

ACTAS DE LAS SESIONES

SESION CELEBRADA EL 10 DE ABRIL DE 1929.

PRESIDENCIA DEL DR. R SILVA.—TRATAMIENTO DEL CORIZA
COMUNICACION DEL DR. SILVA

Bajo la Presidencia del Dr. Silva principió la sesión a las 19 hs. 55 minutos, con la lectura del acta anterior que fue aprobada por unanimidad.

El Secretario, comenzó la lectura de la correspondencia, con una carta de la Biblioteca Nacional de México, en la que solicitan atentamente se les regale los números de la Gaceta Médica de México, correspondientes a los meses de Enero 1o. y Septiembre de 1921, pues en ellos se encuentra publicado, el trabajo del Dr. Nicolás León, titulado «La Medicina en México», a fin de poder completar un informe que ha pedido a dicha Biblioteca una Asociación Americana. El Presidente acuerda que se les envíe lo que piden.—La Sociedad de Ingenieros y de Arquitectos de México invita a la Academia, para concurrir a una conferencia que tendrá lugar el miércoles 10 de los corrientes; y que llevará por título: «La Ciudad de Florencia y sus obras de Arte». El Presidente acuerda que se les conteste dando las gracias. El Sr. Coronel Edgar Erskine Hume, da las gracias más expresivas por el honor que se le hizo, al elegirlo miembro correspondiente y afirma que esta designación formará siempre un lazo de afecto que lo unirá más a nuestro país

Están de turno para la lectura de sus trabajos reglamentarios, los Dres. Francisco Reyes y Mariano R. Castex, pero el Dr. Reyes no se encuentra presente, ni escribió excusa alguna, el Dr. Castex no envió trabajo. El Presidente pregunta si alguna persona desea hacer alguna comunicación.

Pide la palabra el Dr. Brios Vasconcelos y comienza diciendo:—Es muy bien sabido para todos los Sres. académicos, que el coriza es una en-

fermedad poco conocida, y de tratamiento muy problemático, pues hasta se ha llegado a decir que los médicos no han hecho con el catarro, más que llamarlo coriza; y sin embargo hay algún tratamiento eficaz. No hace mucho tiempo que en una revista me encontré una notita sobre la profilaxis del catarro recomendando que cuando se sintieran los primeros síntomas cosquilleo en la nariz, los estornudos preliminares, etc., se recurriera a un preparado de plata, electroargol, y que en la mayoría de los casos este tratamiento abortivo daría resultado.—Es poco común que un médico, sigue diciendo el Dr. Vasconcelos, llegue a encontrarse con un caso de estos, en el consultorio, pero si es corriente que tropiezen con ellos en la vida social, El tratamiento a que me refiero, lo he puesto a prueba en ocho o diez casos, entre otros, uno personal, con un éxito completo. Sólo que como no es fácil conseguirse el electroargol, yo he recurrido a una solución de *argirol*, para los adultos, al 10%, y para los niños al 5%. Colocando una gota en cada ojo, por día, generalmente al segundo día se nota un alivio completamente marcado. Por lo demás, este tratamiento como se comprende, es completamente bien tolerado, pues el *argirol* los oculistas lo usan mucho en el ojo enfermo, y naturalmente en ojo sano, no puede producir ningún trastorno, no solamente en los adultos, sino hasta en los niños.—Pensando en la nota que leí, y en los casos que he tratado, me extraña que este procedimiento tan racional, no se haya puesto en práctica, pues que la vía de infección de la nariz es la vía *conjuntiva*, y como hay estrechas relaciones entre el ojo y la nariz, constituye la vía indicada para aplicar los medicamentos que se quiera que obren en la pituitaria.—Recordarán Uds.— sigue explicando el mismo Dr. Vasconcelos— que en algunas poblaciones de la Unión Americana, durante la influenza española, allá por los años de 1918, llegaron a usarse hasta máscaras protectoras, que fracasaron, y se dijo que fue porque no protegían la conjuntiva, una de las vías de penetración de los gérmenes y ésto, aunque no está probado, es lógico y racional.—Es muy posible, que mi observación carezca de valor, pero puede suceder que sirva de punto de partida, para un acopio de consideraciones mucho mayor y quizá se pueda llegar a una conclusión científica. Es sabido también, que el coriza, especialmente en nuestro medio, no solamente se presenta en invierno por la baja de temperatura, sino también en verano por exceso de polvo que hay en la atmósfera, de suerte, que estamos a buen tiempo para poner a prueba este recurso para curar una de las dolencias más comunes y más molestas.

El Dr. Pous Cházaro, pregunta, si solamente debe hacerse la aplicación en la conjuntiva, o si también en las fosas nasales, y dice que existe ya en el comercio la preparación especial, con su *pipeta* para la fosa nasal.

pero sostiene que él nunca ha visto dar resultado; en cuanto al usarlo por la conjuntiva no tiene experiencia.

El Dr. Arroyo, dice: que le llama la atención lo que acaba de comunicar el Dr. Vasconcelos, pues no ha mucho tuvo ocasión de ver un enfermo que afirmaba que tan pronto como le pusieron argirol en el ojo, le pegó un catarro terrible, que le dura hasta la fecha; afirma conocer el hecho, y creyó oportuna la ocasión, para preguntar a los médicos, y especialmente a los oculistas, si es posible que una aplicación de *argirol*, pueda producir algún trastorno nasal, o si juzgan que se trata simplemente de una coincidencia,

Toma la palabra el Dr. Alonso y dice: que él nunca ha visto en ninguna parte lo que dice el Dr. Vasconcelos, pero que hay padecimientos conjuntivales en que si no se ataca la lesión, en las fosas nasales, son casi incurables.—Sigue diciendo que indudablemente el medicamento pasa en una cantidad muy insignificante a la nariz, y sería mejor su aplicación directa para estudiar la influencia que tenga, y él aconsejaría, también al Dr. Vasconcelos, que ensayara con una cantidad más concentrada, pues se trata de un medicamento enteramente inocente, que se puede aplicar al 10, al 20, al 30 y hasta al 40%, pero insiste en que lo mejor sería la aplicación directa sobre la mucosa nasal para ver su efecto y saber si realmente obra sobre el catarro. Y claro que aquí es solamente preventivo, sigue diciendo el Dr. Alonso, y ya sabemos que no sólo el polvo etc., sino también los enfriamientos en ciertas partes del cuerpo: en los pies, en la cabeza producen muy frecuentemente coriza y así se explica que en Alemania y en Suiza, anden muchas personas con el sombrero quitado, con el único fin de evitarse los catarros,

Hace uso de la palabra el Presidente, diciendo: que ha tenido oportunidad de ver, en su calidad de especialista en ojos, nariz y garganta, muchos casos, y que francamente él encuentra exagerada la influencia benéfica de las *sales de plata*, y que todos los oculistas están de acuerdo, en que las afecciones de la nariz, son las que tienen influencia sobre la conjuntiva, pues la infección se hace de la nariz al ojo. Sigue explicando que hay frecuentemente afecciones, como las causadas por neumococos, que comenzando por una conjuntivitis, terminan en catarro y hasta en bronquitis; pero en general él encuentra que el catarro, es una infección que ataca no solamente la pituitaria sino también a las mucosas contiguas, de modo que una solución de plata, aplicada en la conjuntiva, no basta para detener o curar el mal.

Se concede la palabra al Dr. Castañeda, y comienza diciendo, que se refiere a la comunicación del Dr. Amor, quien afirmó que había visto un enfermo con trasposición de ciego y con un cuadro completo de apendicitis aguda, y que se abstuvo de operarlo esperando que se enfriara, y que al

hacer la operación, se encontraron el *ciego* y el apéndice en fosa izquierda, y allí practicó la operación, admirándose, de que estando el apéndice del lado izquierdo, el cuadro fuera derecho.—Continúa diciendo el Dr. Castañeda, que para llenar el tiempo, y por estar presente el profesor de Fisiología de la Facultad, quiere decir, que en clínica, se ve que hay apendicitis con cuadros extraños. A veces la apendicitis, tiene su cuadro, en la forma clásica, o habitual, pero otras veces hay fenómenos *bajos*, en otras el cuadro es por el flanco derecho, y parece que es un cólico y hay dolor, defensa muscular, etc. En otras ocasiones el apéndice se coloca en la región de la fosa iliaca y hay cuadro en la fosa. Puede estar el apéndice hasta el estómago, pues eso depende de su longitud, y él afirma, haberlo visto de grandes dimensiones agregando, que precisamente se llaman «tipo chicote», y sigue explicando, que en todos esos casos aún cuando el apéndice no está en su sitio, se advierten los síntomas clásicos. Parece que la explicación de esto, es la *inervación* del ciego y del apéndice, es la inervación del apéndice y la inervación apendicular va por allí y llega a su centro y el centro del sistema nervioso está cerca del centro, y cuando se prolonga todavía más allá, entonces el centro da la defensa muscular, y se comprende que siendo el centro fijo, el dolor sea constantemente enviado. Esto parece ser cierto — sigue explicando el Dr. Castañeda, porque cuando no solamente la región apendicular está enferma sino también el peritoneo en general, entonces intervienen más centros y la influencia refleja abarca mayor radio y centros, y el vientre es duro, macizo y rígido cuando el proceso se extiende a un centro peritoneal más amplio.

El Presidente, se dirige al Dr. Castañeda, diciéndole que todavía está pendiente la discusión del trabajo del Dr. Amor, y parece que el Dr. Valdés trae algunos datos muy importantes sobre el asunto, y juzga que se puede citar para discutir el trabajo, en próxima sesión.

Habla en seguida el Dr. Alonso, y explica que muy frecuentemente en los enfermos, cualquiera substancia, hasta el agua destilada, si se les aplica por el canal, inmediatamente se declara el catarro, por el escurrimiento que hay, y otros ligeros síntomas, aunque propiamente esto no debía llamarse catarro. A propósito del tratamiento que cita el Dr. Vasconcelos, dice el Dr. Alonso, las inyecciones de vacunas *polivalentes*, son las que dan mejor resultado y que las ha ensayado con éxito, en muchos casos.

El Presidente vuelve hablar diciendo que todos los tratamientos pueden discutirse pero que no hay absolutamente ninguno que sea capaz de detener el coriza ya empezado.

El Dr. Vasconcelos dice que ve que los Sres médicos, los oculistas sobretodo, han recibido con escepticismo la comunicación que les hizo, y agre-

ga que él de ninguna manera se empeña en se acepte, porque no se trata de ningún descubrimiento, pero que su impresión del remedio ha sido tan favorable, principalmente en su experiencia personal, que invita a todos los presentes a que lo ensayen por ser el catarro una enfermedad muy molesta y porque el remedio es absolutamente inofensivo, insiste en que cualquiera que sea la especialidad de los académicos, si tienen oportunidad en ver personas acatarradas, pongan a prueba el procedimiento para ver si efectivamente sirve.

Vuelve a tomar la palabra el Dr. Castañeda diciendo que nada más dijo su opinión acerca del fenómeno doloroso a que se refiere el Dr. Amor en su trabajo, porque creyó que lo mismo se podía tratar el asunto estando o no presente el Dr. Amor, y además porque deseaba oír el parecer del Profesor Ocaranza, por ser interesante para él y porque el profesor de fisiología podría orientarnos y darnos alguna luz.

El Presidente, dice, que en apoyo de lo que indica el Dr. Castañeda, se ha aplazado a tener una discusión de conjunto en la próxima vez, ya con mayor acopio de datos.—Después se sigue refiriendo a una operación de cataratas y dice: ya se sabe que se pueden presentar en estos casos complicaciones del sistema nervioso, que pueden interrumpir el tratamiento, y a esta persona, a quien me refiero, que es para mí muy estimada, le operaron un ojo, en la primera noche de la operación tuvo comezones y quiso rascarse, pero como se lo impidieran, se arrancó la curación y perdió el ojo. Pasó entonces a mis cuidados. Es inútil decir a Uds. que durante los 6 meses del tratamiento en el otro ojo tuvo crisis verdaderamente ruidosas; todos me aconsejaron no operarlo, pero como el se empeñara concluí en que de no hacerlo quedaría ciego, y de lo contrario cuando menos se hacía la lucha. Realicé la operación hace tres semanas y con excepción de un pequeño ataque, en que se golpeó la cabeza, y lanzó gritos creyendo que ya no vería nada porque había perdido el otro ojo, no tuvo ningún trastorno, y en las curaciones subsecuentes estaba absolutamente tranquilo habiendo logrado una agudeza visual igual a uno. Pero tratándose de una persona intelectual es de llamar la atención la influencia que ha tenido su padecimiento sobre la parte moral. Por lo demás, el éxito obtenido, ha sido completo, y creo que dentro de poco le pondré sus anteojos definitivos, y solo insisto en que el tratamiento fue no solamente benéfico para la parte visual, sino también para la parte moral

Hace uso de la palabra el Dr. Brios Vasconcelos, diciendo que la comunicación que acaba de hacer el Sr. Presidente le sugiere que el caso no es tan raro, porque él conoce otro enteramente igual, no obstante que tiene tanta oportunidad de tropezarse con esta clase de enfermos, como un ingeniero o un abogado; sigue explicando que se trataba de un farmacéu-

tico que en la noche misma de la operación, tuvo una crisis nerviosa, en todo semejante a la descrita por el Dr. Silva y, la humanidad será muy resistente, sigue diciendo el Dr. Vasconcelos, pero el hecho es que este señor farmacéutico a quien operaron hace más de 10 años, ve perfectamente en la actualidad, usa sus anteojos y vive bastante bien, a pesar de que ya tiene cerca de 80 años; y lo que si sugiere este caso, es la conveniencia de hacer un tratamiento *profiláctico* en estos enfermos, para prever esos movimientos desordenados.

Toma la palabra el Dr. Alonso, y dice, que el caso que relata el Dr. Silva, no es muy raro, y que se citan casos en las obras, y se ven en la práctica, casi enteramente semejantes al descrito. Continúa diciendo que él recuerda un enfermo alcohólico operado en un hospital, y que no obstante los cuidados que se tuvieron con él, se arrancó la venda y resbaló en un desván golpeándose bastante, y aquel hombre, que había salido de su operación perfectamente, quedó con una agudeza visual muy inferior. El Dr. González de León ha reunido un *volumen* de casos como éstos; pero lo cierto es, que se observan con frecuencia, y perfectamente en los alcohólicos, y en los nerviosos. El procedimiento que yo tengo —agregó el Dr. Alonso—, que es la sutura conjuntival, que voy a presentar a Uds. próximamente, es una salvación para muchos de estos enfermos. Concluye felicitando al Presidente, por el éxito obtenido, a pesar de los obstáculos con que hubo de tropezar.

Vuelve a hacer uso de la palabra el Dr. Silva, y dice que él presento la comunicación, no por los delirios que vienen después de la catarata, y que son muy frecuetes, y recuerda el caso de un enfermo operado en el Hospital de la Luz, que se fue al día siguiente de operado y no regresó más y cuando él volvió a encontrárselo estaba absolutamente bien sino, que lo interesante de su información, es que el enfermo ya había perdido un ojo, y con el antecedente de no quedar más que con uno, era para vacilar entre practicar o no la operación, y el caso resultaba todavía más delicado considerando la experiencia de lo que ya había hecho, y que era muy capaz de repetir, y lo más notable fue que se hubiera calmado después de que comenzó a ver.

En seguida el Secretario leyó los turnos de lectura y se levantó la sesión siendo las 21 hs. 5 minutos.—Asistieron los señores: Arroyo, Alonso, Bandera, Brioso Vasconcelos, Castro Villagrana, Castañeda, Iturbide Alvirez, Fernández, Madrazo, Monjarás, Ocaranza, Pous Cházaro, Rivero Borell.

El Secretario Anual,

PABLO MENDIZABAL

SESION CELEBRADA EL 17 DE ABRIL DE 1929.

PRESIDENCIA DEL DR. R. SILVA.—UN CASO DE TRASPOSICION VISCERAL

Bajo la presidencia del Dr. Silva, principió la sesión a las 19 hs 50 minutos con la lectura del acta anterior que, puesta a discusión, resultó aprobada con las modificaciones propuestas por los doctores Amor y Silva.

El Secretario da lectura a la correspondencia recibida, principiando por una comunicación de la Academia de Medicina de Sao Paulo, en la que informan la designación de la nueva mesa directiva que fungirá durante el presente año.—El Pres. pide al Secretario perpetuo que conteste deseando felicidades en su gestión a los nuevos funcionarios.—El Dr. Carrillo, escribe, diciendo: que debido a sus muchas ocupaciones no le ha sido posible concluir su trabajo por lo que solicita un plazo de dos meses para presentarlo. Se le concede.

En seguida el Dr. Mendizábal da lectura a su trabajo de turno intitulado; El tejido linfoide de la garganta en los niños. Las infecciones no específicas y el crecimiento. Sometido a la Asamblea, no es discutido.

A continuación habla el Dr. Amor expresando que en su trabajo, que van a escuchar, se permite hacer algunos comentarios acerca de una serie de operaciones que ha visto durante sus años de vida profesional. Su trabajo se denomina comentarios sobre los diversos procedimientos de fijación de la matriz.

Concluida la lectura de este trabajo, el Presidente dice que siendo ya muy avanzada la hora, no será discutido sino hasta la próxima sesión.

Después se concede la palabra al Dr. Valdés quien comienza diciendo:—Voy a referirme a la comunicación que en sesiones pasadas nos hizo el Dr. Amor, de un caso de trasposición del ciego a la izquierda con apendicitis aguda, permitiéndome hacer una pequeña exposición del caso para lo que suplico al Dr. Amor, me recuerde cualquier detalle que yo no tenga presente.—Una enferma que presentaba síntomas de apendicitis aguda con su dolor y su defensa muscular en el lado derecho, y todos los síntomas de rigor, una vez que llegó la oportunidad de operarla, que no fue inmediatamente, procedió el Dr. Amor a seguir el tratamiento de la apendicitis aguda, haciendo la operación clásica, encontrando el ciego con su apéndice inflamado del lado izquierdo del vientre habiendo salido bien la enferma por lo que toca al peritoneo, pero desgraciadamente, sucumbió de neumonía unos días después. En las exploraciones practicadas por el Dr. Amor pudo comprobarse la situación del ciego a la izquierda ; el hígado a la derecha, y no recuerda qué otro detalle.—Entre las muchas cosas interesantes que esta observación presenta, había para el Dr. Amor la de los síntomas loca-

lizados en el lado derecho, cuando el apéndice estaba en el izquierdo, encontrando dolor y defensa muscular en el sitio clásico siendo que la lesión estaba del lado contrario, y era tan marcada que lo obligó a operar en ese lugar, finalmente el Dr. Amor concluyó diciendo que él cree que esta aparente anomalía dolorosa era debida a una influencia refleja, pero que cada quien le buscara la explicación más adecuada. Las apendicitis en el lado izquierdo no son de tal manera excepcionales que pudiera no contarse con ellas, sigue explicando el Dr. Valdés, y por el año de 1906 había reunido 194 operaciones de esta especie, registradas en esa época, y seguramente desde entonces, ha aumentado mucho el promedio, porque ahora hay medios de exploración mucho mejores que permiten descubrir mayor número de casos. La explicación de porqué se encontraba el ciego a la izquierda, se facilitaría sabiendo si era una trasposición visceral o bien un alargamiento exagerado del colon ascendente y en mi concepto, lo más probable es, que se haya tratado de lo segundo, dada la situación del hígado.—Hay otros casos en que sin haber trasposición de vísceras, el ciego se puede quedar a la izquierda y ésto se puede demostrar, aprovechando unas ilustraciones que publicó el Dr. Harvey en sus anales de cirugía, por el año de 1928. En seguida proyecta una placa, explicando que se trata de un esquema, de un embrión a la 4a. semana, época en que el tubo intestinal se marca ya bien hacia el estómago. Proyecta otra placa, y continúa diciendo que andando un poco el tiempo, se van marcando algo más los órganos que van evolucionando; el estómago hace un movimiento de torción, de manera que nos queda en el sentido ya conocido, el colon se dirige a la derecha, para formar su *arco* fundiéndose su *meso* con el peritoneo para formar el duodeno; el ciego que se encontraba en la parte baja, va subiendo y se acerca al estómago. Alla por el 4o. mes del embarazo, ha seguido el crecimiento más de una porción del intestino, que de las otras, y el ciego va dando una vuelta sobre sí mismo de modo que la entrada del iliún al ciego que antes se efectuaba de derecha a izquierda y de arriba a abajo, se hace exactamente al contrario, siguiendo la evolución del tubo intestinal. En los últimos meses del embarazo, viene ya a ocupar su posición normal, de modo que ha bajado a tomar lugar sobre la fosa *ilíaca*. A veces, ésto se efectúa durante los primeros meses de la vida extrauterina, y en consecuencia la disposición a que me refiero es más frecuente en los niños. Ahora bien, si consideramos esta evolución del ciego y la relacionamos con el caso del Dr. Amor; podemos considerar, que la posición del ciego fue debida a una fijación extemporánea que no le permitió evolucionar en su forma normal al crecer el intestino, pero también puede ser debida a un exceso de evolución y por ésto es de sentirse más, que no se haya podido lograr la autopsia de la enferma que habría dado la verdad, sobre si había sido un exceso en el

desarrollo o una detención. Pero creo, que pensando en esta evolución del ciego, podemos explicarnos, porqué los síntomas dolor y defensa muscular, se encontraban en el lado contrario de la lesión. La inervación del ciego y del apéndice, se hace por el lado derecho, y se comienza desde que el ciego se encuentra a la izquierda; si por cualquier circunstancia, el ciego permanece en dicho lado al producirse los dolores por esta vía, tendrán que referirse al lado derecho, pues el cerebro recibe las impresiones del simpático y del *neumogástrico* derechos una vez que, pasando las horas o los días la inflamación sale del apéndice, y se comunica al peritoneo, entonces las vías *centrípetas* variarán, y si está el apéndice del lado izquierdo, habrá dos focos de defensa muscular, uno el apendicular y otro de dolor determinado por la inervación del peritoneo inflamado. No es, pues, raro lo que observó el Dr. Amor. Voy a leer a Uds. un artículo que se refiere a un caso enteramente semejante al que nos ocupa. Cuando la posición del ciego a la izquierda, es debida no a una detención, o a exageración en su desarrollo sino a una trasposición de las vísceras, seguramente el dolor y la defensa muscular se tienen que encontrar al lado izquierdo. La radiografía que muestro a ustedes es de un muchacho operado del *colon* por el Dr. quien presentó el caso a la Sociedad Científica de New York. Se trataba de una apendicitis con trasposición completa de vísceras. Este enfermo fue operado haciéndose la operación sobre el lado izquierdo, porque allí aparecieron los síntomas.

El Dr. presentó también a la Sociedad científica de New York, en octubre de 1912, el siguiente caso, de un muchacho de 14 años de edad, austriaco, quien fue atacado de un fuerte dolor abdominal mientras trabajaba por lo cual ingresó al hospital y que después de algunos días de cama, volvió a su trabajo, pero pocas horas más tarde el dolor volvió y esta vez con basca. Nuevamente se acostó; más sin embargo el dolor reapareció más intenso, siendo más fuerte en el *cuadrante* inferior izquierdo, y después en el derecho; el muchacho no tenía apetito, sus intestinos se movían fácilmente, y siempre había sido sano. Una rigidez muscular generalizada..... y sigue leyendo un artículo detallado del caso en que se explica que se hizo el diagnóstico de peritonitis considerando el apéndice como la causa de ella. Se procedió a la operación inmediata del enfermito, tenía una temperatura de 39 a 39.5, y pulso de 112, etc. Se abrió el abdomen en el cuadrante inferior derecho, cometiéndose el mismo error que en el caso del Dr. Amor, y al abrir el peritoneo, salió una gran cantidad de pus, y el apéndice no se encontró, no obstante que la incisión se amplió hasta el músculo recto. El ciego no se encontraba ni en su sitio normal, ni en la región hepática y se pensó en la trasposición de las vísceras, por lo que haciendo una segunda incisión en el lado izquierdo, al abrir el peritoneo, se presentó el colon, y a

su lado el apéndice, que se rompió al desprenderlo, tenía una perforación. --Como pueden Uds. ver— sigue diciendo el Dr. Valdés, la descripción de este caso es enteramente semejante a la del Dr. Amor, después de aliviado el enfermo se encontró una trasposición de las vísceras, eso tal vez en el caso del Dr. Amor, solo se trataba de una exageración en la evolución del ciego. Termina diciendo que en su concepto es de felicitarse al Dr. Amor por haber traído a la Academia este caso tan interesante.

A continuación se concede la palabra al Dr. Ocaranza, quien explica minuciosamente el fenómeno:

Los dolores cruzados no deben considerarse como una cosa excepcional. Es bien sabido que el dolor de costado, síntoma de la neumonía, puede ser cruzado, es decir, que sea en el lado izquierdo cuando la neumonía lo es del derecho, y al contrario, y hasta es posible el dolor de costado abdominal en casos, también de neumonía.

No me parece aceptable la explicación del Dr. Valdés, porque habría de corresponder también a los casos que acabo de mencionar, de donde resultaría que en caso que un dolor de costado, cruzado, debería estar invertida la situación de los pulmones y con ella la de su correspondiente inervación.

No debería hacer mención alguna acerca de los fenómenos de movilidad intestinal, pues que solamente ha estado a discusión lo relativo al dolor apendicular cruzado, pero como el doctor Castañeda hace alguna referencia de aquél punto, con la que no estoy conforme, voy a decir algunas palabras acerca de la cuestión:

La neurona motora propiamente dicha no está situada en el caso dentro del eje cerebro espinal, sino fuera de él y respectivamente en los ganglios mesentérico, superior e inferior, e hipogástrico. Digo ésto recordando que el arco reflejo en el sistema nervioso vegetativo elementalmente se hace por el relevo de tres neuromas: una sensitiva, cuyo soma está fuera del eje cerebro-espinal; una de unión que está en las columnas organovegetativas del propio eje y una neuroma motora que se encuentra fuera de él, y en el caso, repito, en los ganglios que he mencionado.

No me parece, tampoco, conveniente la explicación que da el doctor Valdés acerca de la defensa muscular que existe en el mismo punto que el dolor cruzado, ya que en el caso parece la defensa muscular en relación no con el foco inflamatorio que se encuentra en el lugar, sino con la sensación como estado de conciencia, ya que estando el apéndice en el lado izquierdo y siendo cruzado el dolor, no habría motivo para suponer que la defensa muscular estuviera igualmente en donde el dolor se percibe, que no corresponde precisamente al sitio inflamado, según he creído entender.

Los dolores viscerales se han interpretado en todas formas: una por la exaltación de la cenestesia; o bien, considerando la cosa desde otro punto de vista, de la exaltación de las sensaciones interoceptivas. No vale para el caso la explicación que tiene su apoyo en la problemática neurona de Dogiel, que sustentan algunos autores, y que señalan en los ganglios intervertebrales, la cual pondría en cierto momento en relación las vías órganovegetativas con el sistema nervioso de relación. No hay ningún histologista que haya podido comprobar, ni remotamente, la existencia de la pequeña neuroma de Dogiel. La explicación más plausible parece la siguiente: no hay percepciones dolorosas, ni de otra especie, de origen visceral, en vista de lo leve que es el umbral de la excitación con respecto a las vías sensitivas; pero circunstancias determinadas, inflamación, por ejemplo, hacen que descienda dicho umbral y entonces son posibles las percepciones dolorosas,

La otra explicación pertenece a los fisiólogos ingleses, de la Escuela de Sherrington, y es la del llamado *referred-pain*, que corresponde al sistema nervioso de relación. En tal caso el dolor es superficial y se explica por la metarización de las vías nerviosas de relación y las órganovegetativas. Como la metámera corresponde a ambos lados, la metamerización debe suponerse bilateral y de ahí que en ciertas ocasiones, pueda explicarse el dolor cruzado por medio de la teoría del *referred-pain*.

Habla el Dr. Reyes y dice, que con motivo de haber encontrado un caso de apendicitis del lado izquierdo al operar a un mujer que presataba una anexitis, se halló toda la cavidad pélvica repleta de grandes adherencias, pero prosiguiendo la operación, se cercioró, de que el apéndice estaba completamente del lado izquierdo, adherido al anexo del mismo lado.

La enferma evolucionó favorablemente. Ahora bien he consultado algunas obras, y me encontré en la de Gilbert, Brouardel y Thoinot en un capítulo que se titula apendicitis izquierda, al cual da lectura. Como Uds. ven, hay numerosos casos en la literatura, sobre el particular. El del Dr. Amor, queda en tinieblas, porque no se pudo saber, si se trataba de una trasposición del ciego o de un proceso inflamatorio, como el que acabo de discutir. Toma la palabra el Dr. Amor, para hacer algunas aclaraciones y dice: que en el caso que se refirió, no le cabe la menor duda de que se trataba de una trasposición visceral, pues pudo cerciorarse de ello al practicar incisiones lo suficientemente grandes para ver con toda claridad la posición del colon, y el ciego y el apéndice del lado izquierdo.

Toma la palabra el Dr. Malda, quien dice que lamenta mucho no haber escuchado el trabajo del Dr. Amor, pero el resumen hecho por el Dr. Valdés, le ha dado a conocer muchas cosas muy interesantes. — Yo, dice el Dr. Malda—, desde el punto de vista de la explicación del dolor, estoy de acuerdo con el Dr. Ocaranza, confieso que nunca he visto el caso que refiere el

Dr. Amor pero si he encontrado otras cosas muy interesantes. Es un hecho que implica gran interés el poder resolver si se trata de una falsa apendicitis producida por una de los apéndices o divertículos del colon tan frecuentes, o de una apendicitis con trasposición de vísceras: desde el punto de vista de la terapéutica el hecho es poco importante, pero desde el punto de vista del diagnóstico sí es muy útil, y de aquí parten las ideas del Dr. Ocaranza.

Se concede la palabra al Dr. Reyes, quien manifiesta que si la Presidencia se lo permite, va a referir algunos casos anormales. Uno de ellos, el de una señorita, que acababa de pasar un acceso de gripa; esta señorita, había presentado tres o cuatro veces el cuadro clínico de la apendicitis; decidí hacer la intervención quirúrgica, busqué el apéndice en su posición normal: por arriba, por abajo, en el lado externo del ciego y no lo encontré. Intrigado en el problema quirúrgico lo busqué por el *mesocolon* también sin ningún resultado, pero encontré un dato de anatomía anormal: el ilión no *desembocaba* en su sitio normal, sino que en el fondo del ciego y en la cara externa; cerré el vientre y la muchachita se curó. En otro enfermo encontré un apéndice extraordinariamente breve de forma y dimensiones de un pezón de anciana. Por lo que se refiere a los apéndices largos, los hay de todos tamaños.

Hace uso de la palabra el Dr. Mendizábal y dice: ya que el Dr. Reyes relató un caso de apéndice oculto él va a referir otro, que también no deja de tener interés. Tratábase de una muchachita que ingresó al Hospital General para que se colocara un vendaje rígido, pues se pensaba que tuviera una tuberculosis de la cadera derecha, pero al estudiarlo en mi servicio llegué al diagnóstico de apendicitis, absteniéndome de colocarle el aparato. Cuando hice la operación me encontré con que no había apéndice; el ciego estaba completamente solo, libre, sin fenómenos inflamatorios. Supuse que el apéndice estaría fuera de la concha peritoneal y decidí seguir una de las franjas del ciego, el cual desapareció en el peritoneo parietal de la fosa, abrí en ese sitio, encontrando un apéndice como de tres centímetros y medio por uno de diámetro, que había formado un nicho en el forro. Esta disposición anormal explicaba claramente las causas del error del diagnóstico de ingreso.

El Secretario fija los turnos de lectura y se levanta la sesión siendo las 21 hs. 50 minutos.--Asistieron los señores Amor, Bandera, Baz, Chávez, Escontría, Iturbide Alvírez Loaeza, Malda, Monjarás, Ocaranza, Pous Cházaro, Prieto, Pruneda, Ramírez E., Rivero, Borell, Rojas Loa, Reyes, Troconis, Torres Torija, Torroella, Torres Estrada, Tapia Fernández, Ulrich y Valdés.

El Secretario Anual,
PABLO MENDIZABAL



Dr. José Torres Torija, Presidente de la Academia Nacional de Medicina durante el año académico 1929-1930.



Dr. Luis Rivero Borrell, Vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina durante el año académico 1929-1930.



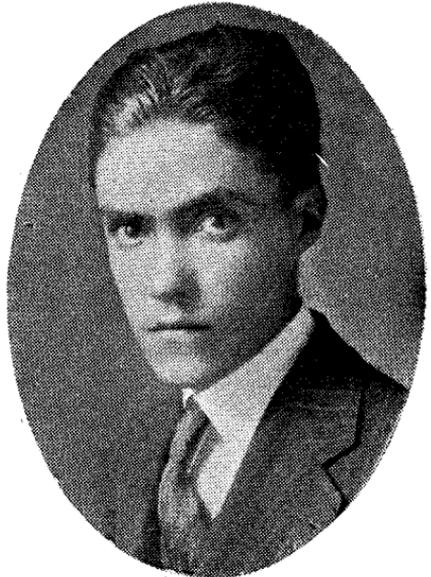
Dr. Manuel Escontría. Secretario Anual de la Academia Nacional de Medicina durante el año académico 1929-1930.

NUEVOS ACADEMICOS



Prof. Roberto Medellín que ocupa un sillón en la Sección de Terapéutica Médica y Farmacología.

Dr. Ignacio Gonzalez Guzmán cuyos merecimientos lo han llevado a ocupar un sillón en la Sección de Fisiología.



C R O N I C A

El martes primero de octubre celebró la Academia Nacional de Medicina una sesión solemne con el fin de dar comienzo a su LXVI año de labores. la solemnidad tuvo, como ya es costumbre, un sello especial de severa elegancia. En el salón se reunieron, además de los componentes de la Mesa Directiva y de un gran número de Académicos, los representantes de las Sociedades Científicas con las que la Academia conserva estrechas y amistosas relaciones, y numerosos alumnos de la Facultad de Medicina que acudieron deséosos de saber el desarrollo de las labores de la más prestigiada y antigua de las sociedades médicas.

Ocupó la Presidencia el Sr. Dr. Fernando Ocaranza, Director de la Facultad de Medicina, quien llevaba la representación de la Universidad. Como de reglamento, el Presidente que concluía su período, Dr. Rafael Silva, pronunció un brillante e interesantísimo discurso, en el que resumió la historia de la Academia, desde sus principios hasta la época actual, haciendo atinadas observaciones en cada uno de los períodos por los que ha atravesado esta Sociedad. El Dr. Pablo Mendizábal, Secretario Anual, leyó su informe respectivo. Los números musicales tuvieron en esta ocasión una particularidad agradable: estuvieron confiados a dos jóvenes médicos de gran valor artístico, los doctores Manuel Neiman y Guillermo Christy, quienes demostraron sus grandes merecimientos, como pianista el primero y como cantante el segundo, habiendo escuchado verdaderas ovaciones al terminar sus números musicales.

Hecha la declaratoria solemne, se pasó a la primera sesión del año académico en la que se hizo la elección de Vice-Presidente, Secretario Anual y Tesorero. Salieron electos para estos cargos los señores Académicos, Luis Rivero Borrel, Manuel Escontría y Benjamín Bandera. Los nombramientos fueron acogidos con aplauso y los agraciados felicitados muy sinceramente por sus colegas

Terminada la elección, los señores Académicos celebraron en un céntrico restaurant, el principio de sus labores, habiendo reinado en la convivencia un grato ambiente de amistoso compañerismo.

REVISTAS EN CANJE

- «La Farmacia».—2o. Epoca núm. 19.—México, D. F.
- «Revista Médica Veracruzana».—T. VIII, núm. 9.—México, D. F.
- «Revista Mexicana de Ingeniería y Arquitectura».—T. VII, núm. 10.—México, D. F.
- «Archives of Dermatology and Siphylology».—Vol. 20, núm.4.—Chicaga, Ill.
- «Long Island Medical Journal».—Vol. 23, núm. 10.—Brooklyn, N. Y.
- «Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic».—Vol. 4, núm. 37, 38 y 39.—Rochester, Minn.
- «El Enfermero Cubano».—Año 3, núm. 5.—Habana, Cuba.
- «Revista de Psiquiatría y Neurología».—T. 1, núm. 2.—Habana, Cuba.
- «Revista de Medicina y Cirugía de la Habana».—T. 34, núm. 9.—Habana, Cuba
- «La Reforma Médica». Año 15, núm 116.—Lima, Perú.
- «Gaceta Médica de Caracas».—T. 36, núm. 7.—Caracas, Ven.
- «Repertorio de Medicina y Cirugía».—Vol. 19, núms. 7 y 8.—Colombia (Bogotá)
- «Revista Médica Latino-Americana».—Año 14, núm. 167.—Buenos Aires, R. A.
- «Boletín del Instituto de Medicina Experimental para el Estudio y Tratamiento del Cáncer».—Año 5o., núm. 21.— B. Aires:
- «Revista de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal del Uruguay».—Año 2o., núms. 3 y 4.—Montevideo, Uruguay.
- «Folha Académica».— Año 2, núm. 29 y 30.—Río de Janeiro, Brasil.
- «Boletín da Medicina e Cirurgia de Sao Paulo».—Vol. 13, núm. 1. Sao Paulo, Brasil.
- «Mundo Médico».—Año 3o., núm. 117.—Río de Janeiro, Brasil.
- «Boletín Médico de Chile».—Año 5o., núms. 94, 95, 96 y 97.—Valparaiso, Chile.
- «Revista de la Cruz Roja Chilena».—Año 3o., núm. 7.— Santiago, Chile.

- Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades» T. 31, núms. 13 y 14.-
Madrid, España.
- «Información Española».—Año 3, núm. 18.—Madrid, España.
- «Revista de Higiene y de Tuberculosis». Año 22 núm. 255.—Valencia, España.
- «Revista de Tuberculosis».—Año 17, núm. 201.—Valencia, España.
- «Revista Iberoamericana de Ciencias Médica».—Año 40., núm 44.—Madrid,
España.
- «La Medicina Ibera».—T. 24, núm. 619.—Madrid, España.
- «Revista Española de Medicina y Cirugía».—Año 12, núm. 136.—Barcelona,
España.
- «Revista Médica de Barcelona».—Año 60., núm. 67.—Barcelona, España.
- «La Clínica».—Año 60., núm. 9.—Barcelona, España.
- «La Clínica Castellana».—T. 39, núm. 2.—Valladolid, España.
- «Bruxelles Medical».—Año IX, núms. 48 y 49.— Bruselas, Bélgica.
- «Revue Belge de Sciences Medicales».—T. I, núm. 7.—Bruselas, Bélgica.
- «Bulletin de l'Academie de Medecine».—T. 102, núm 30.—París.
- «National Research Council of Japan». Vol. I. núm. 3.—Tokyo, Japón.

FOLLETOS Y LIBROS

- Dr. Mariano R. Castex.—«La Hipertensiún Arterial».—Un tomo de 590 pá-
ginas.—1929.—Humberto Andreetta.—680 Maipu.—Buenos, Aires.
- Dr. E. Escomel.—«Obras Científicas».—Un volumen de 826 páginas, profu-
samente ilustrado.—1929.—Talleres Gráficos Torres Aguirre.—Lima, Perú.
- Katharine F. Lenroot.—Organismos Nacionales e Internacionales de Pro-
tección a la Infancia».—Un folleto de 20 páginas, Núm. 53 de la Serie
sobre Salubridad Pública y Previsión Social.—Octubre de 1929.—Unión
Panamericana.—Wáshington, D. C.

Acerca de los antisépticos atóxicos, con especial consideración del Chinosol.

POR EL DR. HANS GROSS (MARBURG)

De los antisépticos más usados, los que mayor importancia práctica tienen, son aquellos que además de sus buenas propiedades antisépticas tienen la ventaja de la atoxicidad, de ser inocuos para el organismo, aunque se usen por mucho tiempo. Como es sabido, de acuerdo con sus propiedades químicas y sus efectos especiales, los productos antibacteriales se dividen en varios grupos, de los que las sales metálicas (sublimado, nitrato de plata, sulfato de cobre) y los alcoholes aromáticos (fenol, cresol, creosota) poseen gran afinidad con la albúmina; en cierta concentración coagulan la albúmina y obran, por ello, como fuertemente corrosivos. Las sustancias de acción oxidante directa e indirecta, resultan perjudiciales para las bacterias, por oxidación forzosa, dando lugar a la muerte del protoplasma.

Otro es el mecanismo de acción de la mayoría de los llamados antisépticos atóxicos. Estos no coagulan la albúmina y en las concentraciones usuales no producen acción bactericida, sino antibacteriana, es decir, que solamente paralizan el desarrollo y la multiplicación de las bacterias. Que, para el éxito de la desinfección y la curación de las heridas, no es necesaria la muerte directa de las bacterias, fue demostrado ya por Buchner en 1878. La detención de la multiplicación de los microorganismos, puede bastar para permitir la curación. Según Buchner, para el estado de una herida es indiferente el que haya en ella muchas o ningunas bacterias, con tal que éstas se hallen imposibilitadas, por la presencia de un antiséptico adecuado, de manifestar actividad vital y producir efectos perjudiciales para los tejidos. Por lo tanto, teóricamente, la curación de una herida infectada puede producirse por descartamiento de la actividad vital de los agentes patógenos o por el aumento de la resistencia del tejido atacado, de preferencia y con más seguridad por la combinación de ambos.

Brau y Goldschmidt, quienes hicieron amplios estudios sobre las infecciones experimentales de las heridas, exigen de un antiséptico ideal, que tenga acción polivalente, específica y panterapéutica, y que sea capaz de matar bacterias, en los tejidos, en fuertes diluciones. En las cantidades y concentraciones terapéuticas, el remedio no debe resultar tóxico, necrotizante o nocivo para el organismo ni para el tejido infectado.

Como antiséptico atóxico y medio adecuado para la desinfección interna y externa, está siendo muy recomendado el Chinosol. Acerca de sus propiedades bacteriológicas ha informado detalladamente Liese, quien, de acuerdo con las observaciones de Heubner y Siegel, encontró que el Chinosol desarrolla fuerte acción antibacteriana, en diluciones muy grandes, sobre ciertas especies de bacterias, en particular sobre los estafilo y estreptococos. Los colibacilos, bacilos del tifo y paratifo, así como el bacilo proteo son menos atacados. Liese comprobó además que la detención de la respiración intramolecular empieza aproximadamente a las mismas concentraciones de Chinosol (1:2000) que la acción inhibitoria del desarrollo. En vista de los resultados de sus investigaciones, llega a la conclusión de que el Chinosol es un antiséptico de elevado poder antibacteriano, muy recomendable para ciertos casos prácticos en los cuales es posible su uso frecuente y prolongado. Las condiciones para el éxito de sus propiedades antibacterianas y contrarias a la respiración celular, están dadas en alto grado en el empleo del Chinosol en el tratamiento de las heridas. Frieser, Nottebaum, Leudesdorf, etc., informan sobre los resultados favorables registrados por ellos en el tratamiento de las heridas y lesiones de todas clases, procesos ulcerosos, supuraciones, quemaduras, etc., y ponen de relieve los efectos curativos, hemostáticos y desodorantes del remedio. Para estos fines emplearon la solución acuosa de Chinosol (1:1000 a 1:2000) en forma de compresas, apósitos, lavados, irrigaciones, o de pomada. Según Ostermann, Kossmann, Cipriani, Hawxins y Kipp, son muy buenos los efectos terapéuticos de las irrigaciones de Chinosol, en las enfermedades inflamatorias de la vagina, de la cervix y del útero, así como, ante todo, en flujo blanco. Bimmermann y Nottbaum emplearon el Chinosol en las cistitis crónicas, y Ostermann lo empleó igualmente con buenos resultados en la gonorrea aguda; estos autores lo recomiendan para irrigaciones higiénicas. Según Beddies y Tischer, el Chinosol es un medio muy adecuado para la higiene general del cuerpo.

Con la solución acuosa de Chinosol, o la pomada al 5½, Koenig, Frieser, Hutschinson, etc., registraron muy buenos resultados en el tratamiento de dermatitis, eczema, acné, forunculosis, intérrigo y vulvovaginitis gonorreica.

Uno de los principales campos de indicaciones del Chinosol, lo constituyen las inflamaciones agudas y crónicas de la cavidad bucal y de la nasofaríngea. Según informa Frieser, el Chinosol produjo siempre buen efecto en el tratamiento de las enfermedades catarrales crónicas de la nariz, acompañadas de hipersecreción e hipertrofia de la mucosa. Duchas nasales con una solución acuosa de Chinosol y colocación de tapones de algodón empapados en Chinosol, tuvieron el resultado terapéutico deseado. Un efecto terapéutico muy bueno lo tuvo el Chinosol, en el tratamiento de las úlceras

nasales crónicas, escrofulosas y aún sifilíticas, así como en las faringitis y gingivitis, sobre lo cual llamó particularmente la atención Montiel. De la circunstancia siguiente se desprende asimismo que el Chinosol da buenos resultados terapéuticos en estas enfermedades: Chinosolum purissimum es químicamente dioxiquinolinsulfonato de potasio, que se obtiene por fusión de cantidades equivalentes de ortooxiquinolina y bisulfato potásico. En los medios alcalinos, p. ej. en la saliva, débilmente alcalina, se precipita la terapéuticamente activa oxiquinsina, distribuyéndose perfectamente por las mucosas, donde desarrolla sus propiedades antisépticas. Según lo han demostrado los experimentos de Liese, la acción del Chinosol es buena en particular usando el preparado repetidamente y durante largo tiempo. Por eso, para el tratamiento de las afecciones de las mucosas de la boca y garganta convienen los lavados frecuentes con soluciones de Chinosol, o, mejor aún, el uso de las pastillas de Chinosol, que se deshacen lentamente en la boca, desarrollando así una acción constante, por lo que son también muy recomendables como excelente medida profiláctica.

Frieser, Beddies, Tischer, Nottebaum, etc., han recomendado el Chinosol, asimismo, para el uso interno, en forma de tabletas y solución, para el tratamiento de afecciones febriles gástricas e intestinales, gastroenteritis, dispepsias, anomalías de secreción y enfermedades intestinales infecciosas, como tifo, cólera y disentería. Junto a sus propiedades antipiréticas, produce el Chinosol efectos contrarios a la putrefacción e infección intestinales, de utilidad suma en estos casos.

R E S U M E N .

A base de los estudios experimentales y de las experiencias clínicas, puede decirse resumidamente lo siguiente: El Chinosol, antiséptico atóxico de gran poder antibacterico, es un preparado muy recomendable para el tratamiento de las heridas, para la profilaxis y terapéutica de las enfermedades inflamatorias de la piel y mucosas, y para la higiene general del cuerpo

L I T E R A T U R A .

Günther, Inauguraldiss. Bln. 1911.—Nottebaum, Dtsch. med. Wschr. 1901, núm. 33.—Leudesdorf, Arztl. Rundschau X, núm 21.—Beddies, y Tischer, Allg. med. Zentralztg. Bln. núm. 56 y 60.—Frieser, Árztl. Zentralztg., Wien XII, núm. 45.—Kobmann, Zentralbl. f. Gynakologie 1900, núm. 22 y 52.—Cipriani, Dtsch. med. Ztg. núm. 77.—Hawkins, The Therapist Vol. IX, núm. 9.—Kripp, Allg. med. Zentralztg. 1922, núm. 27.—Braun y Goldschmidt, Handbuch d. biolog. Arbeitsmethoden secc. VIII, parte II, fasc. 4, 1927. Heubner y Siegel, Klin. Wschr. 1926, núm 37.—Liese, Zentralbl. f. Bakt., 1. secc., Orig. tomo 105, fasc. $\frac{1}{3}$, 1927.