

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

ORGANO DE LA ASOCIACION MÉDICA HONDUREÑA

DIRECTOR:

Dr. Salvador Paredes P

REDACTORES:

Dr. Camilo Figueroa

Dr. Manuel Larios Córdoba

Dr. Manuel Cáceres Vijil

SECRETARIO DE REDACCION:

Dr. Tito López Pinedo

ADMINISTRADOR:

Dr. Manuel Castillo Barahona

Año 1

Tegucigalpa, Honduras, C. A., Enero de 1931.

Número 9

Pagina de la Dirección

Fue quizás el móvil más poderoso que tuvo el gremio médico hondureño para asociarse, el de velar por la moral profesional, corrigiendo los pequeños desvíos y castigando los delitos, que dejan de serlo profesionales para pasar al dominio de las leyes penales. Hacia esa finalidad ha encaminado sus actos, con mayor energía, la Asociación Médica Hondureña. Es su más vivo anhelo ver el reinado de la armonía entre los miembros que la componen; palpar la decidida cooperación de los médicos, científica en los casos que lo requieran, espiritual y material cuando el momento se llegue y por sobre todo hacer sentir la observancia de los cañones que marcan los deberes a guardar con los clientes, los colegas y la sociedad en general.

O bien porque no se conociera ningún caso de atropello delictuoso a la vida humana, o por falta de valor para denunciarlo, la Sociedad Médica caminaba tranquilamente, trabajaba por realizar su programa, cuando en la primera sesión del mes que corre fue puesta en conocimiento de los socios la denuncia de trece conspicuos facultativos de San Pedro Sula, socios activos, poniendo en conocimiento gravísimas faltas cometidas en el ejercicio de la profesión por un consocio de allá.

Una intensa onda de desagrado e indignación sacudió aquel ambiente de fraternidad, de sincero culto a la ciencia y

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

ORGANO DE LA ASOCIACION MÉDICA HONDUREÑA

DIRECTOR:

Dr. Salvador Paredes P .

REDACTORES:

Dr. Camilo Figueroa .

Dr. Manuel Larios Córdoba .

Dr. Manuel Cáceres Vijil .

SECRETARIO DE REDACCION:

Dr. Tito López Pinedo.

ADMINISTRADOR:

Dr. Manuel Castillo Barahona

Año 1

Tegucigalpa, Honduras, C. A., Enero de 1931.

Número 9

Pagina de la Dirección.

Fue quizás el móvil más poderoso que tuvo el gremio médico hondureño para asociarse, el de velar por la moral profesional, corrigiendo los pequeños desvíos y castigando los delitos, que dejan de serlo profesionales para pasar al dominio de las leyes penales. Hacia esa finalidad ha encaminado sus actos, con mayor energía, la Asociación Médica Hondureña. Es su más vivo anhelo ver el reinado de la armonía entre los miembros que la componen; palpar la decidida cooperación de los médicos, científica en los casos que lo requieran, espiritual y material cuando el momento se llegue y por sobre todo hacer sentir la observancia de los cañones que marcan los deberes a guardar con los clientes, los colegas y la sociedad en general.

O bien porque no se conociera ningún caso de atropello delictuoso a la vida humana, o por falta de valor para denunciarlo, la Sociedad Médica caminaba tranquilamente, trabajaba por realizar su programa, cuando en la primera sesión del mes que corre fue puesta en conocimiento de los socios la denuncia de trece conspicuos facultativos de San Pedro Sula, socios activos, poniendo en conocimiento gravísimas faltas cometidas en el ejercicio de la profesión por un consocio de **allá**.

Una intensa onda de desagrado e indignación sacudió aquel ambiente de fraternidad, de sincero culto a la ciencia y

la honradez al **escuchar** el **cúmulo** de acusaciones, que no bajeza ni la intriga política, que no caben en los nobles pechos de los valientes y honorables médicos que no tuvieron ningún escrúpulo para hacer valer los sagrados derechos de la verdad, contra el colega, que olvidó los rudimientos del respeto a la vida, y el cumplimiento de aquel juramento que prestamos al recibir el diploma de Académicos.

Como una brillante protesta contra el delincuente que así desacreditaba la Facultad, la Sociedad, su procedencia y el país donde ampliamente ha recibido hospitalidad, la Sociedad Médica acordó excluirlo definitivamente de su seno, con un justo y merecido castigo a su intemperancia espiritual, y como ejemplo de lo que es capaz el fuerte gremio Asociado en favor de los intereses de la República.

Pero la Facultad de Medicina **no** estaba dormida. En sesión celebrada en diciembre y en vista de un largo expediente enviado por el Delegado de la Facultad en aquella **población**, **acordó** por unanimidad de votos aplicar uno de los artículos del Código de **Instrucción** Pública, suspendiéndolo en el ejercicio legal de la medicina.

La Sociedad Médica que tuvo conocimiento de la actitud enérgica de la Facultad acordó hacerse solidaria con ella, en la resolución tomada, lo mismo que con los médicos de San Pedro Sula.

Mucho se lamentó dar pasos de tanta trascendencia, pero ante la obligación y el deber supremos de salvaguardar caros intereses de la nación y de la profesión, no vacilamos un instante en ejecutarlos.

Ya no permitiremos más que la inicua explotación arrace con las vidas humanas; ya no más la herida de un vientre sagrado brotará monedas viles de oro arrojando el producto de la concepción; ya no más el silencio criminal y la cobarde complacencia serán cómplices de grandes delitos; no. El alto **espíritu** que creó la Sociedad, atento y valiente vigila los **caminos** nefastos de los malos, y justiciero deja caer el peso su cólera sobre el culpable.

En repetidas ocasiones hemos excitado, desde estas columnas, a los consocios, para que denuncien las irregularidades cometidas en el ejercicio de la profesión. Hoy con mayor fuerza y más razón, suplicamos de nuevo despojarse de la indiferencia y desenmascarar a los que bajo el honroso título quieren amazar fortunas a costa de sangre de seres indefensos.

Tegucigalpa, **enero** de 1921.

El papel de absceso de fijación cié una inyección de quinina en la
región glútea izquierda, en un operado de prostatectomía
hipogastrica en dos tiempos y algunos comentarios

J. Medardo Escoto, de 53 años de edad agricultor, casado, originario del pueblo de San Lucas, ingreso a la pensión N° 9 del Hospital "San Felipe" el 4 de octubre de 1930.

Antecedentes hereditarios, personales y colaterales, sin importancia.

Historia de su enfermedad.

En 1928, el 25 de diciembre, principiaron sus padecimientos; el día siguiente de los festejos nochebuena empezó a sentir dificultad para orinar teniendo que hacer muchos esfuerzos y las micciones eran muy dolorosas; pero con tisanas de estigmas de maíz y un purgante logró vaciar su vejiga. Desde esta fecha hasta principios de junio de 1929, pasó bien, y en el mismo mes tuvo otra crisis, tendón aguda acompañada por sensación de pesantez en el recto, periné y región hipogástrica pero con remedios que le hicieron en su casa logró orinar. Esta segunda crisis se presentó pues de un exeso de trabajo. El 10 de septiembre de 1930, se presentó otra crisis de retención aguda de orina y fue necesario que un facultativo le sondeara dos veces para vaciar la vejiga. Por este motivo ingresó al Hos-

pital el 4 de octubre. Se practicó el examen y encontramos, al tacto rectal, la próstata aumentada de volumen, del tamaño de una mandarina, de consistencia firme, elástica y glandular, indolora y simétricamente desarrollada. Residuo vesical de 250 a 500 gramos. Estado general excelente, sin trastornos digestivos, sin lengua seca, sin pérdida del apetito, sin sed imperiosa. No hay enflaquecimiento ni palidez. No hay polaquiuria nocturna ni diurna.

El adenoma prostático evoluciona en tres períodos: I. —Período de principio o de trastornos de la micción, sin retención. II. —Período de retención incompleta, con crisis de retención completa. III. —Período de retención completa. En el primer período los síntomas que se observan consisten en el retardo de la micción, el enfermo está obligado hacer esfuerzos para vaciar la vejiga; debilidad del chorro de orina que se escurre gota a gota sin fuerza, polaquiuria diurna y nocturna, el enfermo se levanta una o dos veces y muchas por la noche a orinar.

En el segundo período o de retención incompleta el enfermo llega a este estado insensible-

mente **después** de una o varias **crisis** de retención aguda completa. Este periodo se caracteriza por necesidades frecuentes de orinar en el día y en la noche, sensación de pesantez al nivel del hipogastri, del recto y pariné. Trastornos digestivos: Lengua seca, sed viva, pérdida del apetito, disgusto para la carne, enflaquecimiento y palidez. Hay **residuo** vesical de un centímetro a un litro y más.

En el tercer período la retención alcanza su máximo, la vejiga no puede extenderse y la cantidad suplementaria de orina sale gota a gota. Trastornos digestivos más acentuados. La vejiga es apreciable al hipogastro. etc.

Estos son los síntomas y la **evolución** del adenoma de **la próstata**, de una manera esquemática. El enfermo a que nos referimos ha llegado insensiblemente al segundo período de retención incompleta con crisis de 'retención completa.

Como las condiciones del enfermo eran excelentes decidimos la prostatectomía en dos tiempos. Se mandó examinar la urea

en la sangre y arrojó 0.40 centigramos por mil. Este requisito estaba en favor de la operación. Como no pudimos practicar la *Constante el Ambarcl*, nos contentamos con este dato, desde luego que el profesor Marión indica que a falta de la constante debe dosificarse la urea en la sangre y si la cantidad obtenida no pasa de 0.75 por mil puede operarse sin vacilaciones. En nuestro enfermo, como ya dijimos encontramos 0.40 por mil y esto nos alentó para operar en caliente.

La repercusión de las afecciones de las vías urinarias inferiores sobre las funciones renales está muy bien estudiada. La nefritis crónica azoémica es el final de las estrecheces de la uretra, de la hipertrofia de la próstata y de los cálculos vesicales. Castaigne y Lavenant han insistido con justicia sobre su importancia y frecuencia. La retención aguda es la causa de todos los síntomas observados: *Anorexia, náuseas, lengua saburral, sed, ansiedad, somnolencia*, etc.

Es. un hecho ya aceptado en la historia de los prostáticos que

esta hiperazoemia crónica puede disminuirse y curarse con el tratamiento de la retención vesical. El descenso de la urea en la sangre se obtiene rápidamente como se puede observar en el siguiente caso tomado del profesor Legueu:

Fecha.....	A anemia.
8 de mayo	3gr. 84
1 de mayo	3gr. 42
10 de mayo	1gr.
2 de mayo	1gr. 02
1 de junio	0gr. 80
1 de junio	0gr. 60

Esta hiperazoemia se presenta en los sujetos con retención incompleta con distensión vesical. - rasos de retención incompleta distensión y excepcionalmente en la retención completa cuando se practica el cansino de la vejiga. La azoemia es más elevada en la retención vesical crónica. Es la causa de la muerte de los enfermos no asistidos o de los que han tratados muy tarde. Esta hiperazoemia es debida a trastornos de la secreción reproductiva por el aumento de la presión uréteral y piélica a causa de la retención vesical.

Cuando este obstáculo se suprime todo entra en la normalidad condición de que la dilatación de los cálices no sea muy antigua y no haya provocado lesiones canaliculares irreparables de dilatación y esclerosis. Antes de practicarse una inter-

vencción Quirúrgica hay que curar la hiperazoemia y después de explorar la función renal Pauchet recomienda el régimen di frutas; Chevassu, la sonda en permanencia; Legueu recomienda la cistotomía supra-pubiana, Al cabo de quince días, tres semanas, uno y dos meses la disminución de la urea de la sangre llega a su máximo.

Las ventajas de la prostatectomía, en dos tiempos, en los enfermos en donde las contra-indicaciones son serias: estado general malo, funcionamiento defectuoso de los riñones, infección vesical, etc. da magníficos resultados. En estos enfermos no debe rechazarse la prostatectomía a priori; hay que someterlos a un tratamiento minucioso: el cateterismo, la sonda en permanencia, los lavados vesicales o la cistostomía. Después de estas operaciones los enfermos mejoran en su estado general, los riñones funcionan mejor y hay muchas probabilidades de éxito para la segunda intervención.

Dice Marión: "la práctica de la prostatectomía en dos tiempos abre un campo más considerable a las posibilidades de los éxitos operatorios." O en otros términos se practica la prostatectomía, en frío. Pero hay casos donde es ventajoso hacer la prostatectomía en caliente de urgencia, es decir, en los rasos que exigen una solución rápida: En los enfermos con retención aguda

en **quienes se huya** ensayado el vale turismo y producido una **falsa** ruta; en los **que** por una **razón cualquiera sangran** y la sonda en **permanencia** no dé ningún resultado y en *los retencionistas incompletos, distendidos*, en los el cateterismo es peligroso, **Nicolich** Escat, Michon y Marión, aconsejan la prostatectomía en un tiempo. En estos **últimos casos** enumerados, para evitar **los** peligros considerables del **cateterismo, que** -siempre mata a los **enfermos** en pocos días; pero no hay *que* olvidar, al **decidir** la prostatectomía en un tiempo, las condiciones de resistencia del enfermo y en el caso los pacientes se encuentren con menor resistencia es mejor hacer la *cistotomía urgencia* antes de intentar el cateterismo; para operar la próstata cuando el enfermo lo permita. La cistotomía nos pone al abrigo de los accidentes del cateterismo.

Paniulesco ha publicado todos **los** casos, del **servicio** Civile del Dr. Marión, de cístostomizados en el segundo período o *sea* en

los de retención incompleta con distensión vesical, con éxitos admirables.

Nuestro enfermo hit llegado a este período. Decidida la operación hicimos la cistotomía el 9 **de** octubre; drenamos con tubo de Guyon-Perier, lavados vesicales con nitrato de plata al 1 por mil, diarios. No ligamos **los** canales deferentes y por esta causa se declaró una orqui-epidimitis canalicular. Para evitar esta complicación Marión aconseja sistemáticamente practicar **la ligadura** de los canales deferentes ya en el primer o segundo tiempo de la operación. No es raro observar orqui-epidimitis de origen sanguíneo cuando hay infección general.

Se ordenó pomada de colargol y luego se dominó la infección testicular.

El 2 de noviembre, segunda intervención, enucleación de la próstata con anestesia general al éter. Ligadura de los canales deferentes. Taponamiento y drenaje con tubo de Freyer, modificado por Marión, grueso y

con codo *de* vidrio; ningún con-
 tratiempo operatorio. No hubo
 hemorragia primitiva y si ligera
 secundaria. Lavados de an-
 ttipirina al 40 por mil. Buen
 funcionamiento del tubo. Al
 cuarto día fiebre 39 grados,
 Extracción de las mechas y cam-
 bio de tulio de menor calibre,
 La fiebre descendió, Lavados
 nitrato de plata al 1 por mil
 ríos, Al doceavo día de ope-
 rado sonda en permanencia. La-
 mentamos no haber tenido son-
 das de muchos agujeros cons-
 truidos por la casa Gentile, que
 ofrecen la gran ventaja de dre-
 nar al mismo tiempo la vejiga
 y la cavidad prostática. La son-
 da funciona mal. Del 2 de no-
 viembre al 17 del mismo mes.
 apirético. Cambio del tobo hi-
 gastrico por sonda de Pezzer,
 IW 17 hasta el Z'2 de noviembre,
 re. Un día/.pirético. El 28
 de nuevo se declaran accesos
 febriles iniciándose con escalof-
 ríío intenso, fiebre alta de 41
 os y estadía de sudor; la
 hora de estos accesos fueron va-
 riables en la mañana, en la tar-
 de en la noche, otras veces fue-
 TOE sucesivos, lengua saburra!,
 náuseas, enflaquecimiento extre-
 mo, delirio, pulso frecuente, es-
 tado general grave, orinas con
 fuerte olor amoniacal, sucias y
 purulentas
 En presencia de un caso des-
 esperado se ordenaron lavados
 vesicales de .suero fisiológico
 mañana y tarde, inyecciones de
 urotropina mañana y tarde, in-
 yecciones de **aceite** alcanforado
de cafeína, de suero fisiológico
 y el enfermo empeoraba catín
 día. Se instituyó lavados conti-
 nuos gota a gota, de licor de Da-
 kin, en la cavidad vesical 12 ho-
 ras al día. El estado infeccioso
 no se aminoraba. Se investigó
 muchas veces **hematozoario** en
 la sangre y **fué** negativo **el resul-**
tado, y a pesar de este dato s_-
 te inyectó quinina a dosis de 1
 gramo. El pronóstico era fatal.
 Un día de tantos, el **enfermo**
 acusa dolor en la región gluten
 — examinamos la región en do
 de habíamos inyectado un grano
 de quinina, y encontramos **tume-**
facción difusa, ligera rubicun-
 dez, sin fluctuación. A los tres
 días de haber observado este
 absceso en formación notamos
 que había un punto de fluctua-
 cion, lo abrimos con todas las
 precauciones de asepsia y eva-
 cuamos como quinientos gramo?
de pus aséptico. Esta inyección
 de quinina fue la salvación de
 nuestro enfermo, **desempeñando**
 el papel *de absceso de fijación*.
 De todos es conocido el valor te-
 rapéutico y pronóstico del *abs-*
ceso di fijación, de Fochier, em-
 pleando la esencia de trementina
 rectificada. El hecho de ha-
 berse presentado la fiebre uri-
 nosa antes de la inyección de
 quinina, orinas sucias, **purulen-**
tas de fuerte olor amoniacal;
 trastornos digestivos, lengua si-
burral, enflaquecimiento; ac-
 cesos con sus tres estadios de
 escalofrio, fiebre y sudor; y el

pus amicrobiano del absceso me **hacen** desistir en pensar que era el absceso **quínico** el responsable del estado infeccioso. Pocos días después la fiebre descendió hasta normalizarse. El enfermo fue mejorando y aquel cuadro de píoemia urinosa, grave y desesperado, de pronóstico **fatal**, **se salvó** con un **gramo** de quini-

na inyectado en la región **glútea**.

El enfermo está completamente restablecido y solo espera que se cierre una pequeña fístula hipogástrica para salir curado. Una vida más rescatada por el alcaloide de esta Rubiaceae. S-MOLINA G.

LAS ENFERMEDADES TROPICALES EN NUESTRO PAÍS

POR EL DR. MANUEL CACERES VIJIL.

Entre las enfermedades tropicales, los puestos mas importantes pertenecen al Paludismo y la Uncinariasis, y estas enfermedades que son endémicas tanto en la Costa Norte, como en la Sur de nuestro País, y que también se ven con carácter epidemico en el interior, merecen una esmerada atención de parte de las autoridades sanitarias. Es verdad que se conocen infinidad de métodos para el dominio de estas enfermedades, pero dichos métodos modernos necesitan de la cooperación humana, lo cual no es-siempre fácil obtener cuando se trata con gente, **que** no tiene el menor concepto de higiene, y que es en su mayor parte la que adolece de **éstas** afecciones. Toda campaña, pues, que *se* haga para hacer comprender, sobre todo al proletariado las medidas higiénicas para la protección tanto individual como colectiva, debe estimularse.

Solo estando en contacto diariamente con la clase trabajadora de estas zonas tropicales, se puede llegar al convencimiento que los parásitos de la Malaria y de la anquilostomiasis, van destruyendo poco a poco millares de vidas y al convencimien-

to también, que todos los Médicos tenemos la obligación de inclinar algo de nuestras energías a la Salud Pública.

Después de tres meses de labor constante en la Clínica y en el Laboratorio de este Hospital del Norte, he podido constatar que de cien individuos examinados ochenta tienen tinte subictérico, en un estado de anemia, que en el examen de sangre de cada uno de ellos no se obtiene los cinco millones de glóbulos rojos por milímetro cúbico que se debe tener normalmente; y si diez de éstos, presentan todo el síndrome de una ictericia palúdica: prurito, pulso lento, xantopsia, xantelasma. En un setenta por ciento de estos individuos están padeciendo de malaria, ya en su forma frebil. ya en su forma larvada, de malestar general, falta de apetito, dolores musculares. Examinando la sangre de todos estos pacientes, por el método de gota gruesa, por ser más rápido, todos ellos tienen parásitos, encontrándose el mayor tanto por ciento de la forma Estio otoñal, menos Plasmodium Vivax y rara vez Plasmodium Malarie.

Esto de presentarse más el Plasmodium Falciparim demues-

tra lo posible de encontrarnos con mayor frecuencia enfrente de casos de **fiebre pernicioso**, en su forma comatosa y **meningítica**, ya que a esta face del parásito se le atribuye la causante de los síntomas malignos de la **malaria**, casos que duran doce **horas** en los servicios, pues **luego** mueren, **aunque** se les intensifique el tratamiento quinínico; la poca duración de éstos pacientes la explica la infinidad de **toxinas** que tienen en sus tejidos, pues uno de ellos tenía tal número de **parásito** en su **circulación** periférica que en un pequeño campo de jamina para examen se pudo contar cien, **pudiendo** decirse que cada eritrocito **estaba** invadido por un parásito.

En cuanto al parasitismo intestinal, he encontrado que **un** noventa por ciento tienen **uncinaria**, **revelándose** por anemia, trastornos gastro intestinales.

En una Revista Sur Americana he leído que el parasitismo intestinal, cuando es concomitante con la malaria, influye in-

directamente a que los hematozoarios tengan mayor resistencia a la acción de la quinina, ésto sin tener una razón fundamental científica, lo he podido comprobar en muchas observaciones que he llevado en enfermos asilados en este Hospital, cuyos cuadros de temperatura presentaban curvas de cuarenta y cuarenta y un grados, fiebre de origen palúdico, diagnosticada clínicamente y comprobado por el Laboratorio que no bajaban con dosis fuertes de quinina, y si cedían instituyéndoles al mismo tiempo un tratamiento **antihelmíntico**.

Sistemáticamente a todo enfermo que viene a internarse, le hace examen de sangre, materias fecales y orina, no dándoles el alta sin haber recibido por vía hipodérmica y oral suficiente cantidad de quinina, lo mismo que su purgante antihelmíntico, llevando también antes de salir reconstituyentes a base de arsénico, hierro y estricnina, exigiéndoles regresar a la Clíni-

ca a los ocho o quince días a dar cuenta del resultado de su tratamiento.

La campaña que se desarrolla últimamente contra el Paludismo intensa: Se reparte constantemente en los Campos cápsulas de quinina, como medida preventiva, y a los individuos sospechosos, allí mismo se les hace un frotis para averiguar si están infectados y dejarles un tratamiento más completo, llevando un record, para ver si al cabo de algún tiempo el resultado es positivamente satisfactorio.

La destrucción del agente sor (Anofeles) es otra de medidas que se hace con mucho empeño, y así se petrolizan constantemente las aguas estancadas, las letrinas; se balastrean los zoampos, se espolvorea con verde de París los pantanos y lugares donde se crían larvas de

zancudos; se ordena tener cubiertos los recipientes, donde la clase pobre, recoge el agua de las lluvias para uso doméstico. Uno de los **obstáculos** con que se tropieza a veces **para** el saneamiento es la destrucción de algunas plantas que crecen con asombrosa rapidez, al borde de las aguas y de los sitios pantanosos, formando receptáculos que se llenan de agua y son propicios para el desarrollo del mosquito, dicho obstáculo puede vencerse de un modo muy sencillo y consiste en quemar el petróleo esparcido y el calor que desarrolla es tan extraordinario, que no solamente destruye los tallos de la planta, sino que daña las raíces, impidiendo su crecimiento. La estadística que se lleva dirá si estos medios profilácticos dan el resultado que se anhela para bien de la Colectividad. La Lima, enero de 1931.

PROLAPSO VESICAL

J, M. B. F. de 25 años, casada de oficios domésticos, vecina de Nacaome, ingresa al Servicio **de Cirugía de Mujeres** del Hospital General **quejándose** de **orinadera** y un tumor del vientre el **día** 31 de diciembre **de** 1. 30.

Se trata **de** una enferma **pálida**, de **pequeña** estatura, de abdomen **abultado** **que** presenta al hacerse el examen **ginecológico** una **tumoración** que hace **procedencia** entre los labios de la vulva, del tamaño **de** una mandarina pequeña de color rosado encendido, de consistencia blanda, sangra al contacto, el índice **introducido** hasta el fondo llega a palpar un anillo, a través del cual fácilmente se introduce el dedo, y se **rodea** bien el pedículo de la **tumoración**; esta nunca pude reducirla, sino por medio de la maniobra de echar el **útero hacia** arriba tirándolo a través de la pared abdominal, quedando completamente desaparecida.

Presenta también **la** enferma un escurrimiento continuo de orina que la exploración con la **sonda** uretral muestra ser debida a una fístula vésico-vaginal alta.

El **cuello** uterino en situación **alta** esta blando y bastante móvil, el fondo de saco posterior y laterales normales y el anterior tiene un agujero por donde entra el dedo.

El útero está grande y muy móvil, se encuentra a un través de dedo, arriba del ombligo. A la auscultación se oyen con gran claridad los latidos fetales.

Cuenta la enferma que en **mayo** de 1929 tuvo un parto, el primero de término, que salió en **buena** posición el niño solo **que** con algunas horas de retardo, según el decir de *la* partera. Desde 4 días después de ese **parto** **noto** que orinaba por la vulva

La paciente no sabe dar informes sobre sus padecimientos anteriores.

La menstruación está suspendida desde hace siete **meses**.

DIAGNOSTICO

En vista de los elementos sintomáticos enunciados formulé el diagnóstico de fístula vésico-vaginal, prolapso vesical y embarazo de siete meses

DISCUSIÓN

Nada de extraordinario **tiene** encontrar en una mujer, después de un parto laborioso o retardado por cualquiera de los motivos bien conocidos, una fístula vésico-vaginal y mucho menos encontrar un embarazo de siete meses en una mujer que padece de fístula **vésico-vaginal**,

Si constituye para mí un **punto**

capitalísima importancia la presencia de un prolapso vesical que nada tiene que ver con el cistócele o sea H prolapso de la pared vaginal anterior arrastrando consigo la vejiga. No En este caso se trata de la caída de la pared posterior de la vejiga en la vagina y hasta fuera de la vulva con integridad de las paredes vaginales. Más bien podríamos calificarlo de

hernia aumática puesto que la vejiga se escapa a travez de un agujero de aquella naturaleza. Yo me explico ese prolapso de la manera más simple. La cabeza del feto detenido en la vagina por alguna causa, más del tiempo necesario para su progresión, produjo una compresión de la pared vésico-vaginal hasta tal grado que se formó una escara que al caer dejó la fístula. X da más fácil que atribuir a la misma compresión y por el mismo mecanismo la ruptura del fondo de saco anterior, por el cual se sale, merced a los esfuerzos y a la estación vertical

la pared posterior de la vejiga. Creo que alguna predisposición es-

pecial contribuye también a la caída de esa pared vesical.

Como en mi larga práctica **ginecológica** nunca **había** tenido la oportunidad de ver un caso semejante, y no habiendo encontrado en los libros didácticos; ni en las revistas médicas que llegan a mis manos, ninguna **relación** que se refiera ; al caso aludido; lo **someto** a la consideración del **ilustrado** gremio médico **hondureño** para las **sugestiones** que tengan a bien hacerme.

No he intentado ningún **tratamiento** por el avanzado embarazo.

Algunos meses después de verificado el parto, pienso hacer la cura radical de **la** fístula, fijación de la vejiga a la pared abdominal y satura del fondo del saco anterior.

Tegucigalpa, enero 13 de 1931.

S. PAREDES P.

El artrismo infantil, con sus manifestaciones múltiples, debe ser precozmente combatido por la dietética, el ejercicio, la medicación hepática y algunas veces endocrínica. las **curas** termales. **GEORGES MOURIQUAND.**

MENINGITIS PALÚDICA

Por les Dres. José Pereyra Kafar y Felipe M. Cía

La localización meníngea **en** paludismo **es** poco frecuente. Rarísima en el primario, se la encuentra en las recidivas donde su **aparición pone** un sello **de gravedad a la poussée** palúdica, pues su **evolución** rápida **lleva** con frecuencia **a** la muerte, cuando ignorada su etiología no se **hace de inmediato** quinioterapia intensiva.

Basta recordar los casos numerosos citados por Commes y observados durante su permanencia en Niafunké, para comprender cómo librado el enfermo al curso de su afección, es la muerte el término habitual de la misma, dentro de un lapso de tiempo reducido.

La descripción de nuestro caso, renueva las consideraciones emitidas por Lortat-Jacob hace veinte años, cuando señalaba la necesidad de admitir la **posible etiología** palúdica, en aquellas meningitis con líquido **cefalorraquídeo** exento de gérmenes y de origen obscuro y, en consecuencia, la conveniencia de no descuidar en el interrogatorio la **investigación** de antecedentes maláricos, ya directamente, ya indirectamente cuando el enfermo no está en situación de su-

ministrarlo (estado comatoso) ante un pasado palúdico y careciendo de otro fundamento etiológico evidente, administrar quina sin esperar la confirmación que pueda dar la investigación del hematozooario en la sangre, investigación que en *a* i caso que menciona dicho autor, tuvo después de efectuada repetidas veces, resultados confirmatorios, pero recién cuando hacía ya un mes que el enfermo había salido de su estado meníngeo.

En nuestros medios **urbanos** grandes, hay una afluencia de palúdicos que llegan de zonas afectadas del extranjero (zonas maláricas de Italia, etc.), o y de las regiones palúdicas de nuestro país, de modo que el consideraciones son valederas.

Nuestro enfermo, N. N., de 40 años, italiano, fue visto por primera vez el 9 de diciembre de 1928. Quince días antes había comenzado a sentir un mal-estar general, con decaimiento y disminución del apetito, a pesar de lo cual ha continuado trabajando hasta el 7 diciembre, en la tarde de cuyo día fue presa de un intenso escalofrío acompañado de temblor genera-

lizado, rápido y bien mareado, que sigue una faz de calor y aspiración abundante. Se instala una cefalea muy intonsa y una puntada de costado izquierda. Había tenido paludismo en Italia, recidivando poco tiempo después de desembarcar en **nuestro** país.

En ambas oportunidades se le hizo quinioterapia. Anotamos que en ellas no tuvo cefaleas.

Presenta 39 grados de temperatura y 60 pulsaciones. Piel tinte terroso. Vómitos y constipación. Rigidez intensa de nuca, con la cabeza en hiperextensión. En los miembros inferiores, flexión de los muslos; sobre las caderas y de las piernas sobres los muslos, siendo imposible extender dichos miembros por la rigidez que ofrecen los grupos musculares flexores. La presión es dolorosa en el "I y II" espacios intercostales izquierdos, hacia otras. La percusión esplénica es normal, no palpándose el bazo. Reflejos patelares y aquilianos vivos. Los movimientos exacerbaban la fuerte cefalea del enfermo, que de el día anterior le impidió conciliar el sueño. Estado mental bueno. La punción lumbar que trajo alivio, nos permitió constatar que el líquido cefalorraquídeo salía en chorro, que era turbio, de color grisáceo y francamente fibrinoso. El examen químico, nos suministró los siguientes datos:

Albúmina: 0.90 grs. o /oo- **Escala de Verner y Bloch.**

Glucosa: 0.19 grs. o oo.

Cloruros: 7.20 grs. o/ oo.

Urea: 0.34 grs. o 'oo.

Globulinas: Pandy positiva

Nonne, id. Gordon Abel, id.

Noguchi, id.

El examen citológico efectuado en la Cámara de Nageotte.

900 células por mm³ **Fórmula:**

polinucleares **neutrófilos, 80%**

linfocitos, 14 % células

endoteliales, 2 %

El examen bacteriológico **fue negativo**, así como los **cultivos**.

La serorreacción de Wassermann negativa.

La investigación del hematozoario en la sangre fue **infructuosa**.

Bien, ¿se trata **de** una meningitis? El análisis de los signos clínicos y de los datos suministrados por el laboratorio nos permiten afirmarlo.

¿A qué etiología podemos vincular este proceso? La fisonomía clínica y la tasa de cloruros excluyen la tuberculosis, aparte de que la evolución es asaz concluyente para justificar esta **exclusión**. La polinucleosis, la reacción de Wassermann **negativa**, la baja tasa de **glucosa**, rechazan *un* origen sífilítico. El neumocócico, eberthiano, **parotideo**, gripal, no podría fundarse con nada, y la ausencia de traumas y de procesos **supurados**, vecinos o distantes, así co

mo la no coexistencia de afecciones **capaces** de generar **una** meningitis (erisipela, difteria, procesos intestinales, etc.), **permiten** desechar tales etiología'. La ausencia de gérmenes en el líquido cefalorraquídeo y **la abundancia** celular que vuelve turbio dicho líquido, recuerda las meningitis asépticas de **origen** desconocido de Widal y Philibert, pero en nuestro enfermo la anamnesis nos informa que existe un paludismo mal curado y la similitud entre el acceso ocurrido el 7 de diciembre y los anteriores, expresada por el mismo enfermo; coexistiendo esto **ton** la constatación de un dolor **esplénico** exquisito, acentuado por una periesplenitis residual que hace el bazo inextensible y **■** explica la imposibilidad de palparlo. El análisis del líquido cefalorraquídeo no excluye la posibilidad de la etiología malárica, por lo cual decidimos **agregar** al tratamiento general, **a pesar de** no haber hallado el **hematozooario** en la **sangre**, la quinoterapia intensiva que confirmaría o no nuestra? presunciones, por motivos harto conocidos,

El día 10 la cefalea era menor y la **rigidez** de la nuca había disminuido. Se mantiene igual el 11, aumentando la cefalea **el** día siguiente, en que practicamos una nueva punción, saliendo el **líquido gota** a gota.

(maniobra de Queckensted *positiva*) y presentando: Color: grisáceo. Aspecto: turbio. Albúmina 0.32 grs. 0/00. Cloruros 6.50 grs. o /oo Globulinas: Pandy débilmente negativa. Nonne negativa. Gordon negativa. Noguchi negativa. 900 elementos celulares por mm.³ en la siguiente proporción:

Linfocitos, 90%,
Polinucleares neutrófilos.
10%.

Bacteriología: **negativa**. El 15 ha desaparecido la cefalea y los demás síntomas meningéos. No duele la región esplénica ni espontáneamente ni a la presión. **Temperatura, 36*8**, 70 pulsaciones.

El 14, 72 pulsaciones, **apirexia**, aparición del apetito.

El 17 le efectuamos una nueva punción, teniendo el líquido aspecto cristalino y saliendo gata a gota.

Maniobra de Quac-kensted positiva.

Presenta:

Glucosa Ü.35 grs. o/oo
Cloruro; 7.50 grs. o /oo
Albúmina 0.28 grs. o ■

Globulinas: Pandy **negativa**.
Nonne, id.
Gordon, id.
Noguchi, id.

Citología: 350 elementos mm.³.

así: polinucleares neutrófilos, linfocitos, 59 % . monolitos, 1%. Bacteriología negativa. Continúa bien en los días siguientes. Visto dos meses después su estado es excelente. El examen citológico de -su sangro reveló discreta linfocitosis. Hasta enero de 1930, en que lo vimos por última vez, el sujeto ha continuado bien.

Es interesante señalar las variaciones que el líquido cefalorraquídeo ha presentado en lo respecta a la proporción en que se hallaron entre sí los elementos figurados. Habitualmente hay una linfocitosis acentuada bien señalada los autores: en nuestro caso al comienzo, la polinucleosis era predominante, pero esto no excluía el origen palúdico, pues ya Porot señaló tal reacción citológica en algunos casos raros, siendo ilustrativa la observación presentada al XX Congreso de la Sociedad Francesa de Neurología, en que apareció al

cuarto acceso en un malárico, un síndrome meníngeo, con **disociación** entre la frecuencia del pulso y la temperatura, rigidez de la nuca, retracción del vientre y constipación, siendo el líquido cefalorraquídeo turbio, saliendo con fuerte presión y encontrándose polinucleosis. Curó con quinina.

En nuestro caso, rápidamente la **proporción** sufre una inversión total, **para** mostrarse una linfocitosis categórica, que posteriormente disminuye, para **predominar** ligeramente sobre la polinucleosis, habiendo sido tratado desde un comienzo con sulfato de quinina, 1.50 gr. por os por día y las punciones lumbares anotadas.

Sin poder sacar conclusión alguna de esta observación por ser aislada, cabe preguntarse si en los casos raros citados por los autores en que se ha constatado la existencia de polinucleosis, ésta fue un episodio que coincidió con la punción lumbar, o so mantuvo durante el curso de la enfermedad.

Finalizas, expresando **nuestro** reconocimiento al doctor Alberto **Marini**, quien ha efectuado las investigaciones de **laboratorio**.

BIBLIOGRAFÍA

- BATTAGLIA, M. — Al. **osservazioni** clin, ed anatomn **patologiche** **Sull'infezione** malárica. — **Riforma** médica. — 1925.
- COMMES Ch. — Le méningo-paludisme. — Bull, Soc. Path. exotique. 1918.
- COUDRAY M. — Etats **meníngea** dans le paludisme. — Bull **Méd. d'Algerie**. 1913.
- HUYSEN C. W. y BUENDIA R.— Errores de diag. en las formas atípicas del paludismo. — El Siglo Médico. XII. 1924,
- LORTAT-JACOB et CAÍN. — Coma paludién avec réaction méning i' lymphoeitaire. — Bull. Soc. Med. des Hop. de París. 1909.
- MASSARY et TOCKMANN. — Un cas de paludisme avec réaction méninge violente, simulant la meningite cérébro-spinales. Bull. Soc. Med. des Hop. de París. 1917.
- MONIER, VINARD, PAISSEAU et LEMARRE. — Cytologie du liq. C. R. au cours de l'acc s palustre — Bull. Soc. Med. Hop. 1916.
- MONTELEONE R. — Il liquido cerebro-rachideo nella malaria. — Il Policlinico. 1925.
- POROT. — Nouveau cas d'état **menínge** au cours du paludisme. — Ann. d'Hyg. et de Medic. Colonial. — Tome XVII. **1914**.
- PORÛT. — Quelques cas de meningite paludienne. — Bull. Soc. Med. de París. 1920.
- PUCA A. — Localizac. mal. La Riforma Medica. 1921.
- SCHIASSI F. — La Malaria. 1921
- ZUCCARELLI. — Paludisme aigu: complications méningiques. signe (i-Kernig. — Bull. Path. Exotique 1912.
- (Del Día Médico, de Buenos Aires).

En el curso de una **otitis media** supurada, un escurrimiento abundante que se hace por cargas, precedido (de dolores de cabeza, tres a cuatro semanas despues del principio de la otitis, es generalmente el íntice de una infección mostoidéa necesitando la antrotomía. Una otórrea antigua recalentada, complicada de mastoíditis requiere el vaciamiento petro-mastoideo.

MOURE.

EJERCICIO ILEGAL DE LA MEDICINA

Médico extranjero. —Curanderismo- — Ley derogada

UNIDAD DE PROCEDIMIENTOS

Recurso no concedido

Causa: Asuero Fernando

DOCTRINA.- *Aun cuando el Jueznegare el recurso de nulidad concediendo el de a pelarían, procede conocer de los dos —Yo procede la nuli-, ad del procedimiento n o obstante lo dispuesto literalmente en el artículo 696 del (¿digo de Procedimientos en lo criminal, si no se infringieron formas importantes con perjuicio posible o irreparable de algunas de las parta.- -El ejercicio ilegal déla medicina está reprimido por Código Penal, el que ha detonado la ley anterior que establecía la admonición administrativa antes de la sanción.-Cae bajo la sanción establecida para el ejercicio ilegal de la medicina, el médico extranjero que sin haber revalidado su título trata enfermas sin llenar previamente los requisitos déla ley, sin que vaste la solí presencia ti e facultativos en los actos de curación, ni es necesario el requisito de habitualdad pura la existencia de la infracción que no sólo tiende n combatir el curanderismo, aun cuando eslo sea su objeto principal. (C. C. C.)*

AUTO DE la. INSTANCIA

Buenos Aires, junio 13 de 1930.

Autos y Vistos: y

Considerando: Que por la denuncia instaurada

por el departamento **Nacional** de Higiene que obra a fs. 3. se instruye el sumario correspondiente, con la **intervención** fiscal del caso. Que por los recortes acompañados en autos, significa que el llamado doctor Fernando Asuero, sin título habilitante para ejercer la medicina, según así se desprende de los términos de la propia denuncia y del informe del señor decano de la Facultad de Medicina, ha practicado su "método" o "procedimiento" como así se ha difundido por la enorme nota periodística, cuya mínima parte corre agregada en autos y que es del dominio público. Que las declaraciones del doctor Manuel Cossio, inspector del mencionado Departamento, de fs. 13 y testigos de fs. 25, 26, 30, 10 y 12 son indicios suficientes para acreditar la semiple-na prueba que requiere el art. 3 del Cd. de Proc Criminales para sospechar que el Mamado doctor Fernando Asuero sea autor del delito previsto y penado por el art. 208 del Cód. Penal. Por ello y la prescripción legal citada, habiendo prestado declaración indagatoria el acusado Fernando Asuero, se decreta su prisión preventiva por la posible comisión del delito

de ejercicio ilegal de la **medicina** (**art. 208 del Cod. Penal**), **ordenando el embargo** de sus bienes hasta cubrir **la** suma de un **mil** pesos moneda nacional sin perjuicio de su ampliación. Oficién si señor jefe de policía, **comunicando** este procesamiento y solicitando la planilla de antecedentes del procesado. **Notifíquese** consentida o ejecutoriada; prosigan los autos según su estado. Y **remítase** el acusado a la **Alcaldía** de palacio en calidad de **comunicado** y a disposición **del** suscrito.-Y. Ortega. —Ante mí: R. Márquez.

**AUTO DÉLA CÁMARA DE LO
CRIMINAL Y CORREC-
CIONAL**

Buenos Aires, julio 11 de 1930.

Y Vistos:

Considerando:

Que **la primera cuestión a resolver en el presente caso, es la relacionada con la nulidad del auto apelado y del procedimiento en que se funda, deducida ante el señor Juez "a quo" y solicitada también en el informe "in roce",**

Conforme a la **jurisprudencia** del Tribunal, procede tomar en consideración **el** recurso, aun

cuando haya sido denegarlo por *c* Inferior, pues ésto ha carecido de jurisdicción para apreciarlo, siendo como era procedente al de apelación según se desprende términos del inc, 1º del art. 511 del Cód. de **Proc.**

Esa nulidad no se justifica suficientemente. Es cierto que los leoninos judiciales en materia reccional deben comenzar con la audiencia pública del art 570 dicho código, a la cual puede *asís* **tir** el acusado llevando pruebas de descargo y poniendo en situación de controlar la de cargo que produzca (art. 574), forma reemplazada en este juicio por un sumario semejante al establecido **para** los procesos ordinarios de instrucción; pero si se tiene en cuenta que el doctor Asuero ha reconocido en su indagatoria lo fundamental de las declaraciones testimoniales e informes recibidos, sin manifestar allí ni posteriormente el propósito de aportar elementos de juicios tendientes ; su inmediata justificación que hubiera servido para evitar la prisión preventiva dictada a nada conduciría dejar sin efecto las actuaciones producidas, medi la grave que. no

obstante lo dispuesto literalmente en el art. 696 de la ley citada al referirse a la violación de sus disposiciones expresas, sólo cabe pronunciar cuando se halla especialmente prevista o se han infringido formas importantes, con perjuicio posible o irreparable de algunas de las partes, en concordancia con el precepto del art. 509. Que entrando ahora a decir sobre la apelación interpuesta, corresponde desde luego examinar la tesis de la defensa acerca de la vigencia actual del art. 41 de la ley provincial a que se refiere el art. 3º de ley N° 2829, en la parte que prescribe el apercibimiento del que ejerciere ilegalmente la medicina, antes de hacer efectivas las penas que establece. La solución del punto depende de la interpretación del art. 305 del Cod. Penal, que deroga las leyes precedentes "en cuanto seopusiera" a sus disposiciones. Ocorre preguntar: ¿la mencionada ley provincial es opuesta al art. 208 del código? El Tribunal entiende que sí, porque esta última disposición reprime sin formalidad previa alguna el ejercicio ilegal de un acto en curar, mientras aquélla que la sanción no se a-

plique sino en caso de **reincidencia** cometida **después de una admonición administrativa**. Son preceptos distintos para un **mismo** caso.

Admitir la subsistencia de la **condición dispuesta** por la Ley de 1877 importaría limitar o restringir la aplicación del art. 208 del **Cód. Penal**, para armonizarlo o conciliarlo con esa **condición**, lo que **no puede** estimarse autorizado por el art. 305, cuyo **propósito** evidente en dejar sin valor **alguna toda prescripción** anterior que de cualquier modo contrarié lo **establecido en el nuevo estatuto**.

Que las constancias sumariales mencionadas en el auto **recurrido** y la **propia indagatoria**, constituye **semiplena prueba de la infracción atribuida al doctor Asuero** pues con **tal carácter tienden a** demostrar que éste en título nacional revalidado en el país, ha aplicado a numerosos enfermos y en repetidas oportunidades durante cerca de dos meses, el procedimiento **curativo a que ha dado** el nombre de asueroterapia.

No puede caber **duda** de que el art. 208 **ya** citado el **Código Penal**, que prevé y reprime la infracción referida al **hablar de título**

autorización Hara el ejercicio de un acto de curar, alude a los que provienen de las universidades argentinas o autoridades de la República **encargadas** de la salud pública, y que los médicos u otros profesionales extranjeros, pueden incurrir en la penalidad que **determina**, si **ejercieren** su oficio sin estar amparados por un tratado, por la Ley N° 4416, **por la revalidación de su diploma o por una autorización especial en la forma que establecen las disposiciones respectivas.**

El título de los profesionales extranjeros en esta situación no es tal en la República y carecen en ella de valor **legal**. Sería absurdo suponer que el Código Penal haya querido **dárselo, eximiendo** de responsabilidad al que lo posea por actos que otra ley de la Nación prohíbe.

Hay en verdad mucha diferencia entre un curandero y un médico **diplomado en Berlín, París o Madrid, que ejerce su profesión en el país sin haber revalidado su diploma, pero nuestra ley, que no se propone solamente combatir el curanderismo, aunque éste sea su objeto principal,** los comprende

en una misma disposición, se penalidad habrá por cierto de aplicarse haciendo las debidas distinciones.

Tampoco cabe admitir el requisito de habitualidad exigiendo para la existencia de la infracción de que se trata, suponga necesariamente el domicilio o residencia permanente en el lugar donde se ejerce. El espíritu de la ley indica y así se ha entendido siempre en todas partes, que basta la repetición de los actos no justificada por la urgencia o necesidad de circunstancias extraordinarias o especiales.

Fuera extender demasiado el concepto de esta necesidad decidir que ella existe siempre que una persona crea conveniente divulgar en el público y entre los médicos las excelencias de un método o sistema de su invención, y que esa intención lo habilite para tratar innumerables enfermos, sin llenar previamente las condiciones que la ley prescribe.

La sola presencia de facultativos autorizados en los actos de curación que esa persona realiza, sería insuficiente para darles carácter legítimo, si dichos facultad.

no lucían en realidad quienes presentaran los pacientes al operador y dispusieran o aceptaran su intervención raso en el cual el **ultimo** desempeñaría simplemente el rol de los enfermos y otros auxilios de la profesión médica. Es de observar, además, en cuanto al aspecto social y humanitario de casos como el presente, las trabas puestas por la ley a los que intentan ejercerla medicina sin tener las condiciones o llenar las calidades dispuestas en salvaguardia de la salud y *de* los intereses del pueblo, nunca pueden impedir la propagación de los nuevos adelantos o descubrimientos; cualquiera fuera su origen, pues no es creíble que si éstos son reales y benéficos les falle el apoyo de las autoridades, de los institutos científicos o de los médicos particulares en situación de utilizarlos dentro de la legalidad.

Que en consecuencia se hallan reunidos en esta causa los extremos del art. 366 del *Cód.* de Proc. desde que como era legalmente indispensable demostrar y queda derrostrado, hay prueba suficiente de hechos realizados por el acusado que constituyen delito y hacen presumible su responsabilidad.

Por ello, se confirma el auto apelado que decreta la prisión preventiva del doctor Fernando Asuero, Devuélvase.—Ramos.—Frugoni Zavala.Ortiz de Rozas.

Buen **número de dishidrosis** reconocen un **origen** tóxico. El ácido salicílico es frecuentemente el agente nocivo. Es suministrado en la gran mayoría de los **casos** por los depurativos végetales. Es necesario eliminar **las** plantas, que por transformación en el tubo digestivo determinan la producción de compuestos salicilatazos.

En **conclusión** más vale abstenerse de depurativos contra las dermatosis. Está contraindicado, con un fin de depuración hipotética, hacer nacer una reacción cutánea cuya evolución sobre pesa los resultados **deseados**.

LORTAT JACOB.

En ciertos casos de urticaria, **de eczema**, de acné, de eritema, resistiendo a todos los tratamientos clásicos, el extracto hepático por **la** vía paraentérica, da algunas veces **resultados** inesperados.

MAURICE VILLARET.

NUEVAS ADQUISICIONES EN PATOLOGÍA INFECCIOSA ⁽¹⁾

Por el Dr. Manuel Tapia

Director del **Hospital** del Rey, de Madrid

SARAMPIÓN.

El estudio de la infección experimental del mono, llevado a cabo en el año 1921 por Blake y Trask, aunque no nos ha dado a conocer el germen causal, ha podido comprobar su carácter de filtrable, pues se ha podido producir la enfermedad con el filtrado por bujía Berkefeld N, de macerados de visceras (bazo, cápsula suprarrenales, etc.), del exudado faríngeo y aun a veces de la sangre de afectos de sarampión.

Conocida la inmunidad que confiere el sarampión, se pensó emplear el suero de convalecientes de la enfermedad con fines curativos y profilácticos, por Nicolle y Richardson en 1917. Los resultados han respondido a las esperanzas y vamos a ocuparnos de ello.

Valor profiláctico del suero —Antes de entrar en el asunto, y como antecedente necesario diremos que el sarampión es una enfermedad muy difusible por ser necesaria una muy pequeña entidad de virus para producirla, y por tener el organismo durante toda la vida una gran receptibilidad para el germen. En estos caracteres se diferencia el sarampión de la escarlatina y de la difteria, en los cuales las pequeñas cantidades no llegan a produ-

cir la enfermedad y obran como antígenos inmunizantes, lo cual no sucede en el sarampión imposibilitando en él la vacunación o profilaxia activa espontánea.

En estas condiciones, ¿qué pasaría de fuera posible obtener una prevelación extensa por la suero-terapia que es por naturaleza pasajera?

Se obtendría en mayor escala el hecho epidemiológico observado en las islas *Feroe*. Esta colonia danesa estaba indemne de sarampión desde hacía sesenta años, cuando se restituyó a ella un emigrante afecto de sarampión. Todos los habitantes de las islas padecieron la enfermedad, desde los niños a los ancianos y la enfermedad adquirió caracteres de inusitada gravedad con gran mortalidad; se había debilitado o perdido la inmunidad adquirida por la herencia, y la extraordinaria receptibilidad que para el virus sarampión

no se presenta durante toda la vida, llevó a todos los habitantes a sufrir la afección. En las islas Fidjii se produjo una cosa análoga.

Por ello, la seroprofilaxis del sarampión tiene indicaciones solamente en casos precisos, y así se

empleará en todos los niños debilitados, bien por circunstancias patológicas, bien por **razón** de! medio. Los niños afectos de tuberculosis, de trastornos gastrointestinales, los que viven en malas condiciones de higiene, *en* asilos, orfanatos, etc., todos aquellos niños en los cuales creemos que por cualquier circunstancia el sarampión tendría en ellos evolución desastrosa o grave, son justiciables de la profilaxis por el suero de convalecientes. Por razón del procedimiento la inmunización es pasajera; (Jura aproximadamente de tres a cuatro semanas, que es el tiempo que tardan en eliminárselas albúminas extrañas).

Más importante es la seroatenuación que se obtiene, mediante la **inyección** de suero de convalecientes en la segunda mitad del período de incubación. Al producirse una enfermedad de atenuada **virulencia**, tiene la doble ventaja de no ser peligrosa y de dar lugar a una inmunidad activa.

Valor curativo del suero de convalecientes.

En este punto se encuentran divididos los autores en los que son

entusiastas del procedimiento y los que le niegan eficacia. La razón de esta **variabilidad** en las opiniones reside, a nuestro juicio, en varios ordénesele consideraciones.

En primer lugar, en el distinto valor de cada suero, que actualmente no nos permite valorar la insuficiencia de nuestros medios. Pues así como podemos medir con absoluto rigorismo científico el valor inmunizante de otros sueros y señalar su contenido en **unidades** antitóxicas, en el sarampión esto no se puede conseguir por desconocer el agente causal y el modo de obraren el organismo.

Por otro lado, y nosotros creemos que éste es el punto más importante de! desacuerdo, a nuestro juicio, el suero sólo tiene utilidad para la infección sarampionosa, no sobre las complicaciones generalmente debidas a otros gérmenes, y de las cuales, en especial de la bronconeumonía, depende la gran mortalidad del sarampión. Claro es que estas infecciones secundarias evolucionan más desfavorablemente sobre el terreno sarampiónso, pero para modificar este terreno se necesita, y en ello reside el

tercer punto en que se basa lo contradictorio de las opiniones, dosis grandes de suero mayores de las empleadas en la generalidad fieles casos.

Todas estas razones hacen que nosotros tomemos en la cuestión una posición intermedia entre los excesivamente optimistas y los demasiado pesimistas; creemos que el suero tiene una indudable utilidad sobre la infección del sarampión; carece de acción sobre las complicaciones y que para obtener resultado eficaz se precisan dosis elevadas de suero.

Por ello, creemos que la indicación especial del suero reside en los casos de sarampión hipertóxico que los franceses llaman maligno (*d' emblée*), caracterizado por fiebre alta, erupción violácea, gran depresión, formas ataxoadinámicas, en las cuales la inyección de suero en cantidad suficiente nos permite obtener una verdadera resurrección como en un caso que recordamos en este momento de la **hija** de un compañero afecta de un sarampión de tal gravedad, que se consideraba su estado desesperado, y en la cual en doce horas por la inyección intravenosa de 200 centímetros cúbicos de suero cambió de tal modo, que se la podía considerar en convalecencia.

ESCARLATINA

Los más recientes estudios sobre esta infección nos vuelven al año **1905**, en que se emitió la hipótesis del origen estreptocócico de la escarlatina.

Las modernas investigaciones

del matrimonio Dik y otros autores parecen indicar, en efecto, que la **escarlatina** es una toxemia y no una bacteriemia, y que el germen productor de la toxina es el estreptococo de una raza especial.

Los puntos que permitieron a los Dik sentar estas conclusiones son:

1.º La reproducción experimental y humana de la escarlatina por el estreptococo especial o por su toxina hemófila.

2.º Reacción cutánea que a esta toxina presentan los sujetos receptibles a la escarlatina (**reacción** de Dik).

3º La eficacia terapéutica de la antitoxina preparada experimentalmente en animales.

Esta teoría ha sido objeto últimamente de serias objeciones, y en virtud de ellas perdido gran parte de su valor.

Entre las objeciones de más peso que se la ha presentado figuran, en primer término, los distintos caracteres epidemiológicos que separan las infecciones estreptocócicas de la escarlatina. Su mayor contagiosidad, y sobre todo el hecho de producir inmunidad persistente, separan netamente la escarlatina de las afecciones estreptocócicas que raramente producen esta inmunización del sujeto que las ha padecido.

Por otra parte, no existe ningún signo ni **morfológico**, ni serológico, ni de cultivo, que permita distinguir al estreptococo de la **escarlatina** de las otras razas del mismo germen.

En lo que se refiere a la reacción cutánea la toxina, dista mucho de tener los caracteres que esta misma reacción tiene en la difteria y, tanto en el *Congreso de Koenisberg* como en el de *Motpellier*, ésta fue la opinión que se admitió, pues esta reacción local la producen también otros estreptococos.

Desde luego, es evidente que el estreptococo juega un importante papel en la etiología de la enfermedad. Es el agente que origina las complicaciones en las que radica la gravedad de la enfermedad y es muy posible que la causa de la infección sea una asociación, una convivencia entre un virus desconocido y el estreptococo. Aquel virus precisaría del estreptococo para producir la enfermedad, a semejanza de lo que ocurre con el espirilode la parotiditis epidémica, que se desarrolla por la acción del bacilo de la saliva de parótidas.

Fenómeno de la extinción o de Schults- Carlton. Se denomina así al hecho siguiente, que tiene un gran valor diagnóstico:

Si a un enfermo de escarlatina en periodo eruptivo se le inyecta intradérmicamente suero sanguíneo de un sujeto convaleciente de la enfermedad, la erupción presenta en el punto inyectado un pali-

decimiento y aun una desaparición de la misma. Si en lugar de suero de convaleciente empleamos el de persona normal o el de un individuo en periodo agudo de la infección, el fenómeno no tiene lugar.

Experimentalmente se ha comprobado el fenómeno con suero de animales inmunizado con el estreptococo, observándose que unos sueros le producen y otros no, por lo cual se le ha negado especificidad. Nosotros pensamos aquí lo mismo que hemos expuesto al tratar de la profilaxis del sarampión por el suero de convalecientes. El distinto comportamiento de unos a otros sueros se explica por el diverso contenido de cada uno en antitoxina.

Tratamiento.- Admitida la hipótesis del matrimonio Dick, era lógico pensar en la producción y empleo de un suero antiescarlatinoso, obtenido por la inmunización de animales, bien con el estreptococo o bien con su toxina.

Existen, por tanto, dos clases de suero, según sea obtenida por medio de la toxina, o bien por medio del germen.

En el primer caso tendremos los sueros antitóxico o de Dick, obtenidos por la antitoxina que este autor halló en el estreptococo. En

el segundo caso obtendremos sueros antitóxicos y antibacterianos, para la obtención de los cuales se puede emplear el estreptococo cultivado según el procedimiento de Dochez, el cual inyectaba bajo la piel de un animal agar, y en este medio y en estas condiciones se desarrollaba perfectamente el germen.

Un punto especial para la utilización del suero, consiste en la valoración del mismo, y, para ello, disten tres tipos de unidades, según el método que se emplee. En un primer método se emplea la acción neutralizante de la antitoxina de Dik; en otro se utilizaba, para la valoración, la desaparición de la erupción fenómeno de Schultz Carlton.) Esta segunda unidad corresponde a un 80 por 100 de la unidad neutralizante. Existe un tercer procedimiento que utiliza la receptibilidad de la piel de las cabras a la toxina escarlatina. No entraremos en el detalle de estos métodos y pasaremos al punto de más interés para el práctico, que se refiere al valor terapéutico de estos sueros.

Resultados. -En este punto existen como sucede casi siempre que se trata de hechos análogos, dos criterios opuestos. Los que le conceden un positivo valor curativo y los que piensan que carece de acción sobre el curso de la enfermedad.

Nuestra práctica nos hace llegar en este punto a una conclusión idéntica a la señalada en *el* sarapión.

Creemos que sirve y es útil para los fenómenos dependientes de hixemia escarlatina. Bajo su acción, baja la fiebre; la erupción palidece, y mejoran, en una palabra, los síntomas específicos de la afección. En cambio, creemos no tiene ninguna acción beneficiosa sobre las complicaciones; ni las anginas, ni las otitis, ni las nefritis, son influenciadas por la terapéutica. Tampoco esta terapéutica produce disminución del tanto por ciento de complicaciones, cuya frecuencia es aproximadamente igual en las tratados por el suero de convalecientes que en las que se ha empleado otro cualquier tratamiento.

TIFUS BENIGNO DEL VERANO O FIEBRE EXANTEMÁTICA

Cuando creíamos que estaban completos nuestros conocimientos sobre el tifus exantemático, salvo la identificación del agente productor, pues el rickettsia prowazeki estaba un poco en baja, nos sorprende esta nueva afección que tantos puntos de contacto tiene con aquél, y nos hace pensar si muchos casos de marcha benigna observados en las anteriores epidemias de exantemático, pertenecerían a esta nueva afección.

En Marsella y otras poblaciones del sur de Francia se ha descrito esta enfermedad, que se asemeja al tifus exantemático, cuya marcha era benigna y cuyo mayor número de invasiones tenía lugar durante el verano. La enfermedad es idéntica a la descrita en 1911 por

Nicolle, con el nombre de fiebre botonosa de Túnez, y por Carducci, en Italia, con el nombre de fiebre exantemática.

Nosotros, ya hace algún tiempo, hablamos visto en los alrededores de Madrid (Ciudad Lineal y Tetuán) dos casos de una enfermedad, **llamada** parecida al tifus exantemático, en familias regularmente acomodadas, que vivían en buenas condiciones higiénicas, y en las cuales no se observan parásitos ni relación con ningún contacto parasitario.

Fueron los primeros casos que vimos de fiebre exantemática, de los cuales llevamos ya observados una veintena.

1ª Su marcha y evolución es muy benigna, aunque es preciso observar que, en la actualidad, el pronóstico del tifus exantemático es más benigno que lo que se describía antes, habiendo, a este respecto, epidemias **particularmente** benignas como la **dolencia** que nosotros asistimos, y, actualmente, en unos 60 o 70, vistos últimamente, la mortalidad sólo fue de un 10 por 100, la cual, sin embargo, es más elevada que la que se

indica para la fiebre exantemática, que no sube del 1 por 100.

2ª Los caracteres de la erupción.

Esta comienza en el tifus, por el tronco y raíz de los miembros, siendo al comienzo una roséola sin saliente alguno sobre el nivel de la piel, haciéndose finalmente hemorrágica (petequiral), mientras que en la fiebre exantemática el comienzo es solo por los miembros, siendo en este primer momento papulosa, *saliente*, haciéndose o no petequiral más adelante. En KH conjunto, la erupción es menos confluyente, los elementos más grandes y repetimos papulosos.

Otro carácter diferencial nos lo proporciona el estudio detallado de la erupción.

Esta, en el tifus exantemático, aparece más intensa en el tronco y raíces de los miembros. Es, primeramente, roseólica y más tarde se hace petequiral, respetando casi siempre la cara, mientras que por el contrario, la localización facial es frecuente en la fiebre exantemática, cuya erupción es, al comienzo, papulosa menos confluyente que en el tifus y más grandes sus elementos, que pueden o no pasar a la fase petequiral.

3º *Chancro de inoculación*.— Muy característica de la erupción en la fiebre exantemática es la existencia del llamado chancro de inoculación, que se presenta generalmente en la piel de los miembros, más frecuentemente en los inferiores, y se caracteriza por una mácula rosada de unos 4 mm., que se iculiza y más tarde se convierte en una pústula oscura, con una mancha negra. Nosotros tenemos unos casos muy típicos de esta afección.

Piery ha producido por la introducción del virus molestias locales, aunque el porcentaje sea escaso, pues sólo lo ha logrado en 3 casos, de 16 en que intentó la inoculación.

También se distinguen estas afecciones por la marcha clínica, pues en la fiebre exantemática se desconocen las complicaciones, que son fan frecuentes en el tifus.

Respecto al diagnóstico biológico también se diferencian entre sí, pues en la fiebre exantemática no se da la relación de Weill-Felix o aglutinación por el Proteus 19, que tanto valor tuvo en el diagnóstico del tifus exantemático, **auque** hoy está en baja por no presentarse con los gérmenes de cultivo.

La evolución de la fiebre exantemática es, como acabamos de indicar, benigna por lo general, y tiene lugar en diez o doce días de fiebre, que a veces se prolonga un par de semanas.

Epidemiología y profilaxis.—La afección es posible que se transmi-

ta por una garrapata, aunque no está plenamente demostrado.

En lo que respecta a la profilaxis, queremos indicar que en los casos dudosos entre el diagnóstico de tifus o fiebre exantemática, debemos proceder de acuerdo con las condiciones higiénicas del enfermo; si éste se **halla** parasitada, **despiojamiento** como si fuera tifus, si no tiene parásito, podemos ser más benévolos.

En los casos sospechosos se debe despiojar si la persona afecta tiene parásito. En presencia de una afección de este tipo, la existencia o no de parásitos en un dato **diferencial** muy importante, pues si se trata de una persona limpia, en la que no se puede sospechar contacto con sujetos parasitarios, la afección debemos considerarla como de fiebre exantemática.

El conocimiento de esta enfermedad es importante para los médicos española por existir en en nuestro país bastantes casos de ella, como hemos **tenido ocasión** de señalar.

Trotamiento.—No existe ningún tratamiento específico de la fiebre exantemática, lo cual no nos debe inquietar por la marcha benigna que hemos reiteradamente señalado tiene la afección. Por ello, pondremos un tratamiento antinfecioso corriente: yodo, proteínas, etc

ENCEFALITIS

POST VA CUÑAL EI

descubrimiento y estudio de la neurovacuna por Levaditi y Nicolau marca un paso gigante en

la profilaxis de la viruela iniciada genialmente por Jenner.

Como sabemos, aquellos autores aislaron un grupo de gérmenes que denominaron virus neurótropos que se caracterizaban por una especial afinidad hacia los tejidos ectodérmicos, piel y sistema nervioso. A este grupo pertenecería, según ellos, el germen vacunal, el cual, cultivándose perfectamente en el cerebro del conejo adquiriría unos caracteres de fijeza y de virulencia que le hacían infinitamente superior a la primitiva vacuna obtenida de la piel de ternera.

Veamos estas ventajas. Es la primera la pureza de la neurovacuna, que contrasta con la constante contaminación de la dermovacuna. Por otro lado, para el transporte y la conservación de la vacuna, tiene una inmensa superioridad la neurovacuna, pues, el germen vacunal pierde acción virulenta y profiláctica por encima de los 30°, lo que obligaría a tener en todo lugar en que le vacunase al animal portador de la pústula, mientras que con el empleo de la neurovacuna se podría obtener ésta de un animal corriente en el laboratorio, como es el co-

nejo. La obtención del virus vacunal es más barata si procede de la neurovacuna que de la dermovacuna, y virus es igual en ambas clases de las vacunas.

Todas estas razones hicieron que rápidamente se generalizase el empleo de la neurovacuna, especialmente en algunos países, entre ellos el nuestro, y ello indica igualmente la importancia que tiene el estudio de la llamada encefalitis vacinal producida, según muchos autores, por el empleo de la neurovacuna.

En Inglaterra, Holanda, Alemania y Polonia, etc., se han descrito casos de encefalitis producida por la vacuna. En España existe publicado un caso en Valencia y otro en Zaragoza sin publicar.

Realmente se desconoce la etiología de la encefalitis vacinal. Hasta el momento gana fuerza la hipótesis de que no es el virus de la vacuna el que la produce, sino que probablemente se trata de una afección causada por un virus de salida al que la vacuna no hace sino preparar el terreno.

FIEBRE ONDULANTE

Cuando parecía que todo era co-

nocido en el capítulo de la fiebre ondulante, o de Malta, Evans, en 1918, descubrió la semejanza entre el agente causal de ésta, el *micrococcus militensis* y el *bacillus abortus* de Bang, descrito en 1898 por este autor, como agente del airarlo epizootico de los bóvidos. Lo interesante del problema es que, desde hace poco tiempo, se han descrito casos típicos de esta enfermedad, causados por el *bacillus abortus* y ocasionados por el contacto con bóvidos que han padecido la enfermedad. El problema está planteado en los términos siguientes: 1°

¿Pueden diferenciarse ambos gérmenes?

2° ¿Hay diferencias clínicas entre los síndromes causados por uno y por otro?

3° Es realmente patógeno el *abortus* para el hombre?

A ninguna de las tres preguntas le responderse de un modo terminante. Para todos existen opiniones contradictorias. Lo único indudable es que la fiebre ondulante puede contraerse de los bóvidos que padecen aborto contagioso.

Para muchos autores, estas dos enfermedades son indiferenciables entre sí aunque Evans y otros investigadores sí creen posible su diferenciación. Para ellos, la fiebre producida por el *bacillus abortus* sería más benigna, y en ella estarían más hipertrofiado el hígado y el bazo.

Kussmam cree también en la mayor benignidad del *bacillus abortus*

Nosotros **no** creemos posible esta **diferenciación**, ni clínica ni bacteriológicamente, pues no existe ningún carácter morfológico, de cultivo ni biológico que diferencie el *bacillus abortus* del *micrococcus melitensis*, aunque Nicolle pretenda conseguirlo por la inoculación en el hombre, y Evans por la saturación de anticuerpos. En el **caso** de fiebre ondulante, los dos gérmenes son indistintamente aglutinados por el suero de los enfermos.

La única diferenciación **posible** es por la noción epidemiológica; así, en Dinamarca existen muchos casos de fiebre ondulante, que serían producidos, según Bang, por la existencia de la epizootia de los **bóvidos**.

Estas nuevas nociones aumentan considerablemente la difusión de la fiebre de Malta, pues al origen caprino de ella hay que añadir los casos producidos por **contagio** de bóvidos, de los cuales tenemos nosotros casuística muy **demonstrativa**.

Tratamiento.—El tratamiento más eficaz sigue siendo la vacunación, de la que se han hecho algunas modalidades. Montiel emplea con éxito una endoproteína aislada del *bacillus abortus*.

Burnet obtiene por el filtrado de un cultivo de veinte días de *micrococcus melitensis*, la que denominó *melitina*, la cual inyectada intradérmicamente, produce una reacción positiva en los enfermos de fiebre ondulante, la que constituye, para nosotros, uno de los signos más característicos de esta

enfermedad y de una gran utilidad, por tanto, para el diagnóstico de la misma. Teniendo en cuenta que el origen de esta reacción reside en un estado de alercia, en que la *melitina* obra como antígeno, ideamos emplearla en el tratamiento, ya que se comporta como una toxina.

Analogamente a lo que suceden con la toxina antídiftérica, en que Ramón Cosiguio, al tratarla por el forme 1, suprimirle la parte tóxica, dejándole la propiedad antigénica, nosotros tratamos igualmente a la *melitina* por el formol, durante tres semanas, con lo que obtuvimos una substancia que denominamos *formomelitina*.

Esta fue empleada, intravenosamente, para el tratamiento; produce una gran reacción con escalofrío y fiebre elevada, aun empleando dosis muy pequeñas.

Los resultados obtenidos en varios casos—cuyas gráficas de temperatura fueron proyectadas—han sido satisfactorios, influyendo favorablemente en la curación del proceso de una manera neta y clara,

ANGINAS

Tema al parecer de poca importancia, según se creía no hace aún

muchos años, y, sin embargo, al cual se le concede extraordinaria en estos últimos tiempos, en todas las clínicas mundiales, en las cuales el estudio de las anginas acapara la máxima atención.

En el año (1923, Schulz describió la enfermedad denominada *agranulocitosis*, caracterizada, como sabemos, por dos órdenes de síntomas capitales: la angina y las modificaciones del cuadro hemático en el sentido de una enorme disminución de leucocitos a expensas principalmente de los polinucleares neutrofilos. Es de advertir que, a nuestro juicio, estos dos órdenes de síntomas *no* tienen otra relación que la de coincidencia, sin que pueda estimarse que la angina es causa del cuadro sanguíneo, sino que ambos dependen de una causa común, infecciosa con seguridad, que aun nos es desconocida, aunque la hipótesis más verosímil es que sea de origen estreptocócico.

Es de notar que, a pesar de la profunda alteración en los leucocitos de la serie blanca que hemos indicado, los de la serie roja, por el contrario, persisten en la proporción normal, y por otra parte *no* se presentan otros síntomas

une generalmente acompañan a las afecciones de los glóbulos rojos—púrpura, etc.

Actualmente, esto no se puede admitir de modo tan absoluto, pues nosotros mismos hemos tenido un caso de agranulocitosis con púrpura.

Además de esta enfermedad, sobre cuya individualidad nosológica insiste últimamente Schulz, se presentan síndromes agranulocíticos en otras circunstancias, como son el tratamiento salvarsánico, en la difteria, etc.

Caracteres clínicos de la agranulocitosis.—Analizaremos los dos síntomas que hemos señalado en la definición. La andina empieza siendo difterioide, y más adelante se hace gangrenosa. Estas lesiones necróticas, tienen también asiento, en otras regiones del enfermo; además de las de la amígdala, son las más frecuentes en esofago y en vulva.

Existen, además, todos los síntomas propios de una infección grave. El aspecto del paciente y la impresión que inmediatamente produce, es de extraordinaria gravedad. La fiebre es muy alta. No insistiremos, por ser suficientemente característica, en la **formula** sanguínea. Es también frecuente neumonía por aspiración de los detritos de la boca.

La enfermedad se consideraba como fatalmente mortal.

Actualmente se ha observado **que**, como sucede en todas las enfermedades, existen casos más leves en que la terminación

es favorable. También suelen tener buen éxito los síndromes **agranulocíticos** secundarios a la difteria, a la aplicación del salvarsán, etc.

La enfermedad es, como ya hemos indicado, debida a una sepsis general de origen estreptocócico casi seguramente. Ya sabemos que el cuadro hemático de toda afección **piógena** tiene un primer período de gran leucocitosis, lo que constituye un síntoma de un inmenso valor para el diagnóstico de las mismas, y que debe ser buscando siempre que nos encontramos frente a una afección sospechosa de este tipo. Pero si la causa infectiva persiste, esta acción excitante del funcionamiento de la medula ósea lleva el agotamiento de la misma, y por ello toda infección estreptocócica grave y persistente tiene una segunda fase de hipoleucocitosis, lo que significa un pronóstico sombrío.

Por tanto, la agranulocitosis es una manifestación secundaria que testimonia el agotamiento de la medula ósea producido por una **infección** estreptocócica de gran gravedad y persistencia.

Respecto al tratamiento de la **enfermedad**, poco podemos decir por desgracia, pues en ella fracasan todos los medicamentos de acreditada eficacia antiinfecciosa.

Ni el mercurocromo, ni las acridinas, ni el salvarsán nos han proporcionado resultados **alentadores**, lo cual se explica por las razones que hemos expuesto hace un momento al tratar de la etiología.

La agranulocitosis **indica una** infección de **extraordinaria maligna**, de la cual **es en realidad** un síndrome terminal. El **tratamiento** que nos ha parecido **más** favorable, de los empleados por nosotros, es el radioterápico.

Anginas por anaerobios.- Otra clase de anginas cuya **sintomatología** es parecida a la **descrita**, aun que se diferencia de ella en que falta el síndrome **hemático**, son las producidas por **gérmenes** anaerobios, especialmente por el *bacilo perfringens*.

Es de **gran** interés su conocimiento para el **práctico**, pues por favorablemente **evolucionadas** por la **aplicación** de suero **antigangrenosa**. (Caso personal.)

Anginas con monocitos. En el año 1839 **descubrió** Pfeiffer una enfermedad **que denominó** fiebre glandular, cuyos caracteres clini-

cos consistían en fiebre no muy elevada, infarto de los ganglio especialmente de la región cervical. y en muchos casos acompañada *de* anginas, aunque a veces éstas no se presentan.

Tenía un carácter epidémico, y su evolución era benigna. En estos últimos tiempos se han observado cuadros clínicos semejantes, en los cuales el estudio morfológico de la sangre ha permitido descubrir en ella aumento de **glóbulos blancos** a expensas de los monocitos. La etiología de la afección reside en la asociación **denominada** fusoespirilar. También **se ha observado** que **existe** en algunos casos una disociación **entre** los diferentes síntomas y **que es** muy duradero el infarto ganglionar que la fiebre que desaparecía los pocos días.

A propósito del cincuentenario del descubrimiento de los hematozoarios del Paludismo, por A. Laveran 6 de Noviembre de 1880

En la introducción del tratado de las fiebres palustres aparecido en **1884**, Laveran se expresa así: el 6 de Noviembre de 1880 yo examinaba la sangre de un enfermo en tratamiento por fiebre intermitente, en el Hospital militar de Constantine, cuando noté **por** primera vez la existencia de filamentos móviles que adherían a los cuerpos filamentosos y cuya naturaleza animada no era dudosa. Estaba en presencia de verdaderos microbios del paludismo y todos los hechos observados después me han confirmado esa hipótesis. Se comprende así que la Asociación de alumnos y antiguos alumnos del Val-de-Grace haya escogido la fecha del 6 de noviembre para conmemorar el gran descubrimiento que da derecho a estar muy orgulloso. Ya en el mes de mayo último al día siguiente del Congreso Internacional del paludismo, verificado en Argelia el descubrimiento de Laveran se ha celebrado en Constantine, en el mismo hospital donde sucedió y otro día una estela cubriendo el medallón de Laveran era inaugurado en el pueblo, que lleva desde entonces nombre, en la ruta de Ratnn a Tingad.

El descubrimiento fu ó el resul-

tado de largas y pacientes investigaciones comenzadas *depile* la llegada de Laveran a Argelia en agosto de 1878; primero en Hone, enseguida en Béskra y por último en Constantine.

Laveran rehizo la misma constatación varias veces (la **lectura** de sus observaciones publicadas dan fé): hizo testigos a varios de sus camarade militares y no vaciló más en dar a conocer que había descubierto el parásito tan buscado del paludismo, por dos comunicaciones a la Academia de Medicina, presentadas la primera el 23 de noviembre, la segunda el 28 de Diciembre de 1880.

No era el azahar quien había servido a Laveran -Se había propuesto al venir a Argelia, **consagrarse** a la Anatomía— patológica **del** paludismo: su sólida **educación médica** una estancia en el Laboratorio de Ranvier en el Colegio de Francia, lo habían preparado para **este** estudio. —Fue luego convencido que: "la alteración más característica. la sola constante del paludismo, consiste en la presencia de elementos **pigmentados en** la sangre y principalmente en la sangre del bazo; los cuerpos pigmentados que existen en la sangre de los **palúdicos no existen** en ninguna otra **enfermedad**".

Se conocía desde mucho tiempo esta melanemia paludica y se había llegado poco a poco a la concepción que es patognomónica del paludismo. El médico militar Kelsch en sus publicaciones de 1875 y de 1880, había puesto en relieve esta especificidad y concluyó que el pigmento proviene de la destrucción de los hematíes. Pero todos los precursores de Laveran no habían visto sino los leucocitos melaníferos donde el pigmento no aparece sino como un desecho no ligado a un microorganismo vivo. Sin duda Laveran vio mejor y más largo tiempo. Vio en efecto que el pigmento no se encuentra solamente en los leucocitos; reconoció su presencia en una serie de cuerpos formando parte integrante de la sangre; noto el amiboismo de ciertas de ellos; asistió a la transformación en esferas de cuerpos pigmentados en forma de medias lunas; vio en fin salir de los cuerpos pigmentados esos filamentos móviles, que para él, establecían de un modo no dudoso, la naturaleza viva de las formaciones observadas.

Cuando se piensa que los hematozoarios, del paludismo no son coloreables sino por métodos conocidos dietarios más tarde, no se puede sino admirar la manera como Laveran con tenacidad y lógica, supo encadenar los hechos que se presentaban bajo sus ojos y que lo llevarían a la convicción que el pigmento melánico, antes de pasar a los leucocitos como elemento de desecho, ha pertenecido a un ser vivo de evolución compleja. "Se comprende fácilmente, dice Laveran, que los leucocitos melaníferos sean absolutamente característicos del paludismo, pues el pigmento que llevan proviene de elementos parasitarios y que, por consiguiente no se encuentran en ninguna otra afección, lo que, hasta el presente era inexplicable".

El 6 de noviembre de 1880 fue el día de gloria de Laveran, pues este día supo que había resuelto el problema planteado ante él por las circunstancias, y desde entonces, a pesar de los ataques vivos apasionados de que su descubrimiento fue objeto, no tuvo un momento más de duda. .Y

detuvo hasta que la victoria fue completa, quiero decir aceptada por todos para consolidar la victoria, Laverán acumula demostración sobre demostración. Desde sus primeros trabajos, se propone demostrar que sus parásitos no se encuentran sino en los palúdicos; que no se escapa en su investigación sino cuando los enfermos están sometidos ni tratamiento quinín y observa además, otro argumento de gran valor; que la quinina destruye los parásitos. Se preocupa de establecer que el parásito existe en todas partes donde hay paludismo; el mismo va a la campaña Romana en 1882 para mostrarlo a sus colegas italianos; en sus publicaciones registra con cuidado particular las confirmaciones venidas ríe observaciones hechas en otras partes. Todo esto necesita una década. No es sino en 1887 que la Academia de Ciencias consagra su descubrimiento discerniéndole el premio Breant; en la década siguiente las Academias le abren sus puertas. No sería de asombrarse que el prevenir agregara a las constataciones de Laveran. Pocos años despues de su descubrimiento, un sabio italiano de eran valor Golgi a quien se deben notables investigaciones sobre el sistema nervioso hacia conocer el ciclo de los hematozoarios en el organismo humano e insistia sobre la importancia de los cuerpos pigmentados. Estos elementos los había visto laveran; forman parte de los cuerpos número 3; había observado estado de condensación del pigmento *en* el centro del cuerpo, asi como el estado siguiente en el cual se distingue alrededor de la masa pigmentaria central una especie de segmentación bas-tante regular de las partes vecinas pero consideraba, equivoca-

damente todos estos cuerpos número 3 como formas cadavéricas. Se rindió sin resistencia a la argumentacion de Golgi.

Las constataciones del sabio italiano apoyadas por las de otros compatriotas, condujeron a la noción de la existencia de varias especies distintas de hematozoarios. Laveran se levantó contra esa teoría y no cesó de combatirla hasta su muerte. Hizo concesiones y admitió tres variedades de su hematozoario, correspondiendo a las tres especies generalmente admitidos hoy; pero quedó siempre convencido que puede haber trasformaciones de una especie a otra. Entre los argumentos de Laveran en favor de la unicidad, citaremos uno de ellos, tomado después, por cierto número de observadores, en particular por A. Billet, pluralista, pero que admite los nexos genéticos de los parásitos de la tercia benigna y de la tercia maligna. Sucede frecuentemente que individuos presentan, en los países calientes la forma tropical a plasmodium precox mientras que vuelto-: a las regiones templadas no tienen más en su sangre sino plasmodium vivas agente de la tercia benigna. La inoculación del virus no ha podido ser hecha sino en la zona tropical, con la doctrina pluralista sería necesario admitir que el mismo individuo hospeda las dos formas parasitarias; que la una se manifiesta en la zona endémica, mientras que la otra lo hace en la zona templada, indemne de paludismo. Al punto de vista de su doctrina sobre la unidad. Laveran ha, desde el principio atribuido una gran importancia a los resultados de las inoculaciones de sangre parasitada, y consigna en su libro de 1891 un cierto número de hechas que parecen probar que después

de esas inoculaciones no se encuentra fatalmente el tipo parasitario introducido. Estas inoculaciones que no tenían entonces, sino un interés puramente científico, han tomado desde el descubrimiento de Wagner von Jaurregg una gran importancia, pues la malaria terapia es el método de curación más eficaz de la panilla general. La opinión de todos los experimentadores es que se reproduce el mismo tipo parasitario que se inocule de sangre infectada o que se recurra a picadas de Anopheles. Hay allí, y Laveran lo reconocería sin duda, un argumento muy potente en favor de la doctrina pluralista. Tal vez porque soy naturalista, otro argumento me parece también de gran peso; es el sacado de las diferencias morfológicas de los zigotes del *Pl. vivax* y de *Pl. precox* en los *anopheles*; los protozoologistas acuerdan, en efecto, un valor particular a los caracteres de la esporogonia para distinguirlos géneros y las especies de los Esporozoarios. Es curioso comparar la concepción inmutablemente unicista de Laveran en lo que concierne al paludismo con su concepción pluralista de los tripanosomaspatógenos.

Otro punto del descubrimiento de Laveran se han prestado a discusiones: Laveran vio que hay

relaciones estrechas entre sus cuerpos esféricos pigmentados y los hematíes; pero creyó primero que el parásito no penetra en el glóbulo rojo del que se contenta deprimir la superficie para cavar-se un nido. Todavía en 18 escribe: las nociones que tenemos sobre, la estructura y sobre la consistencia de los hematíes del hombre nos permiten difícilmente comprender que los parásitos en cuestión puedan introducirse; es mas probable que se unan simplemente a los hematíes deprimiéndoles". En esta hipótesis, no comprende bien como el parásito se nutre de la hemoglobina contenida en el hematíe; el pigmento melánico resulta indudablemente de esta digestión. Además, mientras que Laveran mantenía su primera posición, admitía el carácter endoglobular de los parásitos de las aves descubiertas por B. Danilewsky, reconociendo al mismo tiempo su gran parecido con los hematozoarios humanos más Laveran admitió que estos parásitos pueden estar en el interior de los hematíes.

Demostrando que el parásito del paludismo es sanguicola, Laveran se dio cuenta que el problema de la trasmisión estaba entero. El hospedaje sanguíneo cual bien con la noción secular que el paludismo es una enfermedad

miasmática; pero, en la era de los descubrimientos Pasteurianos, era difícil ser fiel a la noción misteriosa del mismo; era necesario precisión. En esa época dos ideas dominaban en cuanto al vehículo del germen; viene del aire; viene del agua. Claramente en sus primeros libros, Laveran opina por que viene del agua y cita numerosos hechos en su apoyo. Tuvo también el mérito de pensar en los mosquitos; por la primera vez, esta hipótesis, muy antigua, era aplicada sobre una analogía de hechos que nadie podía negar su gran valor. Es, en efecto, **después de haber** recordado los hechos relativos a la evolución de las filarías en los mosquitos que Laveran escribió en 1884: Los mosquitos juegan algún papel en la patogenia del paludismo como en la de la filariosis.- No es imposible; hay que anotar que los mosquitos abundan en todas las regiones palustres. Reprodujo las mismas ideas en 1891 y agrega este argumento que se ha constatado que el drenaje del suelo que suprime las fiebres palustres, suprime también los mosquitos.

Es curioso que no haya buscado al mismo tiempo coordinar esta concepción a la teoría hídrica a la cual se había aplicado. Hubiera sido fácil, pues se creía entonces que los mosquitos tienen una *vida muy corta* y mueren en la Superficie del agua; hubiera **podido** pretender que los gérmenes palustres absorbidos por el mosquito pasan así al hombre, suposición analógica a la hecha por P

Manson para las filarías, y también la muy anterior de Sedseñen.-ko para la filaría **de medina**, en yo **huésped** invertebrado es un pequeño crustáceo de agua dulce del género **ciclops**. En 1898, **pocos meses** antes del **descubrimiento decisivo** de **R. Ross**, **Laveran** **nota aún:** que existen **en la ciencia hechos numerosos** que **tienden a demostrar** que las **fiebres palustres** pueden ser de **origen hídrico** y **enumera** esos hechos, pero la hipótesis de la **infección** por los mosquitos os también ampliamente **desarrollada** y esta vez **dice explícitamente:** que el hombre puede infectarse bebiendo **agua donde** han venido a morir los mosquitos llenos de sangre **palustre**. Pero la **naturaleza** se adivina siempre. Si esta infección por el agua es verdadera para el **dragocillo**, las investigaciones ulteriores han demostrado **que** no lo es para la filaria **de Bancroft**. y si como lo habían previsto Laveran y después P. Manson, los hematozoarios del paludismo evolucionan en los mosquitos, no es por el intermediario del **agua, como se pensaba** en el año **1890**, que el parásito vuelve al hombre, sino por las pifadas de **mosquitos infectados; esta** vuelta está **ligada** como se **ve** a un acto **fisiológico**, Esto, es la **obra admirable de Ronald Ross**, **aconsejada** y **dirigida por P. Manson**, que supo **siempre**, como **discípulo respetuoso**, rendir a Laveran el **homenaje** de su **gran predecesor**, **Laveran** los descubrimientos **de Ross**, **completados** en Italia *por*

Grassi y sus émulos, con gran interés, que yo he sido testigo (liaría y le dio sin tardanza el peso de toda su autoridad. Enseña en esta ocasión la sistemática de los mosquitos y nadie mostró más celo que él en **establecer** que no hay en ninguna parte paludismo sin anofelismo y en sacar las consecuencias **profilácticas** de su descubrimiento **asociada de Ross**. Una de las razones que **tuvo Laverán, gran trabajo** por cierto para hacer **aceptar** sus **hematozoarios**, es que se trataba de microbios en el amplio sentido dado por Sedillot a esta palabra muy diferentes de las bacterias, cuya era, en medicina, acababa de abrirse con los inmortales descubrimientos de Pasteur, de Koch y de sus colaboradores. En ese terreno inexplorado; Laveran fue muy prudente. No dio ningún nombre particular a los cuerpos que había **descubierto**. Se contenta de **numerarlos** sin hacer comparaciones aventuradas. Desde 1881 observó que "el hecho que los elementos parasitarios viven en un medio alcalino como la sangre indica que pertenecen al reino animal. La acción tóxica que el sulfato de quinina ejerce sobre ellos es una excelente prueba de su animalidad. Se sabe que es suficiente agregar un poco de quinina a una infusión vegetal para impedir el desarrollo de los infusorios en el líquido. Primero creyó en una ameba que tendría un estado flagelado; pero abandonó esa idea cuando vio que los filamentos móviles podían desprenderse de los cuerpos N° 2 y vivir al estado de libertad en la sangre. Encuentra, además, que estos filamentos móviles tienen una gran analogía con *los osciláridos*: Si esta hubiera demostrado, dice en 1881, que los filamentos móviles de los cuerpos N° son realmente de la especie de los osciláridos, el nombre de Osciláridos malharía convendría al nuevo hematozoario. Cero en 1882, Laveran, declara renunciar a ese nombre, pues, hace justamente notar "el parásito del paludismo con sus filamentos móviles es un animalículo y no una alga". En 1881 los parásitos del paludismo no estaban aislados entre los seres vivos y Laveran se extiende

ampliamente sobre sus afinidades con las coccidias y con los hematozoarios encontrados en diversos animales vertebrados las aves en particular. Se sabe que fue Mechnikoff, quien por una mirada genial, afirmó las afinidades coccideanas de los hematozoarios de Laveran. Este se enfiló a la opinión de su ilustre colega que le había mostrado diversas preparaciones de la coccidea de la Salamandra y le había afirmado que estos parásitos presentan la forma flagelarla en una cierta fase de su desarrollo.

Algunos años más tarde Mechnikoff hizo estudiar en el Instituto Pasteur por P. L. Simond, la misma coccidia de la salamandra, así como la oocidia intestinal del conejo; Simond encontró las formas flageladas de nuevo y estableció, la estructura casi únicamente cromática de esas pseudo-flagelos, recordando la de los gametos machos (1897 a 1898). El mismo año 1898, y de un modo independiente, Schaudin y Siedleki demostraron que estos elementos son microgametos, es decir elementos machos. En 1898 Mac Callun en América hacía la **misma** demostración para un hematozoario endoglobular pigmentado de un ave Danlewsky, desde 1885, tuvo el gran mérito de dar a conocer un gran número de hematozoarios de aves, algunos endoglobulares y pigmentados, presentaban formas de división en roseton como los hematozoarios de Laveran y también ele-

mentos provistos de varios flagelos, llamados por el polumites y cuya analogía con los cuerpos a flagelos no podía negarse. Se sabe que Konald **Rosa** se sirvió de estos hematozoarios de aves para establecer, en poco tiempo y de un modo absolutamente convincente el ciclo sexuado en los mosquitos. Allí está uno de los mejores ejemplos que se puede encontrar de la utilidad de la biología comparada,

Habiendo abandonado el nombre ele oscilaría malaria Laveran rehusó siempre aceptar los **nombres** genéricos Plasmodium (el hematozoario nada **tiene** de Plasmodium, dice) y Laverania propuesto enseguida adoptó finalmente el nombre de Hemameba propuesto en 1890 por Grassi y Setletti.

Nos queda por situar el alcance del descubrimiento de Laveran. Se ha visto la dificultad para clasificar el parásito; durante 5 años ni él ni nadie pudieron precisar sus afinidades. Se dice a menudo que Laveran abrió a la medicina el mundo de los hematozoarios, es rigurosamente exacto. Los protozoarios patógenos huéspedes de la sangre, pertenecen a dos categorías principales: los hematozoarios endoglobulares y los tripanosomas. Tiene algún interés notar que **primen**) publicación sobre un **triplanosoma** patógeno apareció el 3 de diciembre de 1880, diez días;-' después del anuncio por Laveran a la Academia de Medicina, de su descubrimiento: es el

tripanosoma del **Surra** de los equí-
dios de la India cuya existencia
fue reconocida por el veterinario
Griffith Evans, que la **tomó** pri-
mero por una espirita o **espiro-**
queta. Así este fin de año de
1880 vio el descubrimiento de las
cabezas de ovillo de **dos grandes**
categorías de hematozoarios **pató-**
genos- Se sabe que **los** hemato-
zoarios endoglobulares se enrique-
cieron después con el gran grupo
de los piroplasmas y que el número
de los tripanosomas patógenos ha
considerablemente crecido desde
1880, sobre todo en la primera
década de nuestro siglo. Se sabe
también que un nuevo grupo de
enfermedades, las **Leismaniosis**,
cuyos agentes pertenecen a la **mis-**
ma familia de Sajelados que los
tripanosomas, pero que habitan
itracelularmente, fue reconocido
en **1903**. El mundo abierto por
Laveran a la **patología** médica ha

tomado una amplitud considera-
ble, y se puede preguntar cómo
no se penetró n ÚÍ antes. Los
zoólogos lo conocían. Chansat
desde 1850 había observado en la
sangre de la rana finos vermículos
que llamó anguillula mínima;
May Lankaster que las vio en
1871 las llamó Prepanirum
vanarum son hemogregarineas, a
evolución endoglobular, pero que
no fabrican pigmento melanico.
Además los descubrimientos de los
tripanosomas y tripanoplasmas
remonta a los años 1841-1843.
cuarenta años han pasado antes
del descubrimiento de las formas
patógenas, eso obedece esencial-
mente **a** que estas formas *no* po-
dían ser encontradas sino en los
países calientes, y los estudios
científicos, estaban, se comprende
muy retardados. En yodo c
zoológicamente hablando, los pri-
meros hematozoarios
conocidos

diferían considerablemente de los descubiertos 'por Laveran. Este vasto campo de los parásitos He la sangre y délas formas vecinas, Laveran lo exploto hasta su muerte, Antes de 52 años abandonó la medicina militar y durante sus 25 últimos años gastó sus actividades en el Laboratorio del Instituto Pasteur. No es el día de recordar lo que le deben las investigaciones sobre los tripanosomas, los piroplasmas las leishmamas Cuando le fue otorgado el Premio Nobel de medicina y Fisiología en 1907 fue en reconocimiento de sus trabajos sobre el papel de los protozoarios como agentes de las enfermedades. No se podía resumir mejor la obra inmensa de Laveran, que tuvo por punto de partida un descubrimiento verdaderamente revolucionario y de tal modo desconcertante que fueron necesarios,

casi diez años a su autor para imponerlo al mundo sabio, primero incrédulo u hostil.

T. MENIL. Miembro del Instituto, Profesor del Instituto Pasteur.

Obras de Laveran sobre el paludismo a las cuales se han tomado las citas:

1881.—Naturaleza parasitaria de los accidentes del paludismo; descripción de un nuevo parasito encontrado en la sangre de enfermos atacados de fiebre palustre.

1884.—Tratado de las liebres palustres con descripción de los microbios del paludismo.

1891. —Del Paludismo y su hematozoario.

1898.—Tratado del Paludismo.

1007.—Tratado del Paludismo 2ª edición.

(De la Prensa Médica de Paris.)

Dé los analisis del Journal de Chirurgie de París.

*El Bacteriófago en Cirugía.- F. H. Albee y M. B. Pntterson.
New York— Annah of Lurgers*

Los autores han usado desde hace **algún** tiempo el modo de curación preconizado por Orr en las osteomielitis y después en otras heridas.

El tratamiento consiste una vez terminada la operación y la herida operatoria perfectamente limpia, en Henar esta de vaselina amarilla estéril y de faja vaselina-da suavemente metida. Esta vaselina, semifluida a la temperatura del cuerpo, se insinúa en los puntos más alejados. El taponamiento depasa la herida. Es recubierta de un aposito; después arriba se coloca un enyesado circular, sin ventana, inmovilizando las articulaciones supra y subyacentes. Este aposito se deja en su lugar y al cabo de 8 a 10 semanas se quita. Si la herida no está curada la misma curación se hace por un período semejante. Sin **embargo** el enyesado puede ser suprimido si la curación avanza.

El aposito, cuando se quita, está bañado de pus, de olor fé tido, pero las granulaciones tienen un aspecto rojo extremadamente favorable y la curación es más **rápida** que por los otros métodos. Este **hecho** puede ser atribuido al enyesado que ejerce sobre los tejidos vecinos una presión favorable. Pero, para los autores, debe

haber otra razón; debe existir en la herida un principio que si no es alterado, contribuye a la **destrucción** de los organismos infectantes; en el empleo de los métodos habituales, este principio puede ser destruido por los cambios de curación frecuentes y lavados; hay lugar de preguntarse Fí este principio no es un bacteriófago desarrollado en la herida.

100 casos se han tratado por este método en 3 años y en uno se han estudiado al punto de vista bacteriófago y observaciones con exámenes bacteriológicos detallados son repoitados en este trabajo; en 3 casos fue posible reconocer trazas de bacteriófago **anticoli** y antiestafilococo en heridas de osteomielitis tratadas por el método de Orr.

El bacteriófago obra sobre el agente infectante, que se vuelve de más en más resistente al bacteriófago, pero de menos en menos virulento **para** el huésped, de suerte que el bacteriófago desaparece antes que la herida este curada, pero la curación de esta es acelerada. Esta hipótesis abre nuevos horizontes sobre el tratamiento de los heridos, y da la esperanza de mejorar, fuera de la economía de tiempo de maniobras, de duración de estancia en el Hospital ect, que procura la curación rara de Orr.

M. GUIMBELLOT.

El valor de la anestesia en los esplanicos.

Por Finsterer de Vierta

El artículo de Finsterer es una plegaria en favor de la anestesia de los esplanicos en la cirugía del **abdomen superior (estómago, vías biliares)**, Personalmente el autor **la ha empleado más de 1.500 veces**, sin una sola muerte en el curso de la **operación**.

Da la preferencia a la técnica de Bram sobre la Kappis, más peligrosa en razón de [a posibilidad de una inyección en ¡a vena ó en el canal raquídeo.

Para que la anestesia esplánica sea inofensiva es necesario: **1° asegurarse** antes de empujar la inyección, que la aguja no esté en una vena (para esto aspiran antes de inyectar);-**2° proporcionarla cantidad** de anestesia a la resistencia del enferma: la dosis normal es de 70 cm. de la **solución** de novocaína adrenalina al medio por ciento; pero en los viejos y los caquécticos es necesario reducir la cantidad o la taza de la solución (ej. solución al cuarto por 100). "

El método da regularmente una buena anestesia de las vísceras del abdomen superior y los fracasos son excepcionales; pero no hay *que* pedirle una anestesia completa del abdomen y no impide las manipulaciones y tracciones sobre los colones, el apéndice y los órganos pelvianos de ser dolorosas. Las pequeñas cantidades de éter (20 a 50 cm.) que es necesario dar en el curso de la **operación** son inofensivas.

La gran ventaja de la anestesia de los esplénicos es de evitar los efectos nocivos de los anestésicos generales sobre el organismo facidos alteraciones del hígado y por consiguiente suprimir una parte de las muertes operatorias atribuidas al choc. A este título Finsterer considera como un gran progreso en la cirugía del abdomen superior.

CH. LENORMANT.

Investigaciones clínicas y experimentales respecto a la producción de la dilatación aguda del estómago. Por N. Matsuo

Matsuo considera que la dilatación aguda del estómago traduce un síndrome **complejo** comprendiendo: 1° un aumento de la presión **intraestomacal**; 2° un **debilitamiento** de la fuerza muscular evacuatriz del estómago; 3° trastornos en el funcionamiento de abertura del **píloro**.

El aumento de la presión **intraestomacal** reconoce dos causas principales: la hipersecreción gástrica y la **aerofagia**. Hay dos especies de aerofagia: la **aerofagia** de deglución y la **aerofagia** de **respiración**. La penetración de vapores de éter " de cloroformo en el estómago puede producir la **dilatación** del **órgano**, pero Matsuo no piensa que esta causa etiológica pueda ser habitualmente achacada. Así mismo no piensa que la compresión por la cuerda medente rica, y que la dilatación aguda del duodeno (**tengan** alguna importancia en la dilatación aguda del estómago. Ha podido reproducir el síndrome en el perro en experiencia por la introducción de una vejiga de caucho en el estómago, conteniendo ya alimentos, é insuflando aire en esta

vejiga. En el curso de esta dilatación aguda;; artificial del estómago, una aceleración de los **movimientos respiratorios** y del pulso se ha observado. Sin embargo no se **podría atribuir** una **importancia** exagerada.

La contractura de los músculos **de la pared abdominal** y del diafragma, la **tonicidad** de la **musculosa gástrica** son causas desfavorables a la producción de la dilatación aguda del estómago.

Para prevenir la dilatación aguda del **estómago**, es necesario, antes de la operación desembarazar el tubo digestivo por purgativos y lavados; después de la **operación** es extremadamente útil hacer lavados del **estómago**. Cuando la dilatación es realizada es necesario vaciar el estómago por tubaje y hacer un lavado del **estómago** con la solución al 2 por 100 de ácido clorhídrico; el enfermo se **acostará** sobre el lado derecho ó en posición ventral.

La morfina e-i el medicamento **ideal** para hacer la contractura del esfínter pilórico.

V. WILMOTH.

LA PIELOGRAFIA POR VIA INTRAVENOSA

Por Guissel de Munich.

El empleo de este nuevo método en la 2° Clínica Médica de Munich ha **permitido** obtener en casi 50% de casos una enseñanza interesante sobre el estado del aparato urinario- y **cuando** se agregan algunos **procedimientos complementarios** como **elevación de la pelvis, la reflexión de la vejiga con suero fisiológico**, o la **compresión** del uréter, el porcentaje aumenta. Se comprende que no debe considerarse la **pielografía retrógrada** como un medio de **investigación** accesorio.

De los dos productos propuestos para la pielografía por vía endovenosa el pielognost se ha **mostrado peligroso** e inestable; al contrario el uroselectan es perfectamente tolerado, aún en **individuos** atacados de nefritis que parece que tiene una acción diurética. Su **inyección**, a condición de ser muy lenta es muy bien soportada y no provoca **ninguna**

perturbación en el funcionamiento del parenquima renal.

En cuanto a la eliminación del uroselectan 95 a 96% del producto pasa por la orina del que 90%, en las 8 primeras horas (cuando el riñón es normal.) y el mejor momento **para** la **pielografía** se encuentra ser 40 minutos después de la inyección. Si **el** riñón esta enfermo es necesario esperar hora y media. Se debe vigilar no **dar** a **los** pacientes sino una cantidad de líquido moderada, en general 550 c. c. de agua después de la **inyección** endovenosa. La investigación del yodo en la sangre ha mostrado que cuando los riñones son normales, todo entre en el orden al cabo de 2 semanas. En fin si 96% **del** producto es eliminado por la orina 3% es eliminado por las heces; no se sabe lo que se hace el 1% .

S. OBERLIN.

Cómo mejorar los resultados del tratamiento del cáncer del útero.

Por Kammiker, di Viena

El autor expone los resultados y los métodos de la Clínica de Peham en Viena.

De 1921 a 1925 las mujeres admitidas por cáncer 60 í eran operables y 40 inoperables. Sobre el conjunto 28\$ son curadas después de 5 años por lo menos. Pero si se distingue los dos grupos, los casos operables han dado 44.7 por 100 de curaciones datando de 5 años y los inoperables 5.5 por 100.

¿Como mejorar estos resultados? Primero convendría que las mujeres advertidas consultaran lo más pronto posible; los médicos deberían investigar más para encontrar el cáncer al principio y en caso de duda enviar las enfermas al especialista inmediatamente.

La operación practicada en Peham es siempre la histerectomía vaginal amplia y Kanmiker, insiste sobre que esta operación, que puede ser muy extendida, no debe ser ejecutada sino por cirujanos que tengan experiencia. La

intervención le ha dado 7% de mortalidad operatoria, cifra que no podrá bajarse notablemente. Después de la curación operatoria 7% murieron de afecciones intercurrentes y 40% muertos por recidivas. Como bajar esta ; importantes series comparativas han demostrado que la tasa de curaciones después de 5 años se elevaba en 16% cuando se aplica radioterapia profunda después de la operación; hay entonces en este procedimiento un progreso cierto. Es también muy importante despistar precozmente las recidivas. Para ello, un servicio se ha organizado en Peham para mantener el contacto con los operados y con su médico tratante; hacen volver los enfermos sistemáticamente a intervalos regulares ó si están muy lejos hacerlos examinar por su médico. Se puede llegar así a tratar por el radio ó los Rayos X recidivas cuando es tiempo todavía.

S OBERLIN.

El tratamiento del prolapso genital de la mujer

Por Hussy de Arau.

El autor ha operado 141 casos de prolapsus genital, **parciales** y totales con **dos muertes postoperatorias**. Da toda su preferencia a las intervenciones **vaginales**; **más** eficaces y **más** benignas, comprendida la histerectomía **vaginal muy abandonada** por la mayor parte de los ginecólogos.

Sobre 141 enfermos ha podido encontrar 102, de los cuales 86% están perfectamente **curados** y **mejorados**. El tratamiento quirúrgico del prolapsogenital esta perfectamente justificado y sus riesgos son mínimos, pues no tuvo sino dos muertes postoperatorias, **pudiendo** sido una evitada **por** una **elección** más juiciosa de la técnica operatoria. Es a menudo el punto más delicado.

1° La histeropexia abdominal (a la cual el autor agrega una **colporrafia** anterior **cuidadosa** y con frecuencia una colporrafia posterior, pero sin **practicar** jamás **miorrapia** de los **elevadores**) debe ser reservada a las mujeres **jóvenes**,

2°. Si el **prolapso** es **poco acentuado** la **preferencia** del autor va a la interposición vésico-vaginal de **Schauta-Wertheim**, sobre todo cuando hay un **cistocele** importante.

3° Para los propapsos medianos y en las mujeres más viejas el **Schauta** no es **suficiente**; debe en-

tonces **practicarse** la operación de Kielland, que **es** un Schauta con **sección** del labio anterior del cuello y **desinserción** vaginal del cuello para permitir su inversión.

4° Los **prolapsos graves**, en las viejas, son para la operación de Le Fort, que da excelentes **resultados**, ó colpocleisis subtotal, operación **benigna** y rápidamente ejecutada. En fin en los casos de **prolapso** completo, donde el coito debe ser todavía posible, solo la histerectomía vaginal esta indicada.

5° Las operaciones de **Schauta**, Kielland y Le Fort y la colpocleisis, se oponen naturalmente a todo embarazo ulterior; si la mujer es joven el autor aconseja sea la ligadura de las trompas, sea la castración por los Rayos X.

S. OBERL1W

La vejez **representa** una **adaptación** que **se ha** hecho, bien o mal sin; consideraciones de la vida, de la que forma parte el estado arterial. Que se deje entonces esta adaptación seguir en paz y que no se altere si no de un modo discreto en la higiene y los **hábitos** de vida, en el régimen y en las intenciones terapéuticas. **LAUBRY.**

Trastornos visuales y embarazo.

Por el Dr. Curios Charlin C.
 Profesor de Clínica Oftalmológica

El embarazo significa **un cambio** tan substancial en todos los procesos vitales que **esté** hecho **domina e** imprime un sello especial a cuando acontece en el **organismo** de la madre.

En habiendo embarazo, él es el **antecedente** jefe, dato **rey de la anamnesia**.

Empero si no debe **desconocerse el embarazo, tampoco** debe atribuirle falsamente a la **gravidez forzosas relaciones** de causa a efecto con un fenómeno patológico observado.

Estos dos escollos evitará el médico en presencia de una **embarazada**.

Relataremos dos **observaciones clínicas al respecto**: en una desconfiarnos el estado grávido y comelimos seria falla; en la otra, a pesar de existir un embarazo con **un** cuadro de **eclampsismo**, desecharmos **la eclampsia** y evitamos el error.

OBSERVACIÓN I

Una **mañana**, al **entrar a** la sala de espera del **policlínico**, se acerca una señora a **pedirme inscriba** su **hermana** en la consulta del día.

No accedí por haber pasado ya largo ralo la hora de inscripción. Pero la **insistencia fue** tan **viva** que me acerqué a la enferma. Estaba sentada, recostada en el

asiento, y su rostro **manifestaba** gran **angustia**: "Estoy muy enferma, Doctor; examíneme **por favor**; estoy ciega desde **ayer** y me duele la cabeza, sufro mucho." La cara era vultuosa, los párpados edematosos.

Inscribí **personalmente** a la **enferma** y entregué la **papeleta** a un estudiante que debía rendir prueba de médico.

Después de una hora de examen he aquí lo que traía anotada **la papeleta**:

X. X., mujer soltera, de 35 años de edad, rentista.

Desde algunos meses atrás **nota** que en las mañanas sus **parpa** y sus pies amanecen hinchados: también sufre de dolores lumbares y de **polaquiuria** nocturna.

Hace seis días despierta con **vertigos**, cefaleas, estado **nauseoso** vómitos, convulsiones y **disminución** progresiva de la visión.

El examen ocular **controlado por el jefe de Clínica**, Dr. Espildora Luque, revelaba: visión **reducida a movimientos** de la mano; pupilas con reacciones; **luminosas** Hojas; fondo con edema **retinal** marcado y edema papilar discreto.

Campo visual, hemianopsia homónima izquierda tomado con **la** mano.)

Le indiqué al candidato **midie-**

ra la presión arterial (ella era al Vaquez de 211 14.) e hiciera **un** examen de orina y *rie* la **urea sanguínea**.

Pensé **inmediatamente** en una ceguera **urémica**, por edema cerebral (denunciado por **la hemianopsia**) y por edema del polo posterior del globo ocular.

Luego so me comunicó que el examen había debido suspenderse por la aparición de **vómitos**.

Ordené se acostara a la **enferma** en el pensionado de la Clínica, pero insistí con el **candidato una** y otra vez: "vuelva a **conversar** con la paciente," como sí secreto **presentimiento** me advirtiera de **la importancia vital** del interrogatorio **en este caso**.

Un **momento** después se iniciaba la clase y no **pude** ocuparme esa mañana de la enferma.

Sin embargo, quedé tan preocupado con el caso que en la **tarde** telefonee a la Clínica e indiqué se hiciera una sangría de 300cm.³

La paciente **amaneció** mejor, la **visión era de 140 en** ambos ojos.

El examen **de** orina había demostrado **una gran albuminuria** de **20** por mil.

la úrea sanguínea era de **0.25 0|00**.

Llamé en consulta a uno de los colegas de la sección de urología. La examinó, aceptó mi diagnóstico de ceguera urémica y tomó la enferma a su cargo, haciéndola trasladar a su servicio.

Al día siguiente, es decir 48 horas después de la primera consulta, el colega **urólogo** es informado por la enfermera al llegar en la mañana a la sala, que la enferma había **tenido** hemorragia vaginal.

Se acerca a la cama, descubre la enferma, palpa el abdomen y **encuentra un útero** enorme.

Se traslada inmediatamente a la **Maternidad**; se comprueba **un** embarazo **de 7 meses** y, al fin diagnosticada **la eclampsia**, se practica **ese mismo día el** vaciamiento del **ítero con** anestesia general.

La enferma sigue en coma después **de la intervén-ción** para morir a las 5 horas de haberse practicado el aborto. La enferma muere de anemia aguda por **falta de** contracciones uterinas.

Es posible que sí la **intervención** del **embarazo** se hubiera practicado 48 horas antes, la enferma hubiera salvado.

Es decir, es posible que la causa de la muerte haya sido la anamnesis **deficiente**, el examen **incompleto**.

Si la **paciente hubiera dicho** la palabra que no dijo, se habría tal vez salvado.

Esa palabra habría significado un **Magnético irrefutable** y un tratamiento salvador: **embarazo, cefaleas vómitos, convulsiones, gran albuminuria, gran hipertensión arterial, ceguera, nada falla para el diagnóstico de eclampsia**.

No quiero terminar este "sea culpa" sin **alegar circunstancias atenuantes**.

La enferma era **soltera, era** una señorita de familia acomodada, **que negó, según** me ha afirmado el estudiante **de entonces y hoy médico, haber presentado amenorrea. Nadie en la familia, ni la hermana que la acompañaba, conocía su estado** Se trataba, pues, de un **embarazo oculto y maliciosamente**.

La presencia de **trastornos visuales con cefaleas y vómitos en** una mujer joven, aconseja, pues, la **palpación abdominal, aun que la enferma sea soltera y niege todo trastorno de la menstruación**.

OBSERVACIÓN II

La **segunda observación es** la **antítesis de la primera**.

Aquí el **embarazo no se oculta**, ni puede ser ignorado **por** el médico: la **enferma** viene de la **Maternidad está** en su noveno mes. Sufre, como **nuestro caso anterior, de**

trastornos visuales, cefaleas y vómitos.

Pálida, **demacrada, con** un poco de **torpor**, nos es traída en una silla de mano.

Comprobamos una **úlceras marginal del ojo izquierdo, un edema papilar** bilateral considerable sin **reacción pupilar** luminosa y una **visión ligeramente** disminuida **ÍV0D5 10, VOL 6|7.5**.

Inmediatamente pensamos en la eclampsia y era difícil **no pensar en ella en** presencia de la gran (riada sintomática de la intoxicación **drauídica: cefalalgias, trastornos gástricos y visuales**.

Íbamos a darte diagnóstico al doctor **Monckeberg, Profesor de Obstetricia, íbamos a cometer la falta grave de no completar el examen ocular con el examen general, de rigor en una afección ocular** de origen endógeno, Debíamos hacer una exploración, aunque fuera rápida, del sistema nervioso, ya que el edema papilar nos denunciaba la **hipertensión del líquido cefalorraquídeo** decir, la anormalidad de la cavidad meníngea Tampoco debíamos prejuzgar sobre la etiología **gravidica de la afección ocular, a pesar de apariencias tan evidentes conocer el estado renal y vascular de esta supuesta eclampsia**.

Conversamos de nuevo con la enferma. La anamnesis era muy interesante como lo es siempre un **interrogatorio** hecho con intención y no cumpliendo una fórmula.

Descubrimos con gran **sorpresa nuestra** que un año antes de la

iniciación del embarazo la **paciente** sufría de **estado** vertiginoso, con tendencia a caer del **lado** derecho, sufría también de subidos de **oído**, de ligera sordera izquierda, de cefaleas.

Es decir, que parte de la **sintomatología** actual existía un año antes de la concepción y por ende **nada** tenía que hacer con el embarazo.

Llamamos inmediatamente al Neurólogo del **Hospital**, Dr. Rojas Carvajal, que encuentra:

"Ligeros signos cerebelosos, **dismetría**, ataxia en el **miembro** superior **izquierdo**; nistagmus en la mirada lateral, sordera **izquierda**, **hipoestesia** facial izquierda, ligera paresia facial **derecha**".

El Dr. Rojas **Carvajal** **había comprobado** el síndrome ponto-ce-rebeloso, a saber, la lesión simultánea del V, VII. **VIII parcranea** les y de la **función cerebelosa**.

Esto agregado a la cefalea, al vómito, al edema papilar permitía hacer el **diagnóstico** sin más de "Tumor ponto-cerebeloso izquierdo".

El **profesor** Monckeberg a su

vez había **eliminado la eclampsia** en vista de los **siguientes exámenes practicados en la Clínica** de Obstetricia:

Orina, indicios de albúmina 0 20 por mil con 10. 40 0/00 de cloruros, sin **cilindros**.

Sangre úrea, 0, 25 0/100.

Presión arterial Mx **13 MN. 7** (Vasquez).

La **punción** lumbar ejecutada con gran cuidado dejó escurrir gota a **gota** un líquido agua de roca (8 cm. 3) que contenía albúmina I. 20 0/00: leucocitos 2 por mm. 3. (Síndrome de **Sicard**). Reacción de **Wassermann positiva**.

Durante la punción la enferma acusa **hormigueos** del **pie** izquierdo.

Al día siguiente de la punción se agrava el estado general, el 3º día la respiración se hace estén. hay cianosis, vómitos fáciles, **cefalea intensa**, **pulso** filiforme. El **profesor Monckerg** practica la operación cesárea y extrae un niño vivo, pero cianótico.

La enferma muere **algunas horas después**.

El **niño** se **restablece** rápidamente.

Autopsia: **Glioma**, de tamaño un poco menor al de **un huevo de gallina situado en el lado izquierdo por delante de** la protuberancia, del cerebelo.

Es excepcional el tumor cerebral en **un embarazo; las observaciones clínicas son raras.**

Cuando se examina una embarazada que sufre de cefaleas, **vómitos**, trastornos visuales y tiene un **edema papilar**, es bien difícil no hacer el diagnóstico de eclampsia, diagnóstico que se hace solo.

Error tanto más comprensible que **turnar la localización** o con **síntomas** locales tan discretos y borrosos que solo aparecen ellos cuando deliberadamente se les busca.

Sin embargo, estando sobre el quién vive, y el médico debe **siempre pre estado, esta grave falta no** se comete.

Un estudio atento de la enferma **permite** siempre conocer la **verdadera afección.**

Es cierto que en la eclampsia y en la **neoplasia** encefálica puede haber cefalea, vómitos, trastornos visuales con **edema papilar**, pero

en la eclampsia el síndrome hipertensivo meníngeo se rodea de alteraciones propias de la intoxicación grávida, en especial de alteraciones renales (gran albuminuria, oliguria, hipocloruria, además generalizados etc.), y de **alteraciones vasculares** (gran hipertensión arterial, lo que no aconteció: nunca en el tumor cerebral).

Por otra parte, en la neoformación intra-craneal el trastorno de la salud es **generalmente anterior** a la concepción, punto capital, y así las cefaleas, los vértigos, las neuralgias, las parestias, etc., han precedido **al embarazo.**

La anamnesis tiene un valor inapreciable y puede ella sola **indicar el buen camino**, antes de conocer el estado vasculorrenal.

El diagnóstico diferencial debe hacerse y rápidamente. El tumor cerebral no es una indicación de interrumpir el embarazo, **mientras la eclampsia** con retinitis, con edema papilar ordena el vaciamiento inmediato del útero, dentro de las 24 horas, si se quiere salvar a la **madre.**

De **Día Médico Buenos A**

CONCEPTO MEDICO LEGAL DEL ABORTO

Por el Dr. Nerio Rojas

Profesor titular de Medicina Legal de la Facultad de Buenos Aires.

El criterio sobre el aborto en medicina legal difiere del de la obstetricia. En esa ultima se trata *en general* de un accidente **patológico**, de **un** episodio provocado o de una indicación terapéutica; en medicina legal, en cambio se trata de un acto que implica un delito, el término tiene un alcance determinado, cuya delimitación se necesita precisar con una definición concreta y un análisis de los elementos concurrentes desde el punto de vista jurídico. En general, las definiciones propuestas son insuficientes y deseo proponer una que aclare bien la fisonomía legal de este delito, tan difundido a pesar de las severas sanciones de los códigos de todos los países. Las leyes penales, aunque lo prevén como delito no dan definición del aborto. Sin embargo, hay casos confusos en los cuales la duda puede plantearse.

En obstetricia se considera como aborto la expulsión del producto de la concepción hasta el final del sexto mes del embarazo. La expulsión durante los tres **últimos meses**, se denomina parto prematuro. Esta diferencia está fundada en la viabilidad del feto, que existe desde los 180 días de vida intrauterina; pero en ambas

formas carece de importancia la causa-patológica, criminal o terapéutica-de la expulsión **fetal**. Este concepto, pues, no tiene aplicación médico—legal, porque aquí carece de valor la simple distinción cronológica. Tardieu concretó ya esta diferencia, cuando definió el aborto «independientemente de todas las circunstancias de edades, no de viabilidad y aun de formación regular (1). Es la opinión dominante, a pesar de que Filippi propuso en medicina legal una distinción semejante a la de la obstetricia.

Otra cuestión vinculada a este acto criminal es la muerte del producto de la concepción. Es lo que suele denominarse «feticidio». Para algunos autores él es el elemento fundamental del delito, su condición necesaria, «sin la cual no puede hablarse de aborto», opinión predominante en Italia (2). Otros, en cambio, proponen la creación de un delito **aparte**, el feticidio, muerte del feto antes de nacer, para hacer sentir las garantías legales sobre esa vida en formación: es la opinión de Severi, aceptada en el Brasil por Afranio

Peixoto (3). Ciertos autores concretan este tipo delictuoso en la muerte del feto durante el pasaje por los genitales maternos o ya **en** el exterior, pero en el período apnéico (Rossi y Pellacani.) Esta **situación** propuesta, intermedia-ría entre el aborto y el infanticidio, puede ser sostenida tal vez en Italia, por los términos de la ley penal, en el Brasil, cuyo código de-fine el infanticidio como la muerte «del recién nacido, esto es, un infante»; pero no puede serlo en países como la Argentina o Alemania, donde este crimen comprende también la muerte del niño durante el nacimiento (4).

En cambín, esta cuestión no ha suscitado mayores discusiones en Francia, donde predomina el criterio de fundar el delito de aborto en la "expulsion" provocada del

feto, expulsión que implica casi siempre, *en* las condiciones médico-legales también la muerte **del** producto, antes, durante o enseguida de la expulsión. De ahí que los autores franceses ni siquiera traten este problema jurídico del feticidio.

Yo creo que el feticidio va implícito en el concepto médico-legal sobre el aborto, pero no porque acepte el criterio francés que funda el delito en la expulsión, como lo veremos enseguida.

Aclarados esos dos puntos previos, veamos cómo debe enfocar la medicina legal el problema del aborto. Para ello es necesario hacer una diferenciación causal y *según ella hay que distinguir varias formas 1°: aborto por causa patológica* (de la madre o del feto) 2°: *por traumatismo accidental* (caída, choque, etc.) 3°: *el provocado con la intención*; 4°: *el provocado con culpa*; 5°: *el terapéutico*; 6° *el eugénico*.

El primero, llamado general-

mente espontáneo, carece de valor penal y tiene para el perito el valor de un **diagnóstico diferencial**.

El segundo puede tener interés pericial, por las lesiones provocadas. El tercero, también llamado aborto criminal es el provocado **por** medios mecánicos o químicos; es aborto propiamente dicho, desde el punto de vista penal, pues su carácter fundamental es la intención o sea dolo. Es el que está expresamente previsto en todos los códigos. El cuarto tipo es el Humado culposo, secundario a una violencia traumática sobre la embarazada, sin el propósito de producir el aborto (5). El quinto tipo es el justificado por la necesidad terapéutica para salvar la salud o la vida de la madre, situación impuesta por la práctica médica en todos los países. La **sexta** forma es la del aborto eugénico, para evitar una descendencia tarada,

La necesidad de definir el aborto como delito deriva, precisamente, de esa diversidad de formas, pues al lado del aborto criminal, existen el espontáneo (patológico o traumático accidental) y el legalmente justificado. El aborto criminal o doloso es el que intentan concretar las definiciones propuestas.

Las legislaciones lo prevén en distintas formas, sin definirlo. En la mayoría de los códigos sólo se

habla de «causar» o procurar el aborto» (República Argentina, Uruguay, Francia, Italia, etc.)

En algunos países, como en Alemania, se habla de «procurar voluntariamente la expulsión o la muerte del feto en el útero.» En cambio, en el código del Brasil se **hace** una previsión original: In pena para el acto de «provocar aborto, haya o no expulsión del **fruto** de la concepción.»

Análoga discordancia se observa entre los autores. Los comentaristas y cierta jurisprudencia alemana insisten sobre la **expulsión** y la muerte del feto en el útero". En Francia por lo general se sigue la definición de Tardieu: Expulsión prematura y violentamente provocada del producto de la concepción, independientemente de todas las circunstancias de edad, de viabilidad y a una de formación regular de este producto» (7). La Cassagne propuso otra mejor, basado el delito en la intervención voluntaria **que** determina la muerte o la expulsión del producto, modifica o suspende el curso normal del embarazo (8). En cambio, en Italia se tiende a definir el aborto con la reunión de dos elementos; muerte del feto e interrupción del embarazo (**Filippi, Leoncini, Alimena, Impallomeni,**

etc.) Dentro **de ese** criterio, la mejor definición es la propuesta por Leoncini: «Interrupción **del** embarazo ante del término normal, asociada a la muerte del producto de la concepción con relación de la causa a efecto (9). En cambio, los autores ingleses consideran «la expulsión» del **producto** como elemento esencial **del** delito (10). **En el** mismo punto de **vista** se coloca Afranio **Peixoto**, a pesar del texto penal brasileño (11). Semejante criterio funda la definición del **argentino Faustina** Trongé: "es **la** expulsión provocada del producto de la concepción, sin **indicación** terapéutica" (12).

No me detendré en la discusión de estas definiciones, que no satisfacen porque unas se basan en la **necesidad** de la expulsión fetal, otras son redundantes, o demasiado largas o no prevén totalmente el aborto legal. Me permitiré, pues, proponer una definición que evite esos defectos.

Ella es la siguiente: *Aborto es la interrupción provocada del embarazo, con muerte del feto fuera de las excepciones ex legales.*

Este concepto, como se ve, define el delito de aborto, cuatro elementos componen esta definición:

1. Interrupción del embarazo. No se trata, entonces de la expulsión del producto, diferencia que me parece fundamental, aunque en **la** mayoría de los casos las dos situaciones se reúnen, pues la segunda es consecuencia normal de **la** primera. La interrupción es

suficiente, pues la expulsión es a veces muy tardía y en algunos casos no se produce, quedando el producto muerto en la matriz, donde puede sufrir diversos procesos: **disolución**, momificación, calcificación (**Leoncini**). Pero hay otra **razón** de más valor **práctico**. **Supongamos** que las maniobras **abortivas han** traído una infección grave o una perforación uterina con peritonitis, y que la madre fallece antes de haber expulsado **el producto de** la gestación, eventualidad más de una vez presentada en la justicia. Si la condición del aborto fuera la expulsión el acto criminal sería aquí un homicidio por culpa o un homicidio preterintencional, **que** tiene **mayor** pena, y no un aborto con muerte consecutiva (13), lo que no es aceptable ni desde el punto de vista legal, ni moral, ni médico.

Todas estas dudas desaparecen si se da a la interrupción el carácter esencial.

2º Acto provocado. Con esto quedan comprendidas las situaciones de provocación criminal, *que* excluyen, de hecho, los casos de aborto espontáneo y accidental, fe refiere, desde, luego a **las** dos formas de provocación de un acto delictuoso que comportan responsabilidad penal: el dolor y la culpa. El primero, la intención criminal está prevista en todos los

códigos; la **segunda** forma, la culpa en el aborto, no lo está expresamente en todas partes. Lo está en la Argentina, para "el que con violencia causara el aborto, sin haber tenido el propósito de **causarlo**, si c-1 **estado** de embarazo de la paciente fuera notorio o le cosía re".

3º Muerte del feto. Esta es **también una condición necesaria**, sin que ello **signifique** aceptar el **feticidio**, Una cosa es hacer **de la** muerte una de las condiciones jurídicas del delito— que en esta forma puede **probarse** por datos indirectos o inferirse—y otra **es hacer** de ella todo el crimen con lo cual el cadáver resulta indispensable, **el cuerpo del** delito, como en el infanticidio. Esto último, que ya no se acepta, era en un tiempo exigido en Alemania lo cual creaba enormes e insolubles dificultades, darlas las condiciones corrientes del partaje que casi nunca tiene a mano el feto (**Casper**); **de** ahí tantas absoluciones y defensas eficaces, pues "el delito de aborto es una forma de homicidio", según **Schwarze (14)**.

Sí la muerte del feto no es todo, es un elemento esencial en la fisonomía jurídica de este delito. En **algunas leyes se** lo dice expresamente, y en otras, como en el código argentino, el aborto está incluido entre los «delitos.» contra la vida. Esta razón. impide aceptar la opinión de **Balthazar** para

quien **hay también** aborto **cuando** el feto viable *es* expulsado y sobrevive (15). Este hecho no quedaría impune, pues constituye un **raso** de **lesiones** y no de aborto.

4º Excepciones legales. Este elemento se refiere a **los** casos en que el **aborto está** idealmente **justificado y por** consiguiente no es entonces delito. El más característico es el provocado con **finés terapéuticos**. En general, las leyes no lo **mencionan**, pero está aceptado por la **práctica** médica y, **desde el punto de vista** penal, está **comprendida** en la situación de un delito cometido en «estado de necesidad» para **evitar un** daño mayor, en este caso salvar la vida de la **madre**. El código argentino se refiere especialmente a este aborto terapéutico y también **autoriza** por razones **eugénicas**, *el* efectuado en el embarazo por violación de una "idiota o demente"

Los elementos de mi **definición** resultan superiores a los propuestos por otros, entre ellos Carrara (17) **destrucción del feto** 2º estado de **embarazo**, 3º **dolor**, 4º medios artificiales); **Balthazard** (18) -1º embarazo, 2º acto **abortivo**, 3º expulsión del feto, 4º **intención criminal**); y los **argentinos T. Jofré** (19) (**lo expulsión o extracción** del feto, 2º empleo de medios idóneos, 3º intención, **salvo el caso culposo**) y José Peco (20) «atañe **exclusivamente** a la **expulsión** provocada y entraña 1º embarazo, 2º existencia del feto, 3º empleo de cualquier medio, 4º muerte del feto.

La definición que he propuesto se refiere a la fisonomía jurídica

de este delito. De ellas derivan algunas consecuencias judiciales o periciales, aspecto **aplicativo** o práctico que **algunos** autores confunden con aquél, exclusivamente teórico o doctrinario.

En este terreno objetivo, el perito y el juez **deberán establecer** tres hechos decisivos no ya para definir el delito sino para demostrar la **responsabilidad** de los acusados. Estos hechos son: 1º la **interrupción** del embarazo; 2º el empleo de medios abortivos idoneos; 3º relación causal entre lo primero y lo segundo.

La primera **cuestión se aclara** por el examen directo de la madre, **signos generales** de gestación, lesiones locales útero vacío o no, etc. Ella implica dos hechos: la muerte del feto (que se acepta salvo prueba en contra, a carero del acusado en todo caso) y la existencia anterior del embarazo. Esto último se vincula a la cuestión jurídica del delito imposible: el caso es el intentar el aborto en una persona **no** en cinta. Tal

situación impune en algunos países como Francia, es penada en Inglaterra, donde se castiga la maniobra esté o no embarazada la mujer (Sydney Smith y en Alemania, donde todo caso de delito imposible es penado como tentativa.

Las otras dos cuestiones periciales descartan los casos de **abortos espontáneos**. Todas las dificultades disminuyen cuando se tiene el producto de la concepción lo que es excepcional, y cuando el examen de la madre no es muy distante del aborto.

Debo hacer notar otra ventaja de **mi** definición: ella es internacional pues resulta aplicable en todos los países, cualquiera que sea el texto legal, también en Rusia donde, como se sabe, se autoriza a los médicos a hacer el aborto en hospitales, aun sin razones terapéuticas o **eugénicas**.

De la Revista de **Criminología**, Psiquiatría y Medicina Legal de Buenos Aires, Argentina.

NOTAS

Regresó de Estados Unidos el Dr José Ramón **Duron**, miembro **distinguido de la Asoriacion y Director General de Salubridad Pública**.

En viaje de paseo han **permanecido** en esta ciudad los consocios Doctores Juan V. Moncada de La Ceiba; José Martínez O. de San **Cedro** Sula; **Arístides Girón** Aguilar de **Progreso**; Humberto Díaz B. de Amapala; **Mónico Noe** Rivas de Chínameca. **Todos** han regresado **ya** a sus **lugares** de trabajo.

En el corto viaje que por los Departamentos de **Cortez y Santa Bárbara** hizo en los primeros días de Diciembre el Director de **esta** Revista, tuvo la gratísima impresión, **recosida** entre los miembros de la **Asociación**, residentes *en* aquellos lucres, de constatar la **unión** y buena **armonía** que **existe** entre ellos y la **unánime aspiración de** alcanzar muy pronto una **condición y prestigio** mejores para el **gremio, defendiéndonos** de charlatanes y explotadores, **cooperando así a la salvaguardia de** los caro, intereses de la nación y de la humanidad.

Nuestra Revista **goza** de las **más** ardientes **simpatías** y cuenta con el **apoyo** decidido de aquellos **laboriosos colegas** que luchan en **climas** inclementes contra las mortíferas endemias **que agotan** tan fértiles y ricos departamentos..

Se **encuentran** actualmente en esta capital, donde con **brillantez** representan a sus **departamentos** en el **Congreso Nacional** nuestros **queridos** consocios Doctores: Adán **Bonilla Contreras de La Paz**; **J. Miguel Zacapa** de Gracias; Luciano **Milla Cisneros** de Copan; Gabriel **Izaguirre** de Atlántida y Pastor Gómez de Valle.

Para todos nuestros fervientes votos porque tengan la **más** grata **permanencia y éxito** en sus labores

Ha llegado a nuestra mesa de redacción un hermoso volumen de Actas de la Primera Conferencia Latino-Americana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal 2º tomo, de Buenos Aires. Mucho agradecemos su envío.

También hemos recibido Los Archivos Latino Americanos de Cardiografía y Hematología. de Méjico.--E. Ítem.

El jueves 22 del corriente dio una conferencia en el **Paraninfo** de la Universidad, el Dr. Pompilio Romero, sobre la Asueroterapia por invitación hecha por la Asociación Médica Hondureña de la que es socio. Fue escuchado con la mayor atención y prometió hacer algunas demostraciones prácticas sobre **la** cuestión en el Hospital General. En el próximo número emitiremos nuestra opinión sobre el nuevo método terapéutico.

AFORISMOS URULOGICOS DEL PR. MARIÓN

I. Para establecer el diagnóstico de una **afección** de las vías —urinarias debe **tomarse** en cuenta un **síntoma**: piuria, hematuria, etc.; trastorno físico, que cuando existe en ausencia de signos funcionales, debe pensarse en un absceso de la próstata: **Ejemplo**: Un enfermo **manifiesta eliminar** por la uretra pus en abundancia, sin dolor, sin polaquiuria, sin micciones frecuentes, etc. y cuando se establece que esta **uretritis** crónica no es de naturaleza gonocócica debe pensarse en un absceso de la próstata.

Para **establecerse** un diagnóstico debe partirse siempre de un signo físico y no funcional.

II. Cuando se practica una exploración de la uretra y se encuentra una dificultad en la región bulbar, no hay que ir más lejos, cuando se ha empleado para esta exploración bujías o sondas. Debe usarse un beniqué, empesando por los de mayor calibre a menor calibre.

III. Cuando en un enfermo con hipertrofia de la próstata se declara una hematuria, esta no debe atribuirse a la **próstata**, hay que investigar otra causa.

IV. En un **prostético** con distensión vesical crónica completa o incompleta, con un globo vesical que ascienda hasta la región umbilical o que sea perceptible sobre

el pubis debe practicarse la **«fitotomía** como primer tiempo de una prostatectomía. La uretrotomía interna cuando la causa es una estrechez uretral.

V. En toda cistitis que no sea de origen blenorragica debe practicarse la exploración **cistoscópica**, sobre todo si es recidivante y rebelde a todo tratamiento.

VI. Toda cistitis rebelde al tratamiento clásico, toda cistitis recidivante, es de naturaleza tuberculosa.

VII. En toda hematuria está indicado hacer una exploración completa de las vías-urinarias.

VIII. Si la lesión no corresponde a la vejiga y **si** la hematuria no se declara durante la exploración es mejor abstenerse de practicar el cateterismo de los uréteres y riñones.

IX. En toda piuria renal que no se explique por una lesión tuberculosa debe practicarse la radiografía (cálculos del bacinete, píó-nefrosis, etc.)

X. El cateterismo de los uréteres debe ser precedido de una exploración completa de la vejiga.

XI. El empleo de la vacuna en la mitad de los casos es causa de error.

XII. Jamás emplear la vacuna cuando exista fiebre sin saber la causa de esta fiebre.

S. M. G.