivero Borrell, Torres Torija, Troconis, Torroella y Villarreal.

SESION DEL 14 DE NOVIEMBRE DE 1928.—PRESIDENCIA
DEL SR. DR. JOSE TORRES TORIJA.

QUE VALOR DEBEMOS CONCEDER A LOS METODOS SUEROLOGICOS
EN EL DIAGNOSTICO DE LA SIFILIS ADQUIRIDA.

Se abre la sesión a las 19.35, con la lectura del acta. El doctor Arroyo pide se haga constar que él dibujó unos esquemas después de que el doctor Ramírez para ilustrar su exposición había hecho lo propio. Con la aclaración indicada se aprobó el acta.

El doctor Arroyo da lectura a su trabajo reglamentario, intitulado: ¿Qué valor debemos conceder a los métodos suerológicos en el diagnóstico de la sífilis adquirida?

El doctor Ayuso pide la autorización para leer a guisa de comentario, un artículo que ha traducido de un periódico americano, referente a las reacciones de Kahn y de Kolmer y que se refiere a puntos tocados por el doctor Arroyo.

Consultada la opinión de la Academia y siendo favorable a la petición del doctor Ayuso da lectura al artículo mencionado.

El doctor Loaeza. Refiere el caso de un enfermo tratado por él a quien encontró en París en su reciente viaje y a quien se le hizo una reacción de Wassermann en uno de los principales laboratorios de aquella capital, con resultado negativo. Por diversas circunstancias mandó hacerse análoga reacción en otro laboratorio con resultado contrario. Esta discrepancia obligó a continuar el tratamiento y es motivo para que el doctor Loaeza recalque el interés del trabajo del doctor Arroyo, para que se suministren al clínico los mayores datos posibles obtenidos de diversas reacciones.

El doctor Arroyo agradece vivamente a las personas que se han ocupado de su trabajo sus comentarios y principalmente al doctor Ayuso que lo completó en la parte de estadística.

El doctor Villarreal informa de la enferma que presentó el doctor Reyes y a la que examinó en compañía del doctor Eliseo Ramírez. Refiere detalladamente la exploración y los datos que le proporcionó y concluye que en su concepto no hubo lesión vesical sino tan sólo una fístula uretro vaginal.

Con el objeto de cumplir la comisión con que fuimos honrados por el Sr. Presidente de la Academia, el Sr. doctor E. Ramírez y el que habla, nos reunimos en mi Sanatorio el domingo próximo pasado a las 11 horas y 30 minutos con el doctor Reyes, para examinar a la enferma que operó este doctor.

La paciente, una joven de 17 años, vivaracha y nada tímida, se presentó con la mejor voluntad a que la examináramos. Colocada en la mesa de exámenes, en la posición de la talia, nos dimos desde luego cuenta de la deformidad de los órganos y de la región ano-perineal; la parte superior de los pequeños y grandes labios, el clitoris y la parte del vestibulo entre este órgano y el meato, normales, y como un centímetro debajo del meato se veía una hendidura transversa de cuatro centímetros, ligeramente entreabierta, yendo de la línea media hacia la izquierda hasta el isquión, la hendidura de forma irregularmente circular y revestida de mucosa en el medio y cubierta de piel hacia la izquierda y en esta parte de forma oval y más abierta. Este orificio representaba al parecer: la uretra, la vulva y el ano; pues el meato conducía a un trayecto ciego de no más de medio centímetro y faltaba el perineo. La parte inferior de los pequeños y grandes labios terminaban en el borde superior de la hendidura referida. Con el dedo índice izquierdo revestido con un dedo de hule y ungido en aceite estéril, investigué la hendidura que dió paso sin esfuerzo al dedo que dirigí: 1º hacia arriba en la dirección de la vejiga, entrando en un trayecto, un fondo de saco de más de cuatro centímetros que se ajustaba al dedo; retiré un poco el dedo y salvando el pliegue delgado que limitaba hacia atrás este fondo de saco, caí en una cavidad amplia, de paredes resistentes, con pliegues transversales en cuyo fondo abovedado y más amplio aun, resaltaba una eminencia que por sus caracteres reconocí como el cuello uterino y la cavidad descrita, la vagina. Aproveché el momento para hacer una exploración bimanual y encontré la matriz y anexos en retroposición, adherentes, sobre todo la matriz muy fija. Saqué el dedo y salvando un tabique muy delgado, introduje el dedo en el recto; la exploración bimanual confirmó los datos ministrados por la exploración bimanual practicada antes cuando el índice estaba introducido en la vagina. Al sacar el dedo del recto, la mucosa intestinal se prelapsó en la mitad derecha e inferior de la abertura que llamaré perineal y que como he dicho conduce al intestino, a la vagina e indudablemente a la vejiga pues es la única

abertura y la enferma orina. Hice el aseo de la región con permanganato de potasio y traté de introducir una sonda metálica de mujer en la vejiga, pasando por el orificio fistuloso de la uretra que me parecía debía desembocar en el trayecto ciego donde ya dije apenas cabía el dedo, no pudiendo pasar la sonda, que había tenido cuidado de engrasar bien, intenté pasar una sonda de Hegar N^o 4, no encontré orificio por donde pasara y sucedió lo mismo con una sonda N^o 3, supliqué al doctor Reyes que se sirviera pasar la sonda supuesto que tenía la costumbre de hacerlo, se aseo las manos e intentó pasar la sonda por el trayecto fistuloso y tampoco tuvo éxito. Era por demás insistir, supuesto que sólo se trataba de exploración de comprobación y no de un tratamiento, por otra parte, el examen se prolongaría demasiado y la enferma se fastidiaría y no podríamos continuar el examen. Introduje en la vagina un espejo vaginal para vírgenes sin dificultad ni protesta alguna por parte de la paciente y pudimos comprobar lo amplio de la cavidad y lo sano de las paredes con su coloración natural, ninguna cicatriz: ni en el fondo vaginal anterior que se dejaba rechazar con facilidad empujando el espejo, ni en el fondo posterior. El cuello uterino aparecía en la parte baja y profunda de la vagina, el hocico de tenca, entreabierto y cubierto de fungosidades pequeñas, sangraba al tocarlo con un tapón de algodón. Cogí el cuello con un gancho de Kelly e hice tracciones sin conseguir moverlo y despertando sensibilidad y molestia en la enferma. Safé el gancho y saqué el espejo entreabierto para ver las paredes anterior y posterior de la vagina en toda su extensión y al salir por la vulva, de visu, comprobé lo delgado del tabique que separa la vagina del recto.

En resumen: en la superficie cutánea de la región uro-genito-anal, un sólo orificio exterior de forma irregular y de dirección transversa, cutáneo, mucoso y cicatricial; en este orificio desembocan: un trayecto fistuloso uretro-vaginal, la vagina y el recto, la vejiga es continente por que hay esfínter vesical y el trayecto fistuloso es estrecho. El acceso a la vagina es fácil, admite el dedo sin molestia, pero con poco que no se tenga atención se cae en el recto, que es continente sólo por la retracción cicatricial. Estas comprobaciones distan de lo asentado por el doctor Reyes en su trabajo, lo que hizo que a iniciativa mía entráramos el doctor Ramírez, el doctor Reyes y yo, en una discusión que fué larga de las 12 a las 14 horas, y nos pusimos de acuerdo después de largo debate que el laborioso trabajo del doctor Reyes, había dado por resultado: el haber ampliado el trayecto que conducía a la vagina, que este órgano siempre había existido y que la fistula uretro vaginal persistía, así como le faltaba el perineo, que para que la enferma cure, se necesita reparar la uretra pues con el tiempo la vejiga se distendería y es necesario hacer también la reparación del perineo, ya con piel, ya con músculo para llevar el ano hacia atrás, pues si la enferma

se casa, está expuesta a la práctica indebida y viciosa de las relaciones sexuales sin percatarse de ello; pero por los esquemas que ha dibujado el doctor Reyes en el pizarrón y los que me acaba de entregar dibujados a lapiz, me hacen sospechar que ha modificado su opinión y que insiste en la complicada concepción de que nos habló en su trabajo. El doctor Reyes conoce las razones que le dí y que pusieron de mi parte al doctor Ramírez y al parecer él mismo fuera de mi opinión. 1º—Una vagina con su epitelio y dermis no se forma en un trayecto abierto en el tejido conjuntivo sólo por que se ejercen tracciones sobre el cuello y el trayecto no se deja cicatrizar. 2º—La reparación de la fístula vesico-vaginal de la importancia que supone el doctor Reyes según los esquemas que posteriormente se sirvió añadir a su trabajo: (a) no se repara con la facilidad que él describe, (b) deja una cicatriz notable, (c) y ya dije que no hay cicatrices en la vagina que es amplia, (d) que el cuello está fijado por una parametritis y celulitis pélvicas, indudablemente contemporáneas del traumatismo y la infiltración urinarias, que de la edad de 6 o 7 años sufrió la enferma y (e) por último que accediendo a los deseos del doctor Reyes que indicó lo hiciera, recurrió al doctor Rivero Borrell quien practicó la ¿cistoscopia? antes de la operación y me dijo que a él le pareció que lo que había visto era la pared vaginal y no la vejiga por los caracteres propios; que no vió los ureteres y que sí algo que le pareció el cuello uterino. Y en lo que se refiere al trayecto fistuloso uretro-vaginal, aún persiste y no fué dable ni a mí ni al doctor Reyes, encontrarlo en la posición en que lo colocamos a la enferma.

El doctor Reyes concede la existencia de la vagina pero de paredes pegadas y que logró reparar, el asunto se embrolla siendo mucho más difícil separar la unión del dermis mucoso que el tejido conjuntivo. Cuando el doctor seccionó la pared vaginal posterior y salió orina, era que la vagina la contenía, el esquema que me atribuye con ligeras variantes, representa mi idea. El traumatismo que sufrió la niña contra el tope delantero del tranvía lanzada por el coche donde iba, la rompió el perineo, la vulva y la vagina en su extremidad inferior y trozó la uretra. La mortificación de los tejidos y la infiltración urinaria, trajeron un estado de cosas que nos vemos precisados a interpretar y que el doctor Reyes y el doctor Rivero Borrell, vieron nueve o diez años después de pasados los hechos y por lo que ellos dicen y por lo que actualmente se vé, tratamos de reconstruir los sucesos. El doctor Reyes intervino por que la paciente se quejaba de que su período salía con la orina y ahora salen por allí la orina y el menstruo, nada más que el menstruo sale también cuando no sale la orina por que el trayecto es más amplio.

El doctor Rivero Borrell, nos dice que veía la vagina desde la vejiga por la enorme brecha que las comunicaba, pero no vió los orificios uretera-

les ni nos dice nada de la pared vesical y sí habla de la pared vaginal y del cuello uterino y para ver todo esto, pasó el citoscopio por un trayecto fistuloso uretro-vestibular por el que no pudimos pasar un histerómetro el doctor Reyes y yo. Todo se aclara si admitimos que el citoscopio pasó por el trayecto estrecho cicatricial en donde desembocaban la fístula uretral y la vagina dilatada y que contenía orina. El esfuerzo del doctor Reyes estuvo en haber ampliado la entrada de la vagina.

El doctor Villarreal expone sus puntos de vista que difieren poco de los expuestos por el doctor Reyes.

El doctor Torres Torija anuncia que con motivo de los exámenes anuales de la facultad se va a ver obligado a faltar dos sesiones y consulta a la Academia si por la ausencia del Sr. Presidente, cree que pueda aplicarse lo dispuesto en el artículo 18 del Reglamento. La Academia aprueba que si se puede aplicar la mencionada prescripción reglamentaria, con lo que terminó la sesión a las 21 horas y 40 minutos. Concurrieron los señores Académicos: Alonso, Arroyo, Ayuso, Bandera, Bulman, Bermúdez, Castro Villagrana, Castañeda, Canale, Escontría, Loeza, Landa, Madrazo, Pardo, Reyes, Rivero Borrell, Ramírez E., Troconis, Torija y Villarreal.

SESION DEL 21 DE NOVIEMBRE DE 1928.—PRESIDENCIA DEL DR. EVERARDO LANDA.

UN CASO DE CANCER DEL PULMON.

Se abre la sesión a las 19.30 con la lectura del acta de la sesión anterior, que fué aprobada, así como de la correspondencia. Entre ésta, una carta del Sr. doctor José Tomás Rojas, quien manifiesta no poder cumplir su obligación reglamentaria por impedírselo los exámenes de fin de año, que lo requieren a la misma hora en la sesión. Promete cumplir al acabar las pruebas escolares antes mencionadas.

El Sr. doctor Villarreal pide la palabra para presentar atenta excusa, que por su conducto envía el Sr. doctor Silva quien no puede concurrir a la sesión.

El Sr. doctor Nieto, da lectura a su trabajo reglamentario intitulado: «Un caso de Cáncer del Pulmón».

El doctor Villarreal pide la palabra, para referir un caso semejante al que describe tan minuciosamente el Sr. doctor Nieto. Se trata de un enfermo de 33 años de edad, que tuvo un neoplasma maligno en la pierna, la que fué amputada abajo de la rodilla. Posteriormente, se reamputó en

el muslo, pero el enfermo sufrió metastasis en ambos pulmones. Para entonces, tenía hemoptisis con frecuencia. En este estado fué visto por el Sr. doctor Villarreal.

Se le tomó una neumografía. En ella se apreciaron muchas sombras, principalmente en el hilo de ambos pulmones.

Con la espectoración arrojaba tejido pulmonar.

La roentgenoterapia con onda corta produjo un alivio de ambos pulmones. También al muñón se le aplicaron los rayos X, mejorando su aspecto notablemente en unas ocho semanas.

Cuatro meses después volvió a empeorar. El estudio radiológico de los pulmones mostró las alteraciones del parénquima en grandes zonas.

La vida del enfermo se fué agotando, y cuatro meses después, murió.

El Sr. doctor Torroella dice que la observación del Sr. doctor Nieto es importante, y pide que se vulgarice, pues los neoplasmas del pulmón no son raros.

Refiere el caso de un enfermo a quien se le hizo diagnóstico de pleuresía enquistada, pero él pensaba que era un neoplasma del pulmón.

Dicho paciente tenía fiebre; sus espectoraciones parecían jalea de chavacano; el miembro torácico derecho edematoso en toda su extensión. Por la percusión se le encontraba macidez en el vértice del pulmón derecho, hasta cuatro dedos abajo de la axila.

Al practicar una pleurotomía se obtuvo únicamente serosidad. El enfermo murió poco tiempo después.

El Sr. Secretario por indicación del Sr. Presidente, dá lectura a un trabajo del Sr. doctor Pardo, correspondiente en Oaxaca. El escrito lo intitula: «Un grito de alarma», y en él se refiere con bastante detalle a los focos de unicinariasis que existen en su Estado natal.

La sesión concluyó a las 20 40. Asistieron los señores: Arroyo, Ayuso, Baz, Bandera, Bulman, Cícero, Escontría, Landa, Mendizábal, Monjarás, Nieto, Ramírez, Torroella, Troconis y Villarreal.