
ACADEMIA N. DE MEDICINA.

ACTA NÚM. 27.

Sesión del 5 de abril de 1911.

Presidencia del Sr. Dr. D. Julián Villarreal.

Continúa la discusión acerca de la clasificación de lesiones y con el uso de la palabra el Sr. Dr. García Samuel.

Dr. García Samuel.—A propósito de algunas consideraciones hechas en la discusión de este asunto por el Sr. Dr. Hurtado, relativas á las dificultades que ofrecen en la práctica para ser clasificadas las lesiones que ponen y las que no ponen en peligro la vida, debo decir que: efectivamente se presentan esos hechos; más esto no invalida la clasificación de las lesiones, podrá variar el criterio de apreciación respecto á cada una de ellas; pero no puede variar el fondo mismo de los hechos, es á saber: que unas lesiones han puesto claramente en peligro la vida y otras no, como asunto de clasificación, esto es, de modo de agrupar los hechos mismos. Ulteriormente cuando nos ocupemos de la penalidad de las mismas lesiones, podemos categorizar cada una de las distintas circunstancias relativas á ellas.

Dr. Hurtado.—Acepto desde luego el plazo que se sirve hacemos el Sr. Dr. García Samuel, para discutir la categorización

de los hechos de que me he ocupado en otras sesiones. El Sr. Dr. García dice que teóricamente no puede haber dudas respecto á los hechos que ponen y los que no ponen en peligro la vida, yo sostengo que en la práctica sí existen esas dificultades. Ahora mismo voy á presentar un caso pendiente de resolución que se ha servido comunicarme el Sr. Dr. Calderón; en él se ve, cómo cirujanos de reputación, no llegan á un acuerdo en la apreciación de las lesiones por lo que á clasificarlas se refiere. Nótese bien las bases que el cirujano de referencia toma en cuenta para normar su criterio. Dice: 1º La herida en cuestión fué aséptica y siguió durante toda su evolución una marcha aséptica. 2º No presentó durante la curación síntoma alguno que ofreciere peligro para la vida del paciente. 3º Los órganos interesados no son de los que al lesionarse ponen constantemente en peligro la vida, por no ser importantes para ella. 4º Habiendo seguido este enfermo una marcha normal no se presentaron dificultades para su curación. Ven los Sres. Académicos unos considerandos de tal modo infundados, que antes de leerles todo el dictamen voy á permitirle apreciar hechos. 1º Se dice que la herida fué aséptica y siguió una marcha aséptica, esto no lo pide nuestro Código á los médicos que clasifican, podrá ser un corolario de los hechos; pero no basa una clasificación. Sabemos todos que al diario mueren las gentes con lesiones asépticas, tal sucede á algunos operados, en todo caso no puede basar nunca esta circunstancia una clasificación, tanto más cuanto que los hechos no constan al médico, para averiguar plenamente que una lesión eventual fué producida asépticamente.

2º Se afirma que la herida no presentó síntoma de los que ponen en peligro la vida; esta conclusión es falaz, porque si se verifica v. g. una herida en cedal en el cerebro, puede no presentar síntoma alarmante en la curación y no obstante es de las que ponen en peligro la vida.

3º Se dice: no se interesaron órganos esenciales para la vida. Debo advertir señores que se aclara á continuación al ir leyendo el dictamen aludido, que estudiando la trayectoria de la bala, puede inducirse que no se lirió el pulmón y que en el remoto caso de haber sido lesionado, lo habría sido en el vértice. Ahora bien. Yo pregunto, ¿qué las heridas del vértice del pulmón no ofrecen peligro para la vida? Sí lo ofrecen y además, del estudio

de una trayectoria, no puede inferirse de un modo absoluto lo que afirma el dictamen, cuyas conclusiones estudia. 4º y último. La marcha del padecimiento fué normal, esto es ambiguo, los límites de la apreciación personal son muy extensos en esta materia.

Dr. Calderón.—El hecho de que voy á dar cuenta en esta Academia y cuyas conclusiones ha discutido el Sr. Dr. Hurtado, servirá para poner de manifiesto lo afirmado por el mismo señor; esto es, la dificultad que se tiene en la práctica para clasificar las lesiones. Diré á Uds. que últimamente los Médicos Legistas fuimos llamados á una junta con los Sres. Cirujanos que habían suscrito dogmáticamente las conclusiones referidas. Excusado me parece manifestar á Uds. que no estuvimos de acuerdo, y en tal virtud dictaminamos en contra de lo que asienta el dictamen ya aludido. Voy á leer el dictamen rendido por los Médicos Legistas. Lee el Sr. Dr. Calderón el dictamen que acompaña esta Acta y agrega: como se vé, tratábase de una lesión por arma de fuego, que al decir del certificado médico expedido en la comisaría, hirió el pulmón y causó derrame en la cavidad pleural; en estas condiciones pone indudablemente en peligro la vida como lo asienta el certificado de comisaría. He dado á conocer este hecho á la honorable Academia porque el asunto está pendiente de resolución y esta formará jurisprudencia en lo sucesivo.

Dr. Monjarás.—Llamo la atención acerca del punto que la Academia tiene á discusión, es á saber: las heridas que ponen y las que no ponen en peligro la vida. El Sr. Dr. Hurtado se extraña de que se afirme en el dictamen aludido el hecho de la asepsia de la herida, y yo pienso que si es pertinente; á cuyo propósito lee un fragmento del dictamen de la Comisión de lesiones, en el cual se afirma que toda lesión por muy insignificante que sea, puede poner en peligro la vida y como la asepsia de una herida es condición importante, creo que los Cirujanos autores del primer dictamen aludido, han tenido razón de tomar este dato en seria cuenta, afirmando que la herida aún siguió marcha aséptica; datos que deben de hoy en adelante sér tomados en seria consideración. Resolver cuáles heridas ponen en peligro la vida y cuales no, es asunto muy difícil, tanto que yo

suplico á la Comisión se sirva indicarme cuáles son de una categoría y cuáles no.

Dr. García Samuel.—La Comisión afirma en su dictamen que lógicamente no puede sostenerse que una lesión no pone en peligro la vida; más al clasificar juzga hechos terminados, y dice: herida que puso ó que no puso en peligro la vida y esto sí puede afirmarse, sobre todo á *posteriori*. Las objeciones, formuladas por el Sr. Dr. Monjarás á la parte del dictamen que se sirvió leer, tocan á las heridas que no ponen en peligro la vida; pero que pudieron ponerla.

Acerca de esto agregaré que unas heridas ponen en peligro la vida directamente y otras indirectamente, más todo ello no ataca lo fundamental de los dos primeros grupos.

Por otra parte, diré que las lesiones que se verifican en la calle, en las rifias ú otras circunstancias no pueden ser asépticas. Yo llamo asépticas las heridas practicadas por el cirujano, en donde desde las manos hasta el último utensilio sufren rigurosa desinfección; pero es imposible que quien dispara un balazo, asepticase las ropas, la piel y aún el propio proyectil, ni menos ponga en la estufa el cuchillo con que hiera.

Dr. Hurtado.—En lo absoluto tiene razón el Sr. Dr. García Samuel; pero es necesario que nos pongamos en el criterio medio para llegar al concensus definitivo. Todos sabemos que el mayor peligro de las heridas son las infecciones, como en una proporción del 90%, y sabemos también que, con los medios de asepsia se disminuye la probabilidad de que sean graves, de un modo considerable, reduciendo estas probabilidades de gravedad á 10%, el cual no es de despreciarse.

La práctica es muy variada en sus resultados, todos sabemos que la gente ignorante trata sus lesiones por lavados hechos de orina, ó bien aplicando excremento de ree, etc., etc., muchas de estas personas sanan sin el menor accidente, lo cual demuestra que la asepsia de las lesiones no se la única causa del éxito en las heridas, ni es preciso que los que las causan acudan á los medios de rigurosa asepsia. En todo esto hay incógnitas serias por estndiar.

Yo opino que existan tres clases de lesiones: leves, mediatas y graves. Pienso que una herida del pulmón que produce derrame, otra herida que produce hemorragia no son leves; sino que

son graves. Es cierto que cuando se infectan las heridas existen recursos poderosos para curarlas; más esto no les quita su gravedad y por eso tiene razón el Sr. Dr. Monjarás, cuando indica que un simple arañó, infectado de estreptococia, es grave si se abandona á sí mismo. Además, nunca debe olvidarse la reacción de cada organismo en presencia de los padecimientos; todos sabemos que un tubérculo cerebral pequeño, puede producir mayores males que un glioma de grandes dimensiones.

ANTONIO A. LOAIZA,

Primer Secretario.

ACADEMIA N. DE MEDICINA.

ACTA NUM. 28.

Sesión del día 19 de Abril de 1911.

Presidencia de los Sres. Dres. Villarreal y Mejía.

Se da la palabra al Sr. Dr. Orvañanos para leer su trabajo de turno, y lo hizo con uno tocante á “La creencia vulgar relativa al desarrollo de algunas enfermedades infecciosas por los gases de los albañales.” Se clasificó y se puso á discusión.

Dr. Hurtado.—El problema que se sirve presentarnos el Sr. Orvañanos, es muy importante, es también sumamente hondo y de difícil resolución. En el hombre es realmente casi imposible someterlo á la experimentación; más sí puede hacerse en los animales, para inducir de allí al hombre. Debe experimentarse acerca de los gases aislados ó reunidos. Hay algunos que producen la asfixia y otros son tóxicos. Sábese que Roger ha de-

mostrado la actividad de absorción de los gases tóxico y el rápido envenenamiento de la sangre; esta pudiera ser la explicación de los males que la clínica señala en las absorciones de referencia. Es preciso estudiar entre nosotros todos estos hechos, porque es indudable el mal efecto que todos experimentamos en la salud cuando respiramos por algún tiempo estas emanaciones fecales, sobre todo cuando éstas se hallan en putrefacción. Tampoco es indiferente aspirar los gases solos ó con polvos, por lo cual es distinto que las masas fecales se encuentren húmedas, ó secas extendidas en la superficie del suelo. Es común en nuestras poblaciones que el drenaje sea insuficiente y las más veces existen fosas fijas que no originan, según entiendo, un aumento evidente en las enfermedades, especialmente en lo relativo al tifo.

En la Colonia de la Bolsa y en la del Hospital General, en esta Capital, existen grandes depósitos de materias fecales en agua estancada y aún cuando el olor que allí se aprecia es pésimo, no sé yo que las enfermedades infecciosas sean en estos barrios mucho mayores que en otros lugares de la Capital. Además, cuando las materias fecales están secas sobre la tierra, sufren la desinfección hecha por el sol, y no se ha demostrado que sean los malos olores fecales el origen de las infecciones.

Debe recordarse que algunas personas sufren accesos febriles, muy intensos, calificados en años anteriores de perniciosos. Recuerdo al Sr. Profesor D. Francisco Chacón que cuando percibía, en el ejercicio de la profesión, los malos olores de los albañales de nuestras vecindades, sufría, con seguridad, fuertes accesos febriles. Conozco una señora en la calle de la Amargura que vivía en una pieza en cuya pared se notaban las infiltraciones de un excusado de la casa contigua; pues bien, dicha señora tuvo un serio padecimiento febril.

Por otra parte, solamente el mal olor no debe ser causa de infección. Es vulgar el conocimiento de que las substancias antisépticas huelen mal, ejemplos: el ácido fénico, creolina, creosota, etc., y esto podría argüir en contra de la acción tóxica de las emanaciones fecales.

Dr. Orvañanos.—Debo manifestar al señor Dr. Hurtado que, el objeto de mi Memoria es demostrar que los gases de las materias fecales no engendran el tifo. Para hacer la patogenia de

este padecimiento, es más fácil decir cuáles son las condiciones que no producen el tifo, que señalar las que lo originan.

Para probar que no nace con las emanaciones fecales, basta recordar que era manifiesta la fetidez de la Ciudad de México el año de 1878 y, sin embargo, no tuvimos fuerte desarrollo de tifo. Tampoco lo hubo, y es muy probatorio, en Londres, cuando se detuvo en el Támesis el curso de las materias fecales de más de 3 millones de gentes. Esto habla en contra de la receptividad y susceptibilidad individual, á la cual se refiere el Sr. Dr. Hurtado, porque es muy raro que en Londres, en donde transitaban por el lugar mefítico, 3 ó 4 millones de gentes, no hubiera desarrollo de padecimientos infecciosos, como el cólera, la fiebre tifoidea, y esto durante dos años.

Detalló, además, el Sr. Dr. Hurtado, la conveniencia de que se practiquen los análisis de los gases fecales y le diré que ya están verificados, habiéndose hecho, igualmente, exámenes bacteriológicos, y todos estos puntos están perfectamente aclarados.

Tengo á mi cargo los Cuarteles 1º y 2º, en el Consejo Superior de Salubridad. En el 1º, es pésimo el sistema de drenaje, y menos malo en el 2º; pues bien, afirmo que no hay diferencia en cuanto al desarrollo del tifo en estos cuarteles. Sí he visto que donde hay más basura y donde la gente es más miserab'le, es en donde se desarrolla más el tifo. No olvido á este propósito un hecho que se sirvió relatarme hace tiempo el Sr. Dr. Monjarás, relativo á que en San Luis Potosí, se pensó en que los pordioceros transmitían el tifo; se vió que las damas encargadas de darles alimentación y de repartirles ropas se contagiaron de tifo.

Nosotros en esta Capital nos hemos fijado en los albañales para explicar el desarrollo del tifo, olvidando las basuras, el aseo de las personas, la aglomeración de ellas, etc.

Respecto al efecto de las materias fecales mezcladas con polvo, es asunto del todo distinto al que me ocupa en mi Memoria.

Los accidentes del Sr. Dr. Chacón serán por intoxicación; más esto no demuestra que los gases fecales producen el tifo, ú otras enfermedades infecciosas.

Por eso insisto, en la importancia del aseo. No existe pueblo más sucio que el de esta Capital. Hay personas que no lavan sus ropas en un año ó más, y debemos empeñarnos en hacerlo limpio, ventaja reconocida desde Moisés, que prescribía el aseo personal como asunto de rito religioso.

Como ninguna otra persona usara de la palabra acerca de este asunto, el Sr. Dr. Mejía, Vicepresidente de esta Academia que preside la sesión por haberse ausentado el Sr. Presidente, lee su Memoria reglamentaria titulada: "Sífilis hereditaria," la cual, clasificada que fué, se puso á discusión.

ANTONIO A. LOAEZA,
Primer Secretario.

ACADEMIA N. DE MEDICINA.

Sesión del día 26 de abril de 1911.

Presidencia de los Sres. Dres. Mejía y Villarreal.

A las 7 y 15 minutos se abrió la sesión, leyéndose el acta de la anterior, que se aprobó sin discutirse. Se dió cuenta con la hoja del tiempo probable en el mes de mayo.

Después, el Sr. Dr. Landa, leyó su Memoria reglamentaria bajo el título de "Contribución al estudio de la forma de la cabeza en los niños recién nacidos." Clasificada que fué, se puso á discusión, haciendo uso de la palabra el señor Vicepresidente que preside esta sesión.

Dr. Mejía.—Deseo se sirva aclararme el Sr. Dr. Landa si la disposición de las suturas y fontanelas en el feto, no permite que el cráneo deje de experimentar deformaciones á su paso por el canal de la pelvis.

Dr. Landa.—El asunto es obscuro en estos momentos y los 50 casos por mí observados, no bastan para aclararlo. Parece que cuando la cabeza se encaja en la pelvis prematuramente, se acortan los diámetros antero-posteriores y aumentan los transversales; cosa contraria sucede cuando no se encaja sino á última hora, naciendo en el 1er. caso, fetos dolicocefalos, esto es, de cráneo alargado y en el segundo braquicefalos, esto es, de cráneo corto.

ANTONIO A. LOAIZA,
Primer Secretario.

OBSTETRICIA.

Contribución al estudio de la forma de la cabeza en los niños recién nacidos.

Con el título de "El índice cefalométrico en los niños recién nacidos," tuve la honra de leer un trabajo en el IV Congreso Médico Nacional Mexicano, verificado en septiembre de 1910,

La determinación del índice cefálico, decía en este trabajo, "ha servido para clasificar los tipos humanos según la forma del cráneo. Si las medidas se toman en el individuo vivo, los resultados son menos exactos y expresan el *índice cefalométrico*, por medio del cual se han hecho también las cartas de repartición de la forma de la cabeza en todos los países."

En la discusión que mi trabajo suscitó, el Sr. Dr. Nicolás León, ilustrado médico que ha hecho estudios profundos sobre Antropometría, declaró de una manera categórica la inutilidad de buscar en los niños recién nacidos el índice cefálico. En efecto, como dijo este señor, el índice referido es un atributo "racial," que debe considerarse en el cráneo completamente desarrollado; porque en otras circunstancias, cuando la cabeza no ha alcanzado aún su forma definitiva, durante el crecimiento se están modificando siempre las dimensiones y, por consiguiente, variando también, á no dudarlo, la relación que existe entre el diámetro máximo transversal y el máximo anteroposterior del cráneo, que es la que constituye, como es sabido, el *índice cefálico*.

Así consideré en realidad la cuestión, como claramente lo digo en este párrafo de mi memoria: "Desde los primeros tiempos de la vida el cráneo adquiere su forma típica, alargada ó redonda, según la herencia que predomine; sin embargo, en los niños son muy grandes las variaciones á consecuencia del crecimiento, y no se debe considerar, para las clasificaciones antropométricas, á los individuos cuya cabeza no ha alcanzado su completo desarrollo."

De modo que no me propuse considerar el asunto desde el punto de vista de la Antropometría pura, sino respecto de la forma que tiene la cabeza de los niños recién nacidos, con el fin de averiguar qué modificaciones generales sufre por el trabajo de parto; punto muy interesante en Obstetricia.

No fuí suficientemente claro en el trabajo á que me estoy refiriendo, y desperté la atención del Sr. Dr. León porque ningún antropómetra ha pensado jamás en el estudio del índice cefálico en los niños recién nacidos, según aquél manifestó.

En la misma discusión á que dió lugar este punto, el Sr. Doctor Fernando Zárraga, hablando de las deformaciones que la cabeza del niño puede sufrir, que son á veces considerables y hasta

definitivas, bajo la acción mecánica del trabajo de parto, dijo lo que sus observaciones le habían hecho suponer: que cuando la cabeza del feto permanece bien encajada en la excavación pélvica mucho tiempo antes del parto, los niños nacen braquicéfalos, es decir, de cabeza corta; y cuando el vértice no se encaja sino en el preciso momento del trabajo, bajo la acción poderosa de las contracciones uterinas, el niño resulta dolicocefalo, esto es, de cabeza alargada.

Tuvo la bondad el Sr. Zárraga de llamar mi atención sobre este fenómeno, para que llevara á cabo una investigación cuidadosa, de la cual voy á dar cuenta en el trabajo que tengo la honra de leer esta noche en la respetable Academia Nacional de Medicina.

Mucho se ha discutido sobre la verdadera forma de la cabeza del niño recién nacido, y para la medida de los diámetros algunos autores han aprovechado casos de operación cesárea; es decir, cuando la cabeza del feto no ha sufrido la acción del trabajo. Como es sabido, partos prolongados, pelvis estrechas, la posición, etc., modifican más ó menos la cabeza del niño; motivos por los cuales es conveniente, como recomiendan los autores, esperar que hayan desaparecido las alteraciones (cabalgamiento de los huesos, giba serosanguínea, etc.) antes de medir los diámetros. Así lo aconseja, v. gr., Tarnier, quien dice que si se quiere obtener datos exactos sobre el estado *propartum* de la cabeza fetal, es necesario tomar las medidas dos ó tres días después del nacimiento cuando aquélla ha recuperado su forma primitiva. Creo, sin embargo, que las deformaciones perennes no son tan raras, y que muchas cabezas conservan para siempre las huellas del trabajo de parto. Este es un punto que debe relacionarse con el estudio de la pelvis, y que puede ser muy interesante para la Obstetricia como para la Antropometría.

En realidad no se conoce cuál es la forma normal de la cabeza, y generalmente se considera como tal, la que ha salido en presentación de vértice; pero es una excepción, en estos casos, que la cabeza no sufra deformación alguna.

De un modo general se ha dicho: la forma es ligeramente ovoide en los niños extraídos por la operación cesárea; redonda en los que nacen por presentación de pelvis; ovoide y alargada

en las de vértice; aplastada verticalmente y alargada de la frente al occipucio en las de cara.

Las deformaciones que puede sufrir la cabeza se estudian, como acostumbran hacerlo todos los autores, en relación con el trabajo de parto. Las resistencias que opone el canal pelvigénital serán más ó menos considerables según que se trate de una pelvis estrecha ó normal; pero son de cualquier modo resistencias, y la cabeza del feto tiene que vencerlas en virtud de mecanismos más ó menos bien conocidos. Hay que considerar también las dimensiones de la cabeza del feto.

Se admite la reducción de los diámetros *anteroposteriores*, *occipitomentoniano* y *occipitofrontal*, á consecuencia del hundimiento del occipital debajo de los parietales, y del frontal debajo de los bordes anteriores de los mismos huesos; en tanto que el *supraoccipitomentoniano* aumenta, porque la curvatura de los parietales se exagera. Respecto de los diámetros *transversales*, no hay acuerdo absoluto de opiniones: mientras unos dicen que la reducción más considerable se verifica en el sentido del biparietal, otros admiten disminución real para este diámetro, pero corta, porque los parietales no cabalgan fácilmente el uno sobre el otro. La deformación es notable en el sentido vertical en los niños nacidos en occipitosacra, cuya cabeza puede tener la forma de *piloncillo*. En este caso ha habido una gran reducción de los diámetros *anteroposteriores*.

Estos son efectos del trabajo de parto; pero hay que saber si tiene alguna influencia el descenso prematuro de la cabeza, es decir, la permanencia larga del polo cefálico en la excavación de la pelvis en los últimos tiempos del embarazo.

Hasta hoy he buscado el índice cefalométrico en 240 niños en los cuales quedan comprendidos los 130 á que se refiere el trabajo presentado en el IV Congreso Médico Nacional. El total se descompone como sigue, considerando en conjunto á los hombres y las mujeres:

Dolicocéfalos.....	121
Mesocéfalos.....	67
Braquicéfalos.....	52

y aisladamente á los de uno y otro grupo:

	Hombres.	Mujeres.
Dolicocéfalos.....	70	51
Mesocéfalos.....	39	28
Braquicéfalos.....	27	25

Se ve desde luego la notable proporción de dolicocéfalos, así en el conjunto como en cada grupo considerado aisladamente. También en los 130 niños medidos primero superan los de cabeza alargada.

Para recoger estas observaciones he medido solamente los dos diámetros que determinan el índice cefálico: el occipitofrontal y el biparietal.

En el trabajo á que tantas veces he hecho referencia, anoté como promedios para las dimensiones de estos diámetros en los niños mexicanos, los siguientes: occipitofrontal, 119 mm; biparietal, 92 mm. Entre los 240 niños que tengo en consideración ahora, los promedios son: occipitofrontal, 117 mm.; biparietal, 92 mm. Así es que en esta vez obtengo el mismo promedio exactamente para el B-P. El Dr. Cruz Gómez Tagle, de México, indica los siguientes en su tesis inaugural sobre cefalometría en los niños recién nacidos: occipitofrontal, 11. 10 mm.; biparietal, 8. 88 mm. Pérez Salazar, también de México, señala: 115 y 90 mm. para los dos diámetros que estamos estudiando.

Para resolver el punto indicado por el Dr. Zárraga, pude observar á 50 mujeres multíparas y primíparas. (Estos casos están comprendidos en el total de los 240 niños). De la particular consideración de estas observaciones resulta lo siguiente:

Dolicocéfalos.....	26
Mesocéfalos.....	12
Braquicéfalos.....	12

En los 26 casos de dolicocefalia la cabeza permaneció completamente afuera de la excavación, es decir, que descendió hasta el momento del parto, 12 veces; la misma duró encajada de cinco á seis días antes del parto, 4 veces; por último, el encajamiento se verificó prematuramente, en 10 de los casos que estamos considerando.

En el grupo de niños mesocéfalos la cabeza se encajó en el

momento del parto 4 veces; duró encajada de cinco á seis días, 3 veces; se encajó prematuramente, 5 veces.

En los 12 casos de niños braquicéfalos la cabeza se encajó prematuramente, y puede decirse que en estas circunstancias estuvo por lo menos los últimos quince días del embarazo.

Llaman, pues, la atención dos hechos: 1º, el mayor número de dolicocefalos en los casos en que la cabeza descendió á la excavación hasta el momento en que se declararon las contracciones del trabajo; aunque no hay diferencia notable entre estos casos y los de encajamiento prematuro (10 y 12, respectivamente). 2º, la braquicefalia de todos los niños cuya cabeza pasó el estrecho superior desde muchos días antes del parto; en otros términos: que no fué braquicéfala ninguna de las cabezas que descendió á la excavación de la pelvis hasta el momento del parto.

El hecho supuesto por el Dr. Zárraga parece, pues, confirmarse en este pequeño número de observaciones: cuando la cabeza se encaja prematuramente los niños nacen *braquicéfalos*; cuando desciende hasta el momento del parto, nacen *dolicocefalos*.

Seguramente que en la determinación de la forma de la cabeza debemos considerar forzosamente el factor herencia, supuesto que los atributos de raza (y aquí está comprendido el índice cefálico) quedan en gran parte subordinados á él; pude observar algún caso notable, v. gr., de niño ultradolicocefalo cuya madre se podía clasificar también en este grupo; de modo que no sería lógico considerar como factor de primer orden la acción mecánica del trabajo de parto; pero sí como elemento de importancia, lo mismo que el encajamiento prematuro del vértice en la excavación pélvica.

La reducción del diámetro biparietal es en realidad de poca importancia; no así la de los diámetros anteroposteriores; pero como la dolicocefalia consiste en la predominancia del diámetro occipitofrontal sobre el biparietal, si admitimos la reducción del primero como efecto de las resistencias del trabajo mecánico del parto, hay que declarar que el feto es aún más dolicocefalo antes que la cabeza se encaje, ó que es meso ó braquicéfalo, es decir, de cabeza más ó menos redonda, y que sus diámetros anteroposteriores se alargan extraordinariamente cuando el vértice atraviesa el canal pelvigénital.

En tres casos de parto pélvico observados, nacieron dos niños braquicéfalos y uno dolicocefalo. Sobre este particular es general admitir que la cabeza es redonda cuando sale al último.

Por otra parte, la cabeza no tiene una gran resistencia que vencer cuando atraviesa el estrecho superior en pelvis normales; de modo que las deformaciones se verifican más abajo al encontrar obstáculos que suelen ser considerables en las primíparas. En tal virtud creo que tendríamos que admitir más bien una primitiva forma muy regular del vértice, que se alarga en el sentido anteroposterior bajo la acción mecánica del trabajo de parto. Ahora bien, si la cabeza desciende prematuramente y permanece mucho tiempo en la excavación, se amolda quizás y fija en mejores condiciones su forma regular, y si no hay después grandes resistencias en el momento de la salida, la veremos sin verdaderas alteraciones.

Haré notar, por último, que, según las medidas que tomé en muchos niños á los ocho, quince y veinte días después de la primera, encontré en la gran mayoría de los casos un notable aumento de la dolicocefalia: niños mesocéfalos se convertían pronto en dolicocefalos, y niños con este índice llegaban á ser más dolicocefalos, y aun algunos braquicéfalos (muy pocos) se hicieron de cabeza alargada. En suma: crece más rápidamente la cabeza en el sentido de su diámetro anteroposterior, en la mayor parte de los casos.

Este hecho le interesa más á la Antropometría, que debe también considerar los datos recogidos en los primeros días de la vida. Así, estas investigaciones podrán seguramente compararse con los que estamos llevando á cabo en el Departamento de Antropometría del Servicio Higiénico Escolar, adonde procuramos recoger cuidadosamente el índice cefalométrico de niños de 7 á 14 años de edad.

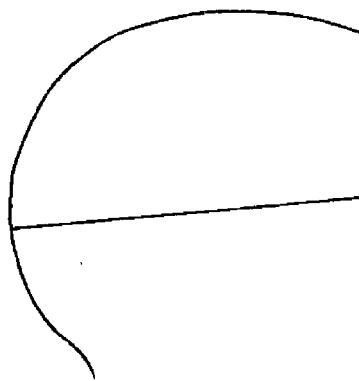
Las tres formas de la cabeza admitidas por los antropómetras y determinadas por una relación numérica que indica los índices grandes, medianos y pequeños, existen bien definidas en los niños recién nacidos, según puede verse en las láminas adjuntas; y en ellos predomina la forma alargada de la cabeza ó sea el índice *dolicocefalo*.

México, 26 de Abril de 1911.

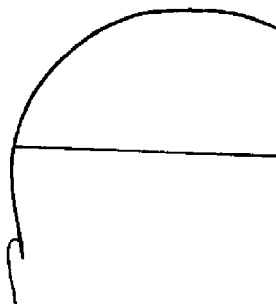
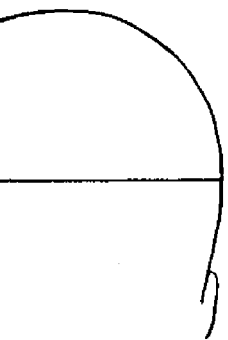
EVERARDO LANDA.



F. = 127 m. m.
P. = 92 ,,
Indice cef. = 72
Oligocéfalo.



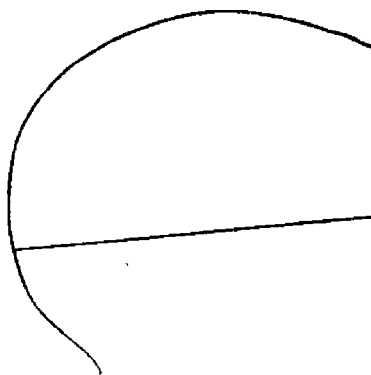
O F. = 120 m. m.
B P. = 94 ,,
Indice cef. = 78
Mesocéfalo.



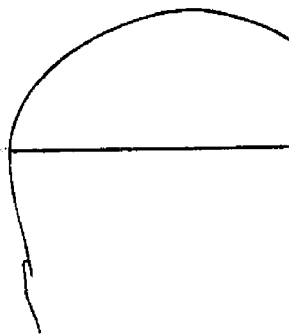
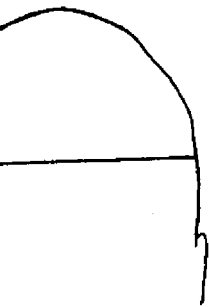
ESCALA: $\frac{1}{2}$



O.F. = 115 m. m.
B.P. = 80 "
Indice cef. = 69
Mesocéfalo.



O.F. = 122 m. m.
B.P. = 96 "
Indice cef. = 78
Mesocéfalo.



ESCALA: $\frac{1}{2}$

GACETA MÉDICA DE MÉXICO

PERIODICO

DE LA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MEXICO.

SESION EXTRAORDINARIA

QUE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA

DE MÉXICO,

CELEBRÓ LA NOCHE DEL 6 DE MARZO DE 1912,

PARA

SOLEMNIZAR LA DECLARACIÓN QUE HIZO EL SUPREMO GOBIERNO
NOMBRÁNDOLA

INSTITUCION OFICIAL.

En la página 10 del N^o 1 de la *Gaceta Médica de México*, se publicó un decreto del C. Presidente de la República, quien, a solicitud de la Academia N. de Medicina, y en vista de las razones que ésta se sirvió exponer, tuvo a bien acordar que desde el 9 de enero del presente año quedaba declarada dicha Academia *Institución Oficial*.

Para solemnizar tan alto como honroso y trascendental nombramiento, la misma corporación acordó celebrar una velada con escogida concurrencia, en la que se hiciese conocer los fines a que está destinada esa Institución, que lleva 48 años de trabajar en pro de la ciencia y de la patria. Para organizar esa festividad, la misma Academia nombró á los doctores Terrés, Soriano, del Raso y Aragón, que forman la Mesa Directiva, y estos señores designaron para orador, además del Presidente de la Academia, al Dr. Manuell, procurando amenizar la reunión con piezas escogidas de la excelente Orquesta del Conservatorio N. de Música.

La sesión solemne extraordinaria se verificó la noche del día 6 del corriente bajo el programa siguiente:

- I. Obertura..... DWORAC.
- II. Discurso por el DR. JOSE TERRÉS.
- III. Esclarmonde..... MASSENET.
- IV. Discurso por el DR. RICARDO
E. MANUELL.
- V. Andante..... MASSENET.

Al finalizar la velada el Secretario primero leyó una Comunicación de la Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes, en la que se hacía conocer que se daría un premio de \$5,000.00 al mejor estudio sobre la trasmisión y tratamiento de la lepra.

Publicamos en seguida las dos piezas oratorias, así como la comunicación relativa al premio, y para concluir esta reseña damos las gracias más expresivas al Sr. Lic. D. Miguel Díaz Lombardo, que era Ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes cuando la Academia recibió el nombramiento oficial, y quien, con la mejor buena voluntad venció todas las dificultades para llevar a feliz término los deseos de la Academia y la realización de la velada.

Señor Presidente:

Sres. Secretarios y Subsecretario de Estado:

Señoras:

Señores:

Cábeme la alta honra de llevar en esta solemnidad la voz de la Academia, para dar al Poder Ejecutivo de nuestro Gobierno encarecidas gracias por haberla encumbrado al nombrarla cuerpo oficial y consultivo del propio Gobierno.

Es la única misión que se me ha confiado; fuera de ella la Academia es extraña a cualquier otro concepto que yo exponga en esta sesión, en la cual deseo referir los fundamentos de mi pensar sobre la utilidad y trascendencia de lo que solemnizamos.

La Academia es, sin asomo de duda, una de las agrupacio-

ne científicas mexicanas que más trabajan: es de las que viven con vida más efectiva; es de las que en su pasado cuentan más cortos períodos de existencia latente; todo lo cual se debe en gran parte al esfuerzo de algunos de sus selectos abnegados miembros, que en épocas de desaliento colectivo supieron sostener encendido el fuego sagrado, para que a su fecundante calor germinaran después ideas salvadoras y pudieran darse pasos de progreso. Y es de pensarse que si con empeño trabajaron para evitar la ruina de la Asociación, con no menor se han de haber dedicado a buscar los recursos más apropiados para extender el esplendor y acrecentar la utilidad de la corporación, blanco de sus afanes. Esta, que era puramente privada, tuvo hasta el 20 de abril de 1887 un nombre que cuadraba perfectamente con su índole; mas en ese día y a moción de los Sres. Domínguez, Cordero e Icaza, sin mediar debate alguno se aprobó que en lo sucesivo se llamase Academia Nacional de Medicina de México. En esa sesión estuvieron presentes los académicos Fernando Altamirano, José María Bandera, Antonio Caréaga, Miguel Cordero, Manuel Domínguez, Ricargo Egea y Galindo, Ramón Icaza, José M. Laso de la Vega, José Olvera, Federico Semeleder, Manuel S. Soriano y Manuel Villada, y el corresponsal Martínez Vargas.

En mi sentir, si al aceptar tal variación del nombre no se dió una prueba completamente inequívoca, sí se proporcionó importantísima de que se notaba, clara o confusamente, la conveniencia y quizá la necesidad de modificar la organización y fines de la Academia. Me parece que toda otra presunción sobre los móviles de ese cambio es forzada, y se debe admitir que ha de haber pesado enormemente en el ánimo de los miembros de la Asociación, y con especialidad en el de los tres que promovieron el cambio, la convicción de que debía dejar de ser agrupación estrictamente privada, y les llevó a designarla con un calificativo que no le pertenecía, que no tenía derecho a usar ni modificaba en realidad su manera de existir. Tenían que comprenderlo así y por lo tanto su decisión ha de haber sido tan sólo la expresión de un deseo vehemente: ha de haber sido como un grito de triunfo lanzado en medio de rudo combate, para dar ánimo y valor a los combatientes, pero nada más.

Muchísimo me apenaría ser tildado de severo para juzgar a

los académicos de entonces, muchos de los cuales son por fortuna nuestros compañeros y guías; y por eso deseo hacer constar muy claramente que no los condeno y menos los acuso, y que, al contrario, lo laudable de su anhelo y las brillantes manifestaciones de constancia y pujantes esfuerzos de que nos han dado ejemplo, me infunden respetuosa admiración, y opino que nos obligan a ser piadosos al juzgar y deben hacer que olvidemos lo inconveniente del medio que se escogió para alcanzar un fin noble.

De entonces acá era incorrecta la denominación de la Sociedad, menester era que dejase de serlo, y sólo podía conseguirse por uno de estos dos recursos: o volver a adoptar el primitivo nombre de Academia de Medicina de México o lograr que el Gobierno de la nación la declarase cuerpo oficial. Lo primero era sumamente sencillo y lo segundo provechoso por todo extremo, como fácilmente se advertirá si, aunque someramente, se medita sobre las consecuencias que esto ha de acarrear para la Academia y para el país.

A mi ver, al punto que se inicia el estudio de esas consecuencias surge la idea de que la Academia ha de mejorar. En efecto: la labor colectiva depende del valer individual de los miembros de una agrupación y del empeño con que trabajan; a las puertas de la Academia pueden llamar todos los médicos, los farmacéuticos y los veterinarios, pero la entrada se reserva a quien, en concepto de la corporación, descuella entre los que acuden, y de aquí se colige que a medida que los solicitantes sean más numerosos y meritísimos, mayor número de probabilidades hay de que los académicos sean selectos. Ahora bien; creo que no se requiere ser zahorí para vaticinar, con muchas presunciones de acierto, que al subir el valer de la Academia y realzar y levantar su nombre, han de pretender estar en su seno mayor número de los citados profesantes, y cuanto más útil sea dicha agrupación, tanto más han de desear pertenecer a ella las personas amantes de servir a la colectividad social.

Hay otro motivo para pensar que el cambio efectuado contribuirá a acendrar la Academia; es que se le propondrán problemas a cuya solución está comprometida a contribuir con ahinco y se le proporcionará campo en donde desplegar sus energías; lo cual no es de escasa importancia entre nosotros, pues la

observación enseña que no son raras las fuerzas latentes, aunque vigorosas; que no es excepcional hallar personas de brillantes prendas intelectuales o morales, que no las exhiben, que las guardan y ocultan hasta que en circunstancias especiales, y a veces por necesidad, las manifiestan y lucen en todo su esplendor. Uno de nuestros defectos comunes es la inacción, de los individuos y de las corporaciones, y todo lo que estimule la actividad y dé motivo y ocasión para que trabajen los buenos pensadores, será beneficioso.

No se me oculta, antes bien se me presenta incontrovertible, que para ser digna de encomio una disposición gubernamental, no basta que levante y mejore las condiciones de una agrupación, sino se requiere que lo consiga sin lastimar derechos legítimamente adquiridos y sin perjudicar a la mayoría, a los que no forman parte del conjunto realzado. De suerte que aun cuando toda clase de consideraciones hagan creer que el trueque parcial de las circunstancias de la Academia la ha de mejorar, se requiere, antes de tributar franco aplauso a su nombramiento de cuerpo oficial consultivo, indagar si no es dañoso a la mayoría del país y no menoscaba o hiere privilegios justamente adquiridos. A mi entender es incuestionable y con meridiana claridad se ostenta, que lejos de ser causal de algunos de tales males, procura beneficios más importantes a los ciudadanos que no pertenecen a la Academia, que a los que la integran. Espero que para mostrar, siquiera en bosquejo, los motivos que me hacen conjeturar las utilidades a que acabo de aludir, se me permitirá que por un momento, y más en apariencia que en realidad, me separe del recto sendero que había escogido para llegar pronto al fin señalado.

A diario y por todas partes se advierten en nuestro medio social defectos trascendentales, y todos los individuos, cuál más, cuál menos; quién por egoísmo, quién por altruísmo; éste con entusiasmo y aquél con desaliento, desean mermarlos, ya que no sea posible por ahora destruirlos. Naturalmente varían en sumo grado las opiniones sobre la naturaleza y cuantía de los males que hay y sobre la elección de los alivios y remedios, y tal variación, de sobra explicada ya por lo complejo de los fenómenos y el enmarañamiento de sus causas, queda también dema-

siado justificada por el desigual criterio y el distinto valer de cada crítico o analizador.

Los fenómenos sociales resultan siempre de la reunión, enlace y contraposición de varias energías anteriores, y a las claras exhibe su incompetencia quien señala una sola como productora y responsable de cierto hecho, y a un recurso único como capaz de cambiar radicalmente la serie sucesiva de los acontecimientos y modificar su aspecto. Pero si esto es verdad trivial, no lo es menos que en el grupo de antecedentes suele corresponder desigual acción a cada uno y que en ciertas ocasiones la modificación de una sola causa, siquiera no sea de las más importantes, basta para hacer variar el efecto, y, por último, que en la imposibilidad, que ordinariamente hay, de variar simultáneamente todas las fuerzas causales, debe pugnarse por ir suprimiéndolas, mermándolas, robusteciéndolas o trocándolas, según las circunstancias, poco a poco y hasta una por una, en último caso, ya que no sea dable caminar con más rapidez en la tarea emprendida.

Yo disto infinito de abrigar la insana presunción de que he descubierto el conjunto de motivos de los males sociales de nuestro país y además juzgo que no sería en sazón ocuparme aquí de todos los que en mi concepto actúan a menudo y vigorosamente; pero entre ellos señalo como poderoso el hecho, que en muchas personas constituye hábito, de opinar, dictaminar y decidir, sin maduro examen; declararse omniscientes tanto cuando están à bastados de buenos conocimientos como cuando sólo cuentan con un barniz ligero de ellos, sin confesar jamás que algo ignoran y que hay asuntos en los que no pueden opinar fundadamente.

Si el concepto erróneo del propio valer se borra y obsecurece más aún por las espesas nubes del incienso quemado en el altar de la adulación, y ese concepto sirve de único sostén a decisiones que adquieren forma de leyes, decretos o acuerdos que deben ser acatados y modificar el curso de los acontecimientos sociales, las consecuencias pueden ser muy lamentables.

Aun cuando el deseo de obrar bien sea inmenso y nula la vanidad de un gobernante, si carece de consejeros especialistas, con frecuencia se equivoca al dirigir asuntos que no conoce y en los cuales, sin embargo, tiene por fuerza que intervenir po-

derosamente. Harto fácil me sería ejemplificar esto con sucesos muy antiguos y otros que no lo son tanto; pero fuera de duda queda que no es menester, precisamente porque a la memoria de todos acuden desde luego y en tropel recuerdos de hechos que justifican mi afirmación, y quizá daría yo margen a la malévolá idea de que pretendo zaherir, cuando tan sólo quiero y, para el objeto que me propongo, debo impersonalmente citar una verdad que sirve de apoyo firme al interesante aserto que constituye el alma de esta corta oración congratulatoria, cuyos muchos defectos de forma lamento, porque levantan entretejido velo que quizá impida ver con precisión el límpido objeto que está en el fondo.

Ahora bien, la creación de los citados centros de consejo para las decisiones del Gobierno, le aumenta las probabilidades de acertar, y parece indudable que si el país no ha de ser dirigido por el capricho, conviene la existencia de varios círculos independientes e idóneos, a los que se pueda acudir y en realidad se acuda cuantas veces sea provechoso.

En honor de la verdad y de la justicia, debo decir que tengo muy presente que en algunos casos se han hecho ya por el Gobierno consultas a sociedades especiales, mas he de agregar también que ha sido en condiciones muy otras de las que concurren en el caso que solemnizamos, y en los pormenores de las cuales no debo detenerme, entre muchas potísimas razones porque no me preocupa en este momento discutir, ni aun enunciar, los precedentes de una decisión, sino establecer las bases para aquilatarla.

Y creo que de sobra lo están ya con lo expuesto, y para dar remate a mis razonamientos sólo me resta recordar lo que a cualquiera se alcanza y es: que todo lo que contribuye a mejorar los gobiernos coadyuva a méjorar a los gobernados y viceversa, y por consiguiente la creación de cuerpos especiales e independientes, para asesorarse, lejos de ser dañosa a la nación, le es útil.

Podría pensarse que con lo expuesto y sin necesidad de ampliarlo, queda de realce que será provechosa bajo todos conceptos la transformación de la Academia en cuerpo oficial consultivo. Con todo, es necesario decir, para que el bosquejo de análisis del asunto no quede incompleto en lo que a la enumera-

ción de los principales elementos del problema atañe, que naturalmente los buenos o malos éxitos de las relaciones que desde ahora quedan establecidas entre el Gobierno y la Academia, dependerán principalmente de la calidad de uno y de otra, y que serán tanto más numerosos y brillantes los buenos resultados cuanto más se preocupen del cumplimiento del deber las dos agrupaciones. Por lo que a la Academia se refiere, presumo que al solicitar lo que se les ha concedido, midieron los académicos previamente sus fuerzas y la responsabilidad que iba a corresponderles, y estoy seguro de que jamás habrá necesidad de recordarles que el país espera que cumplan su deber y sus compromisos.

Satisfaciendo yo ahora los que en este día me incumben, gustoso proclamo a nombre de la Academia, y expreso al C. Presidente de la República, al C. Secretario de Instrucción Pública actual y a su inteligente predecesor, el Sr. Lic. Miguel Díaz Lombardo, nuestra gratitud, porque en medio de sus múltiples y penosas labores se ocuparon de nuestra corporación y la agradecieron con el nombramiento tantas veces citado.

JOSÉ TERRÉS.

ACTA NUM. 32.

SESIÓN DEL 17 DE MAYO DE 1911.

Presidencia del Sr. Dr. Don Julián Villarreal.

Después el suscrito leyó su trabajo reglamentario bajo este título: "Algo más acerca de afasia." Nadie usó de la palabra, por lo cual leyó el Sr. Dr. Mendizabal su memoria de turno titulada: "Contribución al estudio de la heredo-tuberculosis." Se puso a discusión.

Dr. Mejía.—El asunto que trata el Sr. Dr. Mendizabal está

aceptado en todo el mundo. Se sabe que los hijos de tuberculosos están expuestos a serlo en una proporción de 90% muchísimo más que los que no tienen ese antecedente. Años atrás, estudié minuciosamente los cadáveres de tuberculosos en unión de otros facultativos y nunca pudimos encontrar cadáveres de niños tuberculosos en las épocas de la vida muy cercanas a su nacimiento, lo cual corrobora la idea de que se hereda la predisposición y no la enfermedad. Recuerdo ahora un niño, Jacinto Segura, que vivió en la calle del Hospital Real, y a quien estudié en unión del Dr. Villagrán, parecía tener un derrame purulento derecho, y a la autopsia se encontró una caverna enorme, que ocupaba todo el pulmón de ese lado. Por tanto, los niños predispuestos por herencia se hacen primero escrofulosos y más tarde tuberculosos. Quizá haya substancias que obren cerca del óvulo materno para ponerlo en estas condiciones. El asunto de la tuberculosis siempre nuevo y siempre viejo, es muy digno de ser considerado.

Como ninguna otra persona usara de la palabra acerca de este asunto, el Sr. Presidente, Dr. Villarreal, leyó su memoria de turno titulada: "Dos casos más de piosalpinx y apendicitis operados por la vía vaginal," presentando una de las enfermas. Se nombró a los Sres. Dres. Hurtado y Ulrich para examinar á ésta, con cuyo objeto se suspendió la sesión un momento.

Dr. Hurtado.—Debo declarar que el brillante caso que nos presenta operado el Sr. Dr. Villarreal, es un éxito más de estos piosalpinx que son tan comunes de observar. En el Hospital General, que lleva seis años de establecido, llevo operados y vistos numerosos casos. Diré que cuando se logra extirpar íntegra la bolsa purulenta, no hay peligro, y sí lo hay cuando ella se desgarrar. Ya he manifestado que las dificultades de operar por la vía vaginal son muy grandes y fácilmente se desgarrar la mencionada bolsa, si no se posee la habilidad del Sr. Dr. Villarreal. Por otra parte, sin esa habilidad la operación es muy lenta y en este caso se expone seriamente la vida de las enfermas. Además, cuando el plastrón periapendicular es muy alto, por su gran longitud, no debe extirparse. Debo mencionar un caso de mi práctica personal, en el cual extirpé la matriz y anexos, sucediendo que las bolsas de piosalpinx se retrajeron, se marchitaron, cuya enferma presentaré en una próxima sesión. Debe te-

nerse presente la coincidencia frecuente de las anexitis para extirpar los anexos cada vez que sea preciso. Además, la calidad de los microorganismos que producen el pus, debe considerarse y estudiarse según el método de Wight, para operar con rapidez.

Por tanto, las indicaciones respecto a la oportunidad de estas operaciones, son elásticas, lo mismo que respecto a la vía de elección. Sin disminuirse por todo esto mis felicitaciones al Sr. Dr. Villarreal.

Dr. Villarreal.—No estoy de acuerdo con todas las ideas manifestadas por el Sr. Dr. Hurtado; pero me reservo a tratar estos asuntos para cuando él nos presente la enferma.

ANTONIO A. LOEZA.

ACADEMIA N. DE MEDICINA.

DEL ACTA NUM. 33.

Sesión del 24 de mayo de 1911.*Presidencia del Sr. Dr. Don Demetrio Mejía.*

Se concedió la palabra al Sr. Dr. Velázquez Uriarte para leer su memoria de turno que tituló: "La Canalización en Ginecología." Se clasificó y se puso a discusión. Nadie usó de la palabra.

El Sr. Dr. Hurtado dió primera lectura al dictamen de la comisión de neurología y psiquiatría, respecto a la memoria presentada a concurso por el Sr. Dr. Aragón.

ANTONIO A. LOAEZA.

Efectivamente, tal parece que avemar ó canalizar una herida sería lo más conveniente y mas sencillo después de una laparotomía alta o baja (supra-púbica ó vaginal); más la experiencia y observación de los diferentes casos tratados con la canalización ó sin ella y la comparación cuidadosa de los resultados obtenidos han cambiado su significación y, á mi modo de ver, es este asunto tiene suma importancia como procuraré indicarlo en las consideraciones siguientes.

Desde Abril de mil novecientos nueve, época en que mis ideas cambiaron respecto de lo que debe significar la canalización en las operaciones intraperitoneales, procuré examinar los resultados que se obtenían, canalizando á unas enfermas ó dejando de hacerlo en otras: entonces advertí la diferencia que se nota con tan diverso proceder, pues la primera impresión que se recibe cuando se observa cuidadosamente la evolución de las pacientes es:

I. La mayor mortalidad en las enfermas que se han canalizado.

II. Estas enfermas—las que se canalizan—están expuestas a mayores perturbaciones post-operatorias y duran mayor tiempo en el lecho que las no canalizadas.

En consecuencia es necesario, hasta donde sea posible, precisar los casos que deban someterse al desagüe ó avemamiento.

En las operaciones intra-peritoneales que he practicado desde el año pasado á la fecha, he procurado evitar la canalización post-operatoria y los resultados obtenidos han sido mejores comparándolos con los obtenidos en años anteriores.

16 Celiotomías abdominales.	} Una defunción.
22 Celiotomías vaginales.	
<hr/> 38 Total.	

De las primeras 16 laparotomías supra-púbicas fueron canalizadas 3: se aplicó tal medio á una de ellas, por las relaciones de adherencia [del piosalpiñx derecho que se le extrajo y las cuales éran anteriores, quiere decir, la bolsa purulenta se había desarrollado entre la pared antero-lateral del bajo vientre la vejiga y la matriz, quedando hacia atrás el epiplón y los intestinos que formaban la pared superior.

Una vez extirpada la bolsa purulenta, se cuidó, al abrirla, de que el pus cayera sobre gasas esterilizadas, concluyendo la histerectomía, suturando y ligando toda las superficies sangrantes y peritonizando lo mejor que se pudo. Más, como tanto el peritoneo parietal anterior como algunas porciones de serosa intestinal con las que había contraído adherencias la bolsa, sangraban un poco y no fué posible hacer la hemostasia perfecta, ni la peritonización completa de esta superficie, se canalizó poniendo un tubo de caucho en el ángulo inferior de la herida del vientre.

Otra de las enfermas también se canalizó para evitar las colecciones posteriores de sangre ó de suero sanguíneo y no exponerla á porvenir dudoso, porque al extirparle un quiste gigante del ovario hubo necesidad de desprendérselo de sus múltiples adherencias, muchas de las cuales no fueron fáciles de peritonizar.

En el grupo de las operaciones vaginales, también hemos canalizado una que otra vez, cuando se ha tratado de grandes bolsas que dejan extensas superficies de serosa despulida, productos de exudados cuyo porvenir no es fácil asegurar si se cierra la herida vaginal completamente.

En las demás enfermas no canalizadas, es de hacer notar el éxito de los resultados que fueron excelentes, desde el momento que no solamente se les cuidó la vida y se les salvó de sus padecimientos neoplásicos ó inflamatorios, sino que, además, es de llamar la atención su evolución post-operatoria, ó mejor dicho su convalecencia que fué mucho más rápida y sin trastornos de consideración, sin grandes elevaciones de temperatura como pueden demostrarlo las cuadrículas llevadas con rigor, pues la cifra más alta que en ellas se encuentra apenas si alcanzó 37.5 en el segundo, tercero y cuarto días después de la operación.

En este último grupo de enfermas no canalizadas, se encuentran muchas pacientes portadoras de tumores fibromatosos de la matriz, de tipo abdominal, más ó menos voluminosos y algunos de ellos con adherencias al piso pélvico y al epiplón.

Tres enfermas de estas llevaban un piosalpinx derecho, otra un hidro-salpinx que semejava un quiste del ovario y la tercera, á la vez que un fibromioma de regulares dimensiones,

un quiste hemático más grande que el tumor fibromatoso, y en el grupo de enfermas no canalizadas á que me refiero con excepción de tres de ellas, se hizo la histerectomía supra-vaginal, dejando unas veces los dos ovarios, otras veces uno sólo y siempre abocando las extremidades internas de las trompas al punto céntrico del corte supra-vaginal en donde se suturaron con catgut, peritonizando las superficies cruentas.

En las tres enfermas en quienes se practicó la histerectomía total debo indicar que una de ellas padecía de un cáncer del cervix y las otras dos eran portadoras de una cervicitis exulcerosa, cuya naturaleza no era fácil apreciar, á la vez que su matriz estaba fibromatosa.

En todas estas enfermas, como dije antes, no se canalizaron las heridas—ni la del vientre ni la vaginal—y los resultados fueron excelentes, con lo cual he visto que, mientras más intervenciones he practicado menos necesidad he tenido de servirme de este medio quirúrgico,—la canalización,—que, no obstante lo que se ha pensado de ella y las modificaciones que se le han hecho, será siempre una arma de dos filos, una arma peligrosa o un gran medio de defensa en muy pocos casos.

Por esta razón, voy á permitirme entrar en algunos detalles y consideraciones acerca de este asunto para hacer más claras las razones que me han obligado á usar tan poco la canalización y á temerla tanto en muchos casos.

Chasaignac fué el primero que ideó canalizar las heridas para favorecer el escurrimiento de los exudados de estas; pero como en esa época no se conocían las causas de la supuración, se abusó de este recurso canalizando sistemáticamente toda herida operatoria y originando con esto, trastornos múltiples en la evolución cicatricial de las heridas post-operatorias.

Sims creyó indispensable la canalización sistemática en cada laparotomía, considerando que aun cuando fuese perfectamente terminada cualquiera intervención intra-peritoneal, quedaría la enferma en peligro de cualquiera complicación si no se canalizaba la herida.

Sin embargo, Wagner comenzó a orientar la conducta que debería observarse para aplicar la canalización con sus trabajos experimentales, restringiendo su uso á los casos en que el peritoneo fuese mecánicamente irritado y á los casos de supuración.

Olshausen es uno de los primeros ginecólogos que se opone de una manera terminante á la canalización sistemática de las operaciones intra-peritoneales y hace notar que en estos últimos años ha practicado 1,555 laparatomías en su clínica de Berlín, de las cuales solo ha canalizado á cuatro enfermas, obteniendo buenos resultados en todas.

Con esto, otros cirujanos acogen sus ideas y practican su técnica con iguales resultados: entre estos deben citarse a Fehling, Sänger, Hofmayer, Döderlein y Krönig.

Con objeto de poder apreciar con alguna claridad las razones que deben tenerse presentes para determinarse á "drenar" ó no á las enfermas laparotomizadas, dividiremos la cuestión de la manera siguiente:

I.—Casos en que la perfecta hemostasia sea difícil.

II.—Casos en que se trate de tumores infectados ó supurados.

III.—Casos no infectados.

En el primer grupo tenemos que considerar los tumores adherentes, cualquiera que sea su naturaleza, trátense de fibromas, quistes, hematoceles ó aún del piosalpinx que, aunque su contenido es purulento, es de advertirse, sin embargo que, en muchas ocasiones, el pus es perfectamente estéril. Así pues, cuando en una intervención se tienen que destruir adherencias, sean estas epiploicas, intestinales ó bien en el peritoneo pélvico, sucede, y no raras veces, que las superficies cruentas que resultan de este despegamiento son poco á propósito para verificar en ella la hemostasia completa que es tan indispensable para el buen éxito operatorio, pues sería tarea imposible intentar ligar uno por uno los pequeños y múltiples vasos sangrantes. Más aún, en estos casos sucede también que sea, por la extensión de la superficie peritoneal cruenta ó sea por el mal estado de la serosa, no será fácil cubrir estas superficies con peritoneo; mejor dicho, no podra peritonizarse; por esto es que, no pudiendo hacer una perfecta hemostasia, en estos casos será la canalización inevitable.

Olshausen dice, á este particular, que pequeñas cantidades de sangre no perjudican en nada la evolución normal post-operatoria, puesto que se debe tener presente el poder de absorción del peritoneo sano, á la vez que el fagocitario; pero no siempre se

podrá ni deberá confiar en esta cualidad benéfica del peritoneo sano, pues no será fácil determinar en el momento operatorio si la cantidad de líquido dado por esta superficie, á la postre será pequeña ó grande: en una palabra, no podrá determinarse si la cantidad que se produzca será totalmente absorbida por la serosa peritoneal ó si en su defecto quede en la cavidad —bajo la forma de hematoma—exudado cuyo porvenir es dudoso, puesto que se ha notado que este bajo cualquier forma, produce algunas veces temperaturas más ó menos altas durante varios días consecutivos y molestias dolorosas en la región, y otras veces se observa que estas colecciones se transforman en pus, produciendo perturbaciones más o menos intensas que obligan no pocas veces á una segunda intervención.

De lo expuesto resulta que serán muy pocos los casos en que deba emplearse este medio de defensa puesto que una hemostasia completa contraindica terminantemente toda canalización.

El segundo grupo comprende todas las operaciones sépticas, ya sea que se trate de tumores degenerados, reblandecidos, de piosalpinx ó que en el curso de la intervención haya ocurrido algún incidente séptico ó infeccioso, comprendiéndose también en este grupo las inflamaciones pélvicas en sus distintas formas y períodos.

LAS ANEXITIS, sean ó no quísticas y purulentas, los PIOSALPINX, ABCESOS PÉLVICOS y LOS TUMORES INFECTADOS.

La Bacteriología ha demostrado claramente que muchos de los padecimientos supurativos de los órganos genitales internos de la mujer no son tan terribles ni mucho menos tan mortíferos como se creía en épocas no lejanas.

En efecto, tratándose de las inflamaciones crónicas del peritoneo pélvico ó de piosalpinx más ó menos voluminoso y de origen gonocócico, se encuentra el cirujano con que, no obstante la faena laboriosa, difícil y preñada de peripecias múltiples, como la de haberse derramado pus en el peritoneo, varias enfermas han podido salvarse, y tal vez se haya creído que el éxito era debido á la canalización oportuna que le hizo, pero sin duda alguna, é mejor dicho, probablemente, la verdadera razón de que algunas de estas enfermas se salven, no es debido á la canalización sino á lo que la Bacteriología nos indica y es: "QUE ESTE PUS DE LOS PIOSALPINX CRÓNICOS ES MUCHAS VECES

PERFECTAMENTE ESTERIL" y, en consecuencia, aún cuando se haya derramado una pequeña cantidad en la cavidad peritoneal, no pondrá en peligro la vida de las pacientes ni la comprometerá, desde el momento en que se trata de pus aséptico que no está en condiciones de producir una peritonitis.

Tal vez deba temerse más bien una complicación post-operatoria, por transformar una operación de aséptica en séptica, en cuyo caso no valdrá de gran cosa la canalización, pues es de recordarse que este medio ó este recurso, que en tan pocos casos tiene una acción benéfica, en la mayoría de las circunstancias produce un resultado contrario, es decir, *en vez de extraer microbios de la cavidad PERITONEAL los introduce* y, por consiguiente, aumenta las causas de infección en vez de disminuirlas.

Sin embargo, debo advertir también que no todos los piosalpinx crónicos, absesos y demás inflamaciones de la pequeña pelvis contienen pus esteril, resultando de esto que sería muy conveniente hacer ó mejor dicho imitar á las clínicas ginecológicas europeas, en las cuales, cuando se tiene que tratar una colección purulenta, se extrae una pequeña cantidad del líquido por medio de una jeringa de Pravaz, antes de principiar toda maniobra de extirpación de los órganos ó de histerectomía, con la mira de que inmediatamente sea analizado microscópicamente, para determinar si contiene ó no bacterias infecciosas y, en consecuencia, decidirse ó no á canalizar.

Pero hay más todavía y es que en algunos casos de tumores infectados ó reblandecidos, no siempre está indicada la canalización si se ha evitado que el líquido o pus se haya derramado en la cavidad del vientre y aún si, desgraciadamente, ha caído una pequeña cantidad y se ha podido limpiar y secar la superficie tocada por el líquido séptico, pues la superficie de la serosa es suficiente en muchos casos por medio de su activa fagocitosis para defender al organismo del pequeño número de bacterias que hayan podido alojarse en él, sin necesidad de recurrir á la canalización.

A este respecto, debo referir someramente una de mis últimas laparotomías que comprueba esta manera de pensar:

Se trata de una mujer de 58 años de edad, nulípara y portadora de un fibro-sarcoma uterino, adherente al epiplón y al peritoneo pélvico del fondo de saco de Douglass.

A esta enferma se la practicó la laparotomía supra-pública haciéndole la histerectomía total y, no obstante que la consistencia del tumor era deleznable y que al incidir el cervix se escurrió pequeña cantidad del líquido sucio contenido en la cavidad de la matriz, no se necesitó de canalización vaginal, ni de la pared del vientre, pues se tuvo cuidado de peritonizar toda la pequeña pélvis limpiando con gasas asépticas cuidadosamente la superficie peritoneal, suturando completamente el peritoneo de los ligamentos anchos de la vejiga y fondo de Douglass.

Cuando se trata de operaciones asépticas, es decir, de neoplasias benignas como fibromas uterinos, quistes ováricos que no han contraído adherencias y en los que se puede cumplir con las reglas quirúrgicas para practicar operaciones típicas, huelga decir que está perfectamente contraindicada la canalización, tanto vaginal como la de la pared del vientre, pues se comprende que en todos estos casos está obligado el cirujano á practicar la más perfecta hemostasia que, por lo demás, es perfectamente accesible, y una completa peritonización á fin de cubrir las superficies celulares, sin descuidar, también, dejar ó formar grandes pedículos al ligar las arterias de la región porque se tendría el temor de que la parte excedente que queda fuera de la asa que forma la ligadura, quedase sin nutrición por estar aislado del resto del organismo y sería darle mayor trabajo a la economía para reabsorber ó transformar estos pedículos que quedarían como cuerpos extraños.

Se han observado, no raras veces, malos resultados á consecuencia de la canalización: para evitarla por inútil ó peligrosa mencionaremos algunos casos:

LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL: Esta puede ocurrir por la adherencia que se verifica entre el "dren" y la pared intestinal.

Efectivamente, cuando una asa intestinal se adhiere á la gasa ó al tubo, corre peligro inmediato de hacerse impermeable, brusca ó gradualmente; con frecuencia la obstrucción no es completa, pero bastará que la luz del tubo intestinal disminuya de amplitud para que pueda ser manantial de varias perturbaciones como son: constipación y cólicos intestinales que pueden durar muchos días y aún semanas después de la operación.

Dudly refiere algunos casos de muerte, los que atribuye á que las perturbaciones ocasionadas por la canalización y en los que,

refiriéndose á la autopsia de ellos, ha visto que el intestino adherente al tubo ó "dren" producía en su pared la forma de éste, presentando el aspecto de una maza sin forma y difícilmente reconocible.

Las FÍSTULAS ESTERCORALES se han descrito, también, como una consecuencia de la presión que verifica el tubo sobre la pared intestinal, provocando fuerte irritación en esta y siguiendo más tarde la flegmasia, la infección y la necrosis correspondiente y completa para producir al fin la fístula intestinal.

Ahora bien, si desgraciadamente en el curso de una intervención ginecológica se perfora el intestino, en este caso se procurará suturarlo con nimio cuidado para evitar la canalización, la que á mi modo de ver juzgo conveniente en caso de que quede la duda de haber hecho una buena sutura ó que la lesión se encuentre muy profunda.

LA VEJIGA está expuesta también, desde el momento en que el "dren" ó tubo se coloca en el ángulo inferior de la herida, á contraer adherencias con los órganos vecinos, debido á la irritación que el tubo ó la gasa producen en su pared y á sufrir perturbaciones varias que, aunque pasajeras y poco graves, deberán evitarse; y por último, recordaremos también que las enfermas canalizadas por el vientre quedan expuestas á eventrarse porque la canalización hace que las superficies ó los tejidos que debieran unirse, queden separados mucho tiempo y la cicatrización que posteriormente se verifique será insuficiente para resistir á la presión intra y extra-abdominal.

Haciendo una síntesis de la exposición anterior se puede concluir lo siguiente:

CASOS EN QUE NO ESTÁ INDICADA LA CANALIZACIÓN INTRA-PERITONEAL.

I.—En todas las operaciones asépticas, en las que no hay fuentes de infección y que se haya podido conservar la técnica rigurosamente aséptica desde el principio hasta el fin de la intervención.

II.—En las operaciones que obliguen al ginecólogo á la extirpación de bolsas purulentas (como piosalpinx de grandes ó

pequeñas dimensiones); pero que al desprender estos focos de infección se lo haya verificado con el conveniente cuidado á fin de extirparlos completos y sin derramar el pus en la cavidad.

III.—En los casos purulentos que al ser extirpados, su contenido, se haya escapado ó derramado en la cavidad del vientre, pero que el examen microscópico inmediato haya demostrado que este líquido purulento esté perfectamente estéril.

CASOS EN QUE ESTÁ INDICADA LA CANALIZACIÓN
INTRA-PERITONEAL.

I.—En todas las peritonitis más ó menos generalizadas y sépicas sea cualquiera su naturaleza y la causa que las haya producido.

II.—Se canalizarán las superficies infectadas y despolvidas, superficies que segreguen líquidos infectados para evitar la generalización de la infección ó la formación de colecciones líquidas que no puedan reabsorverse posteriormente, sean estas exudaciones ocasionados por la abertura de un intestino, por la presencia de un absceso ó por la imposibilidad que se encuentra, á veces, de extirpar completamente algunos fragmentos de las paredes quísticas adherentes al peritoneo y que pudieran necrosarse posteriormente.

III.—Por último, en los casos en que queden superficies cruentas más ó menos amplias, y en las que no sea fácil verificar perfecta hemostasia, y en este grupo de casos la canalización que se haga con gasa servirá, á la vez, de taponamiento.

México, mayo de 1911.

VELÁZQUEZ URIARTE.

ACTA NUM. 34.

Sesión del 31 de mayo de 1911.

Presidencia del Sr. Dr. Don Julián Villarreal.

Se concedió la palabra al Sr. Dr. Monjarás para dar segunda lectura a su voto particular, por no estar presentes los relatores de las comisiones dictaminadoras acerca de las plazas vacantes. Como al terminar esto se encuentra en el Salón el Sr. Dr. Hurtado, relator de la comisión de la plaza de Neurología y Psiquiatría se le concedió la palabra y dió segunda lectura al dictamen del caso. Se procedió a votar la parte resolutive de él, en cuya virtud quedó electo miembro titular de esta Academia por unanimidad de votos, el Sr. Dr. Enrique Aragón, lo cual se sirvió declarar el Sr. Presidente, para que se comuniqué al interesado enviándole el Diploma relativo.

ANTONIO A. LOAEZA,
Primer Secretario.

PSIQUIATRIA.

LOS SINDROMAS MENTALES.

Tesis que envía el Dr. Enrique O. Aragón, a la Academia Nacional de Medicina de México, optando a una de las plazas vacantes de Psiquiatría y para las que convocó dicha Academia el 25 de Enero de 1911.

México, Abril 24 de 1911.

SEÑORES ACADÉMICOS:

El esfuerzo.—Existe un antiguo simbolismo que representa al gigante Atlas llevando sobre sus hombros al mundo, que sostiene pesadamente y en virtud de un SUPREMO ESFUERZO. Es netamente simbólica tal representación, pues parece que ese supremo esfuerzo es condición de supervivencia y triunfo. Esto,

no sólo es exacto en cuanto al organismo aislado y a la animalidad en lucha contra la naturaleza o el medio, sino también en cuanto al hombre y a los agregados: sociedades y pueblos; de manera que siempre que una civilización ha marcado su huella en la historia de la humanidad, las obras monumentales e imperecederas que ha legado, han sido hijas de la paciencia y de la labor colectiva de muchos brazos, de varias generaciones, y durante años, lustros y siglos. Murallas y pirámides; obeliscos y templos; canales y compuertas, atestiguan el *trabajo*, la energía y la resistencia de razas suficientemente vigorosas para emprender obras de *dificultad magna*, pero que el anhelo, la constancia y la cooperación, han conseguido lograr y que hubiéranse considerado imposibles o utópicas sin estos factores.

Esfuerzo colectivo humano.—Los ejemplos abundan: la pirámide de Cheops en Egipto, de que habla Herodoto, tiene 232 metros de anchura en su base y 146 de elevación, con un volumen de 2.600,000 metros cúbicos de material y 203 gradas de piedra. La estatua de Ramsés II en Tebas (la ciudad de las 100 puertas), pesa 900 toneladas ella sola. La extensa muralla china, rodeando todo el imperio, fué construida en tres siglos. El Coliseo en Roma, mandado levantar por el Emperador Tito, ofrece una capacidad para 87,000 personas; y las termas de Caracalla ocupan una area de 110,536 metros cuadrados, pudiendo bañarse en las de Diocleciano 3,200 personas al mismo tiempo.

Esas labores han sido llevadas a cabo pacientemente por miles de hormigas humanas: acarreando unas, levantando otras, cincelando las de mas allá; todas cooperando, multiplicando y centuplicando su esfuerzo, y en épocas en que la mecánica no estaba sino en embrión, y en que a falta de maquinarias o de grúas, bastaba con la contracción del músculo.

Ultimamente ya adelantada, se abrió el Canal de Suez que comunica el Mediterráneo con el mar Rojo y cuya longitud es de 825 millas. En la actualidad (y hasta Marzo 1° de este año), del de Panamá se llevan escavadas 131.839,436 yardas cúbicas y quedan por escavar 50.708,330. Además se construyen en las nuevas y modernas Babel, torres y edificios de múltiples pisos, con obreros que hablan el mismo lenguaje del trabajo. Para ilustrar, no citaré sino pocos casos: la Torre Eiffel tiene 895 pies de altura. Son múltiples los pisos del Templo Masónico en Chi-

cago (E. E. U. U.) ó del "Times" en la Calle 42 de la misma Ciudad, y el "Foreign Trade", enseña en uno de sus últimos números, a mecánicos conectando columnas en el piso 35 de un edificio y a 760 pies de altura.

Esfuerzo individual humano.—Otras veces el esfuerzo no ha sido colectivo, sino individual, pero prolongado, y entonces un sólo hombre ha hecho obras inmortales, a las que ha dedicado mucho tiempo o toda su vida. Así se dice de Miguel Angel que duró 8 años pintando su cuadro "El Juicio Final" de la Capilla Sixtina.

Por lo dicho se comprende que el esfuerzo es el único que puede ayudar a los desheredados y a los pobres; a los que sin patrimonio o sin fortuna en este mundo, para subir cada escalón o peldaño, necesitan del empuje, obligado a un dictado de conciencia, que los eleve y levante. Muchos grandes genios se han reclutado de entre las clases bajas y se han caracterizado, saliendo de entre los amorfos. Tal pasó con Giotto y Cimabué.

Esfuerzo animal.—En los animales inferiores el estímulo interno de una manera instintiva también puede encontrarse, al grado que según el Dr. Wood, es el precursor del razonamiento humano. Pero con esto de particular, que el trabajo animal con relación al peso y tamaño del artífice o ejecutante, y por sus resultados, es enormemente superior al nuestro. Son de llamar la atención las galerías y túneles cavados por las hormigas del género *Eciton* (*Formica fusca*, parda y flava) o los Termites. Huber ha calculado que si una "*Formica fusca*" taladra dos galerías de $\frac{1}{2}$ de pulgada de profundidad en un día, revistiendo con tierra las entradas, un hombre, necesitaría abrir él sólo, en el mismo tiempo, 2 zanjas paralelas de 72 pies de longitud cada una y 4 pies y 6 pulgadas de anchura, revistiéndolas con paredes de 3 pies de elevación, por 14 a 15 pulgadas de espesor.

Las abejas del género *Andreno* y la avispa común (*Vespa Vulgaris*), han realizado instintivamente y por esfuerzo, el construir sus panales hexamétricos, resolviendo así, el problema planteado después por Reamur: "Supuesta una vasija hexagonal que termine por tres lados de rombo, averiguar cuáles son "los ángulos que darían la mayor suma de espacio, con la menor de material y la menor de esfuerzo." Los ángulos mayores son de $109^{\circ}28'$ y los pequeños de $70^{\circ}32'$. Maraldi, Kaenig

y Maclaurin, han confirmado matemáticamente tales datos.

La araña (*Migale Blandii*) y el gusano de seda (*Bombix Mori*), despliegan cada uno sólo, al tramar sus hilos, mayor energía que la que produjera un telar con sus máquinas en acción.

Sistema filosófico de esfuerzo.—Por similitud del gigante que sostiene en sus espaldas al planeta tierra, háse llamado ATLAS á la primera vértebra cervical, encargada de sostener el cráneo, que encierra otro mundo: el de la MENTALIDAD, mundo que había de crear también un sistema filosófico de esfuerzo. (1)

Diferencia entre desear y querer. En el uno no hay esfuerzo, en el otro es positivo.—Tan es esto cierto, que los antiguos helenos, formaban ó educaban á los jóvenes atenienses, de dieciseis y dieciocho años en la escuela de la dificultad, para que los efebos supieran vencerla. Los enseñaban á QUERER, no solamente á DESEAR, que para mí son términos completamente distintos. El individuo que *desea* simplemente, *no quiere*; solicita de una manera pasiva y pide que se le entregue todo hecho; el que *quiere*, procura activamente y pone los medios para conseguirlo. Los primeros son propiamente abúlicos, mientras los segundos, nó. Como aquellos, ¡cuántos enfermos hay! que desean, pero que no quieren curarse; cuántos psicastenicos y débiles de espíritu, piden, pero no ayudan, por lo que hay que educarles *su voluntad*. A este respecto pueden consultarse las obras de Payot y de Levy sobre el mismo asunto.

Si en tesis general el fracaso es propio de los que desean y no de los que quieren, hay excepciones. No es raro que á pesar del intento para conseguir, no se logre. Recordemos un artista mexicano, célebre escultor, á quien invadió un cáncer de la mano derecha, que fué necesario amputar, y que entonces, con la izquierda trató de seguir su labor. (2). En una de sus obras: "Malgré tout," se encuentra esa protesta en que *apesar de todo* y por esfuerzo hay que levantarse. Es la rebelión, digamos así, de un espíritu fuerte sobre el medio y circunstancias que en su contra van, acaso también sobre el mismo organismo que no ayuda. En este caso, el esfuerzo es el suplicio de Tántalo contra la adversidad, es la energía que todavía intenta luchar y le-

(1) Maine de Birán. Diccionario Enciclopédico. Selección por el esfuerzo. Evolucionismo. Spencer.

(2) Jesús Contreras.

vantar lo caído y vencido, pero que no quiere cejar y que aunque moribundo se revela en la última batalla. Este genio sucumbió más tarde á la repululación del cáncer en el hombro, y después á su extensión á la columna vertebral, hasta que invadió la médula espinal. En tales casos, queda la satisfacción de haber cumplido y de *haber querido*, en la extensión del término, no solamente de haber deseado; correspondencia que en cierto modo hay entre los términos ingleses: "I will", y "I wish". La misma distinción entre "volo" y "cupio" en latín.

No hay que confundir esta significación de la palabra "DESEO", con otra que también tiene y que una obra alemana le ratifica (3), significándole el apetito bestial, carnal ó de orden inferior; el concupiscente ó de la hembra, de la mujer y que pertenecería á un discípulo de la Escuela Hedonista ó de Epicuro, ó bien á sectarios de la Escuela Sensualista ó Cirenaica. Este apetito, origen del instinto sexual, lo hacía radicar Platón, según su concepto tripartito, en el vientre.

Relaciones del esfuerzo con la adaptación mental.—En la actualidad el Dr. Nayrac, ha establecido el trípode sobre que descansa la ADAPTACION MENTAL, á saber: ESFUERZO, ATENCION ACTIVA Y VOLUNTAD; analiza con un criterio netamente determinista los motivos é impulsos de dicha adaptación, así como los que provocan su desquiciamiento. Las modernas clasificaciones acerca de la INSANIDAD MENTAL, tienden á seguir un camino totalmente distinto del hasta aquí seguido, precisamente por los conceptos de últimas fechas sobre la ADAPTACION O NO ADAPTACION.

Entiéndase de una vez por todas, que no voy á entrar en las disquisiciones sobre lo que debe entenderse por salud y enfermedad, sino que sólo me voy á ocupar de la NO ADAPTACION MENTAL, que es precisamente el criterio último de la ALIENACION O ENAJENACION.

Los adaptados.—Los sanos de espíritu ó cuerdos como se les llamaba antaño, son los que han sistematizado sus procesos psíquicos de una manera harmónica, bajo la forma de equilibrio y en justos límites. Son los llamados tipos NORMALES O ADAPTADOS.

Diversos grados de inadaptación.—LOS INADAPTADOS son

(3) Sudderman.

los que salen de dicho cuadro, admitiéndose entre ellos muchos grados, desde la SEMI-ADAPTACION, constituida por tipos fronterizos ó COMPATIBLES (hasta cierto punto, para poder vivir relacionados en Sociedad ó en sus hogares), hasta los no solamente INADAPTADOS, sino *nunca adaptables* ó INADAPTABLES. Hay pues la escala: de simple desequilibrio primero ó anormalidad, hasta el último grado de ésta, francamente patológica, pudiendo ser CURABLE (inadaptación presente, pero no futura) ó INCURABLE (inadaptabilidad definitiva.) Los polos de la cadena así constituida, forman los arquetipos de la adaptación ó no adaptación. En ésta, un estado de Conciencia, ó un grupo restringido de procesos se desarrolla en grado sumo (generalmente), ahogando á los demás ó nulificándolos. Otras veces, todos se empequeñecen ó falta un gran número; pero siempre la no adaptación, *desintegra*, mientras que la adaptación, *integra*. La terapéutica mental procurará disminuir la lista de los condenados *perpetuos ó insanos-irremediables*; y de los *transitorios*, intentará hacer desaparecer, cuanto más pronto, mejor, sus desviaciones psíquicas del momento ó más ó menos duraderas, pero no perennes, para acercarlos y hacerlos entrar en el cartabón ó carril de adaptación.

Es indudable que mayores éxitos se recojerán sobre los semi-adaptados y los inadaptados efímeros que sobre los crónicos y antiguos, cuya readaptación ya no cabe ó para los que nunca ha existido y para los que poco puede dar la Psicoterapia.

El epiléptico con ideas fijas y obsesiones; el maniaco delirante plagado de ilusiones (falsas percepciones) y de alucinaciones (equivalentes aperceptivos); el alcohólico crónico y el morfínómano; el criminal impulsivo y pasional; el invertido sexual ó amoral; todos ellos son inadaptados aunque en diferente grado.

Simulación y disimulación.—Hay que hacer una aclaración: los simuladores de la locura, son adaptados que ocultan esa adaptación; mientras que los disimuladores son inadaptados que pretenden serlo; o en otros términos, los primeros se parecen a esos mármoles o jaspes, que se cubren de albayalde, pero que basta raspar su cubierta para encontrar el mérito; los segundos son moneda falsa que fraudulentamente pretende pasar por legítima. En el fondo ambos simulan y compartimos con el Dr. Ingegneros su tesis sobre identidad de ficción: unos de enfer-

medad, otros de salud. (4). Hay, sin embargo, un grupo de ficcionistas: los comediantes y trágicos, que hacen la adaptación a cada papel representativo o personaje, procurando borrar la artificialidad, para aparentar naturalismo. Ellos no son sino seres *adaptados*, pero que intérpretes del sentimiento estético (resultante de un juego, como dice Max Muller), adaptan su mentalidad, sin haber desintegración, a múltiples asuntos y épocas, pasando en esta acomodación muchas veces, de las formas activas a las secundariamente pasivas. Por tal razón se podrá decir:

La commedia e una farsa.....ma vera.—Il vero artista finge e beffa..... ma crede, fa credere a tutti e dona fede.—Gioia, tristezza e pazzia, la sua carne non sono, sono i suoi vestimenti piegati ad'altra. (5).

La adaptación Social y el criterio penalista.—La adaptación mental trae consigo como derivada la Social (de que se ocupa la Psico-Sociología) y a su vez el estudio de los actos de Conducta que norma la Etica o Moral. Esta adaptación Social es cada vez más difícil cuanto se considere una Clase más baja o inferior con relación a las otras, pues sus componentes necesitan mayor *esfuerzo* para elevarse. Tal pasa con los plebeyos y burócratas.

El problema va, sin embargo, más allá, pues para los inadaptados al medio y psicópatas criminales, en virtud del peligro que ofrecen, hay que valorar su grado de *temibilidad*, base sobre la que debe descansar el DERECHO PENAL para imponer el castigo. (Dr. Ingegnieros).

De esta manera la Justicia bajo la forma de defensa Social, modifica sus conceptos de responsabilidad y culpabilidad, substituyendo el antiguo de conciencia o inconciencia en el acto: desde los semi-adaptados poco peligrosos, como individuos con desharmonías, desequilibrados y extravagantes, locos pacíficos, personas con accidentes psicopáticos transitorios, pequeña histeria, neurastenia, etc. hasta los inadaptables muy peligrosos

(4). La simulación en la lucha por la vida.

(5). La comedia es una farsa... pero cierta. El verdadero artista finge y burla... pero cree, hace creer a todos y da creencia. La alegría, la tristeza y la locura no son su carne, son sus vestidos sobrepuestos a la otra (EL ALMA.)

tales como los delinquentes natos o locos morales y los epilépticos incurables.

Desde este punto de vista sepáranse por completo, las enagenciones funcionales (cada vez más restringidas), de las constitucionales y con estigmas somáticos manifiestos: entre éstas las degeneraciones de evolución (frenastenias, cretinismo, etc. que también abarcan el grupo en que se encuentran los *retrasados*; y las de involución o desorganización como las demencias y amencias (confusión mental). Las degeneraciones de evolución, propiamente no son degeneraciones, sino perturbaciones o alteraciones de desarrollo psíquico con relación al individuo: idiotismo. Lo son con relación a la especie y por herencia.

Relaciones de la Psicología y la Psiquiatría.—Hay a pesar un gran vacío, y es que la adaptación, debe forzosamente fundarse en un cuadro correspondiente de normalidad mental. O de otra manera enunciado, la sanidad y la insanidad deben paralelamente establecerse en cuanto a su modalidades y formas, y esto no se ha hecho. Los psiquiatras han formado el cuadro, tomando las entidades patológicas tales como las designa y ha catalogado la Patología nerviosa, y han olvidado que la *Psicología* y la *Psiquiatría* son hermanas gemelas que se controlan y ratifican. La *Psiquiatría* (o estudio de las Psicopatías) corresponde a la *Psico-Patología* o *Psicología Patológica* como se la designa a últimas fechas. (6).

Series normales y síndromos morbosos de psiquismo.—En resumen, con relación a las *series normales*, deben existir los *síndromos morbosos del psiquismo*, entendiéndose por tales, el conjunto sintómico de alteraciones mentales que pueden aparecer en distintas enfermedades.

La *Psico-fisiología* ha estudiado la ley del Paralelismo Psico-físico correspondiendo a cada estado de conciencia un concomitante corpóreo; la *Psiquiatría* debe establecer sus fórmulas de *equivalencia* y una vez descubierta la lesión estructural que

(6). Pueden consultarse las siguientes obras:

Psico-Patología General. Grasset Del Greco, A Marie, Mally, Mingazzini, Dine, Kippel, Marinesco, Clouston, Ferrari Carrara, etc..

Psico-Patología Clínica. Bagenoff, Bechterew, Roubinovitch, Serieux, Sollier, etc.

acompañía a la alteración dinámica y mental, violación de una fisiológica, debe referirla como modificación a esta última.

Es cierto que se ha disminuido, por ejemplo, el grupo de las *neurosis* llamadas *esenciales o sine-materia* en otro tiempo, empleando medios de investigación más avanzados que las han demostrado ligadas a perturbaciones orgánicas. También lo es, que se han descrito las esclerosis meningéas y limitadas o diseminadas; los derrames sanguíneos y tráumas en la pulpa cerebral; los cuerpos extraños y deformaciones huesosas, obrando sobre ésta; los tumores, gomas y lesiones vasculares repartidas o localizadas a zonas del encéfalo; las degeneraciones de las sustancias gris y blanca y hasta las modificaciones cromatofíticas u otras de las celdillas nerviosas y neuronas. Pero las perturbaciones psíquicas que se presentan en tales casos, no se han calificado derivándolas de los estados normales, sino sellándolas sin pauta ni método.

Lo que digo para las *neurosis*, lo afirmo para las enajenaciones y locuras, ha muchos años consideradas como producidas por influjos maléficos (*poséidos*), y hoy ya estudiadas con un criterio científico, de modo que los manicomios modernos tienen sus *Museos* en que se coleccionan macroscópica y microscópicamente los órganos y tejidos enfermos, así como a su vez se hace en los actuales gabinetes de Antropología Criminal.

Ahora bien, una causa que ha dificultado la formación de los *síndromos psíquicos* es la falta de denotación y connotación precisa de los términos y vocablos con que se califica a las enfermedades mentales, unas veces por la ignorancia en que nos encontramos de su constitución y naturaleza íntima, otras por el uso de las palabras metafóricas, ambiguas o equívocas, a veces por sinonimia, contribuyendo y para esto, no poco, las designaciones vulgares que se han consagrado por el hábito y para designar los estados normales y anormales del alma o del espíritu. A medida que prosigámos nuestro estudio, demostráremos el aserto.

Por lo pronto y para establecer la base o el postulado de los *síndromos mentales*, necesitamos recorrer las series normales del psiquismo que son en el número de 3, a saber:

Escala intelectualista.—I. Acción del mundo externo obrando sobre el individuo e impresionándolo desde el punto de vista

objetivo.—Forma la escala del CONOCIMIENTO.—Es la mejor constituida porque ésta relación tiene su aplicación en *Lógica*.—Está compuesta desde el fenómeno más elemental o simple hasta el más complejo y en orden creciente, a saber: *Irritabilidad, Sensaciones, Percepciones, Ideas, Abstracciones, Juicios, Razonamientos, Memoria, Imaginación, Pensamiento y Lenguaje*.—Es la serie *discriminativa* de Bain o la *intelectualista* de algunos psicólogos.

Escala afectiva.—II. Acción del mundo externo obrando sobre el organismo e impresionándolo desde el punto de vista subjetivo.—Es la escala AFECTIVA, la más confusa en cuanto a terminología y complejidad; la que pronto intentaré formar en ésta tesis.

Escala de acción.—III. Reacción del organismo sobre el medio.—Escala de ACCION, principiando con los *movimientos reflejos y el instinto*, siguiendo con los *motivos e impulsos*, y terminando con las *acciones selectivas y volicionales*.—(*Voluntad*).

En estas escalas, los últimos procesos o estados de conciencia se forman en el estado de *Atención Activa y con esfuerzo*, a diferencia de los primeros que son netamente pasivos y subconcientes.—Los activos, pueden por el hábito, pasar a secundariamente pasivos.

Enajenados producidos por la alteración de cada escala.—La violación de la primera escala, produce los *enajenados delirantes, los no razonantes y los mnemópatas y logópatas*.—Los trastornos de la segunda, engendra los *enajenados amorales, los destructores y los pasionales*.

La tercera vulnerada, produce los *impulsivos y abúlicos*.—Empleo el término *enajenación* porque es genérico y comprende tanto las formas congénitas como las adquiridas (*locuras*).—Es frecuente que en un insano haya trastornos no sólo de una escala, sino de dos, o de las tres; y que en cada una de tales esferas de procesos no sea atacado uno sólo sino varios en sus diversos componentes y partes, reconcentrándose el mal a veces aquí, otras allá.—Lo raro son las formas puras de vesania, como pasa con la *paranoia*.

Leyes de integración y desintegración mental.—Sí, se puede aseverar que en la desintegración mental se vá de los fenómenos más complejos a los más simples, o de otra manera dicho:

los últimos en formarse y que se encuentran en la cúspide son los primeros en perderse, los mas nobles; lo que queda son los primitivos.—Así en la Parálisis General Progresiva y en las Demencias en último grado, lo que perdura en ese desquiciamiento, son únicamente, de los fenómenos de relación, los rudimentarios.—Casi todo queda confinado a las funciones de la vida vegetativa.—Metafóricamente pudiéramos decir, que las víctimas (procesos mentales) que caen bajo el mazo de la insanidad, se escojen entre las mas ricas y encumbradas, por ser las más codiciadas.

Esta ley de desintegración es inversa de la de construcción mental en que se vá de lo simple a lo compuesto.—Pero se explica perfectamente este hecho, es similar al recorrido que hace el Sol cada día.—Para llegar al Zenít, asciende y su luminosidad va acentuándose desde el alba matutina, al medio día, después, decrece de éste, hasta el crepúsculo vespertino y la obscuridad completa, cuando se oculta.—En la desintegración psíquica se va de la claridad a la obscuridad de la Conciencia.—Hay sin embargo desgraciados para quienes siempre ha habido obscuridad en su cerebro: los idiotas y los imbéciles.

Volvámos ahora a la *serie afectiva* cuyos diversos grados no se han connotado y lo que voy a procurar hacer.

Afección y Feeling.—Vulgarmente los términos afectado, impresionado, emocionado, etc. se emplean como sinónimos y no deben serlo.—La *afección* es elemento que entra en todos los estados de dicha escala; es el más simple de los procesos y puede presentarse bajo la forma de agrado o de desagrado; de tendencia hácia o de aproximación, o desde y de repulsión.—Pero si se considera la mezcla de afección y de sensaciones, predominando el lado afectivo, entonces se tiene lo que los ingleses llaman *feeling*, término que ha conservado el Sr. Lic. Ezequiel A. Chavez, únicamente para esa mezcla y nó para otros significados tales como: sensación, sentimientos, emoción del *Self-feeling*, etc.—(7).

El Sr. Lic. Luis Cabrera hace 4 años en la Sociedad de Psicología y cuando se hacía la traducción de la última obra de Wundt

(8) propuso que la palabra inglesa se sustituyera por ésta otra: *sensio-afección*.—Después de reñido debate, quedaron divididas las opiniones entre la conservación del vocablo sajón intraducible, y la palabra compuesta de origen latino.—En mi concepto se equivalen, teniendo la ventaja la primera de en un sólo término comprender el asunto.

Por su ley, en el feeling entran más fácilmente a producirlo las sensaciones internas que las externas y probablemente es acondicionado por la acción del nervio Gran Simpático que rige la vida vegetativa.—Así en el feeling del descanso, por ejemplo, hay una *afección agradable* que domina la situación y a la que se superponen sensaciones dependientes de la posición del cuerpo, relajamiento muscular, quietud, etc.

Placer y pena.—El *placer* y la *pena* (dolor moral) son más bien emocionales y así como el feeling se desarrolla sobre un fondo de agrado o de desagrado (tono afectivo), las emociones se bordan sobre el canevá o matiz que les ofrecen dicho placer y dicha pena.—Esto ha servido a algunos psicólogos para clasificarlas.—(9).

Emoción.—Las emociones siguen la misma ley del feeling: son las sensaciones internas o *kinestésicas* (cenestesia de algunos autores) las que más fácilmente las producen, pero aquí ya hay ideas que se fusionan, se superponen y se asimilan en un período de tiempo relativamente corto, es decir, son *agudas*.—En cuanto a intensidad lo son mas que los feeling, desde el punto de vista afectivo.—Ribot las divide en simples y compuestas según los elementos que las forman.—No vamos a detallarlas pues nos saldríamos del propósito de nuestro trabajo; sí, es preciso diferenciarlas de otros dos estados con los que no deben confundirse, son a saber: *la pasión y el humor*.

Pasión.—Kant decía, que la emoción puede compararse a la corriente de agua que rompe la compuerta y se desborda, mientras que la pasión es la misma corriente que ahonda el cauce.—Tal comparación es cierta: la pasión es *crónica* y sus motivos mientras persisten la exaltan, a diferencia de la emoción que por la repetición se embota, sin embargo de que puede presen-

(8). Principios de Psicología Fisiológica. Wundt. Versión Inglesa.

(9). Boirac v Magendie.

tarse el caso que ésta se convierta en aquella.—En la primera la asociación de ideas, de una manera pasiva, se efectúa en serie y frecuentemente de un modo fijo y obsedante, al grado que el apasionado no razona ni discute, sino que es movido como un niño o como un maniquí.—Podría decirse que es un preso que él mismo lleva sus cadenas y se maniatá.—La ceguera moral de los que se encuentran en tal caso, es muy conocida para que nos detengámos sobre el particular.

Humor.—*El humor* es distinto: es crónico como la pasión, pero menos intenso y en su prolongación más o menos tranquilo.—Por lo común está ligado al temperamento de cada persona y acaso al carácter; también oscila entre dos polos (contraste y desarrollo por contrarios) con todas sus variantes desde el humor con agrado como el *jovial*, hasta el humor con desagrado como el *spleen*.

Sentimiento.—Ahora sí, llegamos á lo culminante de la vida afectiva, á los *sentimientos*, que justo es decirlo, se les ha confundido y confunde con los restantes fenómenos.—El mismo Ribot en su obra titulada “*Psicología de los Sentimientos*,” comprende entre éstos, desde la afeción y el feeling hasta los propiamente dichos, lo cual no debe de ser.—Los sentimientos son *emociones intelectualizadas*, pero con esto de particular, que se desarrollan en el estado de *atención activa*, tal sucede con los sentimientos sociales y morales, el religioso, el estético y por último el intelectual; si son pasiones no franquean la barrera de la simple pasionalidad que limita el esfuerzo.—Titchener llama, quizá sospechando esta evolución, á los últimos, *feelings complexos*.

En resumen la serie afectiva podemos formarla así: *afeción, feeling (ó senso-afeción), placer, pena, emociones simples y compuestas, pasión, humor y sentimientos*.

Expresada bajo la forma de una pauta ó llave, de la siguiente manera, correspondiendo sólo lo que se encuentre en el interior de ella:

SENSACIONES.—Estados de Conciencia distintos que pertenecen á la primera parte de la escala del conocimiento.

SENSACIONES KINESTESICAS.—

Confinan con el estado afectivo y forman el

FEELING. (SENSO-AFECCION)
PLACER Y PENA.

EMOCIONES.

SIMPLES.
COMPUESTAS

PASION.

HUMOR.

SENTIMIENTOS.— Emociones intelectualizadas, con esfuerzo.

AFECCION.—
Entra como elemento en todos los casos.

INTELIGENCIA PURA.—Muy rara y última parte de la escala del conocimiento.

Simbólicamente puede significarse la escala, y así la he formado: "A" representa el estado afectivo con el índice "," que quiere decir su predominancia; "K" las sensaciones vegetativas ó kinestésicas; "F" el feeling; "E" la emoción; "S" el sentimiento; é "I" la inteligencia.—La fórmula está abreviada y considero sólo los estados culminantes que se forman: el primero por la unión de "A," y "K"; el segundo por la intensificación de "A," y agregado el anterior; el tercero, por el incremento máximo, también de "A," más el anterior é interviniendo "I".

$$F = A, + K$$

$$E = A, + F; \text{ sustituyendo: } E = A, + A, + K; \text{ ó bien: } E = 2A, + K$$

$$S = A, + E + I; \text{ ó } S = A, + 2A, + K + I; \text{ ó } S = 3A, + K + I$$

o para hacer más patente la evolución

$$\begin{array}{l} \mathbf{A} \\ \mathbf{I} \end{array} \begin{array}{l} + K = F \\ + A, + K = E \\ + 2A, + K + I = S \end{array}$$

Establecidas ya las series normales en sus etapas y grados, he buscado términos genéricos que las comprendiesen á cada una y he tropezado con serias dificultades, teniendo que acudir al idioma griego para encontrar aquellos y allanar éstas.

Noésis.—Por lo que se refiere á la escala del conocimiento, la palabra *νοήσις* (noésis) la comprende perfectamente desde sus principios y períodos iniciales hasta los terminales.—Con ella se significa todo dato recojido del mundo externo que sirve para ilustrarnos y que se conserva, para aprovechar después.—Es completo el vocablo y se aplica como digo, desde los estados rudimentarios hasta los avanzados y últimos intelectuales, de manera que la *noésis* está incipiente en la animalidad y llega en el hombre á las inferencias de orden superior.

Estesis, solo una parte de noésis.—No he sido igualmente feliz para hallar tan pronto el de la serie afectiva, parece que en esta todo está lleno de escollos. Se ha empleado mucho, algo que es ambiguo y que hasta la fecha se ha prestado á confusiones por los mismos encargados de estudiar estos asuntos.—La palabra *αἰσθησις* y sus derivadas: *αἰσθάνουαι*, *αἰσθητικότης*, *αἰσθητικόν* (gefühl de los alemanes), corresponde á *estesia* que se ha aplicado á sentidos, sensaciones, sensibilidad, sensorium y también afectividad y sentimiento.—Así los fisiólogos y los clínicos dicen que miden la sensibilidad especial de una persona cuando valoran los caracteres de cada estado sensorial (intensidad, duración, calidad, etc.) por ejemplo: sensibilidad visual, auditiva, táctil ú otra; entonces sensibilidad equivale á *sensaciones*.—Por otra parte se habla de las sensibilerías y sentimentalismo de una persona que llora y ríe con facilidad, de un motivo que se impresiona y altera su ánimo; entonces el equivalente es diverso, se trata de estado *afectivo*.—Esta confusión la tiene el mismo Ribot al formar el primer grupo en su clasificación de los caracteres: los llama *sensitivos*, que comprenden según el caso á los *humildes*, á los *contemplativos* y á los *emocionales* (pocá, mediana y gran inteligencia).—Y bien, si se posesiona uno de los tipos que señala, verá que no son *sensitivos*, sino *afectivos* que es el calificativo que les pertenece y con que los designo; precisamente porque en caso contrario, la ambigüedad de la otra palabra empleada, despierta el mismo vicio en las ideas.—Debemos

convenir que la *estesis* debe reservarse sólo á una parte de la *noésis* y no pertenece á la vida afectiva.

Seisis.—Para esta he encontrado el término *σεισις* (*Seisis*) εως, η, que significa sacudimiento, emoción, conmoción moral.—Da origen á *σεισμός* (*seismós*) ó *sismós* que quiere decir agitación de tierra, temblor, terremoto; en sentido figurado: la convulsión del planeta que sufre.

Parece como si los griegos con la *seisis*, significaran la impresionabilidad subjetiva que experimenta una persona en todo estado afectivo; lo mismo para el agrado y desagrado, como para designar el spleen y humor que se posesiona del espíritu cuando la patria está lejana, ó del amor que sacude una existencia y que se inflama hasta ante el sér querido.—Igual se aplica para designar la pasión del avaro, del jugador ó del celoso, que el éxtasis del místico, del poeta ó del artista.—De esta manera la *seisis* se aparta por completo de la *noésis* y no hay lugar a dudas.

Cinesis.—Para la escala de acción, existe el término *κίνησις* (*cinésis*) movimiento, que va desde los iniciales hasta los volicionales en su acepción más amplia y general.—Aquí cabe la misma salvedad é indicación: así como la *estesis* es una parte de la *noésis*; la voluntad es un aspecto de la *cinesis*.

Quedan pues elegidos los términos *noésis*, *seisis* y *cinesis* respectivamente, que bajo la forma abstracta cambian en *noésia*, *seisia* y *cinesia* y que referidos á casos concretos forman los estados *noésico*, *séisico* y *cinésico*.

Uso de los prefijos y formación de las palabras compuestas.—Veámos ahora las perturbaciones que pueden sufrir cada uno de dichos grupos, perturbaciones que constituyen los *síndromos mentales*.—Las alteraciones pueden ser por cantidad ó por calidad, y en aquella por exceso y por defecto.—También agudas ó crónicas, aunque estrictamente éstas se resuelven en cantidad, porque un fenómeno que dura más tiempo que lo normal ó perdura, está exagerado en duración y el que se abrevia es carente.—Los prefijos *Hiper* (exceso), *Meso* (medio), *Hipo* y *A* (privativa) son los grados de cantidad y *Para* y *Dis* de calidad.—Por lo común *Meso* como equilibrado ó medio, poco se considera; é *Hipo* se incluye en *A*.—*Para* (al lado) se emplea en los estados de transformación y confusión y *Dis* en los tardíos ó difíciles en apare-

cer (á veces como disminuci6n).—Alguien considera *Para* incluido en *Dis*.—Combinando los principales he aquí el Cuadro que resulta.

ESCALA DE CONOCIMIENTO.

Perturbaciones de cantidad.....	{ Hipernoésia. Anoésia.
Perturbaciones de calidad.....	{ Paranoésia. Disnoésia (10).

ESCALA AFECTIVA.

Perturbaciones de cantidad.....	{ Hiperseisia. Aseisia.
Perturbaciones de calidad.....	{ Paraseisia. Diseisia.

ESCALA DE ACCION.

Perturbaciones de cantidad.....	{ Hipercinesia. Acinesia.
Perturbaciones de calidad.....	{ Paracinesia. Discinesia. (11)

NOTA.—En lo que se refiere á la escala de movilidad ó sea la última, debe emplearse la palabra en forma de *cinesia* y no de *kinesia* por no haber letra *k* en el alfabeto que corresponde al idioma español ó castellano.—Esta consideraci6n también se refiere á los otros términos similares que hemos empleado en el curso del trabajo y que deben corregirse en dicho sentido.

Facultades autónomas de los antiguos y concepto unitario moderno.—En lo expuesto debo afirmar, que no existe el concepto metafísico considerando al alma con tres *facultades autónomas* como lo hicieron los antiguos: pensar (inteligencia); sentir, término ambiguo ya descartado y querer (voluntad).—Como lo manifiesta el Dr. Ingegneros, hoy ya es una verdad fundamental, otra noci6n ó sea la de *unidad* de los fenómenos psíquicos de personalidad humana y conciencia, reduciéndose á las funciones de *estesia* y *ergasia* formando una funci6n sistemática

(10). *Disgnosia*—de algunos autores.—

(11) Término empleado por el Dr. José Torr6s.—*Patología Interna.*—

complicada: la *estoquinesia*, según lo que acabamos de decir (*estocinesia*.)

Para mí la función sistemática es de índole un poco más definida y compleja, es la *noesi-seisi-cinesia*.—Insisto sobre esto, aunque parezca redundante, porque correspondiendo á la normalidad tal función, habrá que modificar un tanto la definición de enajenación de Esquirol que la consideraba como: "*provocada por desórdenes de la inteligencia, sensibilidad y voluntad.*"

Modificación á la definición de Esquirol propuesta por el subscrito.—Sustituyendo la forma y un tanto el fondo (noción unitaria que en este caso se disgrega) la definición que propongo es la siguiente: "*La enajenación es un estado patológico consistente en perturbaciones ó desórdenes de la Noesia, Seisia y Cinesia.*"—Una última palabra sobre el concepto unitario de que hablamos ha poco.—Se encuentra perfectamente explicado en el libro de Lógica del Dr. Porfirio Parra y puede consultarse dicha obra.

Pasemos ahora á señalar los principales fenómenos comprendidos en cada escala alterada:

HIPERNOÉSIA. Hiperestesia en sus diversas formas. — Propiamente dicha: táctil. — Neuralgía é Hiperalgía. (Dolor físico.) — Hipertermoestesia (exageración á la sensibilidad térmica).—Especiales de cada órgano de los sentidos: fotofobia, hipercusia; hiperguesia é hiperosmia.

Jaqueca.

Ideas fijas y obsedantes.—Obsesiones.—Hiperideación.

Hipermnesia.

Hiperlogia.—Logorrea.—&

DISNOÉSIA. Disestesia y Parestesia en todas y cada una de sus formas.

Aura.—Aloquiritia.—Transfer.

Delirio.—Alucinaciones é ilusiones.

Dismnesias y Paramnesias.

Disfasias.—Parafasia.—Jergonafasia.

Dislogias y Disartrias.

Confusión mental.

Desdoblamiento de personalidad en sonambulismo y vigilambulismo, &

- ANOÉSIA. Anestesia en sus diversas formas.—Amaurosis.
Aprosexia (falta de atención).
Amnesias.
Afasias, Anartrias y Asimbolias.
Ausencia.—Síncope.—Negativismo.—Letargo, &
-
- HIPERSEISIA. Fobias.—Erotismo.—Pasionalismo.—Extasis.—
Megalomanía, &.
- DISEISIA. Distimias (frecuentes en los criminales) (12).—
Perversiones sexuales: sodomía y masochismo;
pederastía, mancebía (afeminamiento), onanismo, priapismo, satiriasis y ninfomanía, &.
- ASEISIA. Negativismo é indiferentismo afectivo, apatía, &.
-
- HIPERCINESIA. Automatismo (hipermovilidad refleja é instintiva), Manía ambulatoria.—Hipermimia (exeso de gesticulación y ademanes).—Convulsiones tónicas y clónicas; circunscritas y difusas.—Trismus.—Tetania.
Movimientos coreicos y atetoides, ties, &.
- DISCINESIA. Ataxia (incoordinación motriz).—Alo, sin y eterocinesia.—Paracinesia.—Transfer, &.
- ACINESIA. Inhibición en sus distintas formas.—Adinamia.—Astasia.—Abasia.
Amimia.
Alalia.
Abulia.
Parálisis en sus distintas formas, menos la agitante ó Parkinsoniana.
Catalepsia y Catatonía, &.
-
-

NOTA.—El término Afección se usa por algunos Médicos como sinónimo de enfermedad.—Aquí no significa, sino solamente lo relativo á la impresionabilidad subjetiva, de manera que

abandonamos el otro significado, que por otra parte no todos aceptan.

Esquemas.—*Sus caractéres generales.*—Para completar mi trabajo he formado unos *esquemas*, escojiendo las principales enfermedades mentales en algunas de sus fases, para que se note de una manera patente la aplicación de las escalas ya dichas y sus alteraciones.—Paso á explicarlos.—

En cada cuadro se verá en la parte superior la escala del conocimiento: *noésis* y la afectiva: *seisis*, colocada aquella sobre ésta.—Al mismo nivel están los fenómenos mentales, llendo desde el mas complejo al mas simple y los he colocado en esa forma para cumplir así con la ley de desintegración.

En la parte baja se encuentra la escala de acción: *cinesis*, escalonada de análogo modo.—He podido dividir cada serie en 5 porciones, agrupando á su vez en cada porción fenómenos similares ó vecinos.

En la parte media y horizontalmente, existe una línea llena que en su origen tiene la letra *N*.—Quiere decir que representa el estado *normal*.—Paralelas están trazadas dos líneas puntuadas, correspondiente á cada espacio comprendido entre estas y la primera, á uno y otro lado, las alteraciones de calidad y por eso en los casilleros correspondientes de la izquierda se tiene el prefijo *Dis*, englobando los dos estados: *Dis* y *Para*.

Del lado opuesto ó sea a la derecha, en el sentido vertical esta marcado el estado de conciencia por una banda: obscura cuando hay su pérdida (*inconciencia*), rayada en la *sub-conciencia*, y clara en la *conciencia completa*.—En fin una semi-circunferencia al extremo de la línea *N* engloba en literales la forma de *Atención*: *A. A.*—*Atención activa ó sea con esfuerzo.*

A. P.—*Atención pasiva, primitiva ó secundaria.*

A.—*Aprosexia (ó sea distracción).*

Otro detalle que juzgo de importancia: la *noésis* con los fenómenos que comprende, están marcados en negro, la *seisis* y los suyos en rojo y la *cinesis* con los correspondientes, en azul.

Estos mismos colores tienen las *curvas* que señalan la sintomatología en cada caso, en que basta buscar su correspondencia.

He aquí los casos que he escogido:

1.—Manía delirante.

- 2.—Melancolía, sin delirio.
- 3.—Idiotéz.
- 4.—Hebefrenia o demencia juvenil precoz.
- 5.—Epilepsía (durante el estado de mal).
- 6.—Histeria.
- 7.—Paranoia.—Delirio sistematizado puro.
- 8.—Desharmonía.—Simple desequilibrio.
- 9.—Parálisis general progresiva.
- 10.—Alcoholismo.—Psicosis por intoxicación crónica.

Véamos ahora cada caso en concreto:

1.—*Manía delirante*.—a). Estado hipernoésico marcado.—Multiplicidad de pensamientos.—Hiperlogia.—Hiperideación.—Hiperestesia.—Estado disnoésico constituido por dismnesia, ilusiones y alucinaciones.—Falsos juicios y razonamientos.

b). Estado hipersésico manifiesto (formas colérica, fóbica, etc.) entrecortado por pequeño de diseisis.

c). Estado hipercinésico.—Abulia por exeso de impulso, agitación ambulatoria.

Inconciencia..... Aproxia.

Resumen.—Sobre fondo delirante, excitación del psiquismo.

2.—*Melancolía sin delirio*.—a). Estado anoésico general y de embrutecimiento.

b). Igualmente asésico.—Negativismo y apatía.—Sólo reacción penosa intensa. (Hiperseisis.)

c). Acinesia.—Negativismo motor.—Quietismo y concentración.—Catatonia.—

Inconciencia..... Aproxia.

Resumen.—Con reacción dolorosa, depresión del psiquismo llegando á un estado demencial.

3.—*Idiotéz*.—*Completa*.—a). Estado anoésico general: torpor mental.—Disnoésis en los fenómenos rudimentarios: irritabilidad y sensaciones sólo conservadas, aunque alteradas. (Disestesia).

b). Estado asésico.—Disésico en los destellos que tiene.—Fondo amoral.

c). Acinesis en el alto psiquismo.—Hiperacinesis en el inferior.—Sólo movimientos instintivos y reflejos, propios de la animalidad.

Inconciencia..... Aproxia.

Resumen.—Carencia de los fenómenos de orden superior.—Conservación de los rudimentarios.—Las curvas no principian de la línea *N* sino de la parte baja, porque se trata de una enajenación de evolución (congénita), y no involución (o adquirida) como las otras.

4.—*Hebefrenia*.—a). De la normalidad que ha durado poco se pasa a un estado disnoésico (de confusión) Dismnesia, Dislogia, Disfasia y Disartria, para seguir con la anoésis cada vez más marcada hasta confinar con la estupidez.

b). Estado hipersésico en un principio, que después de crisis emotiva, se deprime (aseisis) hasta lo nubloso.

c). Análogo estado hiperacinesico primero, y acinesico más tarde.—Caída brusca de la curva.—Inhibición final.—A veces catatonía o catalepsia.—Otras sólo quietismo.

Inconciencia..... Aproxia.

Resumen.—Locura temprana que llega pronto a la demencia; declinando gradualmente el conocimiento, pero precipitado el desenlace por la crisis emotivo-motora.

5.—*Epilepsia*.—a). Estado anoésico durante el ataque de mal (paréntesis psíquico en el yo) perdurando algo al terminar bajo la forma de letargo o de modorra.—Anestesia.

b). Estado asésico señalándose el pródromo con hiperexcitabilidad afectiva (más comunmente por *Aura*).

c). Abulia.—Estado hiperacinesico típico, principiando por convulsiones tónicas y seguido por crónicas.

Inconciencia..... Aproxia.

Resumen.—Durante el ataque, pérdida de la razón, con movilidad extremada que traducen las convulsiones, trismus, mordedura de la lengua, etc.

6.—*Histeria*.—a), b) y c). Desdoblamiento sucesivo de cada curva casi en forma dicotómica.—Se señala así el desdoblamiento.

to y multiplicación frecuente del personalismo y las 3 formas que en cada escala pueden presentarse, sucesivas o simultáneas, difusas o localizadas en ciertos lugares (las que pueden referirse corporalmente) y variando de unos a otros.—Zonas histerógenas.—Por ejemplo: hiperestesia, disestesia y anestesia.—Transfer.—La noésis, seisis y cinésis pueden estar exageradas, disminuidas o pervertidas.—No enumero los casos (pueden consultarse las curvas) porque son múltiples: todos los estados son *factibles* o *posibles*.

Variable. {
 (Conciencia.....
 Sub-conciencia Aproxia.
 Inconciencia.....

Resumen.—Dado que la histeria tiene manifestaciones proteiformes, no cabe dicha síntesis, a no ser que admitamos (lo que es cierto) lo que metafóricamente se ha dicho de ella en sus modalidades de kaleidoscopio y que condensa la fórmula abreviada: lo único constante en ella, es su inconstancia.

7.—*Paranoia*.—*Delirio de persecución, por ejemplo*.—a). Estado disnoésico o paranoésico. (De paranoesia, derivado paranoia.)—*Fondo delirante*.—También estado hipernoésico.—Idea fija u obsedante.—Resto normal.

b). Estado hipersésico: emocional y penoso.—Resto normal.

c). Abulia por exeso de impulso.—Hipercesinosis frecuentemente pasando a las vías de hecho: suicidio o agresión.—Resto normal.

Sub-conciencia {
 (Atención pasiva
 que aprovecha
 la idea fija.

Resumen.—Posibilidad de fijeza y circunscripción de las alteraciones mentales.

8.—*Desharmonía*.—a). Estado hipernoésico incidental.

b). Estado hipersésico también fortuito, pero al presentarse, acompañando al anterior.

c). Abulia sólo en esos incidentes de la vida (que marca la cruz), en el resto se conserva la voluntad.—Estado hipercinésico

co correspondiente á las alteraciones de las otras dos series y abarcando ambas perturbaciones.

Fuera de esos accidentes psicasténicos aislados (o quizá único), el individuo no es inadaptado o anormal y los estados noésico, séisico y cinésico se conservan intactos.

Inconciencia	} Atención pasiva.
Incidental.....	
Por lo común	} Atención activa y con esfuerzo.
Conciencia.....	

Resumen.—Semi-adaptación aislada y transitoria o pasajera en el simple desequilibrio.

9.—*Parálisis general progresiva.*—a). Estado disnoésico inicial (Disartria y disgrafia, v. g.), seguido de un estado anoésico (amnesia).—Más tarde, asentuación de la disnoéisis: *delirio* y por último, anoéisis, estado demencial.

b). Estado hiperséisico inaugural, megalomanía; que después sigue la suerte de su decrecimiento (aseisis), pasando por la distimia y queda sólo en sus formas rudimentarias.

c). Abulia e hipercinesis que abre el padecimiento.—Manía ambulatoria.—Decrecimiento y alteración profunda de la movilidad hasta llegar de una manera progresiva a la parálisis.

Inconciencia..... Aproxesia.

Resumen.—Enajenación adquirida que atacando primero el conocimiento (período Médico-Legal) se ensafia en éste y en la afectividad; con predilección en la movilidad.—Hay que agregar como síntoma incipiente la anisocoria. (Desigualdad pupilar.)

10.—*Alcoholismo.*—a). Estado hipernoésico inicial (por estimulante difusible) logorrea, seguido de disnoéisis (*delirio*) y llegando a la anoéisis: embrutecimiento.—Etapas que también recorre la embriaguez o intoxicación aguda.—Se presenta también el caso de mezcla de series: amnesia, por ejemplo, con imaginación viva, en la misma serie.

b). Estados afectivos superiores desquiciados (aseisis) y en cambio los bestiales o inferiores, concupiscentes, exagerados (hiperseisis).—Otras veces disésicos: aberraciones morales.

c). Abulia.—Hipercinesis.—Impulsivismo extremo (que favorece los *delitos*), seguido de estado discinésico (ataxia, temblores, tics,) a los que se mezclan convulsiones epileptiformes.—(Hipercinesis.)

Inconciencia..... Aproxia.

Resumen.—Intoxicación crónica que altera profundamente el psiquismo (veneno mental) y que por su supresión brusca puede ocasionar el *delirium tremens* (las 3 curvas en la parte media del esquema, muy elevadas) y que conduce al estado demencial.

NOTA.—Algunos patólogos emplean en lugar del término *cinésico* este otro: *cinético*.

Tal es Señores Académicos, el modesto estudio que os presento y por el que intento penetrar á tan AUGUSTO CUERPO CIENTIFICO como es el vuestro.

Al principiar mi trabajo hablaba del sistema filosófico de *esfuerzo*.—Es el que pongo en práctica procurando poseer la VOLUNTAD DE QUERER Y DE PODER.—Pero ésto último está en vuestras manos, si lo juzgais justo, en cualquier sentido que fuese: aprobatorio o reprobatorio.—Sí, os prometo que si vuestro fallo fuese favorable, *no terminará ahí mi esfuerzo*, sino que ocupando a vuestro lado un sillón Académico de Psiquiatría, ese *esfuerzo* siempre perdurará para de este modo procurar hacerme digno en vuestra compañía y a vuestro lado por tan gran distinción.

México, Abril 24 de 1911.

ENRIQUE O. ARAGÓN.

ACADEMIA N. DE MEDICINA.

ACTA NUM. 35.

Sesión del 7 de junio de 1911.

Presidencia del Sr. Dr. Dn. Demetrio Mejía.

El Dr. Macouzet dió lectura á su trabajo titulado: "Algunas consideraciones acerca de los abscesos pleurales en los niños como complicación del sarampión." Se clasificó y se puso a discusión; ninguno usó de la palabra, por lo que se le concedió a la Comisión dictaminadora de la plaza vacante de Cirugía. El Sr. Dr. López Hermosa dió segunda lectura al dictamen, y en cumplimiento de la frac. III del artículo 6º del Reglamento, se verificó la votación, quedando aceptado en calidad de Socio Titular de esta Academia, en su Sección de Cirugía General, el Sr. Dr. Gonzalo Castañeda, por mayoría de votos. Se comunicará al interesado, mandándole su Diploma.

ANTONIO A. LOAEZA.

PEDIATRIA.

Algunas consideraciones acerca de los abscesos pleurales en los niños, como complicación del sarampión.

Me ha llamado la atención en la última epidemia de sarampión en esta ciudad, la frecuencia con que se presenta la pleuro-neumonía como complicación, la que ha terminado en varios casos por empiema; entre otros, dos han sido particularmente interesantes a este respecto, habiendo sido llamado para operarlos, por mis distinguidos compañeros los Dres. Reyes Brusiaga y Miguel Márquez.

En todos estos niños la fiebre, que como sabemos desciende rápidamente después de la erupción franca, persiste elevada, apareciendo bien pronto la disnea, la agitación y la tos seca, indicios de la complicación pleuroneumónica, comprobada más tarde por la auscultación, no olvidando que por la falta de esputo en los niños, no contamos para el diagnóstico con este auxiliar tan importante.

Esta pleuroneumonía termina con mucha frecuencia por supuración, de tal manera que puedo decir, que cuando en un niño atacado de esta complicación la temperatura persiste con elevaciones vespertinas después de diez días, la existencia de un derrame purulento es la regla.

Debo llamar la atención sobre un hecho que he observado en mi práctica y es que en los niños, la mayor parte de los derrames purulentos pleurales son producidos por la pleuroneumonía y especialmente por la sola pleuresía.

Debo también hacer notar que el pronóstico de esta complicación es benigno, siempre que se proceda como diré en seguida.

En todos estos casos no hay que perder tiempo con vegetatorios u otros révulsivos, ni tampoco esperar de la punción nada más que la comprobación del diagnóstico, sino que se tiene que proceder desde luego a la operación del empiema, la que practico de la manera siguiente:

Previamente cloroformado el niño y con las precauciones habituales de asepsia, se hace una incisión transversal sobre la costilla que se va a quitar, según la altura del derrame, pero que por lo general es la séptima u octava, al nivel de la línea axilar posterior y en la dirección del ángulo del omoplato, que es el punto más declive, cuando el niño está acostado.

Esta incisión debe llegar de un golpe hasta el hueso, se desprende rápidamente el periostio y se corta la costilla con el costotomo o aun con una tijera fuerte, en una extensión de tres centímetros.

Quitado el fragmento de la costilla se hunde cerrada una pinza de Pean en la pleura, sacándola abierta para dilatar la herida; de ésta el pus sale a chorros y se voltea al niño sobre el lado operado para facilitar la evacuación. La operación ha durado cinco minutos y se puede retirar el cloroformo, que en estos casos se debe administrar con gran cuidado; se lava la cavidad

con agua esterilizada tibia canalizando con dos tubos gruesos de caucho en cañón de escopeta, pasando por uno de ellos un alfiler de seguridad para prevenir el accidente de que en un movimiento inspiratorio caigan dentro del tórax, y se termina aplicando capas de gasa y de algodón y un vendaje. Todos los días se hace el cambio de apósito y lavado exterior, pues los lavados dentro de la cavidad solo se hacen cuando hay mal olor del pus o elevación de la temperatura. Los tubos se van recortando poco a poco hasta que el pus se agote, que por lo general es de seis a diez semanas.

Ultimamente he visto recomendado el uso de tubos rígidos de cristal o de plata doblados en ángulo recto para asegurar la canalización del pus introduciéndolos en el espacio intercostal sin tener que recurrir a la resección de la costilla, y me propongo emplear este procedimiento que juzgo racional y que está recomendado por especialistas conocidos.

La retracción torácica y la ligera escoliosis que es su consecuencia desaparecen al cabo de algún tiempo, pero si persisten se recurre a los medios ortopédicos.

Tal es la conducta que aconsejo en el tratamiento de esta complicación y que me ha dado siempre buenos resultados.

México, junio 6 de 1911.

ROQUE MACOUET.

GACETA MÉDICA DE MEXICO

PERIODICO

DE LA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MEXICO.

ACADEMIA N. DE MEDICINA.

ACTA NUM. 37.

Sesión del día 21 de junio de 1911.

Presidencia del Sr. Dr. Demetrio Mejía.

A las 7 y 5 minutos se abrió la sesión, leyéndose el acta de la anterior, que puesta al debate, fué aprobada sin tenerlo.

Después se concedió al Sr. Dr. Cicero el uso de la palabra, y leyó su trabajo titulado: "El Micetoma." Se clasificó y se puso a discusión.

Dr. Manuel.—Deseo hacer referencia al caso aludido por el Sr. Dr. Cicero y que vió en el Hospital Militar. Quería a mi vez, por creerlo de interés, hacerlo objeto de una comunicación ante esta Academia, lo cual no logré por circunstancias especiales, y hoy veo con gusto que es consignado entre los 9 casos de Micetoma observados en nuestra República, de que tiene conocimiento el Sr. Dr. Cicero. Cuando el enfermo se presentó á nuestra observación en el Hospital citado, ofrecía mucho interés. Este enfermo no era militar. Presentaba un pie voluminoso, que contrastaba con lo delgado de la pierna, y que se veía abandonado y sucio: pero ofrecía, en suma, el aspecto descrito al pie de Madura. Una vez hecho el aseo correspondiente, en el dorso del pie, y únicamente allí, porque la planta estaba sana, se pu-

do apreciar una serie de carnosidades rojizas, brillantes, sangrantes, teniendo el aspecto de una frambuesa, tanto, que de pronto me pareció tratarse del padecimiento exótico llamado *pian* ó *framboesia*. Iguales excrecencias nos dijo el enfermo haber tenido en la planta; y que habían acabado por cicatrizar. Le sometí al uso de curaciones húmedas, con lo cual se marchitaron las excrecencias mencionadas; el pie disminuyó de volumen y la hinchazón también disminuyó. Poco después de este momento de su aspecto clínico le vió el Sr. Dr. Cicero, quien calificó el caso de pie de Madura; mas para aceptar tal diagnóstico, faltan algunos caracteres del todo necesarios y así: faltaron siempre las granulaciones características del Micetoma y las excrecencias estaban situadas únicamente en el dorso del pie. La localización de las lesiones tampoco correspondía al *pian*, porque en este mal son generalizadas. De aquí que, viendo el caso difícil de diagnosticar, mandé algunas porciones de las excrecencias al Sr. Dr. Ulrich, entendido anatomo-patólogo y él se sirvió mandarme un informe escrito. Lee el Sr. Dr. Manuell, y consta dicho escrito en esta acta. Según él, no tiene duda para el Sr. Dr. Ulrich, que se trata de un cancroide de la piel.

Por supuesto, dice el Dr. Manuell, que tampoco acepto este diagnóstico, porque el paciente llevaba 3 años con el padecimiento y no tenía deterioro marcado en su organismo. Además, hubo lesiones semejantes en la planta del pie, al decir del interesado, y estaban cicatrizadas. A este enfermo se le propuso la amputación, pero no quiso aceptarla, y le perdí de vista.

Dr. Cicero.—Debo hacer notar que yo ví una sola vez al enfermo en cuestión, y por tanto, no recuerdo con exactitud los detalles; hasta donde me alcanzan mis recuerdos, diré, que era una persona con un pie excesivamente voluminoso, sobre todo, con relación á la pierna que estaba algo delgada; el aumento de volumen, se marcaba especialmente en el dorso del pie; en cuanto á la planta, creo que estaba abovedada, lo cual habla en favor de mi diagnóstico. La idea del cancroide no me parece muy aceptable, no porque haya durado años; pues el *ulcus rodens* de Jacob, dura 20 ó 30 años; pero estos padecimientos se ulceran y fistulizan. Puede ilustrarse el diagnóstico conociendo en detalle las transformaciones ulteriores, lo cual yo invito al Sr. Dr. Manuell á darnos á conocer. Además, el examen microscópico

se ejecutó en cuanto á la capas superficiales y en realidad para aseverar del todo los hechos, debieron examinarse los tejidos profundos.

Dr. Manuell.—Tengo ya dicho que la planta del pie estaba sana; además, creo que conservo escritos los datos referentes á este enfermo y podré traerlos. Lo importante en el caso es que no se vea un proceso destructivo como en el epiteloma, ni tampoco se encontraban las granulaciones propias del pie de Madura. Este hombre es de Guanajuato, lugar no cálido, estando este dato en contra de la mayor frecuencia del pie de Madura, en los países cálidos.

Dr. Cicero.—No habla mucho este último detalle en contra de mi diagnóstico, porque el otro enfermo de que mostré fotografía, es también de Guanajuato, otro es de Hermosillo, y entre los de la práctica extranjera, uno es de Chicago y otro de Canadá, lugares nada cálidos por cierto.

Dr. González Uruña.—Deseo decir algunas palabras respecto al tratamiento del padecimiento en cuestión. Cierto que cuando está muy avanzado, en el período destructivo, sólo queda la amputación; mas como se ha demostrado que los hongos, causa del mal, mueren á temperaturas elevadas, se ha utilizado este dato para usar en los principios del mal, pediluvios calientes aplicados con algún éxito. Dada la escasez de recursos para tratar el mal, creo debe tomarse en cuenta el medio referido.

Como ninguna otra persona usara de la palabra, se concedió al Sr. Dr. Aragón, para el elogio de su digno predecesor, lo cual ejecutó con una peroración.

Continuó la discusión de reformas á la Academia.

Dr. Mejía.—Declaro que no me guía idea preconcebida en este asunto, ni deseo otra cosa que el progreso de la Academia. Si tal fuera, pude haber puesto a votación el asunto que va a discutirse, hace 15 días, momento en el cual los partidarios de las reformas estaban en minoría. Yo pienso que la Academia vale por sí misma y no ha menester incorporación alguna con el Gobierno para ser respetada. Deseo sí hacer notar de un modo terminante, que desde el momento en que un respetable socio nos marca que faltamos al reglamento, debemos volver sobre nuestros pasos y atenernos á ese reglamento, que todos debemos respetar. No obstante, si la Academia desea continuar por el

camino emprendido, en ese caso dejo claramente establecido que la Mesa salva de un modo completo su responsabilidad, siendo la Academia quien resuelve que no queda vulnerado con su proyecto, el reglamento.

Dr. Hurtado.—Respeto de un modo completo las ideas del Sr. Dr. Mejía, y por mi parte cuando veo vulnerado el reglamento, jamás he dudado de retroceder en una tramitación; mas en este caso, puede el Sr. Presidente estar tranquilo, porque creyendo interpretar el parecer de la mayoría de la Academia, declaro que la Mesa ha seguido una tramitación correcta, y que en nada ataca al reglamento: presentada la memoria científica del Sr. Dr. González Urueña, ella termina con una proposición final, la cual pide sea juzgada por una Comisión y la Academia resuelve aceptar esta moción. La misma Academia nombra esa Comisión, se presenta el dictamen y ahora se discute. Esto es todo, y la tramitación, repito, es correcta. Si ulteriormente resulta que haya alguna modificación reglamentaria, será el momento en que la Mesa tramitará el asunto a la Comisión respectiva; hasta este instante, repito, no se han falseado los trámites. Yo divido el asunto a discusión en tres capítulos: 1º Nacionalización de la Academia y el que sea declarada de utilidad pública. 2º El derecho de iniciativa que ésta tenga; y 3º En caso de necesidad, agregar otros considerandos que modifiquen el reglamento.

Dr. Manuell.—Me parecen extrañas las observaciones hechas por el Señor Presidente, y declaro que sería insólito detener la discusión de un dictamen aprobado ya en lo general; tanto más, cuanto que todo está en orden según indica el Sr. Dr. Hurtado.

Dr. García.—Debe continuarse la discusión en el sentido en que se encuentra, pues la Academia así lo ha autorizado a sabiendas.

Dr. Suárez Gamboa.—Todo los Académicos somos conscientes, y como tales, hemos aceptado como buena la tramitación de la Mesa. Hoy fuimos convocados a discutir y votar en lo particular las conclusiones, y debemos hacerlo.

Dr. Icaza.—Nuestro reglamento apoya claramente al Señor Presidente para dar trámites y no debe coartarse en ese sentido su acción; tanto más, cuanto que el artículo respectivo dice

que la Academia aprobará o no lo tramitado, siendo ella naturalmente, como se ha expresado, la responsable final de sus actos. Yo insisto en mis ideas, no porque quiera atacar el dictamen, sino porque me parece debemos dar una muestra de que nos respetamos, respetando nuestro reglamento, lo cual es asunto de honra de la Corporación. Es cierto que la votación relativa a la primera proposición del Sr. Dr. González Urueña se hizo, y también la del dictamen en lo general; pero ninguna votación es válida contra el reglamento, jamás podemos faltar a él. Dice el Sr. Dr. Hurtado que el asunto es científico, puesto que emana de una memoria científica, y sostengo que aun cuando éste sea su origen, no debemos acatarlo, porque ataca el reglamento, puesto que trata de reformas profundas a la organización de la Academia; tanto es así, y yo tengo tan arraigada esta convicción, que aplazo a la Academia si se llega a aprobar el dictamen, para el momento de poner en planta lo que se propone, pues tendrá que modificarse el reglamento. Voy a dar lectura al artículo del voto de la mayoría, en donde dice que hay reformas á la constitución de la Academia. Lo cual ejecuta el Sr. Dr. Icaza y agrega: Bien se ve que existen estas reformas y por lo mismo caben en la parte relativa a reformas del reglamento, que lee el mismo Sr. Dr. Icaza, y agrega: Recuérdese que aun las votaciones hechas en un Jurado se modifican; para hacer las cosas conforme a la ley, abandónese el estado pasional que reina en esta Academia, y en conciencia resuélvase si hay o no modificaciones en lo propuesto por el Sr. Dr. González Urueña, y en tal caso sométase este asunto al procedimiento reglamentario.

Dr. Manuel.—Considero posible y hasta probable que se necesite reformar el reglamento, pero no es seguro; cuando sean un hecho los deseos todos del dictamen, será quizá el momento de someter el asunto al trámite respectivo, por de pronto debe continuar la discusión.

Dr. Icaza.—Veo esta Academia con una gran tendencia a ser modificada. Aun es posible que tenga razón, es ella quien lo resolverá en definitiva y lo resolverá favorablemente por lo que puedo observar; mas yo creo debe pasar el asunto á la Comisión de reglamento quien debe rendir el informe respectivo.

Dr. González Urueña.—Manifiesto al Sr. Dr. Icaza, que pade-

ce un error: ni mi memoria, ni el dictamen, tratan de modificar la Academia. Trátase únicamente de la expresión de un deseo, de un anhelo para que sea transmitido al Gobierno. En caso de ser aceptado este simple deseo, este anhelo, por la Superioridad, entonces sí caben las modificaciones que preocupan al Sr. Dr. Icaza.

Dr. Manuell.—Deseo apoyar las ideas del Sr. Dr. González Urueña, creyendo que hasta este momento, se trata de un loable deseo manifestado, y yo suplico, al Sr. Dr. Icaza, se sirva decirme si con un simple deseo se ataca al reglamento.

Dr. Icaza.—Se ataca nada menos al artículo 1º

Dr. Hurtado.—Voy á procurar convencer al Sr. Dr. Icaza, y es posible que los hechos augurados por él, no sean del todo reales. Ninguno de nosotros desea faltar al reglamento, tanto más cuanto que éste es muy amplio: dice que se estudiará la Ciencia Médica y sus accesorias y esto es sumamente amplio. Ruego se lea el significado de la palabra Ciencia, para ilustrarse. Por mi parte vengo documentado, habiendo estudiado libros acerca de esto. La medicina tiene tres conceptos: el individual, el social y el político. El modo moderno de la Ciencia, es el social. Todo debe evolucionar; Moisés creó la Ley que lleva su nombre en vista de las necesidades del Pueblo Hebreo. Ahora bien, hace tres meses se presentó el trabajo y se estudió el dictamen relativo; durante todo este tiempo, no ha reclamado los trámites el Sr. Dr. Icaza, todos los presentes somos perfectamente conscientes de lo que hacemos, y no pienso que la Academia debe desistir de su resolución, toda vez que ni la Mesa es inconsciente para imponer malos trámites, ni tampoco lo es la Academia para tolerarlo.

Las Sociedades pueden trasmutarse o por su voluntad expresa o por la acción violenta del Gobierno que en este caso significa la fuerza. Es más decoroso trasmutarse por el primer camino; si no, puede pasarnos lo que nos aconteció en política general, esto es, que nos trasmutaron por la fuerza de las armas. Así en un momento dado, decretó Napoleón I su voluntad omnímoda, imponiendo su tiranía.

Dr. Mejía.—Repito que he puesto a salvo la responsabilidad de la Mesa, porque ella ha querido dejar libertad completa a la Academia, para que ella acuerde lo que mejor estime. Como

la Academia indica que desea continuar la discusión, esta Secretaría dió lectura a la proposición final del voto de la mayoría, que es lo que debe discutirse. Pidió la palabra el Sr. Dr. Otero y leyó su parecer en el asunto, en un escrito que acompaña esta acta.

Dr. Monjarás.—No pensaba hacer uso de la palabra en este asunto, pero se ha discutido mi voto aun cuando no está a discusión; tanto en la sesión pasada como en la actual, se hacen alusiones enteramente personales á mi individuo. Se ha interpretado mi cita del notable filósofo Spencer, que traje a colación en mi escrito: se invierte su idea en el sentido de afirmar que yo me opongo al progreso, cosa inexacta. Yo deseo que la Academia evolucione, pero en la libertad que hoy posee, no creo sea necesaria su incorporación al Estado para que ella evolucione. Se ilusionan algunos de los señores Académicos respecto a que tendrán aumento en la subvención. Cuando se constituye una Sociedad que explota el carbón, no es favorecerla dedicarla a otra explotación. Cuando se impulsa en el sentido para que fué creada, es magnífico; mas no para lo que no fué. Se dice irónicamente lo del plato de lentejas, y yo digo que la Academia vende su libertad por ese precio. Se ha dicho por último, que la Mesa tramitó mal este asunto, y yo pienso que si tal cosa fuera cierta, justamente para eso debió servir la Comisión dictaminadora, para venir a decir cuál era el error y a pedir su buena tramitación.

Dr. García Samuel.—Se ha discutido el voto del Sr. Dr. Monjarás porque se debe estudiar el lado positivo de la cuestión y no únicamente el negativo.

Dr. Monjarás.—La práctica parlamentaria es esta: se discute el voto de la mayoría; si se acepta, nada tiene que hacerse con el voto particular.

Dr. Manuell.—Se afirma que la Academia pierde su libertad y yo no entiendo cuál es la libertad que pierde, toda vez que se trata de una Sociedad Científica; en este concepto yo no veo la causa por la cual se nos impusiera una opinión; v. gr.: no entiendo que porque el Instituto Médico, o el Patológico o el Bacteriológico dependen del Gobierno, éste les hiciera decir un desatino; como por ejemplo, hacer afirmar al Médico que una plan-

ta posee una substancia activa que no existe, o bien que tiene el alcaloide R. cuando existe el J.

Dr. Hurtado.—Yo hago ver que la libertad en que vivimos es muy relativa, porque dependemos de una subvención, y así por ejemplo, cuando nos encomendó el Gobierno los estudios del tifo, no pudimos contestarle: no lo hacemos porque no nos viene en gana. Si, pues, dependemos de hecho del Gobierno, lo que pretendemos es consolidar nuestra situación, para no construir sobre un terreno cuya propiedad no está demostrada; así sucedió en el Chamizal, en donde los norte-americanos usaron de una tierra que no les pertenecía, con lo cual se han expuesto a perder la construcción o a indemnizarnos. La Academia depende del Gobierno vergonzantemente porque recibe subvención; mejor es, que dependa de un modo claro.

Dr. Suárez Gamboa.—Repito, que hemos sido citados para discutir y votar la proposición final y eso debemos hacer.

Dr. Ramírez Arellano.—Todo proyecto de ley, debe revisarse con atención para saber entre otras cosas, si se está en posibilidad de cumplir lo que ofrece. Yo pregunto, si el Gobierno encarga un estudio a la Academia, tiene ésta los elementos necesarios para resolverlo? ¿Deseará el Gobierno hacer los gastos necesarios para proveerla de todos los elementos que necesita hoy, la resolución de un asunto médico?

Dr. Hurtado.—Piénsese que no es un asunto realizado. Si se aprueba el anhelo que entraña el dictamen, se deben exponer cuáles son las modificaciones que deben hacerse al reglamento.

Dr. Manuell.—Diré al Sr. Dr. Ramírez Arellano, que cuando la Academia dependa del Gobierno, es natural que pueda disponer libremente de todos los elementos de los institutos científicos.

Como ninguna otra persona usara la palabra, se preguntó si se consideraba la cuestión suficientemente discutida, a lo cual se sirvió contestar por la afirmativa la mayoría de los señores Académicos. Se sometió a votación para saber si se aceptaba la conclusión del dictamen que se discute y fué aceptada por mayoría de votos.

Después el suscrito hace saber que, según la fracción VII del artículo 19, hoy debe presentar las cuestiones del concurso anual y que de acuerdo con el señor Tesorero, el resto de la

Mesa y algunos de los señores Académicos, creen que de ponerse en vigor este asunto reglamentario debe premiarse con \$ 100.00 (cien pesos). El Sr. Dr. Manuell, hace saber que él y otras personas creen es obligatorio premiar los trabajos con \$ 500.00 (quinientos pesos). Habiendo dado el subscripto lectura a los artículos respectivos, se vió que no era fundada la objeción del Sr. Dr. Manuell, por lo cual el subscripto agregó que se había fijado en una cuestión de orden médico y otra de orden quirúrgico, procurando también que no sean de suma dificultad. Las cuestiones son estas: "*Diagnóstico de la apendicitis,*" "*Tratamiento de las heridas penetrantes del abdomen.*" Fueron aprobadas por la Academia.

ANTONIO A. LOAEZA.

Sesión del 28 de junio de 1911.

Presidencia del Sr. Dr. Dn. Demetrio Mejía.

Se concedió la palabra al señor Dr. Alonso, socio correspondiente en San Luis Potosí, para su memoria reglamentaria. Se titula "La extracción del cristalino transparente en la miopía fuerte." Se clasificó y se puso a discusión.

Dr. Uribe Troncoso.—Es muy importante el trabajo que nos ha traído el Sr. Dr. Alonso. Yo debo decir que realmente en Europa se ha abandonado casi de un modo completo su práctica. La operación en realidad no es excesivamente difícil de ejecutar, aunque sí es peligrosa, especialmente por sus consecuencias. Parece que en Europa se abandonó la operación por temor a los resultados lejanos. Respecto de los inmediatos yo creo que son buenos; en este sentido me muestro partidario de la intervención cuando está verdaderamente indicada, esto es, en las miopías muy avanzadas, lo cual sucede cuando la miopía es de número alto. Tengo una señorita operada de un ojo, que hasta la fecha va bien y ahora desea operarse el otro ojo. Animamos a practicar la operación los dos buenos éxitos del Sr. Dr. Alonso, a quien ruego continuar observándolos para que más tarde se sirva darnos a conocer la marcha de ellos.

Dr. Chávez Aparicio.—Estoy de acuerdo con las opiniones

expuestas por los Sres. Dres. Alonso y Uribe Troncoso. Creo es lamentable el abandono que se ha hecho en Europa de esta intervención, fundado indudablemente en la pérdida completa de la vista, si fracasa la operación, y esto, en un miope, es decir, en persona que algo vé; caso como se comprende, muy distinto del de cataratas, porque en éste la persona nada vé y trata de buscar en su operación, algo de vista; si no la logra, en realidad nada pierde.

Por mi parte tenía operadas 50 y tantas personas, hasta 1903, entre estas tuve varias con una complicación inevitable, el glaucoma, lo cual dependía del procedimiento operatorio que con ellas seguía. Actualmente opero haciendo una disección amplia en la córnea y en el iris por lo cual extraigo fácil y rápidamente el cristalino, con brillante resultado. Presenté en la Sociedad de Oftalmología, un caso operado de los dos ojos en muy buenas condiciones. Era un joven estudiante que pensaba no podría continuar sus estudios y lo consiguió; después de la operación, este enfermo fué observado entre otros por los Señores Dres. Vélez y Gama, a quienes les llamó la atención. Ulteriormente operé a la madre también miope, con magnífico resultado, por lo cual haciendo amplio colgajo y usando la pinza de 4 dientes para la extracción, se evita la temible complicación del glaucoma.

Con respecto a los resultados lejanos, puedo ya declarar que mis operados desde hace varios años, no tienen novedad, y así sucede cuando no se ataca el humor vítreo.

Ahora recuerdo una señora inglesa, a quien operé con muy buen éxito de sus ojos, y podré presentarla a la Academia. Supe por el Dr. Graue que en Londres se había elogiado este hecho de mi práctica. En los años de 1908 y 1909 también he operado con éxito otras personas. Sí creo debe tenerse en seria cuenta el que esté francamente indicada la operación, lo cual acontece a mi juicio cuando la miopía es de 18 a 20 dioptrías; por mi parte no opero las de 16.

Dr. Mejía.—Suplico al Sr. Dr. Chávez, se sirva presentar en cuanto pueda algunos de sus operados en vista de la importancia del asunto y por la misma causa felicito a todos los Sres. que han ilustrado esta noche a la Academia con su importante y erudita palabra.

ANTONIO A. LOAEZA.

Sesión del 12 de julio de 1911.

Presidencia del Sr. Dr. D. Francisco Hurtado.

Fué concedida la palabra al Sr. Dr. Calderón, quien leyó su trabajo titulado "Valor Médico Legal del himen en los casos de violación y estupro." Se clasificó y se puso a discusión.

Dr. Castañeda.—Es muy importante el tema leído por el Sr. Dr. Calderón, y los que ejercemos Ginecología, frecuentemente encontramos hechos referentes al estado del himen, por eso y para esclarecer en algo las ideas del Sr. Dr. Calderón, asistidas como lo están de alta justicia, paso a relatar algunos hechos. Trátase de una señorita española, doncella, en quien existía un escurrimiento en el cual pude encontrar al examen microscópico la existencia de gonococos, con lo cual puedo afirmar que hubo cópula aunque sea vestibular.

En el caso de himen -bi-partido o tabicado, es posible que por la abertura mayor haya cópula hasta completa, conservándose intacta la menor.

Mi principal idea es marcar la utilidad de que se practique

el examen bacterioscópico en los productos del caso para ayudar al esclarecimiento de los hechos dudosos.

Dr. Otero.—Para apoyar las ideas de las personas que me han precedido en el uso de la palabra declaro, que yo he asistido en su alumbramiento a una señorita, doncella, con himen intacto. La idea del Sr. Dr. Castañeda, de examinar bacteriológicamente los productos, creo es muy buena medida, y debe recordarse también la utilidad del hallazgo microscópico de los espermatozoides. Hay casos de abuso de profesionales, sabedores del detalle que nos ocupa, que para lograr su perverso objeto, cloriforman á las víctimas, lo cual es común en Europa.

Dr. Calderón.—El asunto que he traído a debate, se refiere a los hechos típicos de la dificultad en que estamos en México, respecto del dictamen pericial, porque prácticamente se nos manda la persona que se dice violada, en quien no encontramos huella alguna de ese hecho punible, por supuesto nada de escurrimiento, que en caso de existir, alumbraría según atinado parecer de los Sres. Dres. Castañeda y Otero. Es para semejantes casos para los cuales aconsejo poner en uso la fórmula de Viverte, que propongo en mi memoria.

Dr. Lavalle Carvajal.—Aun cuando no escuché la memoria a debate, me tomo la libertad de hacer algunas observaciones, porque en mi carácter de empleado de la Inspección de Sanidad, con suma frecuencia observo hechos relativos a doncellas que se consideran en comercio clandestino, porque se encuentran juntas con mujeres prostitutas profesionales, y en las primeras no existe huella de coito definido. En ellas he visto himen intacto, encontrando todas las lesiones venéreas o venereo-sifilíticas que se supongan. Corrobóranse estos hechos con la señora que asistió el Sr. Dr. Otero en gestación con himen intacto. En otro orden de ideas análogas diré, que yo asistí el extraordinario caso de una señora que daba a luz un niño, estando ella enferma de un epiteloma. He visto personas de himen que se repliega con toda facilidad, no presentando el menor obstáculo para el coito, y cuando guarda la posición natural este himen, no presenta la menor deformación.

ACTA NUM. 41.

Sesión del 19 de julio de 1911.

Presidencia de los Sres. Dres. Hurtado y Mejía.

El Sr. Dr. Mejía informa a la Academia que debido al celo del señor Ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes, Dr. Don Francisco Vázquez Gómez, tiene la satisfacción de anunciar a los Sres. Académicos, que cuenta ya la Academia con un local en el Edificio destinado a "Universidad Nacional" que será apropiado para su objeto, según instrucciones de la Superioridad, con lo cual ganará marcadamente la Academia, debido a ese impulso que le imprimió el Sr. Ministro, que es uno de los ilustres miembros de esta sociedad.

Después se concedió la palabra al Sr. Dr. Uribe y Troncoso para leer su trabajo reglamentario y lo ejecutó con el titulado

“Reseña de la Organización del Servicio Higiénico Escolar en el Distrito Federal y sus resultados.” Se clasificó y se puso a discusión.

Dr. Hurtado.—Felicito al Sr. Dr. Uribe y Troncoso, por el laborioso trabajo que se ha servido traernos esta noche, porque siendo el Jefe del Servicio en cuestión se encuentra penetrado de los detalles. No obstante con toda la consideración debida, voy a permitirme exponer las dudas que he tenido en este asunto, así como voy a señalar algo que no me parece exacto en las curvas. Desde luego manifiesto que los trabajos estadísticos son los inexactos por su misma índole y que las curvas perfeccionadas más tarde, por el mismo Sr. Dr. Uribe y Troncoso, nos merecerán más crédito. El mismo señor acepta en su clasificación la del notable Profesor Francés Bertillón, que aún con sus defectos es la más aceptada en las Naciones cultas.

El primer defecto que encuentro a la curva, es la exagerada frecuencia de las lesiones cardíacas. Es sabido cuánta es la dificultad que tienen aún los verdaderos especialistas, para aseverar la existencia de una lesión cardíaca y hablo ahora delante de Profesores de Clínica Médica, que pueden aseverar mi parecer. Son numerosos los hechos de perturbaciones en la mecánica.

Dr. Uribe.—Deseo hacer una aclaración. La cifra representada en la curva, se refiere únicamente hasta 1911, porque la que presento es una gráfica obtenida para ser enviada por la Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes, a un Congreso extranjero, y yo agrego ahora los datos para todo el año de 1910.

Dr. Hurtado.—Aceptando la explicación del Sr. Dr. Uribe Troncoso continuó porque subsiste la objeción. La cifra es muy elevada. Decía yo que es arduo el problema diagnóstico de una lesión cardíaca, aún siguiendo al diario y por mucho tiempo a los enfermos, ¿cuál no sería la experimentada por los Médicos del Servicio Higiénico, que visitan cada 15 días las Escuelas? Por eso he dicho que con todo respeto dudo de esos diagnósticos. Decía yo que las lesiones meramente funcionales son más frecuentes que las orgánicas, las primeras débense a novedades en el llamado hoy anillo de His y son muy difíciles de distinguir de los orgánicos. Toda esa difícil serie de soplos extra-cardíacos, sirve para aumentar dudas. Sabemos que estos son pro-

pios de las anemias y sabemos igualmente que la mayoría de escolares son gente pobre, denutrida y falta de alimentos, por lo cual esas anemias podrían simular lesiones cardíacas; por tanto pongo un grano de excepticismo a los datos que nos ha ofrecido el Sr. Dr. Uribe y Troncoso.

La anemia es justamente otro de los capítulos en que creo no tienen los datos toda la eficacia apetecible. Actualmente sabemos que decir anemia es muy poco avanzando el diagnóstico, y es preciso determinar los detalles del examen hematológico. El dato es importante porque la anemia de una u otra forma se enlaza de cerca con padecimientos que deben prevenirse en los escolares; deseo referirme a la tuberculosis, al linfatismo, etc.

Hay un capítulo titulado: "Enfermedades generales" sin precisar de cuáles se trata. Es necesario el dato, porque entre ellas caben justamente las infecciones y otras, como el linfatismo, etc., que urge para evitar y curar en los escolares.

Otro capítulo que encuentro incompleto, es el relativo a "Sífilis." No se precisa en cuál período se ha visto la dolencia, ni siquiera si es hereditaria o adquirida. Debe igualmente afirmarse el diagnóstico usando la reacción de Wassermann y la busca de la espiroqueta de Schaudin, toda vez que el diagnóstico de sífilis es engañoso y difícil.

Encuentro igualmente muy amplio el dato denominado "Caries dentaria" porque las alteraciones de los dientes que la simulan son de variados orígenes: entre otros la tuberculosis, por lo cual creo debe detallarse acerca de este punto, lo mismo que acerca de las reacciones amigdalinas y hacer que Cirujanos Dentistas aclaren los hechos.

Respecto a los capítulos titulados: "Agudeza visual y auditiva," debo decir que las perturbaciones de ellas no son enfermedades por lo cual yo no las aceptaría en este cuadro.

En el capital destinado a "Tuberculosis" creo deben existir más detalles, debe indicarse cuál es su grado así como las atenuadas, pues de allí depende su contagiosidad y curabilidad. Igualmente deben usarse con empeño particular las formas pretuberculosas; deben usarse para encontrarlas, entre otros medios; la tuberculina, con lo cual se evitarán muchos contagios y se curarán muchos niños. Repito que estos detalles son para perfec-

cionar estas labores que por lo demás creo muy interesantes y mis objeciones se refieren a ese perfeccionamiento.

Dr. Uribe y Troncoso.—Diré al Sr. Dr. Hurtado que en realidad todo lo nuevo tiene defectos y el servicio de higiene escolar se encuentra en ese caso. Además, debe tener presente para juzgar de sus resultados la misión de este servicio, que no es la de curar, sino exclusivamente prevenir el desarrollo de enfermedades en los escolares y encarecer a los padres la necesidad de que curen a sus hijos, lo cual ellos pueden hacer con el médico que más les acomode. Además, de seguir las orientaciones que pretende el Sr. Dr. Hurtado, las escuelas se convertirían en Hospitales y en Laboratorios, saliendo el Servicio Higiénico de su papel, cual es, prevenir á los padres de familia acerca de las enfermedades de sus hijos y evitar la propagación en las escuelas.

Respecto a los cuadros, debo decir que sólo son resumen de los padecimientos encontrados; mas en el detalle enviado a la Secretaría constan los detalles, v. g., de las lesiones cardíacas, indicadas por el Sr. Dr. Hurtado, y creo que son bastante buenos los diagnósticos, sin tener la eficiencia absoluta que reclama el referido señor, porque no se trata de diagnóstico para una clínica.

Además, no desconozco la importancia de ayudar con debidos límites al buen tratamiento de los escolares enfermos, y en este camino se recomiendan a los padres de familia todas las consultas para pobres que hay en la Ciudad, diciéndoles las de especialidades; etc. Tan soy partidario de esto, que a propuesta mía, se creó una escuela para niños con tiña, sarna ó verrugas, en la cual hay amplios departamentos para niños de ambos sexos y en el centro un departamento para tratamiento, que posee cuanto es preciso, inclusive un departamento radiográfico. Si la actual Secretaría de Instrucción acepta este servicio creado por mí, procuraré fomentarlo. Respecto a infección de los dientes se efectúa, aunque de un modo incompleto lo que desea el Sr. Dr. Hurtado.

Existe en el detalle aludido la distribución de las anemias, lo mismo que los relativos a la sífilis y a los enfermos tuberculosos.

El especialista en ojos obtiene gran provecho, cuando se le

dice si un niño es normal ó nó en su visión, y es en suma la normalidad ó anormalidad de los ojos oídos, etc., lo que importa señalar al Médico higienista de las escuelas. Con esto ya no volvemos a ocuparnos de este niño, después de recomendar el hecho á su familia, sino hasta un año después en que comprobamos hechos relativos á los órganos de sus sentidos.

Respecto a los dientes completaré diciendo que debe existir un dispensario para curar de esto a los niños.

Dr. Mejía.—Juzgo muy importante el trabajo del Sr. Dr. Uribe y Troncoso; con el objeto de colaborar en algo, voy a aclarar un punto de él. Antes debo decir que en todo debemos unir los esfuerzos nobles para tener un adelanto, de no hacerlo así puede en cada asunto de la vida social acontecernos lo que por desgracia nos sucede actualmente en nuestra situación política, que es bien triste, y por la cual me siento afligido, como creo lo estará todo buen mexicano.

Así, en orden médico, debemos todos estar satisfechos de nuestros adelantos y lamentar nuestras imperfecciones. En el primer orden de ideas tenemos la falta de fiebre amarilla (vómito) en Veracruz, y en el segundo está la frecuencia de los padecimientos cardíacos. Yo sí creo es frecuente este padecimiento como consecutivo al reumatismo, y no sólo al articular sino también al más simple de los musculares. Recuerdo entre otros hechos el de un niño de la clientela del Sr. Dr. Martínez del Campo a quien tuvo la amabilidad de hacerme ver en junta. Signifiqué a ese apreciable Dr. que estando el niño afectado de reumatismo, se debía temer la complicación cardíaca, por más ligero que fuese el padecimiento que primero enuncié; se trataba en el caso, de reumatismo de los músculos peroneos. Cuando fuimos a ver al niño hijo de un conocido notario, estaba ahogándose víctima de tremenda lesión endocárdica y pericárdica. No olvidó, me decía, aquella que bondadosamente llamara lección el Sr. Dr. Martínez del Campo. Hechos semejantes he observado en mi clientela para afirmar que son realmente frecuentes en los niños, estos padecimientos cardíacos, quizá por la altura en que vivimos. Ignoro cual será la experiencia de mis consocios acerca del asunto.

Como ninguna otra persona usara de la palabra, se concedió al Sr. Dr. Vertiz para su lectura de turno, titulada "Algunas

palabras acerca de los abscesos del hígado" Se clasificó y se puso a discusión.

Dr. González Uruña.—Tengo duda respecto al proceso etiológico por medio del cual un cuerpo extraño pase hasta el hígado, del estómago, y ruego al Sr. Dr. Vertiz se digne explicármelo.

Dr. Vertiz.—Ignoro cual sea la explicación, es raro mi caso pero es el hecho, el cual queda en pie como verificado. Quizá se perforó el esófago, luego penetró el cuerpo extraño en el hígado y después fué expulsado por los bronquios.

ANTONIO A. LOAFZA.

Acta núm. 42.

SESIÓN DEL 26 DE JULIO DE 1911.

Presidencia del Sr. Dr. D. Demetrio Mejía.

Dr. Chávez Aparicio.—Obsequiando los deseos manifestados por nuestro digno Presidente, he traído a esta enferma, que fué operada a causa de su miopía, hace cerca de 9 años. Es la misma enferma que presenté a la Sociedad de Oftalmología, y que fué observada por varios especialistas connotados, encontrándola en esa época en muy buen estado, y habiéndome valido elogio de ellos, como consta en el acta relativa que voy a leer. Lee el Sr. Dr. Chávez Aparicio la parte relativa, y continúa: puede ser examinada por los Sres. Académicos esta enfermita y verán, que guarda muy buen estado, pues a pesar de haber tenido lesiones coroideas ve perfectamente. El Sr. Dr. Alonso que con su lectura provocó el tema en cuestión, ignora los resultados lejanos de sus operadas; yo tengo además de este éxito que puede calificarse de brillante, otros que pueden sumarse en favor de la extracción del cristalino para curar las mio-

pías avanzadas. Llevo operados como 30 casos con mayoría de éxitos.

Se nombró a los Sres. Dres. Aragón y Otero para examinar a la señora presentada, suspendiendo entre tanto la Sesión.

Dr. Otero. —Deploro no ser especialista para detallar los hechos relativos a esta enferma; pero me es grato manifestar a esta Academia, lo que sigue: es una anciana de 75 años, hace como 8 fué operada por sufrir miopía progresiva. En el ojo derecho de ésta dama se nota la pupila deformada aunque obediente a las reacciones que le son propias; lo cual se debe a que el Sr. Dr. Chávez Aparicio incindió el iris para evitar la iritis que amenazaba a la enferma. La señora ve perfectamente a 21 centímetros. No se advierte señal alguna de la intervención; por todo lo cual felicito calurosamente al operador, que con éxitos como el actual, puede recibir el calificativo de muy hábil, por lo cual debemos honrarnos al contarle entre nuestros miembros.

Dr. Aragón.—Uno mis felicitaciones a las ya expresadas. Observé que la enferma está en perfecto estado de visión; no hay sinequias ni glaucoma, a pesar de la importante operación ejecutada, habiendo quedado intacta la agudez visual.

Dr. Mejía. —No puedo dejar escapar la oportunidad de felicitar al Sr. Dr. Chávez Aparicio, por el notable éxito que nos ha presentado y lo agradezco en nombre de la Academia.

Después el segundo Secretario dió lectura al trabajo de turno del Socio corresponsal en León (Guanajuato) titulado "La fisioterapia en Oftalmología."

Como estuviera presente ya el Sr. Dr. Troconis a quien toca la lectura reglamentaria, se le concedió la palabra y leyó el escrito titulado: "Un caso de neoplasma maligno." Se clasificó y se puso a discusión. Como nadie usara de la palabra, se concedió al Sr. Dr. Vértiz para una adición a su memoria de turno, relativa a abscesos de hígado. Nadie usó de la palabra respecto de ella. Después el segundo Secretario leyó un trabajo extraordinario, del Sr. Dr. Ricardo Ortega, socio corresponsal en Monterrey, denominado "Primeros auxilios a los fulminados." Como nadie usara de la palabra acerca de él, se concedió al Sr. Dr. Cicero para hacer una comunicación que por escrito entregó a esta Secretaría y se agrega al acta.

El Dr. Cicero.—Presenta unas preparaciones microscópicas

del *Streptothrix Madurae*. El material fué tomado en una enferma que se presentó al Consultorio Central posteriormente a la lectura del Dr. Cicero sobre el micetoma. Dicha enferma, que ha sido el primer caso observado en la mujer por el Dr. Cicero, debió haber sido presentada a la Academia hace 15 días, pero ni acudió a la cita, ni ha vuelto al Consultorio Central.

Tomados los granos blancos que había bajo una bula, fueron entregados por el Dr. Cicero, al Sr. Dr. Ulrich, quien bondadosamente se prestó a hacer las preparaciones microscópicas.

En ellas se puede ver que los granos están compuestos exclusivamente por elementos de un hongo, con todos los caracteres del *Streptothrix Madurae*, cuya descripción consta en el antedicho trabajo del Dr. Cicero, sobre el micetoma.

ANTONIO A. LOAEZA,
Secretario.

FISIOLOGIA.

**La hiperglobulia de las altitudes no es un fenómeno
de hematopoesis.**

MEMORIA DE TÚRNO PRESENTADA POR EL DR. VERGARA LOPE,
M. S. A —MÉXICO, 1911.

Señores académicos:

Entre los factores climatéricos que determinan la biología de los organismos que viven a cierta altura sobre el nivel del mar, uno de los más importantes que influyen de manera de-

terminante en sus funciones y constitución normales, es el estado higrométrico del aire enrarecido de las capas más o menos elevadas de la atmósfera.

Se sabe bien, que el grado de humedad, o mejor dicho, la cantidad de vapor de agua que existe en la atmósfera depende de varias circunstancias, y que, en lugares que tengan la misma altitud y aun la misma temperatura, el estado higrométrico puede ser muy distinto; supuesto que no solamente la altitud, sino otras muchas causas, como: las corrientes atmosféricas, la presencia de grandes depósitos o corrientes de agua, la vegetación, la naturaleza del terreno, etc., determinan la cantidad de dicho vapor en la atmósfera y su tensión molecular; pero en todos los casos, sea en lugares de altitud muy elevada, sea en las comarcas bajas, la sequedad atmosférica acarrea modificaciones funcionales muy notables y trascendentales.

Estas modificaciones son más constantes en los habitantes de las grandes altitudes, porque al factor sequedad hay que agregar otros dos igualmente importantes, que al unírsele colaboran para obtener los mismos efectos, éstos son: la baja presión barométrica y la menor cantidad de oxígeno en un mismo volumen de aire.

La sequedad del aire de las altitudes, a pesar de que es debida principalmente a la menor presión barométrica, puede variar en razón de los demás factores ya señalados; pero éstos nunca pueden llegar a vencer cambiando el sentido y naturaleza de los fenómenos, y siempre se verá que el estado higrométrico es proporcionalmente más bajo cuanto más altos sean los lugares de la tierra donde se vive, aunque sean las orillas del lago de Titicaca, o del lago del cráter del Nevado de Toluca.

Existen, naturalmente, cálculos exactos que miden estas diferencias entre las cantidades de humedad relativa con respecto a la altitud; citaremos por tenerlos con la mayor oportunidad para nuestro objeto, los del Dr. Denison de los Estados Unidos. (1) Según este señor, en dos lugares elevados: Denver y Cayena, la humedad relativa es de 0.501 y de 0.478, mientras que en regiones bajas, como Jacsonville y Charleston, es respectivamente de 0.774 y 0.803, es decir, casi el doble que en los

(1) Denison. —The preferable climate for consumption. —Pág. 5.

primeros. Si se comparan las diferencias en peso, por metro cúbico, y a la misma temperatura, son todavía mucho más notables:

Denver,	4.44		Jacsonville.	8.33
Cheyenne.....	1.30		Charleston.	11.38

Aquí vemos que llegan las diferencias hasta el décuplo.

Datos semejantes nos sería muy fácil presentar comparando las atmósferas de sitios elevados de la "Mesa Central" de nuestra República con otros de nuestros litorales y demás tierras bajas; pero para nuestra demostración, es innecesario. El hecho, como verdad científica, está plenamente confirmado y para juzgar sobre la intensidad del fenómeno nos basta con el ejemplo citado.

*
* * *

El estado higrométrico del aire ejerce una gran influencia sobre las pérdidas de agua de los organismos, al través de la piel y de la mucosa respiratoria.

Nos bastaría citar las muy conocidas experiencias de William Edwards, (1) realizadas sobre una gran serie de animales de "sangre fría" y de "sangre caliente;" pero prescindo de sus detalles, porque para nuestro objeto son mucho más adecuadas y preferibles las observaciones hechas sobre el hombre por el Dr. Denison, citado ya en el párrafo anterior.

Para su estudio este experimentador hizo dos series de observaciones: en la primera determinó las cantidades de vapor de agua exhalados al través de los pulmones de individuos, situados en un lugar caliente y húmedo, Jacsonville, Florida, y comparó estas cantidades con las que exhalaban los mismos en un clima caliente y seco, Yuma, Arizona. En este primer grupo de experiencias, los sujetos observados fueron los mismos; los lugares en que fueron observados, Yuma y Jacsonville, poseen

(1) W. Edwards.—Influence des agents physiques sur la vie.—Paris, 1824, págs. 84, 97, 127 y 312.

una temperatura y una presión barométrica sensiblemente iguales; sólo era distinto el grado de humedad atmosférica.

En Yuma.....	0.428
„ Jacsonville	0.774

El resultado que se demostró en esta primera serie fué que, a pesar de la igualdad de las condiciones señaladas, y no obstante que el sujeto respiraba la misma cantidad de aire, la sola diferencia del estado higrométrico bastó para modificar considerablemente la pérdida de agua al través de la mucosa pulmonar:

Diferencia del vapor de agua exhalado sobre el inhalado.

En Yuma (lugar seco).....	3937
„ Jacsonville (lugar húmedo).....	3073

Exceso calculado en Yuma sobre Jacsonville.... 864 gms. al día.

Estas medidas se hicieron con los individuos en pleno reposo, siendo el promedio de sus movimientos respiratorios a razón de 18 por minuto, y siguiendo los métodos aconsejados por Quételet, Hutchinson y Flint.

Repetidas estas experiencias con el sujeto en movimiento, y según cálculos hechos por el Dr. Edward Smith, las diferencias se acentuaron hasta ser cerca del triple.

La segunda serie o grupo de experiencias, comprende medidas practicadas por Denison sobre los mismos sujetos, pero comparando entre sí las que se obtuvieron en un lugar bajo con otro de altitud considerable. Los resultados constan en este cuadro:

	Denver (5350 pies)	Jacsonville (al nivel del mar).
Humedad relativa.....	0.501	0.774
Cantidad de aire respirado en 24 horas, en pulgadas cúbicas	1,062,800	884,000
En pies cúb'cos.....	615	492
Vapor de agua exhalado en 24 horas	8,900	4.934
Exceso de Denver sobre Jacsonville.	3,961 en 24 horas.	

Por estos datos del Dr. Denison vemos que se pierde por los pulmones una cantidad doble de agua en Denver, a 5350 pie sobre el nivel del mar que la que se pierde a este nivel.

En relación con la mayor exhalación de este líquido por la mucosa respiratoria existen algunos otros hechos aparentes al primer examen, como las sensaciones muy conocidas, de sequedad de la boca, de la faringé, la sed, algunas veces hasta la ronquera y deglución difícil de que nos dan cuenta Boussingault, Saussure y otros viajeros y aeronautas, y que muchos de nosotros experimentamos con sólo subir de nuestras costas a la "Mesa Central."



Las pérdidas de agua por la piel, en una atmósfera enrarecida y seca, son todavía más exageradas. Así lo ha demostrado W. Edwards, quien ha visto en diversos animales sobre los que ha experimentado cómo afluye la sangre a los capilares cutáneos y cómo en seguida se atenúa esta congestión, gracias a una abundante transpiración. (1)

La sequedad, dice Weber, (2) aumenta notablemente la evaporación por la piel.

Las experiencias hechas sobre los animales sometidos a la inanición, según que la experiencia se haya hecho en el seno de una atmósfera seca o húmeda, han venido también a suministrar datos precisos y comprobantes del mismo fenómeno, y otros semejantes señala Richet observando a los animales invernantes, cuya actividad respiratoria es casi nula, y en los que solamente las pérdidas de agua al través de la piel pueden explicar la disminución de su peso en las atmósferas secas, y la conservación y aun aumento en las húmedas. (3) Prueba, la más elocuente, que nos conduce a comparar los organismos a cuerpos porosos, más o menos impregnados de agua, cuya proporción disminuye según el grado de humedad y de enrarecimiento del aire que los rodea. (4)

(1) Longet. — Fisiología. — Vol. I, pág. 556.

(2) Weber. — Climatoterapia, pág. 176.

(3) L'inanition chez les animaux. — Revue Scientifique. — Vol. XVII, pág. 643.

(4) Vergara Lope. — Memoria sobre las variaciones de la presión sanguínea y de la presión barométrica. — "Gaceta Médica." — Octubre, 1908.

*
* *

Las pérdidas de agua en una escala mucho mayor, al través de la piel y del pulmón de los individuos que vivimos en atmósferas secas y enrarecidas, son hechos evidentes que no necesitan mayor demostración, y como la eliminación de agua al través del riñón se conserva casi proporcionalmente la misma (800 ó 1,200 cent. cúb.) y la ingestión de bebidas no es evidentemente en mayor cantidad de la que tiene lugar entre los que viven al nivel del mar, nos vemos desde luego inclinados a creer que todos los elementos histológicos, el protoplasma y los diversos humores del organismo, se encuentran sujetos a tener una cantidad menor de agua, son más densos.

El examen de la sangre, con otras pruebas y argumentos que después expondré, tienden a corroborar tal suposición.

*
* *

El aumento de los elementos figurados de la sangre en relación con el plasma, es uno de los fenómenos más marcados y constantes en los moradores de las altitudes.

En 1889, casi simultáneamente, se anunciaba por el Doctor Viault, de Burdeos, en el Perú, y por mí aquí en México, la existencia de este fenómeno, sospechado muchos años antes por el malogrado profesor Paul Bert.

Desde esa fecha las investigaciones se han multiplicado confirmándose constantemente el mismo hecho, tal como puede verse en el siguiente cuadro:

Lugares.	Altitudes.	Observadores.	Núm. de hemacias.
En Cristianía ...	nivel del mar.	Laache.	4.970,000
„ París	78 mts.	Hayem.	5.000,000
„ Göttingen.....	148 „	Schaper.	5.225,000
„ Tübingen ..	314 „	Reinert.	5.322,000
„ Zürich	412 „	Stierlin.	5.752,000
„ Auerback	425 „	Wolf & Köppe.	5.748,000
„ Reiboldgrüm ..	700 „	„ „	5.970,000
„ Arosa	1,800 „	Egger.	7.000,000 (?)
„ México	2,280 „	Vergara Lope.	6.500,000 (1)
„ Morococha....	4,392 „	Viault.	8.009,000 (2)

(1) La Vie sur les Hauts Plateaux. — México. — 1899, por A. L. Herrera y Dr. Vergara Lope.

(2) Crónica Médica de Lima, Perú. — Enero de 1890 y Compt. Rendue de l'Académie des Sciences de Paris. — Diciembre de 1890 y Febrero de 1891.

Por lo que se refiere a las observaciones practicadas en México, debo presentar aquí datos más exactos tomados de observaciones hechas posteriormente, que son:

Sujetos.	Núm. de hemacias.	Autores.
Hombre adulto.....	6 300,000 a 6 500,000..	Vergara Lope.
Mujer adulta	6.000,000 a 6.300,000..	Vergara Lope.
Mujer embarazada.....	{ 5.111,000	Dr. F. Zárraga.
	{ 5.060,000.....	Dr. Vergara Lope.
Niños de 6 a 12 años..	6 066,000	Departamento Antropométrico.

El aumento de los glóbulos rojos y de la capacidad de absorción de la sangre para el oxígeno, han sido demostrados también por experiencias de laboratorio. Las de Regnard, en la Sorbonne sobre cochinitos de Guinea, que permanecieron durante un mes bajo una campana en la que circulaba aire enrarecido y seco; (1) las de Müntz en el Pic du Midi y las que yo hice en el Instituto Médico Nacional de México, sobre el hombre y los animales, (2) han sido completamente demostrativas. Solamente quiero aquí dejar consignado, de una vez, que en la mayor parte de los casos se puede ver cierta relación proporcional entre las cifras de glóbulos y las presiones barométricas correlativas, que representan la media del lugar; o sea, entre la magnitud del fenómeno y la densidad de la atmósfera.

Sea como ejemplo:

Presión barométrica media en París.....	75 cent. = P
" " " " México.....	58 " = P'
" " " " Morococha.....	45 " = P''
Glóbulos rojos por milímetro cúbico en París.	
(Hayem).....	5.000,000 = R
Glóbulos rojos por milímetro cúbico en México.	
(Vergara Lope).....	6.500,000 = R'
Glóbulos rojos por milímetro cúbico en Morococha.	
(Viault).....	8.000,000 = R''

(1) M. P. Regnard.—Mémoires de la Société de Biologie.—Séance de 28 de Mai de 1893 pág 470.

(2) Vergara Lope y Herrera —Op. cit.

$$\frac{75}{58} = \frac{P}{P'} = 1.29$$

$$\frac{75}{45} = \frac{P}{P''} = 1.66$$

$$\frac{6.500,000}{5.000,000} = \frac{R'}{R} = 1.30$$

$$\frac{8.000,000}{5.000,000} = \frac{R''}{R} = 1.60$$

Luego podemos poner:

$$P : P' : P'' :: R'' : R' : R.$$

En las experiencias de Regnard, si comparamos los resultados que obtuvo con los cochinitos sometidos a una presión de 52 cent., tenemos la misma comprobación:

Oxígeno absorbido por la sangre de los animales sacrificados al final de la experiencia.....	21 c. c.
Oxígeno absorbido por la sangre de los que sirvieron como testigos.....	15 „
Presión del aire ambiente sobre los primeros.....	52 cent.
„ „ „ „ para „ segundos.....	75 „

Dividiendo recíprocamente, tendremos:

$$\frac{P}{P'} = \frac{75 \text{ cent.}}{52 \text{ „}} = 1.44$$

$$\frac{O'}{O} = \frac{21 \text{ c.c.}}{15 \text{ „}} = 1.40$$

De donde podemos sacar sin vacilación alguna:

$$P : P' :: O' : O.$$

Con el fin de refutar una de las explicaciones que se dan sobre este fenómeno de la hiperglobulia de las altitudes, hago desde luego notar, que en las experiencias de Regnard, la medida de la capacidad respiratoria de la sangre, se hizo operando sobre la masa total del líquido que se obtuvo al sacrificar los animales, y no sobre una pequeña porción extraída de los capilares cutáneos, como se hace al practicar la numeración de los glóbulos rojos, en las investigaciones más frecuentes.

ACTA NUMERO 4.

Sesión del día 18 de Octubre de 1911.

Presidencia del Sr. Dr. Don José Terrés.

Tomó la palabra el Sr Dr. Don Francisco Hurtado para seguir considerando los casos de meningitis cerebro-espinal epidémica, de que principió a ocuparse en la sesión pasada, y otros más que relata. En resumen: de ellos, 3 los juzga producidos por el meningococo intracelular de Weichselbaum, 2 corresponden a meningitis tuberculosa y de 4 fatales: uno con tuberculosis meníngea probablemente asociada al meningococo y 3 con bronco-

neumonía presentando meningitis en que se encontró el neumococcus de Talamón-Frankel. Posible es, dice, en vista de ello, que la meningitis epidémica coincida con casos de Neumococia. Otro asunto que queda por resolver es de si se trata en aquella de una simple aracnitis como quiere Netter o bien hay además inflamación de la pulpa cerebral.

Quedó con el uso de la palabra para la próxima sesión el Sr. Dr. Otero con motivo de las comunicaciones del Dr. Hurtado.

ENRIQUE O. ARAGÓN,

2º. Secretario.

Sesión del 25 de Octubre de 1911.

Presidencia del Sr. Dr. Terrés.

El Trabajo de Turno del Socio Corresponsal de Monterrey, Dr. Ortéga, fué leído. Dicho trabajo se titula: "¿Será posible la curación de la sífilis con la estriénina?" Este trabajo fué puesto a discusión, no habiendo quien usara de la palabra.

Dr. Otero.—Manifiesta que es gran mérito el del Dr. Hurtado el haber demostrado la existencia de casos de meningitis cerebro-espinal, pero que en su concepto no está comprobado que haya epidemia. De la misma manera, dice, que el endocardio y el riñón, las meninges pueden infectarse por la acción de diversos micro-organismos. No todas las meningitis, como es bien sabido, son del tipo de las cerebro-espinales epidémicas, y como nueva prueba de ello, ha observado 4 casos desde que el Sr. Dr. Hurtado comenzó sus observaciones. El 1º se refiere a un niño que recibió en su sala número 13 del Hospital General, estando el paciente en los últimos días de su enfermedad. Presentaba dolor exagerado en la región occipital. La fiebre intensa que

había y hacía creer en un tifo, desapareció, mas el dolor persistió; la pupila reaccionaba torpemente; no había raya meníngea, pero sí signo de Koernig. Desde hace 14 meses, en el Congreso Médico pasado, insistió en la necesidad de practicar el examen del líquido céfalo-raquídeo, para fundar el diagnóstico de las meningitis. El examen requiere una asepsia perfecta para la cosecha del líquido, y el practicar el examen citológico con el producto *in natura*, estando los gérmenes aún vivos y no alterados por la acción de las materias colorantes o de los demás agentes que de ordinario intervienen, para la desecación, fijación, etc., etc. En el líquido céfalo-raquídeo del niño, cuya observación está relatando, encontró un bacilo que no tomó el Gram; luego era diplo-bacilo o Eberth. Para diferenciarlo recurrió a la precipito-reacción que le dió resultado positivo de tifoidea. El niño ha sido tratado con el colargol en pomada y en inyecciones intra-musculares. Ha estado con alternativas en su salud, pero se salvará probablemente.

El 2º caso se refiere a una niña que observó en el Hospital Juárez. Había sido tratada con lavados intestinales antisépticos. Hizo el diagnóstico clínico de meningitis tuberculosa, y practicó el examen citológico del líquido céfalo-raquídeo, encontrando dos gérmenes: uno análogo al anterior, y el otro conservando el Gram enérgico, a pesar del Ac. Nítrico y el Cloroformo. Doble diagnóstico bacteriológico: Tifoidea y Tuberculosis. La necropsia hizo patentes las granulaciones tuberculosas del cerebro, y las lesiones características de las placas de Peyer.

En el 3er. caso: Síndrome meningítico. En la necropsia tomó una muestra de sangre de una vena del encéfalo, y practicando el examen, encontró inmensa cantidad de esporos del hematozoario que él ha descrito como del tifo.

En el 4º y último caso encontró gran cantidad de esporos y escasos hematozoarios de los mismos descritos por él. De paso hace notar que a veces ha encontrado asociados el Eberth y el treponema.

No hay que ilusionarse, agrega. No quiero quitar su mérito al Sr. Dr. Hurtado, antes bien, soy el primero en proclamarlo, pero en asunto de tanta importancia debemos ir con calma, no festinarnos, practicar siempre y en perfectas condiciones el examen del líquido céfalo-raquídeo, cuya importancia, declaro es

para mí tan grande como la percusión, la auscultación del tórax, para el diagnóstico. Otra conclusión de interés se desprende de lo que he manifestado: lo específico del tratamiento según el agente infeccioso, y por consecuencia el empleo de sueros especiales según el agente microbiano productor de la dolencia. Interesantes estudios hechos en Argelia, confirman lo que él ya había con anterioridad expresado: que el suero de un convaleciente de tifo puede servir para curar éste. En verdad, él ha procurado a sus pacientes, con este medio, alivio temporal a sus dolencias, pero no ha logrado la curación nunca.

Dr. Hurtado.—Tiene la creencia de haber demostrado de manera incontrovertible que la meningitis cerebro-espinal epidémica existe en la ciudad de México, aunque no haya dicho que sea una epidemia de consideración. Los fundamentos que ha tenido no pueden ser más sólidos: cuadro clínico, en algunos casos característico; la presencia del microbio específico, o sea el meningococcus de Weichselbaum; el cultivo de este germen, hecho por el Sr. Dr. Gayón, una de cuyas preparaciones está a la vista; y necropsias. En los últimos 8 días, ha tenido oportunidad de estudiar tres casos nuevos, en uno de los cuales el estudio fué completado con la necropsia. De ellos pasa a dar cuenta en lo más importante.

1er. caso: Enferma domiciliada en la 4ª del Factor. 3 semanas de enfermedad. Diagnóstico de meningitis. Tratamiento vulgar. Presenta opistótonos, paresia pupilar, raya meníngea, etc., etc. Se practicó la punción raquídea, extrayendo líquido turbio con abundancia de poli-nucleares y gran cantidad de gérmenes. La enfermita ha recibido dos inyecciones de suero, y va de alivio.

2º caso. Enfermo del Dr. del Bosque, domiciliado en la calle de la Acequia. 14 años. Mecánico. Se hizo la punción extrayendo líquido purulento con el cual hizo siembras el Dr. Gayón, en suero con gelosa. El cultivo fué tardío, y se logró a 38 grados en 48 horas. Las dificultades del diagnóstico son grandes a veces, o insuperables queriendo limitarse al cuadro de síntomas. En el caso de Rafael del Monte, había síntomas extraños: adelgazamiento, mirada vaga, paresia pupilar, manchas, movimientos coreiformes, abolición de los reflejos de los brazos; parecía tuberculoso. La fórmula sanguínea era linfocitaria. El aspecto del

líquido céfalo-raquídeo era sanguinolento y el Weichselbaum no fué encontrado. El enfermo pasó al Hospital y tuvo convulsiones, coma, estrabismo, nistagmus, diarrea, incontinencia, muriendo a la postre. En la autopsia, se encontró lo siguiente: Anemia de las meninges. La cola de caballo aplastada. Poco líquido meníngeo. La mitad superior de la médula cervical reblandecida. La aracnoides pálida y extensas natas fibrinosas intrameníngeas. Lesión cerebelosa degenerativa. Inyección considerable de la dura madre. Ausencia de pus. Hidrocefalia ventricular. Natas como grosella al nivel del bulbo. Glándula hipofisiaria pequeña. No tubérculos. En los *frotis* hechos se comprobó la existencia del meningococcus. Sin este recurso no se habría podido diagnosticar. Cree que se haya tratado de un caso crónico, pues los hay que duran año y medio.

3er. caso. Rosa Santiesteban. En su cuadro de síntomas se notan lesiones oculares. El suero obró bien. El examen químico de líquido céfalo-raquídeo es de interés, comprobándose el aumento de la urea. También lo es el de la orina que suele contener acetona. Con el empleo del suero ha observado en ocasiones, accidentes séricos, pero que no pueden calificarse de anafilácticos. Las cantidades de suero que hay que emplear son variables según el criterio del médico tratante. Son de recomendarse las cotidianas, aunque no siempre sea posible hacerlo, pues lo impide la hipersensibilidad. Con el tratamiento por el suero se ha logrado reducir la mortalidad al 30% mientras con el colargol solamente al 50%. Las conclusiones que saca de lo expuesto son:

1^a En México existe la meningitis cerebro-espinal.

2^a Otras dolencias, como la neumococcia, pueden revestir el aspecto meningítico.

3^a Ciertos matices clínicos que de ordinario se encuentran en otras infecciones, no se han observado en la que le ha ocupado.

4^a La enfermedad no es fatalmente mortal.

Profilaxis. El Consejo de Salubridad ya se ha preocupado de la cuestión y el Sr. Dr. Licéaga le ha encargado le envíe una nota, que ya está preparando, de sus observaciones, para emprender la campaña contra esa dolencia.

E. DEL RASO,

1er. Secretario.

ACTA NUM. 6.

Sesión del 8 de Noviembre de 1911.

El Dr. Hurtado hace la siguiente comunicación: Hace cerca de tres meses ocurrió que una paciente jugaba con un perro, quien la lamió en la cara y en la espalda. No hubo solución de continuidad ostensible. Por alguien se temió que el animal estuviera poseído de la rabia, y fué sacrificado. La paciente no presentó alteración en su salud, sino al cabo de cerca de dos meses que tuvo calofrío, fiebre de 39 a 39 y medio grados, vértigos, contracturas en los brazos y piernas, convulsiones en la cara, especialmente en el lado derecho.

Temiendo la familia que tuviera la rabia, la internaron en el Hospital, en donde la encontró el Dr. Hurtado, con enflaquecimiento notable, mucosas secas, estado sub-consciente, movimientos atáxicos de los miembros superiores, temblor intencional arrítmico sin tipo determinado, rigidez de los miembros inferiores, principalmente provocada; reflejos centro-laterales abolidos, el plantar disminuido, el de Babinski existente. Por la auscultación del tórax se notaron abundantes estertores finos abajo del omoplato derecho. No había tos ni expectoración, pero sí raya meníngea y signo de Koernig.

A apoyado en los síntomas de reacción cerebro-espinal que estaban presentes, hizo la punción raquídea, extrayendo un líquido amarillento, no purulento, el cual fué centrifugado y demostró la existencia de una exigua reacción linfocitaria, de un pequeño bacilo y de abundantes neumococcus. En esto se fundó el diagnóstico de *neumococcia probable*. La marcha de la enfermedad fué de mal en peor. No teniendo experiencia acerca de las inyecciones intra-raquídeas de suero neumocócico, se abstuvo de hacerlas, conformándose con la aplicación de 10 gramos del propio suero en inyección intra-muscular, la cual no dió el resultado apetecido. Sobrevino el coma y la agonía que se prolongó por 5 días, al cabo de los cuales la paciente murió. La autopsia fué practicada a las 16 horas demostrando lo que sigue: La

dura madre parecía sana, excepto en la mitad inferior lumbar y en la cola de caballo, donde presentaba moderada inyección. Exudado moderado purulento envolvía las raíces en su mitad inferior, dos de estas mismas raíces se encontraron hipertrofiadas, tal vez a causa de una polio-mielitis anterior. Aracnoiditis en la misma región, sin exudado. Médula reblandecida, con hemorragia puntiforme. Cuernos anteriores hinchados y edematosos: Resumen: Mielitis infecciosa hemorrágica.

Cerebro retraído. Aracnoiditis moderada. Ausencia de exudado en la base. Pulpa cerebral anémica. Reblandecimiento de dos lobos cerebelosos y del vermis. La protuberancia y el bulbo con su consistencia normal. Resumen: Meningo encefalitis. En el tórax edema total de ambos pulmones. Sufusiones sanguíneas en el mediastino anterior. Corazón marchito, anémico y graso, con gran cantidad de coágulos sanguíneos. Los frotis hechos con la sangre demostraron la existencia de abundantes neumococcus. En el vientre se encontró el hígado super-infeccioso. Riñones y páncreas congestionados. El conjunto de todos estos datos ministrados por la necropsia, confirmó como se ve, el diagnóstico de *neumococcia*.

Las dificultades para el diagnóstico de esta dolencia, son grandes en la práctica hospitalaria; pero en la práctica civil, son casi insuperables. La punción raquídea es de extremo interés para el diagnóstico. La investigación del neumococcus se hace habitualmente en la sangre, y aun cuando es frecuente encontrarlo, 66% de los casos, la investigación es sumamente difícil. Es preferible hacerlo en el líquido céfalo-raquídeo. Da también resultados muy útiles la inyección de una muestra de sangre del paciente a conejos, ratones blancos, o cuyes, practicando al cabo de tiempo oportuno la autopsia de dichos animales.

El diagnóstico es sobre todo importante, por ser la base del tratamiento suero-terápico. Hay casos de edema sobregado pulmonar que matan rápidamente y que podrían salvarse con el tratamiento adecuado instituido con oportunidad.

De paso advierte haber cometido un error, al prescribir grandes cantidades de suero fisiológico (500 gramos), por estar contraindicado a causa de su tendencia a producir o favorecer el desarrollo del edema del pulmón.

Pasa en seguida el Dr. Hurtado a relatar el caso de una mu-

jer con hemiespasmó facial, mucosas secas, úlcera corneana derecha, movimientos incoordinados de los miembros, contracturas, raya meníngea, y en suma con manifestaciones claras de reacción meningítica. Se le extrajeron, por medio de la punción raquídea, 5 gramos de líquido gris amarillento cargado de natas, y examinado éste, se encontraron: uno que otro glóbulo rojo; abundantes poli-nucleares, infinidad de células conjuntivas con vacuolos, en plena citolisis—lucha contra el microbio—estafilococcus según el parecer del Dr. del Bosque, y pocos neumococcus. ¿Se trata de un caso de estafilococia, de neumococia ó bien de una infección mixta? Están a la vista las preparaciones microscópicas.

Conclusión: Son varios los micro-organismos encontrados en el canal raquídeo, con ocasión de accidentes de reacción meningítica. El Sr. Dr. Gayón, que ha tomado gran empeño en la preparación del cultivo para poder practicar la precipito-reacción, podrá ilustrarnos acerca del particular.

Dr. Gayón.—Practicó el cultivo de dos muestras de líquido céfalo-raquídeo en gelosa-suero; o más bien en gelosa-sangre, pues el suero contenía gran cantidad de glóbulos rojos. En el del niño, se obtuvo un diplococcus, cuya siembra era renovada diariamente, y se mantuvo a 37 grados. Fué sembrado este germen en gelosa glucosada y lactosada produciendo fermentación. No toma el Gram. En el rojo neutro no presentó el carácter del meningococcus de Weichselbaum. Con suero ascítico ha hecho también la siembra, pero el germen es muy frágil, y tal vez por haber dejado de cultivar dos días, la siembra no prosperó y teme haberlo perdido.

Dr. Otero.—En los últimos quince días ha observado dos enfermos de meningitis cerebro-espinal. Practicó la punción raquídea, y en el líquido extraído de uno de los casos, encontró un diplococcus, que cree sea el de la neumonía, por tener cápsula y tomar el Gram. Sin embargo; inyectó a una rata blanca, sin resultado, a pesar de haber repetido la inoculación. Cree que este animal no es el más adecuado al experimento, y que deban ser usadas las ratas grises. En un caso con terminación por la muerte, encontró en la autopsia, natas purulentas en la médula detrás de la silla turca y en la protuberancia. El paciente había presentado trismus pero no había tenido tos ni nin-

gún síntoma de neumonía. Había sido tratado con colargol. El otro tenía opistótonos. Tampoco tosía. Se le practicó la punción, y en el líquido céfalo-raquídeo, se encontró el neumococcus. Fué tratado con la linfa anti-neumocócica, y salvó.

Con respecto al caso relatado por el Sr. Dr. Hurtado, tiene que decir que le llama mucho la atención la congestión de los centros nerviosos, encontrada en la autopsia, porque así se observa en la rabia. Habría sido muy interesante el inyectar a un perro, para ver si aparecía la rabia a los 16 días como era posible hubiese acontecido. Para él, no es evidente el diagnóstico. Tal vez se haya tratado de una forma rara de rabia.

Dr. Hurtado.—En realidad solamente había un carácter importante que pudiera haber hecho pensar en la rabia: la hipertrofia de las raíces posteriores. Las lesiones hemorrágicas de los centros nerviosos, que pudieron ser observadas en la autopsia, no eran las que de ordinario se notan en la rabia, pues éstas son siempre de cierta consideración, mientras las que fueron observadas en mi caso, son verdaderamente puntiformes. Por lo demás, el Dr. Don Demetrio López, encargado del Instituto Antirábico, no tuvo la impresión de que se tratase de rabia, no obstante lo cual, conservó la médula para hacer estudios posteriores.

Con respecto a lo dicho por el Sr. Dr. Otero, hace notar que precisamente la neumococcia se presenta sin neumonía.

Dr. Otero.—En las estadísticas se anota un tanto por ciento de meningitis cerebro-espinal, en cuyos casos se han encontrado diferentes bacterias; ya sea el neumococcus y otros. Es de desearse que se establezca solamente la meningitis de Weichselbaum, cuando se encuentre el meningococcus de Weichselbaum.

Dr. Hurtado.—Insiste en que la meningitis cerebro-espinal, es una dolencia perfectamente estudiada, clínica y bacteriológicamente; solo que a veces se asocia con el meningococcus alguna otra bacteria, originando una infección mixta. Netter afirma que la meningitis de Weichselbaum es una aracnoiditis sola, mas sus observaciones personales le autoriza a afirmar que puede haber encéfalo-mielitis. Persiste en su creencia de que existe epidemia de meningitis en México, pues él solamente, ha observado 11 casos y es seguro que no habrán sido los únicos existentes.

Sesión del 22 de Noviembre de 1911.

Se dió la palabra al Sr. Dr. Otero, el cual leyó su trabajo de turno, intitulado "Causa de la muerte en astenia, de los convalescientes de tifo exantemático."

Dr. Hurtado.—Califica al trabajo del Dr. Otero, de valioso y estimable. Tuvo ocasión de examinar las piezas anatómicas presentadas, y ruega se le perdone que haga algunas observaciones. Es bueno acentuar ya que el tabardillo deja secuelas, especialmente arteriales. Los médicos del Hospital Juárez lo saben perfectamente, y con frecuencia tienen que intervenir para amputar piernas por causa de arteritis; mas relativamente a la arteria pulmonar, no se sabía que pudiera ser atacada por el tabardillo.

Las observaciones acerca del trabajo del Dr. Otero, que por el momento se le ocurren, son las siguientes:

1^a La arteria pulmonar que él examinó, estaba aplastada, pero no estrecha. La diferencia entre estos dos estados de la arteria, es grande. Para que la estrechez se constituya, es necesario tiempo suficiente, y en el caso del Sr. Dr. Otero, no lo hubo. Es bien sabido que esta afección es generalmente congénita, acompañándose de la persistencia del agujero de Botal, o del orificio interventricular. En estos casos, los pacientes no sobreviven largo tiempo a su dolencia, muriendo con accidentes anoxémicos. En otra categoría de hechos, la lesión puede ser adquirida; más siempre, y esta es la tesis que sostiene, se necesita tiempo para

que la afección se establezca, como en el caso, que a su juicio es clásico, y pasa a relatar: Paciente de 65 años de edad, con accidentes de déficit hepático, llevando una hepatitis, arroja grandes cantidades de pus por el recto, y según afirma, también por la uretra, lo que es difícil aceptar, a no ser por una blenorragia concomitante. Después de un año de padecimiento infeccioso, la válvula pulmonar es tocada como lo comprueban el crecimiento de la área precordial, el estremecimiento catario, la moderada hipertrofia ventricular derecha y el soplo sistólico en el foco pulmonar. Ningún signo extraño en la mitral. Como se notan algunos signos de tuberculosis, le inyecta dosis de 1/1,000 á 1/100 de milésimo de tuberculina sin obtener reacción. A este enfermo lo estudiaron varios médicos que pudieron comprobar la afección de la arteria pulmonar, que como se ve, fué desarrollada después de un año de la dolencia infecciosa.

2ª Se descuida habitualmente en las necropsias seguir la trayectoria del vaso que se estudia, y debido a esto no es posible afirmar si las lesiones se extienden a gran distancia de su punto de partida. Bueno habría sido, en el caso del Dr. Otero, practicar cortes sagitales comprendiendo la válvula pulmonar, la arteria y el miocardio, para hacer el balance y detallar las lesiones super-infecciosas del tabardillo, en paralelo con las de otras infecciones intercurrentes.

3ª A propósito de las inyecciones de suero, ya él ha hecho notar que pueden violentar la aparición del edema pulmonar y de otros accidentes circulatorios igualmente graves. Mejor sería recurrir a la aplicación de lavativas, y en todo caso, regirse por la tensión arterial, que es preciso medir con el esfigmomanómetro, así como emplear todos los medios de investigación modernos, para darse exacta cuenta del fisiologismo individual.

Dr. Toussaint.—Deplora que el Dr. Otero no haya presentado las preparaciones de miocarditis a que se refiere, pues a juzgar sólo por la descripción que hace, confiesa que o no ha comprendido bien algunos puntos, o le parece que existen algunas contradicciones. Encuentra el Sr. Dr. Otero el miocardio de color oscuro-negrusco y la verdad es que de las distintas clases de granulaciones que pueden observarse en las degeneraciones que señala, ninguna presenta el color oscuro: las granulaciones grasosas son amarillentas; las proteícas son grises así como las

granulaciones de la degeneración vítrea de Zenker, sin contar con que le parece extraordinario hablar de degeneración de Zenker refiriéndose al tejido muscular cardíaco. A propósito de la denominación que hace de fibras cardíacas, observa que los elementos del tejido cardíaco, no son fibras sino celdillas, y que esto es elemental en histología. Nos habla el Dr. Otero de una fragmentación de las fibras musculares en el sentido longitudinal y de la presencia de bloques [refringentes, así como de la existencia de algunos cuerpos nucleados entre los elementos contráctiles del corazón. Es bien sabido que lo que ha dado nombre a la lesión, es la fragmentación transversal y no longitudinal, como lo refiere el Sr. Otero. Esto no puede comprenderlo sino como carácter de una lesión nueva. Y los cuerpos nucleados encontrados por el Sr. Dr. Otero, y hasta hoy no descritos. ¿Serán celdillas, leucocitos, o bien, como parece indicarlo, parásitos? La verdad es que también esto es extraordinario.

Dr. Otero.—Refiriéndose a las objeciones del Dr. Hurtado dice: No he afirmado que la arteria pulmonar estuviera estrecha, sino he dicho que las paredes de ésta estaban alteradas. Respecto a las inyecciones de suero artificial, creo que el abuso de ellas sería perjudicial, pero administradas prudentemente, en cantidad de 500 gramos, nunca ha observado los accidentes a que el Sr. Dr. Hurtado se ha referido. En lo futuro procurará seguir el trayecto de los vasos como lo quiere el Sr. Hurtado, y mientras, suplica se aplaze la discusión en lo que a este punto atañe. Ahora va a referirse a las muy serias objeciones del distinguido patologista Dr. Toussaint, permitiéndose presentar enfrente a las muy autorizadas opiniones de este Señor, algunas contra-objeciones. ¿No estamos en el tiempo de las contra-revoluciones?

Defiendo el término de fibras del corazón. Por fibrilla se entiende un conjunto de células unidas unas con otras. He comprimido entre dos laminillas pequeños del miocardio, y observados al microscopio, no he visto el fin de esas fibras. Bosanque Green, dice: "fibras del corazón." No es disparate.

Con respecto a la contradicción que el Sr. Dr. Toussaint encuentra entre lo que él ha asentado y lo que consta en los libros, tiene que decir que él ha copiado fielmente del natural. Lo que él ha visto en el microscopio, la impresión que su reti-

na ha recibido, es lo que consta en sus descripciones. Tal vez ha visto mal; es posible que sus impresiones visuales no hayan correspondido a la realidad, pero ha procurado fielmente transcribirlo. Nunca acostumbra subordinar los hechos observados a lo que los libros refieren. Aunque no es especialista, ha procurado rodearse de los mejores elementos de estudio, para presentar a la Academia el pequeño contingente que le ha ofrecido. Sabe que en el Instituto Patológico se está estudiando el mismo asunto y seguramente que el estudio será perfecto. Ya ha recomendado en otra ocasión que el estudio del líquido cefalo-raquídeo se haga con el producto in natura sin alterar los elementos histológicos con los artificios de fijación, coloración, etc. Así también quisiera que se estudiaran las alteraciones de la fibra muscular. En esta forma ha hecho su estudio, encontrando que algunas fibrillas estaban divididas y la presencia de bloque, no brillantes, pues esto no lo ha dicho, sino opacos. Para determinar la clase de granulaciones de que pudiera tratarse, empleó los reactivos habituales: ácido acético, eter sulfúrico y sulfuro de carbón. Acaso por tratarse de una degeneración aguda y no de la crónica ni de la infiltración grasosa, hubo la aparente contradicción entre el examen macroscópico y el microscópico. En la sesión pasada, que fué suspendida, llevó a la Academia las piezas anatómicas correspondientes. Ofrece presentar las preparaciones microscópicas.

Dr. Toussaint.—Desea hacer una ligera aclaración. No excluye en absoluto el término de fibras del corazón, si se quiere entender por esto un sistema de fibras que se entrecruzan, mas el elemento primordial que constituye fundamentalmente el tejido, solo puede aceptarse como fibra, haciendo un gran esfuerzo. Debe contestar a un encubierto reproche que parece le hace el Dr. Otero. El también ha procurado tomar sus enseñanzas estudiando en el cadaver, y claramente lo indican las palabras con que comenzó su peroración: "Quien quiera que haya tenido una mediana práctica, abriendo cadáveres, etc." Por último, precisa hacer notar que él no pudo confundir la infiltración grasosa con la degeneración. Este es un conocimiento elemental que de seguro ya poseía cuando la Escuela de Medicina, ya hace tiempo, le nombró Profesor de Anatomía Patológica.

E. DEL RASO,
1er. Secretario.

ACTA NUM. 9.

Sesión del 29 de Noviembre de 1911.

Se concedió la palabra al Sr. Dr. Licéaga, para dar lectura a su trabajo de turno. El Sr. Licéaga no concurrió, mas envió su trabajo titulado: "La defensa de la República Mexicana contra la posible invasión del cólera," el cual fué leído, clasificado y puesto a discusión, sin que ninguno de los concurrentes hiciera uso de la palabra a propósito de él.

En seguida se concedió la palabra al Sr. Dr. Eduardo García, quien dió lectura a su trabajo de turno intitulado: "Laparotomía por herida penetrante de vientre hecha por arma de fuego." Fué clasificado y puesto a discusión.

Dr. Malda.—Comienza por felicitar al Sr. Dr. García, por su trabajo que revela mucho estudio y gran conocimiento del asunto. Desea insistir solamente en un punto de los que ha tocado el Sr. García y es en su concepto de los más interesantes: la época de la intervención en las heridas de vientre por arma de fuego a las que considera como las de mayor gravedad. En su servicio del Hospital Juárez ha tenido una estadística alhagadora en las intervenciones practicadas por causa de otros traumatismos, mas en tratándose de heridas de vientre por armas de fuego casi siempre obtuvo fracasos, cuando intervino después de cuatro horas de causada la lesión. Relata el caso referente a un joven que fué llevado al Hospital con una herida hecha por pistola Colt, calibre 32, que interesó el riñón. A este paciente le extirpó el riñón cuatro horas después de herido, y se obtuvo la curación. Recuerda otro caso de herida del estómago interesando la gastro-epiploica derecha: dos horas después de la herida, intervino obteniendo también éxito completo. En cambio tuvo otro caso en el que operó y se trataba de un enfermo que fué llevado al Hospital a la 1 de la mañana; lo operó encontrando peritonitis generalizada y adherencias del intestino. Le practicó la laparotomía y el enfermo sucumbió. Como este

caso tiene otros muchos en los cuales la peritonitis generalizada se ha desarrollado en muy poco tiempo. En suma, su experiencia personal le ha demostrado que, pasadas cuatro horas de la lesión, la intervención no da ningunas esperanzas de curación, y en esta virtud, la abstención se impone. Mas vale, como dice Tillaux, dejar morir a un enfermo, que apresurarlo la muerte. Cuando se trata de heridas por balas expansivas, los destrozos son tremendos y la curación queda fuera de los recursos del arte.

Dr. García.—Agradece al Sr. Malda sus elogios. Reconoce las serias aptitudes quirúrgicas y la vasta práctica que en esta clase de asuntos posee dicho Sr. y lamenta el mucho escepticismo y el muy poco entusiasmo que tiene, que no se compadecen con su juventud y lozanía. El haber tenido algunos fracasos, no justifica la abstención como regla. Es bien sabido que el intestino, especialmente el delgado se defiende admirablemente de las causas vulnerantes; el grueso, suele ser más frecuentemente interesado, más aun cuando a priori, parece que los derrames en el peritoneo deberían ser la regla, no es así: y los hechos demuestran que no son tan frecuentes, a causa de que la mucosa intestinal hace hernia a través de la herida, impidiendo la salida de los líquidos.

Los proyectiles modernos no producen más estragos que los antiguos. Las reformas del armamento, se han hecho para poner fuera de combate, mas no precisamente para matar. Las lesiones que producen son relativamente benignas, y las armas pudieran calificarse de humanitarias. Compárense los destrozos horribles de los Remington, produciendo estallidos de los órganos y reduciendo a papillas los tejidos, con los taladros, las pequeñas perforaciones, los agujeros finísimos del Mausser y otras armas de pequeño calibre. Es verdad que estos proyectiles rompen los huesos y producen fracturas conminutas, mas en todo caso estas son limitadas a una pequeña extensión. En el hígado, riñón, etc., producen heridas como sedales, y en el estómago y otros órganos huecos, pequeñas perforaciones. La distancia influye de manera importante con relación a los efectos producidos: Un estómago lleno de agua (2,500 gramos) ha servido de blanco: A 25 metros se ha producido una extensa desgarradura, a lo largo de la gran curvatura, derramándose el contenido;

a 1,000 metros la lesión producida es mínima, limitándose a una pequeña perforación.

El Sr. Malda es excesivamente severo. Sus idas abstencionistas no están en la conciencia de ningún cirujano. Indublamen- te que mientras más tiempo pase, la intervención tendrá menos probabilidades de éxito; pero no solamente transcurridas cua- tro horas, sino, aún pasadas cuarenta, puede y debe en muchos casos, el cirujano intervenir por lo menos con una laparotomía exploradora, para darse cuenta exacta de las lesiones produci- das. Solamente una contra-indicación existe formal, única, y terminante: el colapsus. Fuera de ésta no hay otra. El enfermo a que se ha referido en su trabajo, después de haber inhalado 150 gramos de cloroformo y sufrido 3 horas de una difícil in- tervención, despertó agradecido y sintiendo gran alivio a sus males, y a no haber ocurrido los accidentes de que hizo mención, tal vez se hubiera salvado.

Hay que establecer una diferencia radical en lo que respecta a la práctica civil y la práctica de cirugía de guerra. El ciruja- no militar tiene en campaña obstáculos casi insuperables para practicar intervenciones serias en el campo de batalla: la abun- dancia de los heridos, la lluvia de proyectiles, la escasez de ele- mentos, etc., etc., no son las mejores condiciones por cierto pa- ra la práctica de las operaciones; mas en la práctica civil hospita- laria, el cirujano cuenta con toda clase de elementos: calma y tranquilidad de espíritu, buenos elementos materiales, ayudan- tes aptos, y en suma: puede contar con todos los medios para emprender las más graves intervenciones, inclusive las requeri- das por las heridas penetrantes de vientre por armas de fuego, y en tales condiciones, lejos de abstenerse, cada día se intervie- ne más y más. Las precarias condiciones en que suelen encon- trarse los cirujanos militares sugirió a estos en la pasada guerra ruso-japonesa, el uso del paquete de curación individual, el apósito seco y permeable, pues a veces no es posible encontrar agua estéril para practicar las curaciones. Los japoneses han lle- gado á usar hasta la ceniza, y las estadísticas han comprobado el gran beneficio que los heridos han obtenido, pudiéndose por este medio obtener éxito satisfactorio hasta en los más serios traumatismos, como son las fracturas complicadas y las heridas de las articulaciones.

Así, pues, no hay que desalentarse y ser radicalmente abstencionista. No solamente después de cuatro horas se puede operar, sino mucho tiempo después. Reclus señala ocho horas. Otros cirujanos dan mucho mayor plazo. Tomemos pues un término medio, y no olvidemos que el factor tiempo no es el único que debe normar la conducta del cirujano sino otros varios, tan importantes como él, y que a todos ellos deberá pedir el operador sus sugerencias.

Dr. Malda.—Advierte que él solo ha querido presentar a propósito del caso relatado por el Sr. Dr. García, el pequeño contingente obtenido en su práctica personal, y no lo que le hayan podido enseñar los libros. Tal vez, en lo futuro, cuando su práctica sea más extensa, modifique su criterio. Por ahora, ha procurado sobre todo, formarse un sólido criterio en lo que se refiere al diagnóstico, para hacer partir de esta base, su conducta, pues tiene la íntima convicción de que para ser cirujano, hay que ser ante todo un buen médico.

Dr. Calderón.—Los efectos de los proyectiles modernos de pequeño calibre varían considerablemente según las distancia a la que se haya efectuado el disparo, y así, cuando la distancia es corta, producen menores estragos que los proyectiles antiguos de grueso calibre y viceversa. Infiuye también considerablemente la velocidad inicial de dichos proyectiles, así como la naturaleza de la pólvora empleada, puesto que con las municiones antiguas cargadas con pólvora cuya combustión no es completa antes de la salida del proyectil, a los destrozos causados por éste, se suman los estragos que son el efecto del mismo exceso de la pólvora o de sus gases.

Dr. Otero.—Recuerda que ha sostenido esta tesis: Para hacer buena histoquimia y obtener intachables resultados, es preciso estudiar los órganos o tejidos, en estado fresco. Insiste en esa necesidad. En el curso de sus investigaciones para resolver si en la miocarditis del tifo existe una degeneración mixta, tuvo ocasión de practicar la necropsia de un tifoso muerto en el 9º día de su infección, encontrando una miositis aguda. Por el examen microscópico descubrió dos clases de granulaciones: unas de color gris, proteicas, y las otras brillantes constituídas por grasa. Haciendo uso de los reactivos aconsejados en esta clase de investigaciones; éter sulfúrico, sulfuro de carbono, xilol, observó

que gran parte de las granulaciones desaparecían, quedando solamente las grises, llegando a la conclusión, no de que la degeneración grasosa sea la terminación de la proteica, como lo había afirmado antes, sino que ambas pueden coexistir, siendo esta degeneración el efecto de tres causas, a saber: la escasez de oxígeno, las perturbaciones en el metabolismo celular, y la acción modificadora de las toxinas desarrolladas en la infección.

Como lo ofreció en la sesión pasada, ha traído las piezas demostrativas, que le han servido para su estudio; mas desgraciadamente la solución débil de Kaiserle que empleó para su conservación las ha alterado. Habría deseado traer piezas frescas, mas no le ha sido posible realizarlo, a causa de que únicamente ha tenido oportunidad de saber de un cadáver de tifo, del que fué un enfermo pensionado del Hospital, habiéndosele negado el permiso para practicar la autopsia. En vista de la dificultad que hay para tener una oportunidad de tener cadáveres de tifosos, el mismo día de las sesiones, para poder demostrar sus aseveraciones en la misma Academia, ruega se le conceda el que una comisión nombrada por esta, inspeccione sus trabajos, y ruega a la Mesa que si toma en consideración su propuesta, el Sr. Dr. Toussaint, a quien nunca tuvo el ánimo de herir, y a quien considera y reputa como honra de la Academia y de la Escuela de Medicina, forme parte de dicha comisión.

El Dr. Terrés manifiesta que considera muy justa la petición hecha por el Sr. Otero, y en tal virtud, nombra al Sr. Dr. Toussaint, al Sr. Dr. Hurtado, y al Sr. Dr. Ulrich, para que se sirvan inspeccionar los trabajos que está llevando a cabo el Sr. Dr. Otero, y en su oportunidad den cuenta a la Academia con el resultado de su comisión.

E. DEL RASO.
1er. Secretario.

Sesión del 6 de diciembre de 1911.

Presidencia del Dr. Eduardo García.

El Dr. Suárez Gamboa dió lectura a una comunicación escrita acerca de "Un caso de toracorrafia" de su práctica.

Dr. García Eduardo. En la sesión pasada, dijo, tuve ocasión de relatar el caso de una laparotomía por causa de herida penetrante de vientre por arma de fuego. Aun cuando el operado murió, por circunstancias que con detalle refirió, él confesó con toda honradez este aparente fracaso, porque en primer lugar, así debe hacerse siempre, no ocultando los insucesos, y en segundo, por creer que los fracasos dan la misma o tal vez mayor enseñanza que los éxitos.

El viernes pasado ingresó al Hospital Militar otro herido con herida penetrante de vientre por arma de fuego. El arma que causó el accidente fué una pistola Piper de Reglamento. La herida fué a las 12 del día y vió al lesionado a las 3.30 p. m. El herido era un gendarme-del ejército, de 26 años de edad, sano y bien constituido. El agujero de entrada se encontraba situado a 2 y $\frac{1}{2}$ centímetros abajo del ombligo, la dirección que el proyectil siguió fué oblicua de arriba a abajo y de dentro a

afuera. El orificio de salida estaba situado en el flanco izquierdo a 4 centímetros arriba de la cresta iliaca. Los fenómenos que anotó en su primera observación fueron: temperatura 38.6, pulso 110, respiraciones 28, dolor no muy intenso en la zona lesionada y limitado a un corto espacio. No meteorismo. Ligero estado nauseoso. Expulsión de gases por el ano, lo que indicaba la continuidad del tubo intestinal, y la integridad de éste, y como la perforación del intestino es una indicación terminante de la intervención, al no haberla, había que abstenerse.

A las 9 p. m. el estado del herido era favorable, pues sólo el dolor se había acentuado y propagado algo más a la pared del vientre. La expulsión de gases por el recto continuaba y en suma nada justificaba la intervención. No obstante ésto, dejé preparado todo lo necesario para la operación, por si ésta se necesitara de un momento a otro. A las 6.30 de la mañana siguiente el enfermo seguía bien, mejoría que se acentuó a las 8.30 a. m. La observación se continuó minuciosa cada 6 horas. A la fecha el enfermo puede reputarse como definitivamente curado, a no ser que se presentara algún improbable incidente, como la caída de alguna escara, etc., etc. Este caso lo presenta como un caso típico de abstencionismo, y demuestra que el cirujano no debe seguir una conducta sistemática en todos los casos, pues debe ser ecléctico, interviniendo unas veces, absteniéndose otras, según las circunstancias de cada caso en particular.

Próximamente presentará al paciente, cuyo caso, desea, en prueba de imparcialidad, sea abonado en la estadística de los abstencionistas.

El Ter. Secretario,

E. DEL RASO.

GACETA MÉDICA DE MÉXICO

PERIODICO

DE LA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MEXICO.

ACADEMIA N. DE MEDICINA.

ACTA NÚMERO 11.

Sesión del 13 de diciembre de 1911.

Se puso al debate el Proyecto de Reformas a la clasificación de las lesiones corporales, y a los artículos correspondientes del Código Penal del Distrito Federal, informando el Srío. del punto en que se encontraba la discusión, para lo cual dió lectura a las dos últimas actas relativas, y declarando que la discusión en lo general del dictamen, había terminado con la aprobación de él; que en lo particular habían sido aprobadas las dos partes de la 1ª clasificación; a saber: 1º Traumatismos que causaron la muerte y 2º Traumatismos que no causaron la muerte; quedando a discusión las subdivisiones del 2º grupo que son: 1º Traumatismos que no pusieron en peligro la vida, y 2º Traumatismos que pusieron en peligro la vida. Como nadie usara de la palabra, se preguntó si se aprobaba, habiéndose, en votación económica, aprobado por unanimidad.

Dióse lectura después a los nueve artículos en que se dividen los traumatismos que no causaron la muerte, poniéndose a discusión desde luego los dos primeros: Traumatismos que hayan tardado menos de 15 días en curar completamente y Traumatismos que hayan tardado en curar completamente más de 15 días.

Dr. Hurtado.—El plazo de 15 días que es la base de la clasificación, es corto y perentorio, y además no es fisiológico ni filo-

sófico. Muchos ejemplos podría citar en apoyo de esta afirmación, mas se limitará a exponer los más comunes: Con frecuencia ocurre que los médicos de los hospitales dan por curados a pacientes que han sufrido graves lesiones viscerales del tórax o del vientre, a primera vista sanos, y aun después de una exploración sumaria; pues bien, estos individuos suelen volver al hospital solicitando los auxilios de la Ciencia, y no es raro encontrar las constancias de una pleuritis, a veces con notable derrame, la cual había permanecido latente.

Acaso no hubo una buena exploración? En algunos casos ésta puede ser la explicación; pero en desagravio de los médicos hay que decir que en los hospitales no se hacen cursos de clínica, ni al médico le interesa extraordinariamente sorprender los finos matices clínicos, sino hacer juicios sintéticos, rápidos y prácticos para establecer el estado de sanidad de un asilado.

Por otra parte, el cúmulo de enfermos obliga a los encargados de las salas a dar de alta a muchos para internar a otros enfermos graves y que necesitan con urgencia los cuidados hospitalarios. Los mismos jueces instigan al médico a proceder con festinación y lo colocan en cierto estado mental de violencia, que es en ocasiones, fuente de errores. El veredicto del médico, es por esto muy comentado en los tribunales; y su prestigio, como hombre de ciencia, empañado. Y menos malo cuando el paciente es un pobre o un ignorado, pues entonces el error no tiene más trascendencia, pues generalmente vuelve al hospital de motu proprio, en donde se le atiende, se opera de nuevo, etc., etc. Mas en el caso de que por tal o cual circunstancia la especulación pública está en suspenso; en que todo el mundo está pendiente del asunto, las circunstancias son mucho más difíciles; y el asunto puede volverse grave para el médico.

No hay que olvidar tampoco, que los pacientes, a su salida del hospital, vuelven a encontrarse de nuevo en malas condiciones higiénicas; a menudo sujetos a sus antiguos hábitos de intemperancia, pésima alimentación, etc., etc., circunstancias de lo más a propósito para hacer estallar de nuevo la enfermedad de que parecían libres o curados.

Otro ejemplo: Las grandes contusiones del vientre. A veces matan rápidamente, pero en ocasiones son bien soportadas por los pacientes, (él ha observado enfermos resistiendo hasta dos

semanas la dieta hídrica); se formula un diagnóstico global, pasan los fenómenos difusos, los enfermos sanan en apariencia, y algún tiempo después vuelven con accidentes bien manifiestos de lesiones de los órganos del vientre; riñón, ciego, etc., etc.

Recuerda el caso de una herida por cuchillo, cuya extremidad, quedó en la silla turca. La lesión cerebral, permaneció silenciosa por largos meses, estallando por fin los accidentes que obligaron a intervenir, no sabe con qué resultado.

Otro más: Herida de la mejilla con un lápiz. Ulcera y fístula del canal de Stenón como consecuencia. Extrajo un fragmento de la puntilla; persistencia de la fístula; nueva intervención para suturar los dos cabos del canal; el enfermo sanó en apariencia y salió del hospital. Un mes después hubo necesidad de practicar una nueva y última operación para extraer restos del cuerpo extraño.

Existe, por último, el factor individual y hay que contar con él especialmente en tratándose de ciertas lacras como las insuficiencias orgánicas renal o hepática.

Como síntesis de lo expuesto puede decir que no está conforme con el plazo de 15 días para clasificar los traumatismos de una manera uniforme, pues si dicho plazo es suficiente en ciertos traumatismos por decirlo así ostensibles y manifiestos, en otros, especialmente en los que se refieren a grandes lesiones viscerales, el término de 15 días resulta perentorio e insuficiente, y sería necesario hacer una estadística concienzuda de estos grandes traumatismos para, fundada en ella, pedir al legislador una prudente ampliación de dicho plazo.

Dr. Terrés.—Ruega al Dr. Hurtado se sirva contestar de manera categórica a las siguientes preguntas: 1ª Si considera que para la clasificación de los traumatismos debe tomarse en cuenta el factor tiempo?

Dr. Hurtado.—Sí.

Dr. Terrés.—Si no acepta el plazo de 15 días, ¿cuál es el que en su concepto deba señalarse?

Dr. Hurtado.—Acepta el plazo de 15 días para los traumatismos vulgares; por decirlo así visibles, como ya lo ha dicho; mas no lo acepta para las grandes contusiones viscerales.

Dr. Terrés.—Y para esa clase de traumatismos cuál es el plazo que deba señalarse?

Dr. Hurtado.—No es posible fijarlo sin maduro estudio, pues el problema es complejo y deben tomarse en consideración varios factores económicos y sociales. Si el interesado es pobre, se agravará su situación con la prolongada permanencia en el Hospital, necesaria para una buena y completa observación.

En el caso, v. gr., de un artesano viudo con hijas casaderas, éste tendrá que abandonar su hogar y a sus hijas, y no pudiendo subvenir a las necesidades de éstas, sólo Dios sabe el porvenir que les espera, y muy probablemente tendrán que recurrir a la mendicidad, sino es que a la prostitución para proporcionarse los más indispensables recursos para la vida. Seguramente que estas importantísimas consideraciones han inclinado a los legisladores a señalar un plazo corto e invariable, con el cual, repite no está conforme. Sería prudente que el dictamen volviera a la Comisión, para que con más detenida meditación lo modificase en el mejor sentido.

Dr. Terrés.—Sólo ha querido aclarar la discusión. No está presente ningún miembro de la Comisión, y él no ha hablado en nombre de ella, mas cree que en el supuesto del Dr. Hurtado no habría equidad, puesto que sería notoriamente injusto aplicar un mes de cárcel, v. gr., al causante de una ligera lesión en un dedo, que curó en 15 días, y la misma pena al que causó una profunda contusión visceral que tardó en curar 6 meses. El objeto de la clasificación de las lesiones es el de graduar la pena del heridor. Es indudable que debe tenerse en cuenta el tiempo; que debe señalarse un plazo; y que éste debe ser igual para todas las lesiones. Teme que el Sr. Hurtado se arrepienta pronto de lo que ha manifestado, pues en su concepto, ha abogado, sin quererlo, en contra de las ideas que defiende.

Dr. Vértiz.—Ignora si las disposiciones del Código Penal, hayan cambiado radicalmente, mas si así no es, indudablemente que no tiene razón el Sr. Dr. Hurtado, pues el factor tiempo, sólo tiene que ver con las lesiones comprendidas en la fracción 1ª del artículo 527, estando las lesiones a que se ha referido el Sr. Hurtado, comprendidas en el 528, y éstas no están clasificadas según el tiempo que hayan tardado en curar.

Dr. Terrés.—Lo que se está discutiendo no son las disposiciones del Código Penal, sino el Dictamen de la Comisión, y las ideas de ésta están de acuerdo con lo dicho por el Sr. Vértiz.

Dr. Hustado.—El estaba en la creencia que la discusión era global, y esta creencia justifica todas sus observaciones anteriores.

Dr Terrés.—Recalca la necesidad de que la Academia estudie cuidadosamente el asunto que se discute, y hace saber que la Comisión revisora del Código Penal, le ha ofrecido tomar en seria consideración todo lo que, referente á este asunto, sea tratado, discutido y resuelto por la Academia.

EMILIO DEL RASO,
1er. Secretario.

GACETA MÉDICA DE MÉXICO

PERIODICO

DE LA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MEXICO.

ACADEMIA N. DE MEDICINA.

ACTA NÚMERO 11.

Sesión del 13 de diciembre de 1911.

Se puso al debate el Proyecto de Reformas a la clasificación de las lesiones corporales, y a los artículos correspondientes del Código Penal del Distrito Federal, informando el Srío. del punto en que se encontraba la discusión, para lo cual dió lectura a las dos últimas actas relativas, y declarando que la discusión en lo general del dictamen, había terminado con la aprobación de él; que en lo particular habían sido aprobadas las dos partes de la 1ª clasificación; a saber: 1º Traumatismos que causaron la muerte y 2º Traumatismos que no causaron la muerte; quedando a discusión las subdivisiones del 2º grupo que son: 1º Traumatismos que no pusieron en peligro la vida, y 2º Traumatismos que pusieron en peligro la vida. Como nadie usara de la palabra, se preguntó si se aprobaba, habiéndose, en votación económica, aprobado por unanimidad.

Dióse lectura después a los nueve artículos en que se dividen los traumatismos que no causaron la muerte, poniéndose a discusión desde luego los dos primeros: Traumatismos que hayan tardado menos de 15 días en curar completamente y Traumatismos que hayan tardado en curar completamente más de 15 días.

Dr. Hurtado.—El plazo de 15 días que es la base de la clasificación, es corto y perentorio, y además no es fisiológico ni filo-

sófico. Muchos ejemplos podría citar en apoyo de esta afirmación, mas se limitará a exponer los más comunes: Con frecuencia ocurre que los médicos de los hospitales dan por curados a pacientes que han sufrido graves lesiones viscerales del tórax o del vientre, a primera vista sanos, y aun después de una exploración sumaria; pues bien, estos individuos suelen volver al hospital solicitando los auxilios de la Ciencia, y no es raro encontrar las constancias de una pleuritis, a veces con notable derrame, la cual había permanecido latente.

Acaso no hubo una buena exploración? En algunos casos ésta puede ser la explicación; pero en desagravio de los médicos hay que decir que en los hospitales no se hacen cursos de clínica, ni al médico le interesa extraordinariamente sorprender los finos matices clínicos, sino hacer juicios sintéticos, rápidos y prácticos para establecer el estado de sanidad de un asilado.

Por otra parte, el cúmulo de enfermos obliga a los encargados de las salas a dar de alta a muchos para internar a otros enfermos graves y que necesitan con urgencia los cuidados hospitalarios. Los mismos jueces instigan al médico a proceder con festinación y lo colocan en cierto estado mental de violencia, que es en ocasiones, fuente de errores. El veredicto del médico, es por esto muy comentado en los tribunales; y su prestigio, como hombre de ciencia, empañado. Y menos malo cuando el paciente es un pobre o un ignorado, pues entonces el error no tiene más trascendencia, pues generalmente vuelve al hospital de motu propio, en donde se le atiende, se opera de nuevo, etc., etc. Mas en el caso de que por tal o cual circunstancia la especulación pública está en suspenso; en que todo el mundo está pendiente del asunto, las circunstancias son mucho más difíciles; y el asunto puede volverse grave para el médico.

No hay que olvidar tampoco, que los pacientes, a su salida del hospital, vuelven a encontrarse de nuevo en malas condiciones higiénicas; a menudo sujetos a sus antiguos hábitos de intemperancia, pésima alimentación, etc., etc., circunstancias de lo más a propósito para hacer estallar de nuevo la enfermedad de que parecían libres o curados.

Otro ejemplo: Las grandes contusiones del vientre. A veces matan rápidamente, pero en ocasiones son bien soportadas por los pacientes, (él ha observado enfermos resistiendo hasta dos

semanas la dieta hídrica); se formula un diagnóstico global, pasan los fenómenos difusos, los enfermos sanan en apariencia, y algún tiempo después vuelven con accidentes bien manifiestos de lesiones de los órganos del vientre; riñón, ciego, etc., etc.

Recuerda el caso de una herida por cuchillo, cuya extremidad, quedó en la silla turca. La lesión cerebral, permaneció silenciosa por largos meses, estallando por fin los accidentes que obligaron a intervenir, no sabe con qué resultado.

Otro más: Herida de la mejilla con un lápiz. Ulcera y fístula del canal de Stenón como consecuencia. Extrajo un fragmento de la puntilla; persistencia de la fístula; nueva intervención para suturar los dos cabos del canal; el enfermo sanó en apariencia y salió del hospital. Un mes después hubo necesidad de practicar una nueva y última operación para extraer restos del cuerpo extraño.

Existe, por último, el factor individual y hay que contar con él especialmente en tratándose de ciertas lacras como las insuficiencias orgánicas renal o hepática.

Como síntesis de lo expuesto puede decir que no está conforme con el plazo de 15 días para clasificar los traumatismos de una manera uniforme, pues si dicho plazo es suficiente en ciertos traumatismos por decirlo así ostensibles y manifiestos, en otros, especialmente en los que se refieren a grandes lesiones viscerales, el término de 15 días resulta perentorio e insuficiente, y sería necesario hacer una estadística concienzuda de estos grandes traumatismos para, fundada en ella, pedir al legislador una prudente ampliación de dicho plazo.

Dr. Terrés.—Ruega al Dr. Hurtado se sirva contestar de manera categórica a las siguientes preguntas: 1ª Si considera que para la clasificación de los traumatismos debe tomarse en cuenta el factor tiempo?

Dr. Hurtado.—Sí.

Dr. Terrés.—Si no acepta el plazo de 15 días, ¿cuál es el que en su concepto deba señalarse?

Dr. Hurtado.—Acepta el plazo de 15 días para los traumatismos vulgares; por decirlo así visibles, como ya lo ha dicho; mas no lo acepta para las grandes contusiones viscerales.

Dr. Terrés.—Y para esa clase de traumatismos cuál es el plazo que deba señalarse?

Dr. Hurtado.—No es posible fijarlo sin maduro estudio, pues el problema es complejo y deben tomarse en consideración varios factores económicos y sociales. Si el interesado es pobre, se agravará su situación con la prolongada permanencia en el Hospital, necesaria para una buena y completa observación.

En el caso, v. gr., de un artesano viudo con hijas casaderas, éste tendrá que abandonar su hogar y a sus hijas, y no pudiendo subvenir a las necesidades de éstas, sólo Dios sabe el porvenir que les espera, y muy probablemente tendrán que recurrir a la mendicidad, sino es que a la prostitución para proporcionarse los más indispensables recursos para la vida. Seguramente que estas importantísimas consideraciones han inclinado a los legisladores a señalar un plazo corto e invariable, con el cual, repite no está conforme. Sería prudente que el dictamen volviera a la Comisión, para que con más detenida meditación lo modificase en el mejor sentido.

Dr. Terrés.—Sólo ha querido aclarar la discusión. No está presente ningún miembro de la Comisión, y él no ha hablado en nombre de ella, mas cree que en el supuesto del Dr. Hurtado no habría equidad, puesto que sería notoriamente injusto aplicar un mes de cárcel, v. gr., al causante de una ligera lesión en un dedo, que curó en 15 días, y la misma pena al que causó una profunda contusión visceral que tardó en curar 6 meses. El objeto de la clasificación de las lesiones es el de graduar la pena del heridor. Es indudable que debe tenerse en cuenta el tiempo; que debe señalarse un plazo; y que éste debe ser igual para todas las lesiones. Teme que el Sr. Hurtado se arrepienta pronto de lo que ha manifestado, pues en su concepto, ha abogado, sin quererlo, en contra de las ideas que defiende.

Dr. Vértiz.—Ignora si las disposiciones del Código Penal, hayan cambiado radicalmente, mas si así no es, indudablemente que no tiene razón el Sr. Dr. Hurtado, pues el factor tiempo, sólo tiene que ver con las lesiones comprendidas en la fracción 1ª del artículo 527, estando las lesiones a que se ha referido el Sr. Hurtado, comprendidas en el 528, y éstas no están clasificadas según el tiempo que hayan tardado en curar.

Dr. Terrés.—Lo que se está discutiendo no son las disposiciones del Código Penal, sino el Dictamen de la Comisión, y las ideas de ésta están de acuerdo con lo dicho por el Sr. Vértiz.

Dr. Hustado.—El estaba en la creencia que la discusión era global, y esta creencia justifica todas sus observaciones anteriores.

Dr Terrés.—Recalca la necesidad de que la Academia estudie cuidadosamente el asunto que se discute, y hace saber que la Comisión revisora del Código Penal, le ha ofrecido tomar en seria consideración todo lo que, referente á este asunto, sea tratado, discutido y resuelto por la Academia.

EMILIO DEL RASO,
1er. Secretario.

ACTA NUM. 19.

Sesión del día 7 de febrero de 1912.

Dr. Vértiz.—Toma la palabra para hablar acerca de los abscesos hepáticos, manifestando que su terminación por la apertura en los bronquios, no es de desearse, pues los pacientes se agotan por regla general. Antiguamente la intervención operatoria, traía como consecuencia una verdadera infección y la septicemia que daba fin con la vida de los operados. En la actualidad, que se procede con más asepsia, el resultado es mejor, lográndose evitar la septicemia, y consiguiéndose la curación de los enfermos en numerosos casos. Recuerda el caso de un paciente en quien trató de encontrar el foco, no logrando hacerlo, a pesar de varias punciones. Poco a poco la tos se mejoró y la fiebre fué desapareciendo. Durante dos meses lo tuvo en observación, y al cabo de ese tiempo, considerándolo curado, lo dió de alta. Al año, el paciente volvió con el mismo absceso abierto en los bronquios, arrojando grandes cantidades de esputos purulentos y fétidos, que agotaban al enfermo. Una vez encontrado el sitio del absceso, le practicó la resección de dos costillas; como las adherencias no se habían formado, y quedó abierta la pleura, quedaron dos focos: uno pleural y otro hepático. Entonces hizo una resección complementaria, quitando dos nuevos fragmentos de costillas, y el enfermo mejoró en su estado general, así como los síntomas hepáticos; mas como el foco pulmonar no se hubiera modificado, se propuso practicar una amplia resección costal con el fin de poder llegar hasta el foco pulmonar y limpiarlo convenientemente. El paciente presentó entonces dolor intenso y pertinaz en la frente y lesiones oculares de cierta entidad, después coma, muriendo por fin, haciendo pensar en el desarrollo de un absceso cerebral. En la autopsia se encontró el antiguo foco de hepatitis, desaparecido completamente; la base del pulmón derecho adherido al diafragma y al hígado, y el absceso y túnel neumo-brónquico. El lóbulo parietal derecho supurado. No se explica fácilmente el

mecanismo de producción del absceso cerebral, ¿embolia? ¿metastasis?

Otro caso. El paciente se encontraba con salud hasta diez días antes de su entrada al hospital. Los síntomas eran de un absceso hepático abierto en los bronquios. Practicó una incisión al nivel del 8º espacio intercostal; quitó una costilla, encontrando un enorme absceso que se extendía mucho hacia abajo. La gran debilidad del enfermo, le impidió hacer una resección más amplia. Mas como el foco se vaciara mal, ocho días después, le quitó cuatro costillas, limpiando y taponando perfectamente. A los veinte días, el enfermo podía reputarse como curado.

Dr. Castañeda.—El punto más interesante a discusión es si los abscesos hepáticos abiertos en los bronquios, deben ser operados o no. Cuando estudiante, las enseñanzas de sus maestros le infundieron la idea de que no debían ser operados; mas posteriormente, ya siendo médico, y habiendo tenido ocasión de ver muchos enfermos en Pachuca, comenzó a cambiar de opinión, en vista de los resultados de su propia práctica. Recuerda que los dos primeros enfermos operados por él, sanaron. Otro caso semejante, en el que intervino en compañía del Dr. Sciandra, en el Hospital Juárez, también tuvo un resultado favorable, lográndose la curación del paciente. En este último hubo necesidad de descubrir el orificio de la fístula y suturarla. Su opinión es que los abscesos hepáticos abiertos en los bronquios, pueden ser operados.

Dr. Hurtado.—El problema es netamente individualista. La resolución de él, entraña tantos puntos interesantísimos y diversos, que sólo pueden aducirse en favor o en contra, impresiones personales. Las suyas lo hacen rehacio a la intervención. Va a relatar a grandes lineamientos, algunos casos de que conserva memoria. El primero se refiere a un paciente operado por el Dr. Padilla. Se trata de un hombre alcohólico, bien musculado, habiendo padecido antes por dos veces hepatitis supurada, y sido operado por el método clásico. Posteriormente volvió a supurarse el hígado, y entonces se le resecaron tres costillas. Hasta entonces el absceso había permanecido cerrado, mas después de la última intervención, el foco se abrió en los bronquios, lo que a menudo ocurre. El pus era arrojado en grandes

cantidades y seis meses después el absceso se vaciaba bastante bien. Aunque se maliciaba que el absceso era muy profundo, se consideró que el caso, clínicamente juzgado, era favorable para la intervención.

Esta fué efectuada, practicando una muy amplia incisión (como de 20 centímetros), se fijó el peritoneo, se protegió el epiploon y el colon, descubriendo el hígado, no encontrando el absceso, a pesar de haber basculado enérgicamente la glándula. Por fin en la profundidad fué descubierto un pequeño foco en la cercanía de la columna vertebral. No sabe el resultado de la intervención operatoria. Las condiciones topográficas de la región del mediastino son eminentemente desfavorables para la práctica de las intervenciones quirúrgicas; además, los gruesos bronquios se encuentran a una altura considerable; entonces, ¿cómo es posible llegar hasta ellos para poder reseca el túnel formado en los abscesos hepáticos abiertos en los bronquios? En general los enfermos soportan pésimamente esta clase de intervenciones.

De otro caso conserva recuerdo. El enfermo consultó la opinión del Sr. Dr. Terrés, quien dijo que no debía intervenir. No obstante esto la operación se llevó a cabo, con funesto resultado. En el caso del Dr. Vértiz, no es de extrañar la aparición del absceso cerebral, pues un foco situado tan cerca de la columna vertebral, puede infectar fácilmente las raíces raquídeas.

El no sabe que se haya inventado alguna técnica especial que ponga a cubierto de los peligros, a los pacientes de abscesos hepáticos abiertos en los bronquios, y en cambio sí puede asegurar, que en general, los enfermos soportan bastante bien la cronicidad de su padecimiento. La verdad es que los cirujanos se han vuelto abstencionistas.

Dr. Suárez Gamboa.—El establecer reglas generales en casos como el que se discute, hace caer en el error de buscar enfermos para las reglas. Con respecto a si deben ser operados o no los abscesos hepáticos abiertos anormalmente, declara, apoyándose en la autoridad de Terrier, que no es posible establecer una línea de conducta para todos los casos. En algunos, la operación está perfectamente indicada; otros son el *noli me tange-re*. Se debe siempre, tomar en consideración todos los porme-

nores del caso, y después de un maduro estudio de cada uno en particular decidir o no la intervención.

Relativamente al caso relatado por el Sr. Dr. Vértiz, dice que el mecanismo de producción del absceso cerebral, es obscuro, a causa de la ausencia de fenómenos cerebrales. Tal vez se haya tratado de encefalitis crónica latente que se hizo aguda en un momento dado, o bien de una encefalitis aguda desarrollada muy rápidamente.

Dr. Vértiz.—Su enfermo se encontraba en muy malas condiciones antes de la operación, y después de ésta, mejoró notablemente, al grado de servir de enfermero. Nunca presentó síntomas de septicemia, ni tampoco de enfermedad cerebral. Ocho días antes de morir se quejó de dolor agudo en la frente y se presentó la amaurosis. El no cree por esto en la encefalitis crónica que se hizo aguda, sino en la encefalitis aguda que llegó hasta la supuración.

Al Dr. Hurtado hace observar que reunidos los casos del Dr. Icaza, del Dr. Esparza, y los suyos propios, pasan de quince los de curación por la intervención operatoria, y así, lejos de ser abstencionistas, son intervencionistas. Algunas veces es difícil encontrar el foco, cuando el absceso se ha abierto en los bronquios, pero generalmente se logra hallarlo con paciencia, y entonces hay que tratarlos como cualquiera absceso, según las reglas generales de la cirugía. No siempre se consigue hacer desaparecer el túnel, pero siempre encuentran gran mejoría los pacientes. Siempre que se pueda intervenir debe intervenir. Por lo demás es muy cierto lo que dice el Dr. Suárez Gamboa, pues hay enfermos y no enfermedades en la clínica.

E. DEL RASO,

1er. Secretario.

CLINICA INTERNA.

La percusión de la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical y el reflejo cardíaco.

El Dr. Abrams, en su obra titulada *Spondylotherapy*, se ocupa muy especialmente de la importancia que tiene la excitación de varios puntos de la región raquídea para modificar el funcionamiento de diversos órganos, y en particular los viscerales. Me pareció adecuado hacer objeto de este trabajo, el consignar varias observaciones hechas con la mira de contribuir a probar

alguna de las afirmaciones de este autor; y escogí la referente al reflejo cardíaco provocado por la percusión de la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical.

Probablemente la personalidad del autor aludido es elevada cualquiera que sea el punto de vista desde donde se le mire; pero esto no va a impedir que la experiencia y la ciencia fallen definitivamente acerca de la verdad de las aseveraciones que pueden ser emitidas con la mayor buena fe; pero oscurecidas por un criterio apasionado y erróneo. El punto, en concreto, de que voy a ocuparme, es un fenómeno nervioso como son los reflejos, en el cual, según Abrams, principiaría el arco diastáltico en la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical o quizás en la piel que le cubre, y terminaría en la víscera cardíaca; servirían de excitante varios golpes o la corriente eléctrica en el sitio mencionado, y la resultante sería la contracción del corazón, o para expresar la idea mejor: la reducción en las dimensiones del corazón y por consiguiente del área precordial.

El plan que voy a desarrollar es el siguiente: en la primera parte haré un relato de las ideas capitales del autor, relacionadas con el punto de que me ocupo, sin hacerme solidario de ellas, y concretándome a repetir las solamente. Dichas ideas las he tomado de la obra citada. En la segunda parte haré consideraciones apropósito de ellas y referiré las observaciones que he recogido con el fin expresado.

El estudio de los reflejos viscerales, despertados por excitaciones exteriores, es conocido hace tiempo; siendo el mejor estudiado el de Abrams. Conocido desde el año de 1898, se manifiesta por reducción en las dimensiones del área precordial y depende de la contracción del miocardio; es de duración variable, resulta de una excitación de la piel de la región precordial por medio de un rocío de éter, por la frotación con un instrumento romo o por la percusión. El fenómeno se advierte mejor con los rayos de Roentgen, aplicando el fluoroscopio a la pared anterior del tórax. El reflejo se marca mejor, por regla general, en el ventrículo izquierdo que en el derecho; la contracción del miocardio no es siempre brusca ni momentánea; al contrario, en los niños, en quienes se han hecho la mayor parte de las observaciones originales, la contracción es por lo común de dos minutos y aún más después de haber cesado la excitación.

El grado de la contracción varía mucho: en algunas personas es apenas perceptible, mientras que, en otras, la reducción del área puede ser de dos centímetros en todos sus contornos después de la primera aplicación del excitante cutáneo; otras veces queda limitada al ventrículo izquierdo.

En realidad, no falta en el estado normal, pero en los individuos con dilatación cardíaca el reflejo es muy evidente y de duración más larga que en los corazones sanos. Esta última observación la han confirmado las cuidadosas de Mercklen y Heitz.

En las comunicaciones primeras, referentes al reflejo cardíaco, se consignó que sólo el diámetro transverso de la víscera obedecía al reflejo; pero se ha visto con los rayos X que también en el diámetro vertical sucede.

Ya desde 1834 los Doctores William y Danniell Griffin, el primero de Edimburgo y el segundo de Londres, demostraron que había alguna relación entre las excitaciones de puntos determinados de la columna vertebral y algunos fenómenos viscerales, especialmente radicados en el aparato digestivo. Teniendo esto en cuenta, Abrams se dedicó con entusiasmo a continuar estos estudios, y los ha hecho referidos en el aparato respiratorio al reflejo del pulmón, en el aparato digestivo al del hígado, en el aparato cardiovascular al reflejo cardíaco, a los efectos sobre la tensión sanguínea y a otros fenómenos más, todos interesantes de conocerse y comprobar. También se ha demostrado con observaciones posteriores que el reflejo cardíaco podría provocarse por irritación de regiones lejanas: I, irritación de la mucosa nasal; II, irritación de la mucosa gástrica; III, irritación de la mucosa rectal; IV, irritación de la mucosa esofagiana al deglutir; V, por percusión de los músculos; VI, por influencia psíquica y VII, por percusión vertebral.

Me concretaré a la última, que es la que el autor considera como el medio más efectivo para provocar el reflejo cardíaco; no tendré en consideración los otros y referiré lo siguiente a la percusión de la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical como causa de un reflejo de contracción en la víscera cardíaca, excluyendo el reflejo de la dilatación, que no tiene su lugar de origen donde el primero, según Abrams; dice también este autor que debe percutirse con toda atención en una sola vértebra

cuando se trate de despertar el reflejo con ella relacionado, porque de no ser así, pueden provocarse otros, distintos y aún opuestos; pues tanto las inmediatamente superiores como las inmediatamente inferiores, suelen producir efectos distintos al ser excitadas.

Para la percusión simple, el autor emplea como plesímetro una pieza de hule blando o de linoleum, como de 15 centímetros (6 pulgadas) de largo, de 4 centímetros ($1\frac{1}{2}$ pulgadas) de ancho y de 7 milímetros ($\frac{1}{4}$ de pulgada) de grueso; como martillo percusor, un pedazo grueso de hule, semejante al martillo de Dejerine para buscar el reflejo patelar. Se pueden percutir las apófisis con los dedos o mejor con el puño cerrado, sirviendo de plesímetro los dedos de la otra mano extendidos y juntos; en este caso, la cara palmar de estos se aplica a las apófisis espinosas que se van a percutir, y con el puño se golpea la cara dorsal, los golpes deben ser bruscos y fuertes. Este método debe usarse únicamente en casos de urgencia. El uso del martillo y del plesímetro es muy conveniente y muy sencillo, y por tanto preferible. Cuando se usa el plesímetro se aplica sobre la apófisis que se desea percutir, y los golpes del martillo deben ser bruscos y fuertes. La percusión vigorosa de las apófisis no ocasiona ningún resultado desfavorable para el observado.

Debe suponerse que si es la percusión el excitante de los reflejos vertebrales, ha de ser la acción mecánica transmitida a las raíces de los nervios espinales la que los despierte; pues muchos fisiólogos concuerdan en que la médula no reacciona a los estimulantes directos. En el caso especial, y teniendo en cuenta las relaciones anatómicas, se encuentra que la apófisis de la séptima vértebra cervical y el tercer par dorsal, se hallan en un mismo plano horizontal o, en otros términos, las raíces de este par son las excitadas con la percusión de la apófisis de la séptima vértebra cervical.

En el resultado del reflejo en las vísceras hay dos fenómenos que considerar: el primero que depende de las variaciones en la afluencia de la sangre tal como sucede en estado normal, aflujo que produce cambios en el volumen de las vísceras; el otro fenómeno depende de la acción puramente muscular de la misma víscera.

Cuando es el efecto terapéutico el que se busca como resultado de los reflejos vertebrales sobre la víscera, debe utilizarse la percusión para provocarlos, porque es el único recurso efectivo. Al acudir a este medio, se debe evitar a toda costa el empleo de instrumentos cuyo uso produzca fricción porque los resultados se alteran. Puede hacerse la percusión directa con el martillo sobre la apófisis y prolongar la sesión varios minutos; pero para evitar una fricción eventual es necesario interponer algún objeto entre el martillo y la saliente apofisiaria. La percusión debe interrumpirse si el paciente experimenta sensación de quemadura.

El instrumento del autor "es en esencia un martillo neumático que golpea con una superficie de una pulgada y cuarto o funciona con aire comprimido. La fuerza de la percusión puede regularse por una llave y por la presión del plesímetro sobre la apófisis espinosa. Para poner en acción el martillo, es necesario colocar el dedo en la abertura de succión y entonces se suelta repentinamente, o golpeando fuertemente el plesímetro con la mano. La ausencia de aldabas, alfileres, resortes y embudos evita todo gasto de aire y asegura un trabajo invariable del martillo. No se transmite vibración alguna a la mano del operador. Aunque muy pesado, es de fácil manejo si se suspende en el cielo raso por medio de un contrapeso; los plesímetros son de diferentes tamaños para abarcar una, dos, tres o más apófisis espinosas. El aparato citado sólo puede utilizarse cuando se dispone de aire comprimido a alta presión; pero esto no es un obstáculo, ya que los edificios modernos están provistos de aire comprimido."

Puede suplirse satisfactoriamente con un aparato eléctrico y, en caso de faltar los anteriores, con un martillo y un plesímetro de los comunes.

Varias ventajas ofrece el reflejo citado: unas veces para ayudar a formular un diagnóstico o un pronóstico y otras como medio terapéutico.

Entre las enfermedades cuyo diagnóstico se aclara, figura la insuficiencia valvular relativa, aquella en que a causa de una dilatación cardíaca las válvulas, aunque sanas, no cierran completamente el orificio, el tricúspide esencialmente. En este caso se oye un soplo que puede desaparecer temporalmente a cau-

sa del reflejo cardíaco, que originando una contracción del miocardio reduce las dimensiones de los orificios, favoreciendo así que las válvulas sean suficientes.

Puede utilizarse también el fenómeno para distinguir cuando una obscuridad mayor de la región precordial depende de un derrame y cuando de una cardioéctasis, porque en el primer caso no hay reducción del área a consecuencia del reflejo, en tanto que, en el segundo, sí la hay. También puede servir para conocer si una zosa obscura y con latidos, que se ve con los rayos X, es la proyectada por el corazón o por un aneurisma, porque al provocar el reflejo, el área disminuye si depende de la víscera.

Además del valor diagnóstico expresado, puede tenerlo pronóstico: las veces en que una lesión cardíaca esté descompensada y el corazón hipertrofiado, el reflejo cardíaco puede tener tres fases: existir bien marcado, ser limitado o no existir; en el último caso el área queda la misma antes y después de la percusión de la séptima apófisis espinosa cervical. El valor pronóstico estriba en que las veces que el reflejo es claro corresponde a los casos en que la víscera puede reaccionar de tal manera que puedan normalizarse las funciones de los demás órganos, es decir, compensarse la lesión; en tanto que, en los otros casos esto no sucederá, porque el corazón, no obedeciendo al reflejo, no triunfará de los obstáculos que le ofrezcan los demás órganos enfermos.

El tratamiento está basado en esa reacción posible del órgano, puesto que si se obtiene metódica y frecuentemente, llegará un momento en que el área precordial vuelva a su estado normal y se recupere el funcionamiento fisiológico de las vísceras que lo tienen más directamente subordinado al del corazón.

Varias son las consideraciones que sugieren las ideas del autor, resumidas sin comentarios en la primera parte de esta tesis, y al estudiarlas, se ofrecen cuestiones de orden anatómico, fisiológico y patológico sujetas, necesariamente, a la comprobación clínica por ser ella la que, alejada de la teoría, debe san-

cionar con hechos las aseveraciones de la especie de la que hoy nos ocupa.

Juzgando este estudio desde el punto de vista anatómico, se debe tener en cuenta que el autor dice que la apófisis de la séptima vértebra cervical corresponde, en un plano horizontal, al tercer par dorsal, y siendo así, como es, hay que suponer que la excitación provocada al percutir esa apófisis se transmite por conducto del tercer par dorsal, que sin ahondar por ahora el punto, sería el intermediario para producir el reflejo cardíaco. El tercer par dorsal es el tronco de varias ramas nerviosas, entre otras, del nervio intercostal que se distribuye dando "una rama perforante lateral dividida en rama anterior que se dirige hacia el esternón y rama posterior que va a anastomosarse con el braquial cutáneo interno, y se distribuye en la piel de la parte posterior e interna del brazo." (H. Beaunis y A. Bouchard.)

Teniendo esto en cuenta, se nota cierta relación en el mecanismo íntimo en virtud del cual se producen tal vez el reflejo en estudio y el primitivo de Abrams, pues la zona de distribución del tercer par dorsal, corresponde en parte a la piel de la región precordial; y ya sea este el punto excitado o ya el tronco del propio tercer par, la acción nerviosa se transmitiría por las neuronas respectivas hasta el encéfalo de donde volvería por el neumogátrico probablemente o por el simpático del cuello hasta el corazón convertida esa acción sensitiva en movimiento, admitiendo que fuera de los casos en que los troncos nerviosos recibieran la excitación que se transformara en acción mecánica; porque lo común es que las terminaciones nerviosas sean las que la recojan de la periferia como sucede con los reflejos que se provocan en clínica. Sería difícil averiguar si el reflejo parte de la excitación del tronco nervioso de que hemos tratado o es otro el punto en que principia el arco diastáltico.

Arduo sería clasificar con todo rigor la clase de reflejos a que pertenece el cardíaco provocado por la percusión de la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical, porque no es la sensibilidad exclusivamente la que interviene para despertarlo, ni es un solo órgano el que se excita al percutir dicho sitio, sin embargo, lo más acertado es seguramente considerarlo del grupo de los reflejos de sensibilidad.

El punto de vista clínico, íntimamente ligado con el patológico, es el más interesante, el capital en este escrito, el no sujeto a hipótesis, el que siendo objetivo no encierra sino hechos que lo confirmen o lo nieguen. Es el único en el que he hecho averiguaciones que están consignadas con detalle al final.

Los útiles de que me he valido para hacer mis estudios son un martillo de percusión de los más conocidos, que tienen donde golpean una bolita de caucho y un plesímetro de marfil, de la forma bien conocida en México

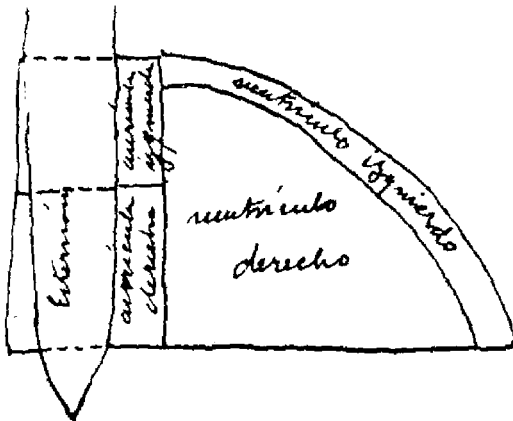
Todas las sesiones de percusión las he hecho durar cinco minutos golpeando la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical. Han sido hechas mis observaciones en individuos de edades diversas, de uno y otro sexo, en personas sanas y en cardíacos especialmente mitrales.

Con el fin de precisar los límites normales de la región precordial encontré datos que tienen interés por la interpretación de algunos hechos que de ellos dependen. La Anatomía Topográfica de Tillaux, edición 8ª, tiene en la figura 199 la prueba de que el borde izquierdo del esternón se halla a igual distancia de los extremos derecho e izquierdo del corazón; que el límite derecho de esta víscera dista del borde derecho del esternón la mitad de lo que dista el límite izquierdo más lejano del corazón del borde izquierdo del esternón; más en la figura 200 de la obra citada, se advierte la interposición de una capa gruesa del pulmón tanto del lado izquierdo como del lado derecho especialmente.

En obras de Clínica como la de Debove y Achard se dice que el límite derecho del área precordial se encuentra exactamente en el borde derecho del esternón. Esta discrepancia es sólo aparente y con toda justicia, en mi sentir, la explica Terrés diciendo: 1º los medios para fijar los límites en un caso y en otro son distintos, porque el anatomista lo hace con órganos muertos u operando en cadáveres congelados y por tanto con órganos sin vaciar; en tanto que el clínico lo hace por medio de la percusión cuyos resultados están sujetos a diversos factores como son: la naturaleza del órgano, su situación respecto de la pared percutida y sus relaciones con otros órganos. El medio que parecería como más seguro y que consiste en la exploración por los rayos X, tampoco está distante de un error porque con sólo un

cambio en la dirección de los rayos luminosos es suficiente para cambiar una imagen. De todos modos, el límite que asignan Debove y Achard en la obra citada, no es exacto, porque es indudable que lo justo es considerar ese límite donde varios clínicos lo han fijado: en el borde derecho del esternón en la parte alta, y que se aleja, conforme desciende, hasta quedar como a centímetro y medio en la parte más baja.

El área de proyección de la víscera cardíaca se dividiría esquemáticamente como está en la figura adjunta, porque efectivamente, las diversas porciones del corazón se proyectan en la pared torácica según la disposición y proporción que representa la figura.



El conocimiento de la relación anatómica de las cavidades de la víscera con la pared tiene interés, puesto que explica cómo la patología cardíaca concuerda con el reflejo del corazón. En efecto, la reducción del área precordial se advierte en los límites derecho e izquierdo, y aunque esto aparentemente no tendría nada de notable, entre otras razones por ser los lados donde puede haber expansión, tiene de hecho interés en saber bien que en esos dos sentidos crece el área cuando crece, y además el límite izquierdo y superior, que como se ve en la figura, corresponde a la parte del ventrículo izquierdo más próxima a la pared torácica, desciende un poco al verificarse el reflejo, seguramente porque esta parte de la víscera es la más musculosa y en ella tiene que apreciarse mejor cualquier cambio que dependa de un fenómeno mecánico. En todo este límite se observa, al-

gunas veces, el cambio, aunque es más común que se note especialmente en la punta; sin dejar de pensar que al contraerse la víscera toda tiene que descender forzosamente el límite izquierdo; pero con la salvedad de que existe esa condición. Este cambio, que es transitorio por efecto del reflejo, según Abrams se hace permanente después de varias sesiones en algunas veces. También en el límite derecho se observan modificaciones tanto transitorias como permanentes, aunque me ha parecido que son más ostensibles en su parte superior. La reducción de este límite se explica, puesto que, así como el ensanchamiento del área precordial se hace a la derecha cuando por insuficiencia mitral se perturba la circulación pulmonar y de allí sobreviene la dilatación de las cavidades derechas y el desalojamiento del límite que da la aurícula respectiva, así también al mejorar el funcionamiento cardíaco y reducirse las cavidades derechas, la aurícula tiene que volver casi a su primitivo límite.

No insisto en detalles acerca de otro orden de lesiones cardíacas porque no tuve oportunidad de observar un número de casos suficiente.

Algunas veces, en el estado normal, se hacen estas variaciones en proporción reducida y de una manera transitoria, aunque frecuentemente el reflejo que las provoca falta. En estado patológico tengo observaciones de enfermos con lesiones mitrales y en particular con insuficiencia, pues como dije, no tuve oportunidad de estudiar cardíacos de diversa especie, y refiriéndome a aquellos digo, como resultado de esos estudios, que pueden presentarse tres casos: 1º el de una lesión mitral compensada; 2º el de la misma descompensada, susceptible de compensarse y 3º el de una lesión mitral descompensada no susceptible de compensarse.

En el primero falta el reflejo casi siempre, y por tanto, la reducción permanente del área precordial; en el segundo existe reflejo pocas veces, sin que pueda atribuirse a su repetición el hecho de que se reduzca el área permanentemente, y en el tercero siempre falta el reflejo.

Algunas consideraciones se ocurren con motivo de estos hechos: en los casos en que estando lesionado el corazón por una insuficiencia mitral no apareció el reflejo, se trató de enfermos en quienes el área precordial estaba normal, es decir, el cora-

zón estaba con un defecto que por su importancia no había provocado en la víscera una dilatación simple o hipertrófica que hicieran crecer el área, y puede faltar o no el reflejo como sucede en el estado normal.

En los casos en que pueden mejorar las condiciones del órgano y compensarse su lesión, tienen más interés y para hacer comentarios a este respecto, debe tenerse por base la recomendación que hace Abrams, con la que he cumplido y, que consiste en dejar sin tónicos cardíacos a los observados, durante algunos días, ya que los hayan tomado por necesitarlos ó que durante la observación no los hayan tomado por no necesitarlos. De suerte que, cuando haya pasado el efecto de esos tónicos hay que principiar a observar los efectos de la percusión de la apófisis espinosa de la vértebra prominente.

Las raras veces en que he observado la disminución permanente del área precordial se han satisfecho esos consejos; pero no puedo afirmar que en ellos, sin la excitación repetida varias veces, haya sucedido lo mismo; porque el reposo, la dieta y los diuréticos pueden concurrir a que una lesión cardíaca se compense, y depender sólo de esa dietética la reducción del área; o bien que las excitaciones repetidas estimulen las paredes del corazón, que venzan la dilatación y aumentando así la actividad funcional desaparezcan las consecuencias del funcionamiento defectuoso: edemas, congestión pulmonar, etc. Son insuficientes mis observaciones para una conclusión semejante, pero no las he completado por no haber dispuesto de todos los enfermos necesarios.

El hecho de que se sucedan esos fenómenos no quiere decir que entre el provocar metódicamente el reflejo y la compensación de una lesión cardíaca haya relación de causalidad. Puede asegurarse que pocas veces el reflejo existe y que el área se reduce cuando está grande; pero el enfermo está sometido a un régimen higiénico y además se le provoca repetidas veces el reflejo.

El tercer grupo de hechos que pueden ofrecerse, aquellos en que la lesión no sea de las que pueden compensarse y en la que quizá exista una degeneración avanzada del miocardio que impida a la fibra muscular responder a sus excitantes y que clínicamente se manifiesta por la asistolia permanente, no se modi-

fica con ningún recurso, de suerte que así como no reacciona a los tónicos cardíacos tampoco lo hace bajo el influjo del excitante que nos ocupa.

En resumen, el reflejo cardíaco provocado por la percusión de la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical es muy inconstante en los individuos que tienen la víscera cardíaca sana; en los pocos enfermos en que se observa, falta algunas veces, y en otros falta constantemente.

Primera observación.

PABELLÓN 17.—CAMA 12.—OCTUBRE 30 DE 1912.

Catalina Espinosa, de 36 años, tortillera. Fuma 20 cigarros en 24 horas.

Los antecedentes hereditarios no tienen importancia.

Padebió viruela en su niñez; desde su juventud tiene tos fleumosa, especialmente en la noche, las fleumas tienen algunas veces estrías de sangre.

Hace dos años, a causa de una emoción intensa, comenzó su enfermedad con palpitaciones fuertes, disnea de esfuerzo, desvanecimientos e imposibilidad de guardar el decúbito dorsal porque aparecía sofocación. Las palpitaciones y los desvanecimientos aumentaban con el esfuerzo; así continuó hasta hace dos meses en que después de andar mucho sintió un dolor intenso en los dos hipocondrios, en particular en el izquierdo, sofocación intensa, palpitaciones y exacerbación de la tos. A los tres días apareció edema en la pared del abdomen y se extendió a los miembros inferiores y a la cara. Actualmente tiene los edemas, las palpitaciones y la sofocación; la tos es mucosa, más frecuente en la noche y le provoca dolor en el dorso.

La orina es normal.

En el aparato digestivo lo único digno de mención es que la enferma evacua el intestino cada 48 horas:

Tiene la cara cianosada, especialmente los labios y también las extremidades; ligera anasarca y respiración anhelante.

No se advierte algo notable al inspeccionar la región precordial; se percibe por la palpación el choque del corazón, débil;

la punta late en la sexta costilla, a 11 $\frac{1}{2}$ centímetros de la línea media y el límite derecho llega, en el mismo plano horizontal de la punta, a 3 centímetros de la propia línea; al auscultar la región se encuentra un soplo holosistólico de mayor intensidad en la punta y de propagación extensa. Se ven los latidos de los vasos del cuello; el pulso es de mediana intensidad, rítmico, igual y de 70 por minuto; las arterias están blandas.

En la parte posterior de la región costal del hemitórax izquierdo se encuentra una pequeña zona oscura; en todo el tórax se encuentran estertores subcrepitantes medianos y en la zona oscura en mayor número.

La boca está húmeda, la lengua ligeramente saburral, existe estomatitis; hay ascitis abundante; las áreas hepática y esplénica están normales.

La orina mide 1000 c. c. en 24 horas; tiene 1010 de densidad; 6 gr. por 24 horas, de urea; de cloruros 6.60 por 24 horas; no tiene albúmina.

El día 30 de octubre de 1911 se hizo la primera percusión según las reglas indicadas, de la séptima apófisis espinosa vertebral; en esta vez el límite izquierdo en su parte más cercana al esternón, descendió como medio centímetro, no existiendo cambio alguno ni en la punta ni en el límite derecho de la región precordial.

Noviembre 1^o—2^a sesión. En esta se acercó la punta medio centímetro a la línea media y se repitió lo observado la vez anterior, también en la parte inferior del límite derecho hubo una aproximación hacia la línea media de 7 m.m.

Noviembre 3.—3^a sesión. Se repitieron los dos primeros hechos de la sesión anterior.

Noviembre 8, 10, 12 y 15.—4^a, 5^a, 6^a y 7^a sesiones. Se advierte un resultado constante que consiste en el descenso de la porción interna del límite izquierdo y una aproximación hacia la línea media, del límite derecho, ambas en las proporciones que las primeras veces; pero en la última sesión se nota que un punto señalado con nitrato de plata en la parte cercana al esternón, del límite izquierdo, está más arriba que el principio de la oscuridad y que este punto desciende un poco más con la percusión de la apófisis citada; en cambio, la punta no ha cambiado de sitio.

Diciembre 5.—8ª sesión. Se efectuó después de experimentar la paciente un alivio notable, pues no tiene edemas, ni ascitis, ni palpitaciones, sólo persiste tos moderada. Por tratamiento ha tomado benzoato sódico, terpina e ipeca. La percusión provoca los mismos fenómenos que la vez anterior.

Diciembre 23.—9ª sesión. Hasta esta fecha se repitió la percusión porque tuvo la observada una ligera descompensación de su mal cardíaco; y vuelta a mejorar, se buscó el reflejo sin encontrarlo.

Diciembre 29.—10ª sesión. Esta fué la última por salir de alta la enferma, observándose que la punta permaneció inmóvil, que el punto más cercano del límite izquierdo a la línea media descendió medio centímetro y que el límite derecho tanto en la parte alta como en la baja se aproximó a la línea media medio centímetro.

Segunda observación.

PABELLÓN 17.—CAMA 28.—NOVIEMBRE 13 DE 1911.

Mauricia Maldonado, de 35 años, vendedora de recaudo en un mercado; bebe un litro de pulque y 200 c.c. de alcohol en 24 horas. Los antecedentes hereditarios no tienen importancia. Sufrió tabardillo hace ocho años.

Hace cinco meses y medio le comenzaron vómitos de bilis que desaparecieron pronto, y diarrea, las evacuaciones eran dos diarias de color verde. Como al mes le principió ascitis y edema en la cara, a los dos meses se extendieron los edemas a los miembros inferiores; en este espacio de tiempo ha tenido palpitaciones en el reposo y con el esfuerzo. Durante el mismo tiempo ha tenido períodos de tos con flemas blancas unas y otras amarillas que ha desaparecido en la actualidad.

En los aparatos restantes nada hay de interés.

Al inspeccionar la región precordial se percibe intenso el choque del corazón; por la palpación se confirma y además se aprecia estremecimiento catarial cerca de la punta; ésta late en el sexto espacio intercostal a 14 cents. de la línea media, y el lí-

mite derecho termina, en el mismo plano que la punta a 5 centms. de la misma línea; por la auscultación se encuentra un soplo holosistólico apexiano principalmente; pero se propaga al rededor de la punta.

Noviembre 13.—1^a sesión. No se observó reflejo.

Noviembre 15.—2^a sesión. No se observó reflejo.

Noviembre 18.—3^a sesión. Sólo el extremo interno del límite izquierdo descendió medio centímetro.

Noviembre 20.—4^a sesión. Se obtuvo el efecto que la vez pasada, pero menos claro.

Noviembre 22.—5^a sesión. El efecto fué igual al anterior. Salió de alta la enferma sin haber mejorado absolutamente.

Tercera observación.

PABELLÓN 17.—CAMA 20.—NOVIEMBRE 7 DE 1911.

María Silva, de 23 años. Lavandera, de antecedentes hereditarios sin importancia. Hace dos años sufrió reuma generalizada en las grandes articulaciones que tardó seis meses en desaparecer.

Hace un año le empezaron edemas en los pies, se extendieron rápidamente hasta hacerse anasarca; le apareció entonces sofocación con el esfuerzo y en el reposo y palpitations; ha tenido frecuentes epistaxis moderadas. Tiene apetito, sed, sensación de plenitud después de los alimentos; la evacuación intestinal es normal.

La orina provoca ligero ardor al ser emitida, es escasa y obscura.

La enferma tiene tos poco frecuente con flemas blancas.

Existe anasarca exagerada, la cara está lívida y en algunos puntos del cuerpo el edema es lívido también.

En la región precordial se nota un latido difuso que se transmite hasta el epigastrio; se palpa el choque del corazón y el de la punta, lo mismo que el estremecimiento catario, más perceptible en ésta; la punta late a 12 ctms. de la línea media en el sexto espacio intercostal, el límite derecho se halla a 6 ctms. de la propia línea en el plano horizontal de la punta; por la

auscultación se encuentran dos soplos: uno de mayor intensidad en la punta y otro de mayor intensidad en el foco tricúspide, los dos sistólicos. El pulso es de mediana intensidad, rítmico, igual, y late 112 veces por minuto.

Existe ascitis abundante.

La base del hemitórax derecho está obscura con murmullo vesicular débil y en el resto escasos estertores subcrepitantes medianos.

Diciembre 8.—Se hizo una paracentesis del abdomen y se extrajeron tres litros de líquido amarillo rojizo.

Diciembre 9.—1ª sesión. Hubo después de ella un ligero cambio tanto en el límite izquierdo como en el derecho. En el primero hubo un descenso de 7 m.m. en su parte media, quedando inmóviles los extremos; en el segundo se aproximó la parte superior a la línea media como un centímetro.

Diciembre 11.—2ª sesión. Se repitieron los fenómenos de la vez anterior con la diferencia de que el cambio en el límite izquierdo fué de un centímetro.

Diciembre 16, 18, 20 y 26.—3ª, 4ª, 5ª y 6ª sesiones. En cada una de estas se repitieron los mismos fenómenos que los del día 11.

Diciembre 28 y 30; enero 3 y 5.—7ª, 8ª, 9ª y 10ª sesiones. Continuaron lo mismo los fenómenos; pero la enferma en los últimos días tuvo diarrea abundante, se debilitó extremadamente y murió el día 7 del mismo mes.

Cuarta observación.

PABELLÓN 17.—CAMA 5.—OCTUBRE 28 DE 1911.

Francisca González, de 50 años; toma dos litros de pulque y 30 c.c. de alcohol (estos en ayunas) cada veinticuatro horas. Sus antecedentes hereditarios sin importancia.

Hace 20 años tuvo tabardillo y hace 6 un dolor en el hemitórax derecho con calosfrío intenso. Este dolor le vuelve de vez en cuando.

Principió hace 5 meses a tener edemas en los pies y en la cara, ascitis y edema en la pared del abdomen, derrames que

existen aún. Tuvo un ataque de sofocación en esa fecha que no se ha repetido. Ha tenido palpitaciones y lipotimias con el esfuerzo. En el decúbito dorsal tiene dolor en la parte posterior del tórax. También hace 5 meses tiene tos que aumenta por la noche; al principio era más abundante la expectoración y sanguienta, ahora es blanca.

La orina es escasa y oscura.

La enferma tiene erutos y evacua su intestino cada cuarenta y ocho horas por término medio.

Nada existe de especial en los demás aparatos.

Después de algunos días de reposo y dieta láctea la exploración objetiva dió lo siguiente:

Existe palidez, edemas en la cara y ligeros en los pies y en las piernas.

No se percibe nada por la inspección ni por la palpación de la región precordial; la punta late a 12 ctms. de la línea media en el quinto espacio intercostal, el límite derecho está a 4 ctms. de la línea media a la altura de la punta; existe un soplo holosistólico apexiano con propagación a una zona extensa. El pulso es fuerte, rítmico, igual, de 91 por minuto; la tensión arterial en el esfigmomanómetro de Riva Rocci modificado por Cook es de 87 m.m.

En el aparato respiratorio hay escasos estertores subcrepitantes diseminados.

La boca está húmeda, la lengua ligeramente saburral, hay gingivitis. Existe ascitis escasa y timpanismo; el área hepática mide en la línea media 10 ctms., en la parasternal 14 ctms., en la mamaria 13 y en la axilar anterior 11.

La orina mide 225 c.c. en 24 horas; tiene de densidad 1020, de urea 22 gr. por 1000; de cloruros 4 por 1000 y no hay albúmina.

Octubre 28.—1ª sesión.—Se advierte inmediatamente después de ella que el límite izquierdo desciende un centímetro en la parte más próxima al esternón.

Octubre 30.—2ª sesión.—Se presentó el fenómeno igual a la vez anterior.

Noviembre 1º.—3ª sesión.—Además del cambio notado en las veces anteriores, se nota que el límite derecho se aproxima un centímetro a la línea media en toda la extensión.

Noviembre 3.—4ª sesión.—Se advierte después de la percusión que los extremos del límite izquierdo se aproximan al centro de la región y los del derecho a la línea media como un centímetro; el número de pulsaciones antes de percudir fué de 104 y después de 92 por minuto.

Noviembre 8.—5ª sesión.—Se repite el fenómeno como la vez pasada. La enferma ha mejorado notablemente de todos sus síntomas.

Noviembre 10, 11, 12, 13 y 15.—6ª, 7ª, 8ª, 9ª y 10ª sesiones.—En estas el cambio se repite como las últimas veces; pero en la postrera sesión se encuentra ya que el límite izquierdo en su porción más cercana a la línea media, está constantemente descendido como medio centímetro, y el reflejo provoca un descenso inmediato de un tanto más; lo mismo sucede en el límite derecho en toda la extensión, sólo que en proporciones menores.

Noviembre 27.—11ª sesión.—En esta no se presentó el reflejo. Puede considerarse que la lesión está compensada.

Quinta observación.

PABELLÓN 17.—CÁMARA 32.—NOVIEMBRE 26 DE 1911.

Juana Hernández, de 47 años, molendera de maíz y dedicada a labores domésticas. Fuma 15 cigarros y toma uno o dos litros de pulque en 24 horas. Tuvo viruela en su niñez, tabardillo hace 20 años y posteriormente un quiste del ovario operado en el hospital.

Hace 10 meses le comenzó debilidad en los miembros inferiores y zumbidos. Poco después tuvo palpitaciones y sofocación con el esfuerzo, epistaxis escasas y frecuentes: a los dos meses le aparecieron edemas en los miembros inferiores que se han extendido hasta hacerse anasarca; tiene desvanecimientos.

En la enferma hay anorexia, sed, náuseas, dolor en el epigastrio y días pasados tuvo un corto período de diarrea escasa.

Ha tenido tos con flemas sangrientas, abundantes, que le causa dolor en el tórax.

La orina es emitida con ardor, es escasa y oscura.

Los tegumentos de la enferma están pálidos y existe anasarca ligera. El área precordial no presenta por la inspección ni por la palpación algo importante; la punta late a $12 \frac{1}{2}$ ctms. de la línea media en el sexto espacio intercostal; el límite derecho está a 4 ctms. de ésta a la altura de la punta; existe un soplo holosistólico apexiano. El pulso es de mediana intensidad, rítmico, igual, de 88 por minuto. La tensión arterial medida en el esfigmomanómetro citado es de 80 m.m.

La orina mide 1250 c.c. en 24 horas; de urea tiene 8 gr.; de cloruros 3.80 en 24 horas y de albúmina 0.10 por 1000.

Nada notable hay en los demás aparatos.

Noviembre 26.—1ª sesión.—Se provocó con ella la aproximación de la punta hacia la línea media como un centímetro y medio.

Noviembre 27.—2ª sesión.—Se repite lo observado el día anterior.

Noviembre 28.—3ª sesión.—Se repite lo mismo, además desciende el límite izquierdo en la porción cercana al esternón, un centímetro inmediatamente después y la parte inferior del límite derecho se acerca a la línea media un centímetro.

Noviembre 30.—4ª sesión.—El reflejo se repite como el día anterior.

Diciembre 5.—5ª sesión.—Se encuentra que el límite superoexterno en su porción interna, está como un centímetro más bajo que al comenzar la observación y que la punta late un centímetro más cerca de la línea media. Se percute la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical y se advierte que la punta se aproxima a la línea media un centímetro más; el punto inferior del límite derecho se aproxima a la misma línea también un centímetro. Medida en este instante la distancia a que se encuentran los últimos puntos citados de la línea media, se advierte la punta a 10 ctms. y medio y el otro punto a 3 ctms.; la punta sigue latiendo en el sexto espacio intercostal.

Diciembre 15.—6ª sesión.—Se repite el fenómeno como la vez anterior. La enferma tiene de tensión arterial en el esfigmomanómetro de Riva Rocci 85 m.m., todos los síntomas ostensibles para ella han desaparecido y, efectivamente, está muy mejorada. Sale de alta.

Sexta observación.

PABELLÓN 17 —CAMA 28.—NOVIEMBRE 30 DE 1911.

Eulalia Flores, de 50 años, tortillera y lavandera; toma 2 litros de pulque y 15 c.c. de alcohol (en ayunas) y fuma 15 cigarrillos en un día. Sus antecedentes hereditarios no tienen importancia. Padeció viruelas en su niñez; reuma poliarticular a los 14 años y a los 40 un nuevo ataque de este.

Hace como un año comenzó su padecimiento actual con palpitations que aparecían sólo con el esfuerzo y edemas que se presentaban algunos días en los pies. Hace como un mes estos edemas principiaron a generalizarse llegando pronto a hacerse anasarca. Hace 15 días tiene tos moderada con flemas blancas. Las palpitations han continuado, presentándose también sin hacer esfuerzo.

La orina es escasa, subida de color y sedimentosa.

La enferma tiene anasarca, ligera cianosis en las extremidades y la cara, y ascitis de mediana abundancia.

Se ve en la región precordial un latido difuso; se siente un estremecimiento catario cerca de la punta; esta late a 15 $\frac{1}{2}$ ctms. de la línea media en el sexto espacio intercostal; y a la altura de la punta, termina el borde derecho a 4 ctms. de la línea media; los latidos son arrítmicos, existe un soplo holosistólico de mayor intensidad en la punta y que se propaga a toda la región precordial; en el foco de la tricúspide existe otro en el mismo tiempo que el anterior. En el cuello se ve pulso venoso verdadero. El pulso radial es arrítmico, débil, de 112 por minuto; la tensión arterial en el esfigmomanómetro de Riva Rocci es de 105 m.m.

En el tórax hay estertores subcrepitantes de todos tamaños y difusos.

En este primer día de observación se buscó el reflejo y no se encontró.

Diciembre 9.—2ª sesión.—Se suspendieron hasta esta fecha las percusiones porque estuvo sujeta la enferma a la digital y a otros tonicardíacos. Después de 4 días de no administrárselos

se efectuó la percusión sin resultado alguno. Continúan la arritmia y los edemas.

Diciembre 27.—3ª sesión.—Volvió a suspenderse la observación hasta esta fecha, en la cual se completan 7 días de administrarle sólo un gramo de yoduro de potasio en poción. La punta late a 14 y medio centímetros de la línea medio en el sexto espacio intercostal. El pulso es más fuerte, menos arritmico, igual y de 92 por minuto. Con la sesión de percusión hubo un ligero cambio en el límite izquierdo que consistió en descender como un centímetro, continuando la punta en su sitio; en el límite derecho hubo una aproximación hacia la línea media de la parte alta de ese límite como de medio centímetro.

Diciembre 29.—Enero 3.—Enero 5.—4ª, 5ª y 6ª sesiones.—Los resultados de ellas fueron idénticos a la anterior.

Enero 6.—La enferma está muy aliviada, la anasarca ya desapareció, la cianosis corrió casi la misma suerte, la punta late a 13 ctms. de la línea media en el sexto espacio intercostal y la parte inferior del límite derecho está a 4 ctms. de la línea media; el pulso se hizo más fuerte, aunque continuó siendo arritmico; la tensión arterial medida con el aparato citado es de 125 m.m.

Séptima observación.

PA BELLÓN 12.—CAMA 5.—DICIEMBRE 28 DE 1911.

Filemón Caballero.—De 12 años, acarrea chapapote en un pozo de petróleo.

El padre tuvo un padecimiento que le causó edema en los pies; la madre y los hermanos son sanos.

Hace algunos años padeció de viruela, de sarampión y de escarlatina.

Hace 6 meses vivió en Tuxpam (Veracruz) donde sufrió un mal febril unos cuantos días y entonces le empezaron edemas en los pies, que a los 8 días habían invadido la cara, eran pálidos, indoloros. El abdomen comenzó a aumentarle de volumen. Ha tenido en todo este tiempo como 8 epistaxis abundantes, palpitaciones con el esfuerzo y en el reposo, y sofocación.

La orina está normal.

Tiene el enfermo dos evacuaciones diarreicas, amarillas, en 24 horas.

Tiene tos con flemas blancas.

Está el paciente pálido, con anasarca ligera. En la región precordial existe un choque difuso y extremecimiento catario; la punta late a $10\frac{1}{2}$ ctms. de la línea media en la sexta costilla; existe un soplo holosistólico apexiano con propagación a toda la región. El pulso es de intensidad normal, igual, rítmico, de 94 por minuto.

El abdomen mide 73 ctms. a la altura del ombligo, por presencia de líquido en su interior.

En el aparato respiratorio hay estertores subcrepitantes medianos y escasos.

La orina mide 700 c. c. en 24 horas; tiene de cloruros 3.50 y de urea 9.80 en 24 horas y de albúmina 1 gr.

Diciembre 28, enero 5.—En estas fechas se hicieron sesiones de percusión sin que se provocara reflejo cardíaco en ninguna de ellas.

Octava observación.

PABELLÓN 17.—CAMA 18.—DICIEMBRE 11 DE 1911.

Francisca Acosta, obrera en una fábrica de corchos, toma como un litro de pulque en el día; la madre es cardíaca; el padre sufre de una bronquitis crónica; la enferma sufrió en su niñez varioloide, escarlatina, una fiebre que le duró 15 días y desde hace 6 años un reuma crónico con exacerbaciones.

Hace 2 años comenzó a tener sofocación tanto en el reposo como con el esfuerzo; palpitaciones sobre todo con el último y poco menos en el decúbito dorsal; ha tenido hemoptisis raras veces, las primeras escasas y la última como de medio litro; desde el principio han existido también edemas en los pies y en los párpados; recientemente ha sentido desvanecimientos y ligero dolor en la región precordial.

Ha tenido tos con dolor en el tórax y expectora flemas blancas unas y otras amarillas.

Lo orina es emitida con ardor, es escasa y de color subido.

Prefiere la enferma estar sentada que en decúbito. Ella es de mediana constitución, tiene los labios un poco violados. No tiene edemas.

En la región precordial se ve un choque difuso; por la palpación se aprecia un ligero estremecimiento catario; la punta late a 15 ctms. de la línea media en el sexto espacio intercostal; por la auscultación se encuentra un soplo presistólico y y sistólico que se propaga para la base; el segundo ruido está duplicado. El pulso es de mediana intensidad, igual, rítmico, de 92 por minuto. La tensión arterial tomada con el esfigmomanómetro de Riva Rocci-Cook es de 96 m.m.

Nada de particular existe en los demás aparatos.

El volumen de la orina es de 600 c.c. en 24 horas; en ese mismo tiempo hay: de urea 3 grs. y de cloruros 1.98. No hay albúmina.

Diciembre 13 y 15—1ª y 2ª sesiones.—Sin resultado.

Diciembre 23.—3ª sesión.—Después de ella se acercó la punta un centímetro a la línea media.

Diciembre 29, y enero 3.—4ª y 5ª sesiones.—Resultados dudosos.

En vista de que la enferma tiene taquicardia y su pulso se debilita, se abandona la observación.

Novena observación.

PABELLÓN 12.—CAMA 23.—ENERO 10 DE 1912.

Vicente Gonzáles, de 29 años, albañil y carrero; toma dos litros de pulque y como 60 c.c. de alcohol; fuma 20 cigarros en 24 horas.

Ignora sus antecedentes hereditarios. Hace ocho años padeció reuma agudo articular.

Hace dos años empezó su padecimiento actual con edemas en los pies que avanzaron hasta la cara y las manos; poco tiempo después aumentó el volumen del abdomen adquiriendo grandes proporciones, que en la actualidad han disminuido; ha tenido palpitaciones casi constantemente, con exacerbaciones, que en la actualidad son moderadas; se le han presentado

epistaxis ligeras y pocas veces; tiene el enfermo desvanecimientos cuando anda o está de pie.

Existe tos húmeda, las flemas han sido sangrientas repetidas veces, actualmente son verdosas.

Ha tenido vómitos de alimentos y con sangre en varias veces, tiene actualmente de los primeros; ha tenido cortos períodos de evacuaciones líquidas, verdes ó amarillas: 6 á 8 en 24 horas, y de las que sufre en la actualidad.

La orina tiene caracteres normales.

En la región precordial existe muy ostensible el estremecimiento catario en gran parte de ella se oye un soplo holosistólico apexiano con propagación hacia la axila y á toda la región precordial; la punta late a $16\frac{1}{2}$ cmts. de la línea media en la séptima costilla y termina a la derecha, la propia región, a $5\frac{1}{2}$ cmts. en el mismo plano que la punta. La arteria es blanda; el pulso fuerte, rítmico, igual y la tensión arterial, medida con el esfigmomanómetro citado, es de 80 m.m.

Hay raros estertores subcrepitantes en todo el dorso.

El abdomen mide 90 cmts. de circunferencia a la altura del ombligo.

La orina es de 1000 c. c. en 24 horas; tiene de urea 14 gr. y de cloruros 4 en el mismo plazo; no tiene albúmina.

Se hicieron sesiones los días: 10, 13, 15, 17, 19, 22, 25 y 29 del mes de enero sin que se hubiera despertado reflejo ninguna vez ni se hubiera notado mejoría alguna.

Décima observación.

PABELLÓN 10—CAMA 6.—ENERO 13 DE 1912.

Hilario Tovar, de 84 años, herrero y sombrerero; toma un litro de pulque y fuma 12 cigarros en 24 horas. Los antecedentes hereditarios no tienen importancia.

Ha sufrido fiebres transitorias; alternativamente ha tenido diarrea y estreñimiento hace año y medio, algunas veces poca fiebre, cefalalgia y adolorimiento general. En un plazo más corto ha sentido desvanecimientos, zumbidos y palpitaciones con el esfuerzo. Tiene actualmente tos seca y escasa.

Su orina es normal, las micciones son 6 en el día y 4 en la noche.

Tiene una hemiparesia derecha.

Es un individuo demacrado, sin el ojo derecho; se confirma por la exploración física la hemiparesia.

La región precordial no ofrece algo de particular por la inspección ni por la palpación; la punta late a 11 cmts. de la línea media en el sexto espacio intercostal; por la auscultación se advierte un soplo holosistólico apexiano. Las arterias del enfermo están duras y flexuosas. El pulso es igual, fuerte, algo arrítmico y de 60 por minuto.

Enero 13, 15 y 18.—Se procuró despertar el reflejo en cada una de estas fechas y siempre fué nulo el resultado.

Undécima observación.

PABELLÓN 7.—CAMA 6.—ENERO 19 DE 1 12.

Urbano Hernández, de 20 años, caballerango y velador; toma 3 o 4 litros de pulque y fuma 30 cigarros en 24 horas, se embriaga con alcohol casi todos los días.

Ignora sus antecedentes hereditarios.

Padeció tifo hace 10 años y reuma en las articulaciones de los miembros inferiores hace un año.

Hace cuatro meses le empezaron edemas en la cara que se extendieron hasta los pies, constituyendo una anasarca moderada; desvanecimientos y sofocación que aparecen con el esfuerzo y aun en el reposo.

La orina es muy escasa, oscura y sedimentosa.

El enfermo tiene tos con la que expectora flemas amarillas, abundantes, la tos le provoca dolor en el tórax.

Tiene anorexia, ascitis; 7 evacuaciones diarreicas, amarillas y espumosas en 24 horas.

Se confirma por la exploración física la anasarca y se encuentra aumento de volumen del abdomen por ascitis.

En la región precordial no se ve ni se palpa algo anormal; la punta del corazón late a 13 cmts. de la línea media en el sexto espacio intercostal; en la punta se oye un soplo durante toda la sístole.

El pulso es rítmico, igual, de intensidad media y de 86 por minuto.

Los demás aparatos no tienen algo digno de notarse.

La orina mide 600 c.c. en 24 horas y contiene: de urea 15 grs. y de cloruros 4.50 en 24 horas; no hay albúmina.

Enero 19.—1ª sesión.—No hubo reflejo.

Enero 22.—2ª sesión.—Después de esta se aproximó la punta medio centímetro a la línea media.

Enero 24 y 26.—3ª y 4ª sesiones.—Se produjo el reflejo lo mismo que el día 22.

Enero 30.—5ª sesión.—No hubo reflejo; el pulso antes de ella era de 82 y después de 80.

Febrero 2.—6ª sesión.—Se presentó el reflejo como en las primeras; el pulso antes de esta era de 82 y después de 78.

Febrero 6.—7ª sesión.—No hubo reflejo; el pulso antes de ella fué de 86 y después de 80.

Febrero 8.—Se suspende la observación quedando el enfermo como antes de ella sin cambio de sitio en la punta del corazón.

Duodécima observación.

PABELLÓN 6.—CAMA 19.—ENERO 22 DE 1912.

José Raso, de 49 años, soldado, cantero y talabartero; toma dos litros de pulque y 60 c.c. de alcohol y fuma 30 cigarrillos en 24 horas. Los antecedentes hereditarios no tienen importancia.

Hace 16 años sufrió reuma articular agudo y hace 8, paludismo; 5 años antes de éste sufrió un golpe y desde entonces siente sofocación que hace 5 años aumentó, le aparecieron desvanecimientos con el esfuerzo, edemas]violados en los miembros inferiores y epistaxis escasas y raras. En veces los edemas se le han generalizado como sucede en la actualidad. Ultimamente los desvanecimientos se han hecho frecuentes; ha sentido palpitations en el epigastrio. En diferentes períodos ha tenido tos con flemas abundantes, verdes, amarillas, sin sangre, espumosas, la tos le ha provocado vómitos.

Tiene apetito, sed, disfagia dolorosa, eructos fétidos, pirosis;

diarrea en períodos de pocos días con evacuaciones amarillas.

La orina es emitida con ardor, es escasa y oscura.

El enfermo es robusto, tiene anasarca e ictericia. El abdomen mide a la altura del ombligo 98 cmts., por ascitis; el área hepática mide en la línea mamaria 20 cmts. y en la paresternal 19.

Hay en el tórax estertores subcrepitantes diseminados.

Enero 22 y enero 25.—1ª y 2ª sesiones —No hubo reflejo.

Enero 31 —3ª sesión.—No hubo reflejo; pulso antes de ella 83 y después 82.

Febrero 2. —4ª sesión.—No hubo reflejo, pulso antes y después de ella 83. El abdomen mide 82 cmts. a la altura del ombligo por reducción de la ascitis; el área hepática mide en la línea mamaria 14 cmts.; la ictericia ha desaparecido lo mismo que los edemas. La orina ha aumentado a dos litros en 24 horas.

Décimatercera observación.

PABELLÓN 5.—CAMA 7.—ENERO 20 DE 1912.

Juan Hidalgo, de 30 años, pintor; toma media botella de alcohol en 24 horas.

Con diagnóstico probable de hipertrofia cardíaca.

En la fecha indicada se intenta despertar el reflejo sin resultado positivo.

Décimacuarta observación.

PABELLÓN 17.—CAMA 22.—ENERO 22 DE 1912.

Nicasia Pérez, de 30 años, lavandera. Hace un mes tenía: anasarca, ascitis y un soplo holosistólico en la punta. En la actualidad los primeros síntomas han desaparecido; la punta late a 9½ cmts. de la línea media en el quinto espacio intercostal. El pulso es débil igual, rítmico, de 92 por minuto. No hubo reflejo en esta fecha.

Enero 24.—2ª sesión.—No hubo reflejo.

Enero 26.—3ª sesión.—No hubo reflejo; pulsaciones antes de ella 92, después 88.

Enero 31.—4ª sesión.—No hubo reflejo; pulsaciones antes de ella 89, después 85.

Febrero 3.—5ª sesión.—No hubo reflejo; pulsaciones antes de ella 94, después 88.

Décimaquinta observación.

PABELLÓN 17.—CAMA 1.—ENERO 24 DE 1912.

María Correa, de 25 años. Llegó al Hospital el 20 de enero del mismo año, con ligero edema en los miembros inferiores; cianosis general. Tos con flemas medianamente abundantes y aumento del área hepática.

Enero 24.—1ª sesión.—Los edemas han desaparecido, la tos ha mejorado lo mismo que la cianosis. La punta del corazón late á 9½ cms. de la línea media en el quinto espacio intercostal; por la auscultación se encuentra un soplo holosistólico, principalmente apexiano. El pulso es rítmico, medianamente intenso, igual. No hubo reflejo.

Enero 26.—2ª sesión.—No hubo reflejo; pulso antes de ella 86, después 84.

Enero 30.—3ª sesión.—No hubo reflejo; número de pulsaciones antes de ella 93, después 91.

Febrero 3.—4ª sesión.—No hubo reflejo; número de pulsaciones antes de ella 92, después 93.

Décimasexta observación.

PABELLÓN 17.—CAMA 2.—ENERO 24 DE 1912.

Concepción Silva, de 45 años. Llegó el día 6 de enero con anasarca moderada y tos flemosa. En esta fecha los edemas han desaparecido y la tos ha mejorado. La punta late a 10½ cms. de la línea media en la sexta costilla; tiene un soplo holosistólico apexiano. El pulso es débil, rítmico e igual. Después de esta primera sesión se encontró la punta casi un centímetro más cerca de línea media (en esta observación sólo en este punto se buscó el reflejo).

Enero 26.—2ª sesión.—Se repitió el reflejo como la vez an-

terior; número de pulsaciones antes de ella 84, y después 85.

Enero 30.—3ª sesión.—No hubo reflejo: número de pulsaciones antes de ella 83 y después 78.

Febrero 3.—4ª sesión.—Hubo reflejo como las primeras veces; número de pulsaciones antes y después de esta, 80.

Febrero 7.—5ª sesión.—Se repitió el reflejo; número de pulsaciones antes de ella, 76 y después 74.

Febrero 12.—6ª sesión.—Se repitió el reflejo. Número de pulsaciones antes de ella 82 y después 84. La punta no cambió de sitio de manera constante.

Décimaséptima observación.

PABELLÓN 17.—CAMA 14.—FEBRERO 1º DE 1912.

Simona Jiménez, de 37 años. En esta fecha tenía anasarca, cianosis de la cara, área hepática crecida. La punta del corazón late a 10 cmts. de la línea media, en la sexta costilla; se oye un soplo holosistólico apexiano: el pulso es débil, rítmico, igual y de 106 por minuto. Existen estertores subcrepitantes diseminados. En esta fecha no hubo reflejo: número de pulsaciones antes, 106, después 102.

Febrero 6.—2ª sesión.—Se verifica ésta después de administrarle al enfermo 0.50 de digital en infusión, durante 3 días; 0.10 de esparteína durante 2 y haber pasado uno sin medicamento. No se presentó el reflejo; número de pulsaciones antes y después de la percusión 100.

Febrero 12.—3ª sesión.—No se presentó el reflejo; número de pulsaciones antes de ella 82 y después 86.

Décimoctava observación.

PABELLÓN 17.—CAMA 29. FEBRERO 2 DE 1912.

Clotilde Márquez, de 40 años; fuma 10 cigarros en 24 horas; ha tenido viruelas, sarampión y tabardillo en su juventud. El padre murió del corazón según certificado de un médico.

Hace 5 meses le empezaron edemas por los miembros infe-

riores, especialmente en el izquierdo. Ha tenido tos con flemas amarillas, abundantes, que en la actualidad han desaparecido.

La orina es escasa y oscura.

Los síntomas digestivos son: sensación de plenitud después de los alimentos y que casi constantemente tiene 3 evacuaciones diarreas, amarillas, en 24 horas.

La enferma está pálida, con edemas en los miembros inferiores. No se advierte por la inspección ni por la palpación algo especial en la región precordial; la punta late a $10\frac{1}{2}$ ctms. de la línea media en la sexta costilla; se oye un soplo holosistólico en el centro de esa región. El pulso es débil, rítmico, igual y de 94 por minuto.

En esta fecha se hace la primera sesión sin despertar el reflejo; el número de pulsaciones antes de percutir fué de 94 y de 92 después.

Febrero 6.—2ª sesión.—No hubo reflejo; número de pulsaciones antes de ella 104 y 114 después.

Febrero 12.—3ª sesión.—No hubo reflejo; número de pulsaciones antes de percutir 110, después 105. La punta del corazón no cambió de sitio ni hubo mejoría en ningún síntoma.

Las siguientes observaciones se hicieron en individuos sanos del corazón.

Décimanovena observación.

PABELLÓN 5.—CAMA 23.—FEBRERO 13 DE 1912.

Melquiades Monroy, de 23 años; con tuberculosis pulmonar y enteritis.

No se le despertó el reflejo cardíaco; número de pulsaciones antes de percutir 112 y después 114.

Vigésima observación.

PABELLÓN 5.—CAMA 3.—FEBRERO 13 DE 1912.

Marcos Dávila, de 26 años; con un traumatismo en la médula dorsal.

No se le provocó el reflejo cardíaco; el número de pulsaciones antes percutir fué de 78 y de 90 después.

Vigésimaprimera observación.

PABELLÓN 6.—CAMA 17.—FEBRERO 14 DE 1912.

Alberto Herrera, de 23 años, convaleciente de paludismo. Se provoca un reflejo muy ostensible por el cual la punta del corazón se aproxima a la línea media, como centímetro y medio; el número de pulsaciones antes de esta sesión fué de 60 y de 63 después.

El día 16 se repite el fenómeno enteramente igual.

Vigésimasegunda observación.

PABELLÓN 5.—CAMA 13.—FEBRERO 17 DE 1912.

Manuel Gómez, de 48 años, con fenómenos nerviosos, tal vez por polineuritis. Se presenta el reflejo cardíaco por el cual la punta del corazón se acercó a la línea media como un centímetro.

Vigésimatercera observación.

PABELLÓN 5.—CAMA 6.—FEBRERO 17 DE 1912.

J. Trinidad Salazar, de 50 años, con enteritis alcohólica. No presentó reflejo cardíaco; número de pulsaciones antes de percibir 100 y 88 después.

Vigésimacuarta observación.

PABELLÓN 5.—CAMA 27.—FEBRERO 11 DE 1912.

J. Natividad Solís, de 28 años, alcohólico, con enteritis. No presentó reflejo cardíaco; número de pulsaciones antes de percibir 96 y después 100.

DICTAMEN que tiene la honra de presentar ante la H. Academia N. de Medicina, la Comisión nombrada para el efecto, con motivo de la Memoria enviada por el Sr. Dr. Genaro Escalona, para optar a la plaza vacante en la Sección de Psiquiatría y Enfermedades Nerviosas.

SEÑORES ACADÉMICOS:

La Memoria en cuestión se titula: "Percusión de la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical y el reflejo cardíaco." Consta de 36 páginas, de las cuales, en las siete primeras se relatan las opiniones de Abrahms, tomadas de su obra "Spondi-lotherapy;" de la séptima a la décima tercera, el autor entra en la parte propiamente doctrinal, y de la décima tercera a la última, presenta 24 observaciones, en las que ha buscado el reflejo que se traduce por una disminución del área precordial, concomitante de la reducción del miocardio.

En verdad que por lo que toca a las ideas del Dr. Abrahms, la Comisión cree que el asunto es de lo más dudoso en teoría y con poco o ningún resultado práctico. Dudoso, porque no sólo la percusión de la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical puede provocar el fenómeno, sino también la irritación de otras regiones como algunas mucosas de los aparatos respiratorio y digestivo, o por la percusión de los músculos, y porque en la de la séptima cervical no es constante, sino por el contrario, completamente variable. Su provecho es exiguo, pues dada su inconstancia, tienen que ser vacilantes el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento, de las enfermedades cardíacas, que es en las que se busca. Pero hay esto más, la Comisión señala la incongruencia de datos anatómicos, que son el punto de partida de Abrahms. Así, afirma este médico, que la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical y el tercer par dorsal, se hayan en un mismo plano horizontal, y que, en consecuencia, al percutir aquella, son las raíces de este par las irritadas. Aparte de que en ningún par las raíces salen al mismo nivel de donde nacen, sino siguen un trayecto descendente, para después emerger

más bajo por los agujeros de conjugación, la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical no está al nivel del tercer par dorsal, sino del segundo.—Véase “Anatomía Topográfica.”—Tillaux.—Páginas 393 y 394. El tercer par dorsal corresponde al espacio comprendido entre la espina de la primera dorsal y la mitad de la distancia entre ésta y la de la segunda. Huelgan en consecuencia las hipótesis que se hagan para formar el arco diafático, según la distribución del nervio intercostal correspondiente al tercer dorsal, pues deben ser las del segundo.—Véase “Anatomía Descriptiva: Sappey.—Tomo III.—Página 416.” Del segundo no va ninguno a la piel de la región precordial, es decir, “de sus dos filamentos no se dirijen uno hacia adelante y otro atrás sino los dos afuera, hacia la pared externa del hueco de la axila sobre la cual se anastomosan con el accesorio del braquial cutáneo-interno. Filamentos que descienden en seguida por delante del tendón del gran dorsal, después se ramifican en la piel de las partes interna y posterior del brazo, sobre la cual se les puede seguir hasta la inmediación del codo.”

Pasando ahora a las observaciones del Sr. Dr. Escalona: de las 24, 18 fueron hechas en personas con lesiones cardíacas y 6 en individuos sanos del corazón. En extensión, puede notarse que la documentación no es tan abundante en las últimas como en las primeras, y aún que no en todas ellas hace mención de la supresión o no administración de medicamentos cardíacos, como se propone el escritor en el cuerpo de su trabajo. Quizá las observaciones número veinte y veintidós no fueron atinadas en el escogimiento de los casos, pues en una se trata de un medular y en la otra de un probable polineurítico.

Hace bien el Sr. Dr. Escalona en no hacerse solidario, como lo dice en su exordio, de las ideas de Abrahms, pues los resultados obtenidos en sus veinticuatro observaciones, marcan la irregularidad del supuesto reflejo.

La Comisión dictaminadora hubiese deseado que, siendo la plaza vacante de Psiquiatría y enfermedades nerviosas, el solicitante se hubiera fijado de preferencia en uno u otro de estos dos ramos de la sección, y no en el que escogió, pues pertenece mas bien a Patología y Clínica Internas, y aún cuando se dirá que las enfermedades del sistema nervioso son un capítulo de ellas, y a su vez el estudio de los reflejos anormales, otro de Neuropa-

tología, los enfermos estudiados fueron cardíacos en su mayoría, pues sólo seis para establecer el método de doble concordancia, no lo fueron. Análoga consideración hay que hacer en lo tocante a Psiquiatría, cuyo amplísimo campo, podía haber fijado la atención del solicitante.

*
: *

Demasiado conocidos son de los Señores Académicos los antecedentes del Sr. Dr. Escalona, para que los suscritos insistan sobre el particular. Al Sr. Dr. Escalona lo abonan su laboriosidad y dedicación; su moralidad y honorabilidad siempre comprobadas, y su amor por el estudio. Por tales razones, la Comisión formula ante la respetable Asamblea, las siguientes conclusiones:

I. Admitase al Sr. Dr. Don Genaro Escalona, como miembro de la Academia Nacional de Medicina.

II. Publíquese en el órgano de la Sociedad "La Gaceta Médica" su trabajo de ingreso, acompañado del presente dictamen. México, abril 10 de 1912.

ANTONIO A. LOAEZA.

F. BULMAN.

ENRIQUE O. ARAGON,
Relator.

ACTA NUMERO 30.

Sesión del día 1º de Mayo de 1912.

El Dr. Chacón leyó su trabajo de turno, intitulado: "Sobre la notación de los meridianos del astigmatismo." Este trabajo fué clasificado y puesto a discusión, sin que ninguno de los presentes hiciera uso de la palabra.

El Dr. Armendaris dió lectura al elogio de su antecesor en la Academia, el Sr. Dr. Don Fernando Altamirano, cumpliendo el precepto reglamentario respectivo.

EMILIO DEL RASO.
Primer Secretario.

tología, los enfermos estudiados fueron cardíacos en su mayoría, pues sólo seis para establecer el método de doble concordancia, no lo fueron. Análoga consideración hay que hacer en lo tocante a Psiquiatría, cuyo amplísimo campo, podía haber fijado la atención del solicitante.

*
* *

Demasiado conocidos son de los Señores Académicos los antecedentes del Sr. Dr. Escalona, para que los suscritos insistan sobre el particular. Al Sr. Dr. Escalona lo abonan su laboriosidad y dedicación; su moralidad y honorabilidad siempre comprobadas, y su amor por el estudio. Por tales razones, la Comisión formula ante la respetable Asamblea, las siguientes conclusiones:

I. Admitase al Sr. Dr. Don Genaro Escalona, como miembro de la Academia Nacional de Medicina.

II. Publíquese en el órgano de la Sociedad "La Gaceta Médica" su trabajo de ingreso, acompañado del presente dictamen. México, abril 10 de 1912.

ANTONIO A. LOAEZA.

F. BULMAN.

ENRIQUE O. ARAGON,
Relator.

ACTA NUMERO 30.

Sesión del día 1º de Mayo de 1912.

El Dr. Chacón leyó su trabajo de turno, intitulado: "Sobre la notación de los meridianos del astigmatismo." Este trabajo fué clasificado y puesto a discusión, sin que ninguno de los presentes hiciera uso de la palabra.

El Dr. Armendaris dió lectura al elogio de su antecesor en la Academia, el Sr. Dr. Don Fernando Altamirano, cumpliendo el precepto reglamentario respectivo.

EMILIO DEL RASO.
Primer Secretario.

ACTA NUMERO 32.

Sesión del 15 de Mayo de 1912.

El Dr. Velázquez Uriarte dió lectura a su trabajo de turno, intitulado "ALGUNOS CONCEPTOS SOBRE LA LAPAROTOMIA ABDOMINAL," que fué clasificado y puesto a discusión.

Dr. Castañeda.—El acompañó al Dr. Velázquez Uriarte en la intervención quirúrgica que ha descrito. Se trataba de un caso de cáncer, en el cual fué necesario extirpar gran parte de los tejidos del piso perineal. Generalmente en estos casos, no da todo el resultado deseado el procedimiento de Dudley, sin embargo de lo cual, en el caso operado sí lo dió; como si se hubiesen conservado los anexos y ligamentos infundíbulo-pélvicos, que constituyen una circunstancia muy favorable para el éxito del procedimiento, y es cuando da los mejores resultados.

Dr. Valdés.—Los procedimientos antiguos dejaban el piso pélvico en muy malas condiciones. No así los modernos, que tienden a rehacer el piso pélvico hasta donde es posible, como los de Dudley y Kelly. El primero es bueno aunque no sea el que él prefiere, sino el de Kelly, a quien vió efectuarlo desde hace algunos años y combinado con la degollación de Siderey, que practica siempre que está indicada, y abrevia el tiempo de la operación de un modo extraordinario, al grado de que en algunos segundos un operador hábil puede desprender el órgano. Describe en seguida el procedimiento de Kelly; ofreciendo entregarlo detallado e ilustrado para el acta.

El procedimiento de peritonización y suspensión del cuello de la matriz ideado por el Dr. Kelly, de Baltimore, que sigo desde hace varios años, con los mejores resultados, es como sigue: El primer tiempo consiste en suturar el muñón del cuello por un punto en "U" (fig. 1), colocado de modo que las ramas de "U" pasen por las extremidades del gran diámetro de la abertura del canal cervical. Una vez cerrado el muñón en su parte central, se pasa a ingeritar los ligamentos redondos en las extremidades correspondientes de la herida del cuello, que aun

quedan abiertas, aprovechando el punto de sutura que hace este ingerto para peritonizar el cuello, dicho punto de sutura (uno

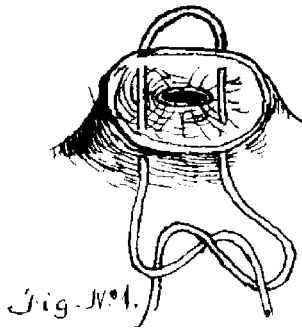


Figura 1.

solo para cada lado), recorre el camino siguiente: (fig. 2). Entra a un lado de la línea media en el peritoneo vesical (1), toma en seguida el labio anterior del cuello (2), hace un pliegue en la porción de peritoneo comprendida entre la vejiga y el ligamento redondo dando una o dos puntadas según su extensión (3 y 4), toma después el ligamento mismo (5), luego el

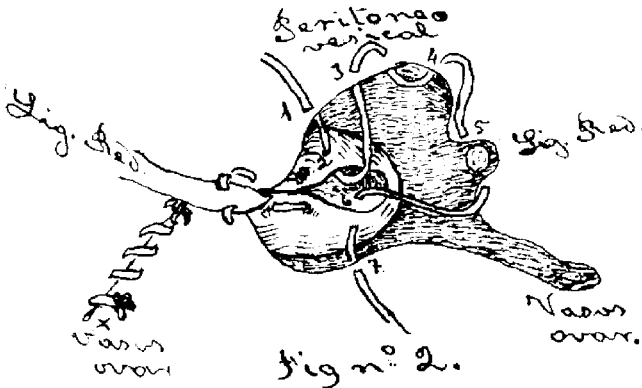


Figura 2.

labio posterior del cuello de dentro hacia afuera (6) y, por último, el peritoneo posterior (7); el anudar este punto de sutura, que a primera vista parece complicado, pero que en realidad no lo es, pues la posición misma de los órganos indica el lugar y modo de tomarlos con la aguja, se obtiene el resultado señalado

en el lado izquierdo de la figura. No queda sino hacer un pequeño surgete entre el ligamento redondo y el pedículo infundíbulo-pélvico, para completar la peritonización y dejar el cuello perfectamente suspendido por los ligamentos naturales y sólidamente sostenido en su situación normal, proporcionando, a la vez, el necesario apoyo a la vejiga y al recto.

Repito que el de Dudley es muy bueno, y es de opinión, en cuestión de procedimientos operatorios, que generalmente es mejor el que se hace mejor en vista de la práctica individual. De todos modos, en casos como los descritos, debe preferirse cualquiera que tenga por objeto hacer una verdadera reconstrucción del perineo.

El Dr. Uribe y Troncoso, da lectura a su trabajo de turno intitulado, "RESULTADOS DE LA INSPECCION MEDICA DE LAS ESCUELAS DEL DISTRITO FEDERAL EN EL AÑO DE 1910 a 1911," el cual fué clasificado y puesto a discusión, sin que nadie hiciera uso de la palabra a propósito de él.

EMILIO DEL RASO,
Primer Secretario.