

*Paredes*

Año VII

REVISTA

Nº 70

MEDICA HONDUREÑA

Director:

DR. S. PAREDES P.

Redactores:

DR. HUMBERTO DIAZ

DR. MANUEL CACERES VIJIL - DR. GABRIEL R. AGUILAR

Secretario de Redacción:

DR. ANTONIO VIDAL

Administrador:

DR. MARCO DELIO MORALES

SUMARIO

Página

<i>Página de la Dirección</i> . . . . .	195
<i>Un caso de Esquistosomos, por el Dr. Pompilio Romero</i>	197
<i>Patología de la Pituitaria, por Marcial P. Ochoa</i> . . .	199
<i>Lo que el Médico no debe hacer, por el Dr. R. D. Alduvn</i> . . . . .	207
<i>Revista Quirúrgica, por el Dr. S. Paredes P.</i> . . . .	216
<i>El Quinto Aniversario de La Policlínica, por el Dr. S. Paredes P.</i> . . . . .	221
<i>Las depresiones en Cistoscopia, por O. M.</i> . . . . .	225
<i>La lucha contra la propagación de infecciones en los hospitales infantiles</i> . . . . .	228
<i>Dietética de la Fiebre Tifoidea, por el Dr. Jorge Orgaz</i>	230
<i>Un caso de Leucemia Mieloide Infantil, por el Dr. Antonio Vidal M.</i> . . . . .	234
<i>La esterilización eugénica de degenerados y criminales, por el Dr Ariosto Licurzi</i> . . . . .	237
<i>Posibilidad en el tratamiento del cáncer del cuello uterino, por el Dr. Eduardo Blanco Acevedo</i> . . . .	253
<i>Notas</i> . . . . .	256

Mayo y Junio

Imprenta

Calderón

1937

# REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

## DIRECTOR:

Dr. S. Paredes P.

REDACTORES:

Dr. Humberto Díaz

Dr. Manuel Cáceres Vigil

Doctor Gabriel R. Agilitar . £

SECRETARIO DE REDACCIÓN:

ADMINISTRADOR:

Dr. Antonio Vidal

Dr. Marco Delio Morales

Año VII Tegucigalpa, Hond. C. A., Mayo y Junio de 1937 | No 70

## PAGINA DE LA DIRECCIÓN

*En recientes editoriales comenta EL CRONISTA un acuerdo dictado por el Gobierno de la hermana Guatemala, por el cual exige el examen profesional a todo individuo que hubiere obtenido su diploma en universidades extranjeras para poder ejercer la profesión en el territorio del país.*

*Nuestro viejo decano de prensa al igual que su colega "El Liberal Progresista" se manifiesta en un todo de acuerdo con la medida adoptada porque viene a levantar una barrera para la incorporación de gentes insuficientemente preparadas para trabajar en la carrera como lo requieren los intereses de la comunidad.*

*El fundamento del acuerdo son los ejemplos de jóvenes guatemaltecos que no pudiendo conseguir el diploma en aquella universidad salieron al exterior y en poco tiempo regresaban con él; individuos centroamericanos admitidos sin más trámite que la presentación de sus documentos por su proveniencia de naciones con las que había tratados de intercambio profesional y por último, casos de extranjeros incorporados en universidades de Centro América que se aprovechan de las prerrogativas concedidas a los nativos.*

*Con el objeto de evitar esa intromisión desastrosa, perjudicial para el conglomerado social y para el prestigio de la universidad y de la nación de profesionales incapaces, cerrando para siempre las puertas a quienes por su impreparación sólo son comerciantes amparados bajo las nobles prerrogativas de un diploma, Guatemala ha marcado un gran jalón en el progreso científico y social.*

*EL CRONISTA excita atentamente a la Secretaría de Estado correspondiente para dictar análogas medidas en Honduras, atendiendo las mismas razones y por espíritu también de reciprocidad.*

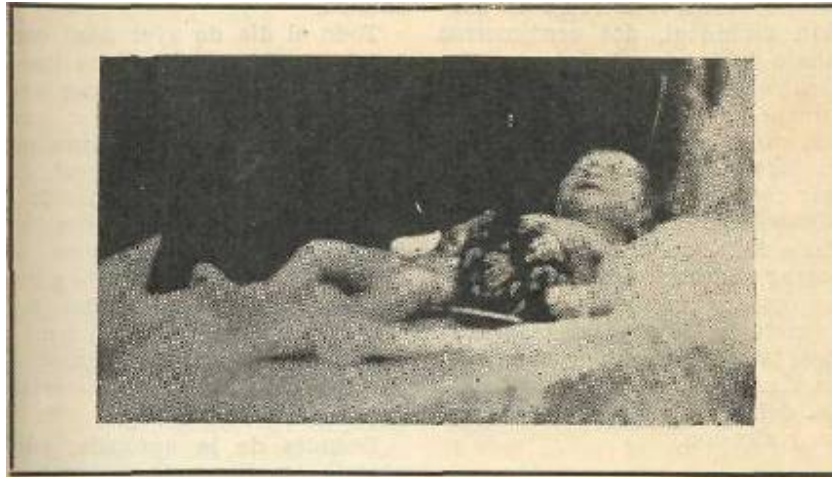
*Nosotros, en vez de resentimos como pudiera creerse, aplaudimos de todo corazón la magnífica resolución tomada por las autoridades gubernativas de Guatemala y hacemos los votos más fervientes por que nuestro país, siguiendo tan excelente ejemplo, implante análogas.*

*Siempre hemos creído que no es suficiente recomendación para ser un buen facultativo tener un diploma firmado en tal o cual país, por notable que sea, por sabios maestros y medios materiales riquísimos que tenga. Hay un elemento individual que cuenta en primera línea no sólo en las profesiones sino en todas las actividades humanas, es la inteligencia; si a ella agregamos el amor y aplicación al estudio y una buena dosis de moral, obtendremos indudablemente un sujeto espléndido para el trabajo exigido. Preferimos muchachos de talento graduados en escuelas de segundo o tercer orden que majaderos provenientes de los más famosos centros universitarios.. Los primeros con su materia prima están en capacidad con condiciones intelectuales de saber en tanto los otros sólo a condición de cambiarles la masa cerebral.*

*Un mal entendido unionismo nos ha mantenido ligados por muchísimos años a tratados y convenciones más hijos de intereses políticos que de necesidades nacionales sin tomar en cuenta las peculiaridades de cada estado, su idiosincrasia, su ideología; hemos vivido catorce años fuera de Honduras en países centroamericanos haciendo nuestros estudios de ciencias y letras y profesionales, en cuyo largo lapso de tiempo pudimos apreciar y ahora meditar sobre las virtudes y defectos de cada uno de ellos. Sentimos un profundo sentimiento de afecto y gratitud por esas patrias donde gustosos adquiriríamos ciudadanía si no estuviéramos tan satisfechos de la actual. Pero hay que juzgar las cosas más de acuerdo con los intereses que atañen por ahora a estas nacionalidades que a los futuros de una federación grande, fuerte y tanto tiempo anhelada cuya realización se va alejando más cada día.. Indudablemente cada Estado está en la obligación de proteger los intereses de sus nacionales en todas las formas posibles, de ahí que nosotros sinceramente estamos de lleno con la resolución de Guatemala.*

*Hagamos todos lo mismo y no existirán motivos de resentimiento. La fraternidad y el buen deseo de unirnos algún día políticamente continúen de frente corriendo parejas con la mayor cordialidad y afectos.*

## UN CASO DE ESQUISTOSOMOS



*Niño de la señora J. N. de N. tal como nació el 26 de mayo de 1937, a las 9 y 30 de la noche. Vista tomada de lado.*

Sra. J. N., de 32 años de edad, casada, múltipara, bien constituida, sin antecedentes personales ni hereditarios. Ha tenido tres niños a término, bien desarrollados, que aún viven, el mayor de seis años y el menor de dos años.

El 20 de agosto del año recién pasado tuvo su última menstruación. Durante los nueve meses de gestación no tuvo ningún contratiempo ni enfermedad de ninguna clase.

El 26 del corriente mes, a las 9 y 30 de la noche dio a luz un niño de tamaño y peso normales. La comadrona que asistió *él* parto quedó sorprendida al ver el fenómeno que se presentaba en el niño: un gran tumor en el vientre, en el lugar donde se inserta el cordón umbilical. Fui llamado inmediatamente y

encontré que el tumor era una bolsa gelatinosa, que contenía el hígado y los intestinos. La bolsa se había rasgado en el momento de la expulsión y los intestinos e hígado se encontraban completamente eventrados, sobre la sábana en que reposaba el recién nacido. Por lo raro y curioso del caso, mandé a llamar al Dr. Alfredo Sagastume, quien llegó inmediatamente. Al examinar detenidamente el niño, notamos que en vez de piel, tejido celular y músculos de la cara anterior del abdomen, había una tela gelatinosa, transparente y excesivamente delgada.

El cordón umbilical era enormemente grueso y cilíndrico, y del extremo partían tres cordoncitos delgados que se insertaban en la superficie de la bolsa que contenía las vísceras, formando

un triángulo. Ligamos aisladamente cada uno de los cordoncitos, cortamos el extremo del cordón umbilical, dos centímetros abajo de donde se originaban los tres cordoncitos secundarios; y, previo los cuidados antisépticos del caso, tratamos de introducir el hígado e intestinos en su lugar respectivo; pero, la cavidad abdominal era tan estrecha y falta de fondo, que fue imposible lograr nuestra intención. Entonces nos limitamos a volver a introducir los órganos eventrados, tal cómo estaban en la bolsa y suturamos los bordes de ésta, dejando una curación de gasa y algodón.

El niño lloraba y estornudaba fuerte, como todo niño normal. Tomaba bien el pecho de la madre, pero inmediatamente regresaba, por regurgitación, el líquido caído en el estómago. La expulsión del meconium y la micción eran normales.

A las trece horas después de haber nacido, la madre del niño notó que la curación estaba mojada de sangre, nos llamó y fuimos con el Dr. Sagastume a cambiar la curación y ver de dónde procedía la hemorragia. Era de una de las extremidades de un cordoncito, que por la premura del tiempo y la urgencia, habíamos ligado con crin de Florencia. Hicimos una nueva ligadura con cordón de seda, y la hemorragia se contuvo. La bolsa estaba íntegra y se veían los órganos interiores como a través de un vidrio.

A las 24 horas de nacido, el niño tuvo fiebre\*^ pasó toda la no-

che llorando a intervalos, pero» al tomar el pecho de la madre se I callaba.

Todo el día de ayer pasó con I fiebre, lloró mucho y tenía ligeras contracciones, como por accesos de dolor.

A las 4 y 30 de la mañana, de hoy, murió el niño, es decir, 55 horas después de haber nacido.

A las 8 y 30 de la mañana hicimos con el Dr. Sagastume, la autopsia. Fuera del hígado e intestinos, eventrados, todos los demás órganos estaban normales y en su lugar. En el intestino delgado ya había materias I fecales amarillas.

Después de la autopsia, **aan** abierta ampliamente la cavidad abdominal, fue imposible lograr acomodar los órganos eventrados en sus respectivos lugares, no obstante que se le dio salida al aire contenido en los intestinos.

#### CONCLUSIONES

1<sup>1</sup>?—La muerte del niño fue ocasionada indudablemente por I peritonitis.

2<sup>1</sup>?—>La anomalía de este caso, fue por falta de desarrollo del amnios, cuya falta de desarrollo completo origina todas las anomalías y monstruosidades que se observan con alguna frecuencia, y que el vulgo atribuye a *eclipses*)

39—El presente caso es una variedad de "Teratosomos," o sea un "Esquistosomos."

El Dr. Ribemont define el esquistosomos así: "En el sitio correspondiente a los pliegues que faltan del amnios, el embrión

## PATOLOGÍA DE LA PITUITARIA

### *Estudio Clínico*

En la patología de la hipófisis, se encuentra en la actualidad un gran número de síndromes subordinados todos ellos, ya a la hipertrofia de la glándula, o ya a la insuficiencia de sus secreciones. Muchos de los mismos han sido descritos hace algún tiempo, pero otros hasta hace muy poco han sido interpretados como dependientes de alteraciones de la pituitaria, viniendo por consiguiente a esclarecer - así, la patogenia de algunas afecciones antes oscuras. Los progresos en estos conocimientos se deben en primer término a los experimentos en animales efectuados por un gran número de fisiólogos. La literatura médica sobre síndromes pituitarios se ha enriquecido considerablemente.

Un gran número de casos en que la pituitaria ha intervenido, desempeñando un papel etiológico, fueron descritos por Harvey-Cushing.

La evolución de muchas afecciones del cuerpo pituitario es la siguiente: al principio hay aumento o hipertrofia del lóbulo anterior, apreciables por manifestaciones de exageración funcional (hiperpituitarismo). Después de algún tiempo por lo de experimenta compresiones locales, que es el origen de los diversos vicios de conformación, anomalías y monstruosidades. En el *esquistosomas*, la pared abdominal anterior es delgada y transparente, puede romperse

más variable, sobrevienen alteraciones del órgano hipertrofiado, de lo que resulta la disminución progresiva del órgano (apituitarismo). La hipertrofia en su principio se reconoce por la disminución del campo visual, causada por la compresión que ejerce la glándula hipertrofiada sobre el quiasma de los nervios ópticos. En los casos en que la pérdida de la visión es completa, ésta no depende de la destrucción de las fibras del nervio óptico, pues se ha observado, con suma frecuencia que después de la extirpación de la glándula, o de otra operación que tienda a disminuir la compresión ejercida por la misma, el enfermo recobra rápidamente la vista.

Atendiendo a la evolución de los trastornos de la hipófisis sus síndromes se clasifican:

- a). Estados distróficos que comprenden: 1? La acromegalia, 2? el gigantismo. 3? El infantilismo hipofisario.
- b). Trastornos generales de la nutrición, que comprenden: 1? síndrome adiposo genital. 2? La diabetes hipofisaria. 3? La caquexia hipofisaria o enfermedad de Simonds.
- c).—Trastornos generales y lo-

durante el parto (como en este caso), y las visceras quedan entonces al descubierto."

Olanchito, 29 de mayo de 1937.

*Dr. Pompilio Romero.*

cales producidos por: 19 Adenoma Basófilo o enfermedad de Cushing. 2°—Tumores de la Hipófisis.

*ACROMEGALIA* Pedro Marie describió en 1886 esta afección como una hipertrofia especial no congénita de las extremidades superiores e inferiores y de la cabeza, su discípulo Sonza-Lute cuatro años después, demostró que estaba en relación con lesiones de la hipófisis.

*Síntomas.*—El aspecto general del acromegálico es tan típico que su diagnóstico se hace a la simple inspección del enfermo.

La cara está aumentada en altura y toma la forma de un óvalo alargado. La frente es baja. Los arcos de las cejas son salientes y hace que los ojos aparezcan pequeños. La nariz se encuentra aumentada en todos sus diámetros y se hace enorme. Los pómulos son prominentes, mientras que las mejillas son aplastadas. Las orejas son extremadamente largas. Los labios, con especialidad el inferior, se encuentran gruesos, voluminosos y a veces invertidos en ectropion. La lengua es partícipe de la hipertrofia general: es larga y ancha y a veces está tan engrosada que con dificultad cabe en la boca y dificulta en gran manera la deglución. El desarrollo sumamente exagerado de todo el maxilar inferior determina un prognatismo muy marcado. El mentón prominente acaba de deformar la cara.

En cambio el cráneo sufre menores modificaciones. El diámetro anteroposterior está ligera-

mente aumentado. Las crestas óseas son salientes a la palpación, a lo largo de las suturas. La protuberancia occipital externa es voluminosa. La sutura, postlamboidea está exagerada. El examen radiológico demuestra el engrasamiento irregular de los huesos del cráneo, con aspecto moniliforme, debido a la falta de paralelismo de las tablas interna y externa; se aprecia un desarrollo exagerado en altura y profundidad de los senos frontales y maxilares lo que explica la prominencia de los arcos superficiales, de los pómulos y de la sutura postlamboidea. El síndrome radiológico de la craneomegalia es completa por aumento de volumen de la silla turca.

En los miembros superiores, mientras que los brazos y los antebrazos, tienen el volumen normal, la muñeca presenta cierto grado de hipertrofia y las manos son asiento de deformidades características. Son anchas y gruesas y presentan la forma de una pala o de un batidor. El desarrollo predomina en anchura y espesor, interesando tanto el esqueleto como las partes blandas de la región hipotenar y del cubital en especial. La mano aparece como acolchada. Los dedos se encuentran acortados, gruesos, con sus extremidades cuadradas y muy voluminosas tanto en las puntas como en su base. Las uñas están aplastadas más bien que ensanchadas pero cortas y apenas cubren la cara dorsal de la última falange y se encuentran estriadas longitudinalmente. Al lado de este tipo de deformidad en "anchura,"

Pedro Marie describe un tipo en longitud en que la mano es más larga y menos gruesa, tipo que se observa principalmente en las acromegalias de comienzo precoz.

Los miembros inferiores presentan deformidades análogas. Los muslos y las piernas conservan sus dimensiones, las gargantas de los pies están ligeramente engrosadas por la prominencia de los maleólos, los pies están aumentados de volumen, ensanchados y engrosados desde los talones hasta los dedos.

Las deformidades del tórax son menos constantes. Sin embargo los acromegálicos presentan muchas veces cifosis cervicodorsal, y a veces es tan marcada que el cuello parece hundido en los hombros, encontrándose al mismo tiempo una ligera escoliosis.

Existen otras deformidades de menor importancia, ya que no son constantes ni características. La laringe es a veces voluminosa y saliente; la voz adquiere un timbre ronco y grave. El pene puede estar aumentado de volumen. En la mujer, los órganos genitales pueden estar más o menos engrosados.

Además de las modificaciones del esqueleto aparecen otros síntomas; la piel se encuentra seca y se espesa, las glándulas cutáneas aumentan su actividad, los pelos crecen de manera anormal en todo el cuerpo (hipertrichosis).

Los trastornos genitales son habituales. Encuéntrase en el hombre con suma frecuencia la frigidez, muchas veces se atrofian los testículos.

En las mujeres las reglas disminuyen o desaparecen, este es uno de los principales síntomas y va acompañado de atrofia uterina, acarreado de ordinario la esterilidad.

A la acromegalia se asocia corrientemente una esplenomegalia notable del corazón, del hígado y del bazo. No es raro encontrar otros trastornos hipofisarios tales como la glucosuria y la diabetes insípida.

#### *Formas Clínicas*

*Formas Amiotróficas.* — Algunas acromegalias se complican con atrofia muscular.

*Formas Dolorosas.* — Con neuralgias diversas, intercostales o ciáticas.

*Formas Frustradas.* — En que las lesiones del esqueleto son menos marcadas.

*Formas Asociadas.* — A otros síndromes endocrinos (insuficiencia tiroidea por ejemplo).

*Comienzo.* — En la mayoría de los casos esta enfermedad comienza entre los 25 a 35 años de manera muy insidiosa. En la mayoría de los casos los enfermos, se sorprenden del aumento progresivo del número del sombrero, de los guantes o del calzado, o bien son sus allegados los que notan deformidades en su cara.

Se ha señalado acromegalias precoces que comienzan antes de los 15 años con o sin soldadura de sus epífisis.

*Evolución.* — Por lo general la evolución es muy lenta, pero progresiva, entre cortada por periodos de detección. Puede que la hipertrofia permanezca



estacionaria durante muchos años, sin ningún otro trastorno de salud; la enfermedad puede durar 20 y 30 años. En otros casos la evolución es más rápida y los enfermos sucumben en 3 o 4 años con signos de tumor cerebral o un estado de adelgazamiento y de desnutrición comparable a la caquexia hipofisaria.

*Diagnóstico.* — El diagnóstico de acromegalia es siempre muy fácil, cuando en un enfermo se encuentran *las* deformidades óseas tan características y los signos de tumor de la hipófisis que ordinariamente las acompañan.

*Anatomía Patológica.* — En la inmensa mayoría de los acromegálicos al practicar la autopsia se encuentran tumores desarrollados a expensas del lóbulo anterior de la hipófisis. La glándula puede alcanzar un peso de 3 a 30 gramos adquiriendo volumen considerable.

Histológicamente, este tumor está constituido por un adenoma y hasta según opinión de algunos autores por adenoma de tipo especial, con células eosinófilas capaz de esclerosarse ulteriormente o de sufrir una alteración maligna (adeno-sarcoma, epiteloma).

■ Las lesiones del esqueleto están constituidas por una hiperplasia ósea periférica intensa con reabsorción central.

*Patogenia.* — La acromegalia junto con el gigantismo son síndromes cuyo origen pituitario es hoy día comúnmente admitido. Roussy dice: "únicamente los tumores del lóbulo anterior pueden producir la

La acromegalia sería el resultado, no de la simple hiperfunción de la glándula, sino de una función desviada por la neoplasia, en una palabra, de una verdadera disfunción. Para explicar la posibilidad de existencia de tumores sin acromegalia, se ha creído que podía existir en la hipófisis además de la neoplasia, zonas indemnes o hasta hiperplasiadas.

Otros autores fundándose en la presencia de estas mismas particularidades anatómicas, de tumores con acromegalia, creen que el desarrollo del síndrome de P. Marie depende ante todo de la naturaleza del tumor.

*Tratamiento.* — En la acromegalia el tratamiento opoterápico a menudo no produce ningún resultado, además su empleo parece ilógico en una afección que probablemente es debido a una hiperfunción glandular. A pesar de todo, algunos autores han conseguido una atenuación de la cefalea, pero en 3a mayoría de los casos se ha señalado un aumento de todos los trastornos y hasta verdaderos brotes osteogénicos.

La radioterapia, por irradiaciones de la hipófisis por vía fronto-temporal ha dado algunas veces excelentes resultados, detención del crecimiento de las extremidades, reaparición de las funciones genitales y principalmente mejoría de los trastornos visuales, si ha comenzado el tratamiento precozmente antes de la fase de atrofia óptica.

Este tratamiento tiene sus ventajas y desventajas, y no me detendré en estos pormenores

pósito del tratamiento de los tumores de hipófisis; lo mismo que respecto al tratamiento quirúrgico.

### **GIGANTISMO**

Se designa con el nombre de gigantismo el síndrome observado en un individuo cuya talla es superior a la de los demás de su especie o de su raza y que presenta a la vez varias anomalías morfológicas y funcionales.

*Caracteres Generales.*—En general los gigantes tienen una talla de más de dos metros. Esta cifra no es absoluta. Tallas que oscilan entre 1.80 y 1.90 metros pueden considerarse como patológicas en relación con las tablas de los demás individuos de la familia.

El gigantismo se caracteriza no tanto por la altura de su talla como por la desproporción entre los segmentos del cuerpo.

Entre los gigantes algunos presentan un alargamiento excesivo de los miembros inferiores, tienen el aspecto de aves zancudas. Son del tipo macrosquélico de Manouvier. Otros tienen los miembros superiores muy largos con relación al busto y se les denomina "musios cortos." Son del tipo braquisquélico.

A los gigantes se les atribuye una fuerza muscular excesiva pero en realidad son seres débiles. Su vigor si existe es muy pasajero y pronto esos individuos asteniados se arrastran con dificultad no pudiendo andar que apoyados sobre un bastón. LOS gigantes son individuos sin energías, débiles tanto del cuer-

po como del espíritu, su inteligencia es muy mediocre. Los más frecuentes son impotentes y estériles.

*Formas Clínicas.* — Esta enfermedad afecta dos tipos bien individualizados aunque entre sí. tengan muchos puntos de contacto.

*El Gigantismo Acromegálico.* — Está caracterizado por una deformidad progresiva del raquis, de tal forma que el segmento inferior del cuerpo parece "Enchufarse" en el segmento superior y, que el tronco gana en anchura lo que pierde en altura. Estos enfermos presentan varias deformidades típicas de la acromegalia; la cara se alarga, los pómulos son prominentes, la nariz aumenta de volumen, el mentón se inclina hacia adelante y las manos y los pies se hacen enormes. Sin embargo la hipertrofia de las extremidades difiere un poco de la acromegalia pura. Los dedos no tienen el aspecto amorcillado ya que su desarrollo se efectúa más en longitud que en anchura. La radiografía muestra la ausencia de la soldadura de los cartílagos.

*Gigantismo Infantil.* — Se caracteriza por el alargamiento de los miembros inferiores acompañados frecuentemente de genu valgum, permaneciendo normales la cabeza y el tronco, así como las extremidades.

A estas modificaciones del esqueleto se añaden signos de infantilismo, los órganos genitales conservan las dimensiones propias de la infancia, no aparecen pelos en los sitios de rigor, la voz continúa aguda y el carácter es infantil. Algunos enfermos in-

cluso tienen formas femeninas; las mamas ligeramente desarrolladas, la pelvis ensanchada. Los cartílagos de conjunción persisten, después de la edad adulta y la epífisis no se suelda a la diálisis.

Estos individuos presentan a veces un verdadero tipo eunucoide, lo que ha venido a suscitar discusiones sobre la correlación de la hipófisis con la insuficiencia genital.

En el gigantismo infantil puede en un momento dado sobrevenir deformidades acromegálicas. Ambos tipos se combinan y en un mismo individuo el gigantismo infantil, puede transformarse progresivamente en gigantismo acromegálico.

*Gigantismo Puro.* — El desarrollo exagerado del esqueleto sería entonces compatible con una salud excelente y un vigor físico notable.

En tanto que los gigantes son individuos anormal-es, este último tipo comprende gigantes normales, es decir según los zootécnicos hombres hipermétricos.

Si se examina más detenidamente estos individuos llamados normales se ve que, muchas veces tienen inteligencia mediocre, frigidez genital y si llegan a edades avanzadas sus fuerzas declinan rápidamente y aparecen ellos enfermedades aeromegálicas.

*Evolución.* — El gigantismo se observa habitualmente en el varón. Principia en la pubertad, en el instante en que aumenta la talla y a veces más precozmente durante la infancia. La evolución puede realizarse por brotes. Tan pronto se detiene

en un momento dado y en este caso se denomina definitivo, o bien el crecimiento puede prolongarse hasta llegar a la edad adulta y en este caso se llama progresivo. La mayor parte de estos enfermos mueren jóvenes y apenas pasan de los cuarenta años.

*Diagnóstico.* — Por lo general el diagnóstico no ofrece ninguna dificultad. En algunos casos se puede discutir el origen hipofisario de la afección.

Existen casos de gigantismo con leontiasis ósea o de heredo-sifilítico, en las cuales no se puede vincular la hipófisis en su etiología.

En consecuencia no se puede afirmar que el gigantismo sea siempre de origen hipofisario.

En el niño es conveniente distinguir, del gigantismo verdadero, el desarrollo prematuro del cuerpo, acompañado de aparición precoz de los caracteres genitales secundarios.

Hutinel ha separado los síndromes de distrofia de los adolescentes. Se trata de niños de crecimiento rápido pero poco armónico, en los cuales aparecen deformidades de la columna vertebral o de los miembros. Estos individuos sufren de una fatigabilidad particular. Las extremidades están frías, cianosadas, se quejan de digestiones difíciles, de trastornos nerviosos, cefalea, depresión, palpitaciones. El corazón está algunas veces caído, y el pulso es rápido e hipotenso. No es raro encontrar albuminuria intermitente del tipo ortostático.

*Etiología.* — En la autopsia de los gigantes se ha encontrado de

una manera constante, la presencia de un tumor de la hipófisis. La silla -turca está siempre aumentada de volumen.

Brissaud y Meige, han sostenido que el gigantismo y la acromegalia son dos afecciones que tienen entre sí relaciones íntimas, ya que un gigante puede convertirse en acromegálico. Brissaud considera estos dos estados distróficos como una sola y misma enfermedad que aparece en edades distintas. "El gigantismo es la acromegalia de la adolescencia. La acromegalia es el gigantismo del adulto."

Haría variar la naturaleza de la distrofia, la osificación de los cartílagos de conjunción antes de soldarse, la osteogenesis normal se manifiesta por el crecimiento del hueso en longitud (gigantismo); después de soldarse los cartílagos el crecimiento sólo puede realizarse en anchura (acromegalia).

Las relaciones de la acromegalia y el gigantismo parecen debidas a una hiperplasia y a una hiperfunción del lóbulo anterior de la hipófisis condicionadas por una excitación de la función osteogénica.

Para explicar la exageración de esta función, que produzca estas dos afecciones, se ha invocado una evolución distinta de la hiperplasia celular de la hipófisis. Cuando la proliferación se efectúa según un tipo normal determinaría la aparición del gigantismo; cuando la proliferación se aparta de este tipo produciría la acromegalia. Dicho en otra forma: el gigantismo sería el resultado del hiperpituitarismo y la acromegalia del dispituitarismo. El tratamiento del gigantismo está en estrecha relación con el de la acromegalia.

*Marcial Ochoa.*

*{Continuará}.*

---

## LO QUE EL MEDICO NO DEBE HACER

(Concluye)

### *Tumores del encéfalo*

- NO dejéis de pensar en ellos siempre que haya un dolor lancinante muy intenso que aumenta progresivamente y se repite.
- NO olvidéis que el dolor puede ser unilateral, pudiendo por consecuencia hacer pensar en una hemisferia. La comprobación de estasis papilar disipa las dudas.
- NO diagnosticuéis tumor cerebral cuando haya dolor y estasis, de la papila, sin haber eliminado la idea de una encefalitis saturnina.
- NO vaciléis en hacer el diagnóstico de tumor cuando haya dolor lancinante, estasis de la papila, vómitos y pulso lento.
- NO dejéis de tomar en cuenta el estado general y psíquico.
- NO olvidéis nunca hacer el examen oftalmoscópico y del líquido céfalo-raquídeo, la radiografía en caso necesario, la punción cerebral.
- NO dejéis de pensar en el tumor cuando aparezcan ataques epilépticos después de los 30 años. Si el ataque es de forma jacksoniana y quedan parálisis en los miembros atacados por las convulsiones, el diagnóstico es casi seguro.
- NO olvidéis que los abscesos son frecuentemente confundidos con los tumores del encéfalo, pero la evolución del absceso es más aguda, hay fiebre, escalofríos, la estasis papilar no existe o aparece tardíamente y en lo general se encuentra el foco séptico de donde proviene el absceso.
- NO confundáis los tumores con la meningitis, en la que la fiebre, fenómenos medulares, brusquedad del padecimiento, imponen generalmente el diagnóstico.
- NO confundáis los trastornos de la conciencia que se presentan en los tumores, con los de la parálisis general.
- NO olvidéis que la nefritis, por las cefaleas, retinitis y convulsiones que producen, pueden hacer pensar en un tumor.
- NO seáis muy dogmáticos al diagnosticar el sitio del tumor.
- NO olvidéis que la estasis papilar y demás signos de compresión, son más precoces en los tumores cerebelosos que en los frontales y que en estos están disminuidos los reflejos en el lado enfermo y los trastornos psíquicos aparecen muy pronto.
- NO creáis que la hemianopsia cruzada es señal inequívoca de tumor del lóbulo occipital; puede presentarse siempre que hay una lesión de las vías ópticas; solo que ésta provoca trastornos en el óculo motor común, y otros nervios craneales cuando es

- la cinta óptica la interesada; corea, atetosis y trastornos sensitivos, si la lesión reside en el pulvinar o en el tálamo óptico, y trastornos auditivos, ataxia cerebelosa y lesiones del óculo motor común cuando los tubérculos cuadrigéminos están invadidos.
- NO vaciléis en diagnosticar tumor occipital, si la hemianopsia es el síntoma único y permanente, sobre todo cuando hay síntomas irritativos ópticos.
- NO olvidéis que los fenómenos cerebelosos pueden aparecer precozmente en las tumores occipitales, impidiendo el descubrimiento de la hemianopsia y haciendo creer en un tumor cerebeloso.
- NO olvidéis que los tumores de las regiones del lenguaje producen trastornos en éste, que aumentan y disminuyen, lo que -los diferencia de la hemorragia y el reblandecimiento cerebrales.
- NO olvidéis que en los tumores
- • cerebelosos son muy intensos y precoces la ataxia -cerebelosa, hipotonía bilateral, accesos de vértigo, cuando
  - ^ es el vermes el interesado y
  - -- la hemiataxia, hemihipotonía, nistagmus y caída hacia un lado, cuando es un
  - „- hemisferio el sitio del tumor.
- NO olvidéis que la situación del cerebelo permite que los tumores de los órganos vecinos provoquen síntomas cerebelosos, sin que aquél sea el sitio del tumor.
- NO olvidéis que algunos tumores producen ataxia y pérdida del reflejo rotuliano, lo que los confunde con las lesiones tabéticas.
- NO confundáis con las convulsiones histéricas, las provocadas por algunos tumores cerebelosos.
- NO olvidéis que los tumores de los tubérculos cuadrigéminos se caracterizan por trastornos auditivos, parálisis del motor ocular común, temblores, coreatetosis y ataxia cerebelosa.
- NO confundáis ¡los tumores de los tubérculos con los de la glándula pineal que tienen sintomatología semejante, pero en los que el crecimiento y el desarrollo sexual son precoces y exagerados y el nervio patético está interesado.
- NO olvidéis que los tumores de los pedúnculos y los de la protuberancia tienen una sintomatología característica hemiplejía alternante en los primeros, parálisis de Gubler en los segundos.
- NO olvidéis que en los turcos del bulbo los síntomas se manifiestan sobre todo por lesiones de los nervios 8º a 12º.
- NO dejéis de pensar en la naturaleza sifilítica o tuberculosa de los tumores cuando se trata de un tumor del cerebelo en un joven.
- NO paséis inadvertidos los tumores telengectásicos y los nódulos de melanosarcoma, que deben hacer pensar en neoformaciones semejantes del encéfalo.

- NO dejéis de investigar la existencia de la cisticercosis.
- NO dejéis de buscar el soplo característico de los aneurismas intracraneanos que desaparece con la compresión de las carótidas.
- NO resolváis el tratamiento quirúrgico sin estar seguro del sitio del tumor y sin haber hecho un tratamiento enérgico en caso de sífilis.
- NO olvidéis que **los** tumores coexisten frecuentemente con la sífilis.
- NO os abstengáis de operar los tumores sífilíticos cuando el tratamiento no haya dado resultados satisfactorios.
- NO dejéis de operar una neoplasia tuberculosa - localizada.
- NO dejéis de hacer la trepanación paliativa en el sitio en donde se supone que existe el tumor, cuando la agudez visual disminuye claramente. Se baja la presión intracraneana y sé está en posibilidad de extirpar el tumor en algunos casos.
- NO 'declaréis benigno ningún - tumor permanentemente inmóvil.
- NO tengáis como maligno un tumor que crece y se vuelve doloroso durante la menstruación o da salida al principio del embarazo a un líquido lechoso claro; generalmente se trata de un quiste.
- NO olvidéis que después de quince y aun veinte años, un tumor benigno puede hacerse maligno.
- NO toméis como signo inequívoco de malignidad la retracción del mamelón, que puede aparecer en la mastitis crónica quística y aun en ciertos abscesos de formación lenta; la elevación del nivel del mamelón y la disminución de la areola pigmentada, son signos más seguros.
- NO deis **grande** importancia diagnóstica a la existencia de ganglios axilares; su importancia es más bien pronóstica.

*Tumores de la mama.*

- NO creáis que en los tumores múltiples de la mama, la benignidad de uno de ellos implica la de todos los demás.
- NO hagáis pronósticos muy graves en los tumores múltiples de una o ambas mamas; generalmente son benignos.
- NO olvidéis que la movilidad de un tumor benigno quístico puede desaparecer por un proceso inflamatorio; pero esa inmovilidad es transitoria.
- NO operéis un tumor adherido a las castillas, con nódulos carcinomatosos de la piel y ganglios supraclaviculares.

*Úlcera de la córnea*

- NO os conforméis con sospechar la existencia de una úlcera de la córnea; examinad cuidadosamente con lente y luz artificial,
- NO diagnosticuéis simplemente úlcera; determinad la causa.
- NO olvidéis que la dacriocistitis es la causa de la úlcera más grave.

- NO os hagáis cargo de curar un caso de úlcera de la córnea si hay un oftalmólogo que pueda hacerlo.
- NO menospreciéis las pequeñas ulceraciones.
- NO uséis la pomada amarilla, inútil, ni la cocaína y la adrenalina, que son peligrosas.
- NO apliquéis hielo.
- NO dejéis de quitar las lagrimales infectadas, en la úlcera grave.
- NO prescribáis yodo ni yoduros.
- NO encerréis al niño en un cuarto oscuro.
- NO abandonéis una mancha de la córnea, juzgándola incurable; combatidla durante mucho tiempo.
- NO comencéis a tratar la mancha mientras no hayan desaparecido los fenómenos inflamatorios.
- Úlcera del duodeno*
- NO la confundáis con las afecciones de las regiones vecinas. En la úlcera del estómago los dolores aparecen en la primera parte de la digestión; en la del duodeno aparecen en la segunda y se calma con la comida.
- NO permitáis el tabaco a los enfermos y a los operados de úlcera del duodeno.
- NO abandonéis a los operados; la úlcera se reproduce o por mala técnica operatoria o por falta de régimen.
- NO olvidéis que el dolor espontáneo a la presión irradia a la izquierda en la úlcera del estómago y a la derecha en la del duodeno.
- NO olvidéis que una úlcera crónica sin retención, es gástrica o duodenal; si la retención aparece, la úlcera es pilórica; si en ambos duodenal.
- NO dejéis de buscar la sangre en las heces y en el contenido gástrico; si sólo existe en las primeras es casi seguro que se trata de úlcera duodenal; si en ambos, gástrica. NO tardéis más de doce horas para diagnosticar la úlcera perforada.
- NO dejéis nunca de operar; casi todos los padecimientos con los cuales se puede confundir la úlcera gástrica perforada indican la laparotomía.
- NO olvidéis la frecuencia de la perforación de la úlcera péptica del yeyuno *de* los gastroenterotomizados.
- NO olvidéis que en la úlcera del duodeno, la sangre aparece de una manera intermitente y en el cáncer del estómago, constantemente.
- NO olvidéis la edad del enfermo; la úlcera es de los jóvenes; el cáncer de los viejos.
- NO creáis que toda hematemesis proviene del estómago; puede provenir del duodeno y aparece con un vivo dolor al fin de la digestión.
- NO olvidéis que la apendicitis y las cirrosis pueden provocar tierna temesis.
- NO 'hagáis vuestro diagnóstico fundándoos exclusivamente en los caracteres de una hemoglobina; la edad, el esta-



do general, los trastornos digestivos, orientan mejor el diagnóstico.

#### *Úlcera del estómago*

- NO olvidéis que a partir de 20 años se hace más frecuente.
- NO olvidéis que al revés del carcinoma del estómago, en la úlcera casi siempre hay hiperclorhidria.
- NO permitáis el agua en las comidas, ni la sal ni el pan.
- :NO purguéis sino con una prudencia extremada y nunca 48 horas antes de la operación.
- NO hagáis lavados de estómago.
- NO suspendáis el régimen sino después de cuatro o seis semanas de que hayan desaparecido las hemorragias.
- :NO operéis en los momentos en que hay una gran hemorragia.
- NO deis doral.
- NO prescribáis dogmáticamente la operación; muchas úlceras curan con el tratamiento médico y aun sin necesidad de él.
- NO prescribáis hierro.

#### *Uremia*

- NO olvidéis que una dispnea cuya explicación no se encuentra en el aparato respiratorio o circulatorio, es casi seguramente urémica.
- NO olvidéis que toda dispnea que desaparece con la dieta y aparece con la alimentación es casi seguramente urémica.

NO toméis por acceso de asma la gran dispnea urémica que puede ocasionar la muerte.

NO olvidéis que la dispnea acompañada de frotamiento pericárdico en un brightico, es indicio casi seguro de muerte.

NO esperéis que aparezca la uremia para imponer al brightico un régimen severo: reposo, clima templado, abrigo, dieta.

NO impongáis innecesariamente la dieta láctea; podéis necesitarla urgentemente ya cuando el enfermo esté fastidiado de ella.

NO impongáis un régimen aclozurado sin estudiar cómo elimina los cloruros el enfermo.

NO deis purgantes salinos a los enfermos que eliminan mal los cloruros.

NO deis opio en ninguna forma, ni mercurio, ni arsénico, ni pongáis vesicatorios a los urémicos.

NO deis belladona ni digital sino con muchas precauciones\*.

NO hagáis opoterapia renal en la nefritis sino cuando la permeabilidad del riñón se conserve íntegramente.

NO olvidéis que la sangría es la principal y más urgente indicación en la uremia.

NO prescribáis los tónicos demasiado activos como la digital; preferid la esparteína.

NO hagáis pronóstico benigno en el delirio urémico.

NO olvidéis que la uremia puede provocar accesos de epilepsia jacksoniana y delirios

difusos y sistematizados, que se caracterizan por la ansiedad y por ser de preferencia nocturnos. NO olvidéis que en los viejos, una de las causas principales de convulsiones es la uremia.

NO olvidéis la forma convulsiva en la que «(l olor amoniacal del aliento, la hipotermia, la dispnea y la respiración de cheyne Stokes evidencia la intoxicación urémica.

NO dejéis de hacer la punción raquídea en la uremia nerviosa.

NO detengáis los vómitos, la diarrea, los sudores ni la expectoración en los urémicos.

NO inyectéis suero artificial.

#### *Urticaria*

NO la confundáis con la erisipela

NO bañéis en dos casas de urticaria infantil.

NO dejéis de investigar las causas externas de esta enfermedad. Los piojos, chinches, pulgas y pelos de plantas y animales provocan lesiones parecidas.

NO dejéis de eliminar el alimentó, o medicamento que la producen: mariscas, huevos, derivados de la leche, frutas, vino, café, té, antipirina.

NO olvidéis imponer la higiene de la alimentación. Obligando al enfermo a comer poco y masticar bien, se curan muchos casos de urticaria.

NO dejéis de ensayar la hemoterapia y la vacunación con una dosis infinitesimal de la albúmina que provoca la urticaria o con la peptona.

NO deis baños, duchas ni pomadas.

NO olvidéis prevenir a las madres que los niños vacuna-

- dos pueden inocularse la vacuna en el ojo, provocándose una úlcera de la córnea.
- NO vacunéis cuando haya una epidemia distinta de la viruela.
- NO vacunéis, salvo epidemia, si el niño tiene eczema o trastornos gástricos serios.

#### *Várices*

- NO permitáis que el enfermo permanezca mucho tiempo parado ni sentado; marche mucho, ni use ligas o cinturón.
- NO llagáis diagnóstico de várices profundas, mentira que muchas veces oculta un pie plano, claudicación intermitente, tumor pélvico, o infecciones e intoxicaciones crónicas.

#### *Versión -por maniobras externas*

- NO la hagáis sin anestesia en una enferma rebelde.
- NO la hagáis en el embarazo gemelar.
- NO la hagáis en pleno período de contracciones.
- NO la hagáis cuando el útero está mal conformado, no hay líquido amniótico o hay muy escaso.

#### *Versión por maniobras internas*

- NO la hagáis nunca si el cuello no está dilatado o no es dilatado; si la presentación está fijada en el estrecho superior; si la pelvis es estrecha; si la matriz está contraída sobre el feto; si no hay líquido amniótico en el útero.

NO dejéis que se vacíe la bolsa de las aguas.

NO olvidéis que el decúbito del enfermo, del lado en que están las nalgas del niño, facilita la versión.

NO perforéis las membranas; hasta que no tengáis la mano completamente introducida en la vagina.

NO- toméis la primera parte fetal que toquéis después de la cara; es un brazo que más bien debéis rechazar.

NO perdáis mucho tiempo en querer doblar la cabeza en la presentación de cara.

NO insistáis mucho en querer buscar el buen pie en la presentación de hombro; el buen pie es el primero que se coge.

NO maniobréis sino en el intervalo de las contracciones.

NO olvidéis que se debe introducir la mano derecha en las O. D. y la izquierda en las, O. I.

#### *Vértigos*

NO penséis sistemáticamente en los de origen gástrico; recordad siempre los de origen auricular.

NO omitáis \* nunca un examen riguroso, que os permitirá descubrir y curar fácilmente los vértigos debidos a un tapón de cerumen.

NO permitáis, café, alcohol, ni tabaco en los vértigos de Meniere.

NO olvidéis, el vértigo visual en los estrábicos y el circulatorio de los hipertensos y ple-tóricos.\*

NO olvidéis que en los niños las.

causas más frecuentes del vértigo son los trastornos digestivos, estreñimiento, estribismo y parásitos intestinales.

NO olvidéis que los vértigos de origen central se producen sobre todo con los cambios de posición.

NO olvidéis que hay dos formas de vértigo de Meniere: hemorrágica e irritativa.

NO olvidéis que el vértigo neurasténico nunca hace caer.

#### *Viruela*

NO olvidéis que con mucha frecuencia es difícil el diagnóstico entre la viruela y la forma grave de varicela.

NO dejéis de buscar el exantema que es morbiliforme en las piernas y escanlatiniforme y a veces petequial en la axila y el triángulo de Scarpa y aparece en las primeras horas.

NO os confiéis por el descenso de la temperatura que se observa al tercer día en los casos benignos.

NO confundáis el rash variólico con el de la escarlatina, en la que existe angina roja y purulenta.

NO olvidéis que la erupción de la viruela se hace de una sola vez, al contrario de lo que pasa en la varicela, en la que pueden existir pústulas en diferentes periodos de evolución.

NO dejéis de buscar los corpúsculos de Guarneri, en los casos dudosos.

NO olvidéis que la fórmula hematológica no se altera en la varicela, al revés de lo que pasa en la viruela.

NO olvidéis que la vacuna generalizada puede ser confundida con la viruela.

NO bañéis ni hagáis envolturas húmedas en el periodo inicial ni en el de supuración.

NO dejéis de teñir la piel con solución de permanganato de potasio que ejerce una influencia favorable sobre la supuración y la cicatrización.

NO arranquéis las costras que dejan las pústulas.

NO descuidéis el estado del corazón.

*Vómica*

- NO confundáis la vómica con la evacuación de las grandes cavernas, en la cual no hay dolor y los signos estetoscópicos son distintos.
- NO olvidéis que las más grandes vómicas son pleurales o hepáticas.
- NO confundáis el pus claro de la pleura con el achocolatado del hígado.
- NO olvidéis que en los trópicos la causa más frecuente de las vómicas es el absceso hepático.
- NO olvidéis que la pneumónica es la más frecuente de las vómicas pleurales.
- NO olvidéis la fetidez y los caracteres de la expectoración de la gangrena pulmonar.
- NO creáis que la vómica hepática es un procedimiento curativo natural; es en verdad una complicación.
- NO dejéis nunca de mandar al laboratorio el líquido de la vómica.
- NO prosigáis indefinidamente un tratamiento médico; enviad el enfermo al cirujano.
- NO confiéis en la mejoría aparente que sobreviene después de la vómica, que muchas veces es tan engañadora como la que se observa en la oclusión intestinal después de la perforación.
- NO olvidéis que en muchos casos sois responsables por el apareamiento de una vómica, por no haber sabido diagnosticar y tratar a tiempo una colección purulenta.

*Vómitos*

- NO olvidéis- que el vómito nocturno que sigue de cerca a una crisis . - de gastralgia,, obedece a la enfermedad de Reichmann.
- NO paséis inadvertidos los caracteres del vómito cerebral..
- NO confundáis el vómito alcohólico, escaso, penoso, mucoso .acompañado de pituitas, con el de los neurasténicos que solo contiene jugo gástrico.
- NO impongáis sistemáticamente' la dieta hídrica.
- NO impongáis la dieta hídrica en los niños atacados de espasmo del piloro.
- NO olvidéis que los vómitos histéricos se curan sólo con el aislamiento y la psicoterapia,, pero no apliquéis la última sin estar, seguros de que en verdad se trata de histeria.
- NO coartéis los vómitos en la uremia, los en venenamientos y las indigestiones.
- NO confundáis los vómitos cíclicos del niño con la apendicitis en la cual el aliento no huele a cloroformo, ni la orina se pone roja con el percloruro de hierro.
- NO hagáis diagnóstico de vómitos acetónicos en el niño sin haber eliminado la meningitis.
- NO olvidéis que la apendicitis y los vómitos cíclicos pueden coexistir en el mismo niño y que la evidencia de uno de esos padecimientos no debe , excluir la existencia del otro.

w

*Ricardo D. ALDUVIN..*

## REVISTA QUIRÚRGICA

*La sangre placentaria,  
fuente de transfusiones  
masivas en cirugía*

Brouskine y Farberova, de Moscou en *Sovietski Vratohébní Journal* insisten en el método de Doderlein consistente en utilizar la sangre placentaria en transfusiones. Esta sangre contiene 5 a 6.000.000 de glóbulos rojos por mmc., 90 a 120 por 100 de hemoglobina, 8 a 16.000 glóbulos blancos por mmc, fuerte tasa de calcio, gran cantidad de hormonas de origen ovariano y antehipofisario.

Siendo la cantidad de sangre perdida en cada parto de 50 gramos como mínimo, pero a menudo de 100 a 150 gramos y habiendo por término medio 40.000 nacimientos al año se pueden recoger 2.000 litros de sangre con lo que se pueden asegurar 6.000 transfusiones medias y 4.000 masivas.

La toma de sangre es muy sencilla: tan luego como el cordón se ha ligado con una pinza del lado del niño y otra del placentario y separado aquél, se punciona con todas las precauciones de asepsia el cordón placentario y se recoge la sangre en un balón estéril. Se practican

en ella todos los exámenes del caso y se guarda en una refrigeradora en un Hospital designado para el efecto. Un encargado especial verifica diariamente el estado de la sangre, desechando las descompuestas. A 4 o 6 grados se conserva bien la sangre por un mes.

Por término medio se usa sangre de 6 días pudiéndose hacerlo con las de cualquier tiempo previo examen. ¡Se puede dar sangre en una misma sesión de diversos donadores a condición de no mezclar sino la sangre del mismo grupo, nunca con las universales.

*Anestesia al Evipán sódico  
en Cirugía torácica*

P. Coryllos y S. Bass, de New York, en *Annals of Surgery* refieren 100 casos de toracoplastía practicadas por anestesia al Evipán con resultados favorables.

La presión arterial cae en los 3 primeros minutos, el pulso y respiración se aceleran; el reflejo de la tos y expectoración vuelven pronto de terminar la operación; la aspiración intratraqueal es cómoda.

Sólo notaron en el curso de la operación una ligera cianosis en 7 casos que cedió a la inhalación

del carbógeno; temblor en II casos que duró de segundos a algunos minutos; tos en 7 casos; en.-ninguno apnea o asfixia. Después de la operación: un poco de agitación en 23 casos; vómitos en 39; choc en 6; la conciencia vuelve a la media hora o algunas horas; no hubo cefalea. Afirman los autores la superioridad de esta forma de anestesia sobre todas las otras en cirugía torácica.

*A propósito de la Hipertensión arterial de origen tiroideo y de su tratamiento por la resección subtotal de la tiroides*

Barath de Budapest, en Wiener klinische Wochenschrift después de algunas consideraciones sobre las hipertiroidias y la hipertensión arterial en relación con los tratamientos médicos y quirúrgico concluye así: en la hipertensión con taquicardia sin signos de descompensación, con dilatación de la pupila y exoftalmía debe pensarse en una actividad exagerada del tiroides aun. cuando haya ausencia de aumento del metabolismo basal. En caso de haberlo confirmado la relación entre ambas y entonces la indicación operatoria es manifiesta: tiroidectomía subtotal después del tratamiento yodado. Los resultados son muy favorables.

*Cálculos de la uretra* S. Traczyk de Varsovia en Journal d'Urologie se extiende largamente sobre este punto y considera dos clases de cálculos de la uretra: migradores y autóctonos.

Los primeros vienen de las otras vías urinarias y se detienen sea en el esfínter externo, en el acodamiento bulbar, en el ángulo peno-escrotal, en el meato. El mayor número se observa en individuos con estrecheces traumáticas o inflamatorias. Para English el 41 % de cálculos se detienen en la uretra membranosa, el 19 % al nivel del bulbo, 14 % en la porción escrotal, 15 % en la porción peniana, y 11 % en la fosa navicular.

Los autóctonos se forman detrás de una estrechez o en una bolsa justa uretral, divertículo, absceso periuretral, uretrocele, jamás en una uretra normal. Esta se dilata por encima del cálculo, la estancación de orina e irritación por productos sépticos produce ulceraciones, provoca abscesos urinosos, infiltración urinosa y fistulas.

>En seis casos estudiados por el autor encontró los síntomas siguientes: dolor violento, modificación del chorro, retención más o menos completa, síntomas de uretritis crónica o de tolerancia-relativa.

Los cálculos prostáticos aparecen como los de la vejiga con síntomas parecidos.

Los otros como estrecheces.

Los diverticulares se revelan por accidentes infecciosos locales o ascendentes.

El diagnóstico se hace por medio de la palpación de la uretra por el recto o periné, por el cateterismo, por la ureteroscopia y la radiografía.

La terapéutica: hacerlos progresar con el dedo g través de la pared uretral; hacer orinar vi-

gorosamente al enfermo comprimiendo el meato; extraerlo con curetas o pinzas cuando no está muy lejos del meato; extracción bajo control del uretroscopio; sección de una estrechez por uretrotomía interna; uretrotomía externa; rechazo a la vejiga por sondas. Litotricia; a proscribirse.

Si el cálculo de la uretra prostática no puede empujarse hacia la vejiga se extraerá por las vías naturales o por una cistostomía y prostatectomía en caso de adenoma. El autor propone mejor que una sonda un lavado metro-vesical y después dilataciones al beniqué para favorecer su salida.

*Causas -y tratamiento del Choc hemolítico en el curso de transfusiones*

Hesse de Leningrad, en Bruns Beitrage zur klinischen Chirurgie ha logrado conseguir de una encuesta de 1.700 respuestas 217 casos de choc-hemolítico consecutivo a transfusiones. El 60 % de estos procedía de Alemania; el 59 % de Rusia y el 38 % de Estados Unidos.

El autor, sobre 2.360 transfusiones, observó 60 casos de choc hemolítico. Complicación de carácter grave que dio una mortalidad de 56 % de casos.

Notó 46 en donadores universales con 20 muertos o sea 43.4%. El fenómeno se produce con sangre largo tiempo conservada. En 20 casos de choc hemolítico en 10 se observó: alteraciones por elevación de temperatura 2; por desnaturalización 4; por incorporación de sangre he-

molizada 4. ye traducen por agitación, náuseas, vértigos, dolores cafálicos y lumbares, caída de presión arterial. La muerte sobrevino del segundo al cuarto día en 19 casos; del 5 al 8 en 9 casos; del 9 al 12 en 12 casos; del 14 al 19 en 4 casos.

El tratamiento consiste en una nueva transfusión desde el principio de los accidentes para disminuir la intoxicación y salvar el espasmo renal.

El suero y la adrenalina no sirven de nada; lo mismo la de-capsulación.

*Tratamiento de las quemaduras por el verde brillante*

Koritkin Novikow de Odesa en Zentralblatt fur Chirurgie preconiza el tratamiento siguiente: limpieza inmediata, untar sobre toda la superficie de la quemada una solución acuosa al 1 % de Verde Brillante; después de 3 a 5 días cambiar ésta por una solución alcohólica al mismo título. Ningún apósito: el enfermo se coloca en su cama cubierto de una gaza sostenida por barillas para impedir el contacto con la piel, perol estéril.

En 215 quemaduras, 139 de segundo grado, 76 de tercero, sólo perdió 9 enfermos; sean 4 %. La duración de estancia en cama no pasó de 15 días en 114 casos; de 15 a 30 en 55 casos y pasó de un mes sólo en 46 casos.

*Tetania post-operatoria*

A. Lachmann de Aarhus en Hospitalstidende de 12 operados de bocio simple y 15 de bocio



exoftálmico en el servicio de Fabricius Moller del Hospital de Aarhus de enero de 1934 a septiembre de 1935 y 4 pacientes presentaron tetania postoperatoria 2 de cada serie y comprobó en ellas que la caída de la calcemia es constante después de las operaciones sobre el tiroides pero mayor aún en los casos de tetania, cuyos trastornos son más intensos cuando más es la reducción de la calcemia.

Aconseja contra los accidentes agudos las inyecciones de cloruro de calcio o de gluconato por vía endovenosa. Después continúa el tratamiento dando a tomar cloruro de calcio a altas dosis, hormona paratiroidea y vitamina D.

*Mayor frecuencia y gravedad de las complicaciones pulmonares durante los meses de verano*

Turco de Cásale Monferrato en II Policlínico refiere la observación de 12 casos de complicación pulmonar post-operatoria con 6 muertes en 600 operaciones en verano de 1932. Reduciendo la actividad operatoria a lo indispensable durante los 2 meses de mayor calor tuvo sólo dos complicaciones y una muerte.

Acusa el hecho a que los enfermos se descubren cuando están en plena transpiración.

*Evolución del riñón después de extracción de cálculos del riñón, pelvis o uréter*

Marión en Journal d'Urologie se refiere a los peligros que amenazan a los enfermos después de la extracción de cálculos del riñón, de la pelvis o del uréter: Pionefrosis por vaciamiento incompleto del riñón que conduce a la nefrectomía; Esclerosis del riñón, por infección atenuada, atrofia, deforma y da a los cálices y pelvis formas atípicas; los enfermos sufren y requieren la nefrectomía; obstrucción del uréter en el sitio donde el cálculo se detuvo que provoca atrofia del riñón con fenómenos dolorosos que conducen también a la nefrectomía.

*La transfusión sanguínea como procedimiento terapéutico de las insuficiencias renales quirúrgicas* Hans Musgnug de

Heidelberg en Der Chirurg refiere que después de sus experiencias de transfusión sobre perros nefrectomizados ha hecho practicar transfusiones en 200 casos de insuficiencia renal infecciosa o espasmódica. Verificó la acción por la prueba de Volhard y dosificación de ázoe residual. La cantidad de sangre inyectada no pasó de 300 gramos y los accidentes temidos no se presentaron en los trasfundidos. S. Paredes P.

## El Quinto Aniversario de La Policlínica

La Asociación Médica Hondureña, fundada en junio de 1929 ha realizado muchas y magníficas obras de utilidad pública, de interés científico y gremial, ha servido para estrechar las relaciones amistosas entre los miembros, ha sostenido con sus propios esfuerzos la Revista Médica Hondureña por 7 años, ha cooperado abierta y decididamente por el progreso de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, prestó el servicio único de salvar la vida y levantarlo airoso al primer centro hospitalario del país; pero ningún timbre de mayor orgullo ostenta en su frente que la creación de un centro científico, dotado de los elementos indispensable para el ejercicio amplio y estrictamente sujeto a los cánones marcados por el incesante avance de la ciencia, de la medicina en sus diversas ramas: fundó LA POLICLÍNICA.

Nacida, incubada y realizada la idea en su seno; acuerpada por gran número de los socios y apoyada por casi todos, la organización financiera y técnica fue cuestión de seis meses. Personas prominentes de Tegucigalpa dieron el contingente valioso de sus nombres y suscribieron la mayor parte del capital para coronar la obra magna.

Cinco años después de su inauguración, el 1º de mayo de 1932, I contemplamos, no sin un profundo sentimiento de satisfacción y alegría nuestra institución plena de vida, de actividad científica, prestando solicita sus

servicios a todos los que llaman a sus puertas. La vemos próspera y floreciente ansiosa de ir siempre acorde con el ritmo marcado por los grandes adelantos del mundo médico, vogar por el océano bravío del medio hostil, tranquila y serena, segura de la alta misión encomendada a ella por las circunstancias ambientes y por la armonía inalterable y cordialísima de sus propietarios.

Nacida en una casa un tanto deteriorada no tanto por los años como por los malos tratos, requirió fuertes sacrificios monetarios para ser acondicionada de la mejor manera posible en la esquina de la iglesia y parque de Comayagüela entonces un tanto en abandono. El material científico se reducía a una buena instalación de Rayos X, el último modelo de la General Electric entonces llamada Víctor X Ray Corporation, encargada al Dr. Manuel Larios, quien continúa prestando en ella sus excelentes servicios. Un Laboratorio humilde a cargo del Dr. Ricardo Alduvín, quien desde el primer día empezó a mejorar aumentando el número de actividades y poniendo en práctica las últimas técnicas y métodos de examen; sirvió por 4 años espléndida y desinteresadamente. Lo sucedió en el cargo el Dr. Alfredo C. Midence, cuyo mayor mérito entre otros fue el de haber establecido definitivamente el servicio permanente de Transfusión de Sangre de manera estrictamente científica. Con mo-

tivo de viaje se vio obligado con todo su pesar y nuestro a abandonarlo tomando la Jefatura del Departamento el notable laboratorista Doctor Antonio Vidal M., quien auxiliado por competentes prácticos realiza un trabajo magnífico. Contadas son las manipulaciones de laboratorio que no sean de práctica corriente. En los últimos días se ha enriquecido con la adquisición de un aparato para Metabolismo Basal y las reacciones de Roffo, Botelho y Davis para el diagnóstico del Cáncer. Un Arsenal quirúrgico pobre al principio, es ahora algo suficiente, gracias a las diarias adquisiciones de instrumentos, para practicar cualquier clase de operaciones, con un departamento de esterilización completo y personal competente encargado de su manejo. Una Farmacia dotada de gran cantidad de medicamentos de uso corriente que prepara la mayor parte del material hipodérmico empleado con más abundancia, a cargo del Dr.

Alberto Bellucci, químico notable.

Así empezamos y evolucionamos hasta el presente, pero no hemos concluido. El principio fue negro, un personal que si bien sabía la parte técnica, dejaba mucho que desear moral y físicamente fue sustituido al fin del primer año por Hermanas de la Orden de San Francisco de Asís procedentes de Alemania y gentilmente ofrecidas y traídas por el nunca suficientemente querido y admirado Arzobispo de Tegucigalpa Monseñor Agustín Hombach, tan prematuramente desaparecido para desventura de la iglesia y pueblo hondureño.

Diez Hermanas prestan sus servicios en la actualidad: una Administradora y Jefe de enfermeras, de competencia incomparable; dos Cocineras; una Portera y 6 enfermeras de las que tres ayudan de manera eficiente en el Laboratorio, Farmacia y Rayos X.

El Director que vive en el establecimiento, ejerce también

funciones de Médico Interno, debemos el éxito y el sostén de asistido por un Practicante del mayor vigor con que cuenta la último año de Medicina. institución.

A 2.553 ascendió el número de pacientes asistidos en calidad de internos y a 5.200 los externos.

El número de partos que el primer año apenas llegó a 18, casi todos distócicos, ha ido aumentando cada día hasta alcanzar durante el último a 60, la mayor parte normales. Esto indica sencillamente la educación del público.

El progreso en el orden puramente material es incontable: reforma en los pisos, techos, aceras, jardines, lavandería, instalaciones de agua y eléctricas, aumento del número de camas de 40 a 62, transformación de antiguas puertas y ventanas, pintura al óleo por dentro y fuera, adquisición de una casa vecina de 20 varas de frente por 35 de fondo, bodegas repletas de material quirúrgico, etc.

Pero es sobre todo en el orden moral donde más claramente se ha manifestado la verdadera pujanza de La Policlínica. Fiel a sus postulados, ha caminado siempre por senderos de perfecta honestidad y apego a las reglas más estrictas de la dignidad profesional y respeto a la vida humana. En su seno han encontrado todos los facultativos la más cálida acogida, socios y no socios, y la colaboración desinteresada de cuantos la solicitaron; es a esa amistosa camaradería social y científica a quien

Un público hostile nos hizo feroz campaña desde antes de iniciar nuestras labores en forma, sin motivo alguno, sin haber recibido la más leve ofensa, pero ahora gran parte de esos mismos adversarios han doblado la cerviz ante el triunfo positivo e indiscutible bajo todos los aspectos considerables de la Casa.

Goza La Policlínica en la actualidad de un crédito envidiable tanto en el interior como fuera de las fronteras del país entre las casas comerciales, crédito auténtico demostrado por las ofertas continuas de sus productos sin condiciones de ningún género. Los primeros años lo sustentó casi exclusivamente el Tesorero de la casa P. M. don Donato Díaz Medina, Gerente del Banco de Honduras, bajo su personal responsabilidad, hasta dejar encarrilado de manera brillante el prestigio económico de la institución.

De manera evidente se ha demostrado que una de las mayores causas del triunfo nuestro se debió a la amplitud de espíritu con que iniciamos los trabajos abriendo las puertas a todos los médicos del país con la sola condición de estar debidamente incorporados a la Facultad de Medicina y de ser de conducta intachable. Todos encontraron atención y buena acogida.

La Junta General de Accionistas compuesta de 50 socios celebra sesión cada año para recibir la información detallada de

los sucesos ocurridos durante el año y para elegir nueva Junta Directiva en quien delega facultades administrativas. Ésta a su vez descansa sobre el Director Presidente de la Sociedad, quien asistido por un Administrador maneja todo el engranaje material y científico.

La Junta Directa co<sup>3t</sup> de un Presidente, dos Vocales, un Secretario y un Tesorero, todos tienen suplentes. Celebran sesión cada vez que las circunstancias lo requieren.

Las leyes y reglamentos han sido debidamente revisados y aprobados por el Gobierno de la República por medio de su Fiscal General de Hacienda.

Al celebrar este primer lustro de existencia La Policlínica no ha hecho sino reafirmar sus primitivos ideales, ya realizados en su mayor parte., y aumentarlos

con una base sólida afianzada sobre el pasado e iluminada con las antorchas resplandecientes del porvenir.

Cabe a la Asociación Médica Hondureña, Madre espiritual La Policlínica, la gloria de haberla iniciado y calentado bajo su ala protectora como a su hija-más querida. Esta corresponde ahora brindando un salón para celebrar las sesiones de aquélla con el mayor desinterés y alegría.

Sigan siempre a través de los años y de los siglos las dos instituciones cultivando los más cordiales vínculos de amistad para beneficio de ambas y positivo servicio nacional. Hallen en ellas el material disponible para el progreso de la Ciencia 5 alivio del humano dolor cuantos se embarquen en esa bella y no bilísima misión.

*S. PAREDES P.*

**r**

## LAS DEPRESIONES EN CISTOSCOPIA

Comprenden dos clases: I.—Las celdas y los divertículos. — Adquiridos, coinciden con las columnas vesicales, sus creadoras, prominencias *de* fibras musculares, que limitan las depresiones poco profundas, de bordes romos, muy irregulares, de número variable situadas en todas partes menos el trigono; bajo la dependencia de una retención crónica causante de una distensión de la vejiga; coinciden con hipertrofia de la próstata o con estrecheces uretrales; se encuentran a veces en los tabéticos o sin causa alguna atribuyéndose entonces a debilidad de la musculosa vesical.

Además de las adquiridas existen las celdas congenitales que se ven al cistoscopio como una mancha más o menos oscura, arredondeada u ovalar, limitada por bordes netos y dando el aspecto de una válvula, fondo liso, situadas en la parte lateral inferior de la vejiga, cerca de los orificios uretrales.

Cuando las celdas congenitales son de mayor tamaño se ven como mancha negra de dimensiones variables: son los divertículos. Su aspecto característico es casi inconfundible: el cistoscopio introducido en ellos deja ver un fondo liso, regular, a veces irregular, erizado de pequeñas eminencias secundarias, con cálculos o tumores vesicales sésiles o poliposos. La situación es variable pero generalmente cerca de los orificios uretrales.

II.—Lesiones ulcerosas y ulcero-vegetantes. — De diagnóstico

difícil no son reconocibles sino por el examen clínico en combinación con el cistoscopio. Son pequeñas, medias y grandes. Las primeras no pasan de 4 milímetros de diámetro, son debidas a la abertura de abscesos miliares. Las segundas son de un cuarto a medio centímetro y grandes son cuando ocupan toda una región de la vejiga. Las medias pueden aparecer como una exulceración, una erosión o una úlcera propiamente cuyo fondo está cubierto por depósitos fibrino-purulentos en aspecto de corona gris o amarillenta. Las grandes son muy variables: profundas, irregulares de superficie o de bordes o a la inversa. En la proliferación inflamatoria, son las lesiones ulcero-vegetantes. Juntamente con el estudio de las úlceras deberá hacerse el de toda la superficie vesical. Este mostrará varios casos, vejiga sana, vejiga con un poco de rubicundez difusa, vejiga con edema localizado alrededor de la úlcera y vejiga con infiltración alrededor de la úlcera caracterizada por la cistitis cerebriforme periulcerosa.

Las úlceras de la vejiga pueden ser traumáticas, parasitarias, sifilíticas, neoplásicas, por infección vanal o tuberculosa.

A.—Las úlceras traumáticas son generalmente debidas a la sonda en permanencia, a la litotricia, a un cuerpo extraño, a la fulguración de tumores, a las sondas uretrales, a la salida de un cálculo ureteral. Son peque-

ñas, de bordes irregulares, de fondo rosado. El diagnóstico se hace por la historia del enfermo.

B.—Las úlceras parasitarias se ven en la cistitis a bilharsias, son ulcero-vegetaciones; en el fondo de la úlcera aparecen formaciones botonosas que no son sino los shistosomas; las hematurias y el aspecto de numerosas eminencias pequeñas, blancas y refringentes les caracteriza.

C.—Úlceras sifilíticas de aspecto poliforme y sin caracteres definidos; son ulceraciones pequeñas de bordes y fondo rojos rodeadas de mucosa sana o bien son redondas de bordes espesos, tallados en pico, de fondo recubierto de una masa amarilla purulenta. El diagnóstico es difícil por el polimorfismo, casi imposible; sin embargo se hace porque el examen cistoscópico no permite clasificarlas en los otros grupos, por la reacción serológica y por el tratamiento específico de prueba.

D.—Úlceraciones neoplásicas.—El cancroide de la vejiga se presenta como lesión única de volumen mediano, bordes cortados, salientes y evertidos, de fondo irregular vegetante, de

color rojo grana; lesión muy limitada rodeada de mucosa sana. Cuando se trata de un tumor infiltrado ulcerado el diagnóstico es difícil; al cistoscopio se presenta como una superficie irregularmente mamelonada de color rojo con una ulceración en su centro de aspecto semejante al de la cistitis cerebriiforme pero localizada en mucosa vesical sana, pero a veces existen mismo tiempo lesiones inflamatorias y entonces sólo la biopsia y evolución resuelven el problema. E.—Úlceraciones de infección viral o tuberculosas son generalmente exulceraciones despolimios de la mucosa vesical de aspecto saliente sobre la vecindad, fondo poco excavado, superficie granuda, recubierta de una secreción muco-purulenta amarilla, adherente, que deja partes libres de color rojo suave; está limitada por un borde estrecho, levantado, uniformemente amarillento, como coronando la ulceración.

Además de estas ulceraciones típicas de tuberculosis se presentan otras variedades: la que I representa la ruptura de granu-

*r*

laciones es redonda, de bordes tallados, de fondo gris rosado, circunscrita en algunos milímetros por una zona congestiva. Las grandes tienen bordes irregulares, rasgados y desprendidos debido a la situación de las granulaciones que, separadas, han creado zonas ulceradas confluentes, de fondo variable de coloración y regularidad, a veces liso y rosado, otra blanquecino o amarillento, según las secreciones depositadas en su fondo.

También las ulceraciones por infección vanal son capaces de afectar las mismas variaciones de las tuberculosas de donde la dificultad del urólogo de hacer por el simple examen cistoscópico el diagnóstico diferencial. Pero en general la exulceración que da la impresión visual de eminencia es tuberculosa. Si están situadas en la periferia de los orificios ureterales o en el vértice de la vejiga debe pensarse igual cosa, máxime si existen al mismo tiempo granulaciones. No sucede así cuando hay edema y rubicundez de la mucosa vesical *traduciendo* una cistitis, entonces sólo la evolución de la enfermedad y el cateterismo de los uréteres están en capacidad de aclarar el diagnóstico.

*Fenómenos de válvula y de grifo en cistoscopia*

Sucede a veces que una hematuria imposibilite la exploración cistoscópica de la mucosa vesical y cuanto más se lave mayor sea aquélla. Sucede también en el curso de esos lavados

algunos fenómenos capaces de orientar al urólogo en el diagnóstico: el fenómeno de válvula consistente en que el líquido inyectado en la vejiga no regresa por el tubo lavador en cualquier orientación del cistoscopio; el fenómeno de grifo por el que el líquido regresa bien si el cistoscopio está orientado de un cierto lado pero no sale girándolo a cualquier otro lado.

Explicación: cuando existe un cuerpo extraño o pólipos en la vejiga se colocan en la luz del cistoscopio y no dejan salir el líquido, pero es necesario que sea constante para tener un valor efectivo y ser demostrable por la aspiración. Es un signo raro pero efectivo de poliposis vesical. Puede también observarse en los casos de gangrena de la mucosa vesical por idéntico mecanismo y entonces se diferencia por los síntomas clínicos.

El signo del grifo tiene parecida explicación: la luz del cistoscopio es obstruida colocándolo en un cierto lado por un tumor vesical que no deja salir el líquido pero girándolo a otro lado el tumor ya no tapa y entonces sí puede regresar aquél. Sirve además para indicar el volumen por la distancia que deba recorrer en su giro. Como el signo de la válvula este deberá ser constante para tener valor efectivo.

Los fenómenos son menos marcados cuando se usan cistoscopios lavadores a doble corriente por razones de muy fácil comprensión.

»

O. M.



## La lucha contra la propagación de infección en los hospitales infantiles

Durante mucho tiempo, los padres e incluso los médicos dudaban enviar los niños al hospital por miedo a que contrajesen alguna enfermedad infecciosa como el sarampión o la tos ferina. Este temor se justifica hoy menos, pues la disciplina en los hospitales es mucho más estricta de lo que era, pero, a pesar de todo, no deja de tener fundamento. En efecto, se sabe que, aunque existen las habitaciones individuales, el aislamiento total del enfermo no se consigue jamás. Unas veces sale para que le hagan una radiografía, otras para un reconocimiento de la nariz, de la garganta. Además tenemos las idas y venidas de los médicos, de las enfermeras y las visitas de los parientes que multiplican las causas de contagio.

Esta cuestión tiene una importancia tan grande que ha sido estudiada por la Asociación internacional de pediatría preventiva en el curso de la asamblea que celebró en el mes de

septiembre de 1935. Varios oradores, especialistas eminentes en enfermedades infantiles, mostraron el peligro y la frecuencia de los contagios en el hospital. El profesor Husler, de Munich, considera la infección interhospitalaria como el problema primordial de los hospitales infantiles. En efecto, a pesar de los reglamentos más estricto sobre desinfección de locales y de material, de la obligación de llevar blusas y máscaras, del lavado frecuente de las manos y de las restricciones aplicadas a los parientes y amigos, el contagio penetra en los servicios infantiles y se propaga.

El Dr. Robert Debré, jefe de servicio en el hospital Herold de París, ha presentado recientemente a la Academia de Medicina una memoria exponiendo el sistema que emplea para evitar el contagio en dicho hospital desde hace 18 meses y que consiste sencillamente en confiar a un ayudante especializado el cuidado de tomar ciertas medi-

das defensivas, medidas que no puede asumir el personal regular del hospital abrumado ya de trabajo.

A su llegada examina el médico todas las mañanas a los entrantes y coloca una ficha especial en cada hoja de temperatura, indicando las enfermedades contagiosas contra las que el niño está inmunizado, sea por haberlas padecido anteriormente o por haber sido vacunado, y aquellas de que se puede contagiar. De este modo, todo el pasado del niño, en lo que se refiere a las enfermedades contagiosas, está sistemáticamente consignado. En segundo lugar, el ayudante se informa de los acontecimientos ocurridos durante el día y la noche que pudieran exponer al niño al contagio.

Para diagnosticar la difteria y la escarlatina, el especialista practica las reacciones de Schick y de Dick. Procede del mismo modo para la tos ferina contra la cual se recurre al cultivo del bacilo de Bordet-Gengou.

Cuando se trata de niños a los que se supone portadores de gérmenes de difteria, la cuestión se complica. No es extraño, en efecto, hallar en la garganta de los sospechosos bacilos pseudodiftéricos que se parecen al verdadero bacilo y que ni las experiencias por medio de tinturas, ni los exámenes microscópicos puedan identificar con seguridad. Solamente se obtiene una conclusión decisiva inoculando estos bacilos al conejo de indias.

Obtenidos así los datos necesarios, el médico actúa inmunizando a los expuestos al contagio. Si un niño está expuesto a contraer por ejemplo el sarampión, se le pone una inyección de suero de un convaleciente. También se puede aplicar este sistema a los niños expuestos a contraer la tos ferina o la parálisis infantil.

En el hospital Herold ha dado tan buenos resultados este sistema que, en quince meses, de 677 niños que estuvieron en contacto con un niño atacado de sarampión únicamente 20 contrajeron la enfermedad. Esto sucedía al comienzo de la organización; hoy es **muy** raro que el sarampión se propague en el hospital.

La vigilancia de que ha sido objeto el niño en el hospital continúa cuando ha salido de él. En efecto, puede ser trasladado a un?, casa de convalecencia y contraer una enfermedad infecciosa en el camino. El ayudante especializado del hospital Herold avisa al médico de cabecera o al médico inspector de la institución donde se traslada al niño, en cuanto se presenta el menor síntoma de tal o cual enfermedad contagiosa, atenuada sin embargo por la seroprevención.

El profesor Debré ha comprobado el singular valor educativo de su esfuerzo. No solamente el personal de su hospital sino también los padres de los pequeños enfermos han comprendido la importancia de ciertas precauciones elementales en la lucha contra las infecciones nos-

pitalarias. Tiene tal confianza en su sistema que no teme decir que el servicio de lucha contra el contagio hospitalario llegará a ser un engranaje tan indispensable en los hospitales in-

fantiles como la organización del servicio social.

(Comunicado por la Secretaría de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, 12, rue Newton, Paris XVI.)

## DIETÉTICA DE LA FIEBRE TIFOIDEA

(Concluye)

Personalmente creemos que en Córdoba predomina la fiebre tifoidea con constipación probablemente porque la constipación es un estado predominante en la población sana.

Finalmente no debe olvidarse que la tifoidea transcurre con un substratum anatómico susceptible ú.3 dar complicaciones muy graves y aún mortales — enterorragia y perforación— en cuyo mecanismo de producción la alimentación puede cumplir un papel de causa o de colaboración. Este concepto justifica, para los más, la institución de la dieta líquida o semi-líquida, pero ha sido rebatida por algunos dietólogos. Jochmann-Hegler (2), recuerdan que Barrs y Fr. von Mueller introdujeron la dieta mixta en el tratamiento de la tifoidea y que las enterorragias y perforaciones no han aumentado bajo su influencia. Esta discrepancia sobre la consistencia y acción de la dieta puede tener importancia desde el punto de vista patogénico de las enterorragias y perforaciones intestinales, pero desde el punto de vista práctico no la tiene tanto. "En efecto, el valor calórico de la dieta mixta puede

alcanzarse con la dieta líquida y mejor con la semi-líquida, ésta, siendo abundante en hidrato de Carbono, alcanza a evitar la desintegración proteica que apareja la fiebre sin que, en consecuencia, sean indispensables los grandes aportes proteicos que algunos propugnan.

Estas discrepancias de fondo se acompañan con discrepancias de detalle; así, hay quien realiza la alimentación de los tifóidicos con leche y alimentos preparados con leche y quien la proscriba en toda forma y dosis. Pero al margen de estas discrepancias y sin dejar de tomarlas en cuenta, aparece lógico que la dietética racional de la fiebre tifoidea responda a estas directivas:

1. Debe ser suficiente para el sujeto en sí y para la naturaleza febril de la enfermedad.
2. Debe ser predominantemente glúcida para contribuir a la protección celular y a la protección del órgano frecuentemente afectados por la enfermedad: hígado suprarrenales, corazón.
3. Debe ser de fácil realiza;

cion para evitar la fatiga y no mantener la astenia. 4. Debe procurar el reposo del órgano enfermo —el intestino— buscando al mismo tiempo normalizar sus funciones (constipación, diarrea.

Dentro de estas directivas mentales y sólo para algunos casos, sin duda numéricamente los menos, es aceptable la alimentación mixta, uno de cuyos esquemas pertenece a schottmueller.

Las indicaciones formuladas por los autores pueden sintetizarse en forma práctica, tal cual lo hacemos aquí.

*Indicaciones de Franck (3):*

P semana: té sin leche: Pequeñas cantidades de leche pura. Pequeñas cantidades de viento. Agua corriente

2\* semana: sopas mucilaginosas y harinas para niño (Nestle Harinas de avena, de cebada, de sagú, de sémola, de arroz

\* semana: Momentos de las enterorragias y perforaciones.

Caso de enterorragia: ayuno, hidratación (sueros)

No hay enterorragia: mantener las indicaciones de la semana anterior y a medida que se instala la apirexia, prescribir; carnes rojas y blancas, pescado, legumbre, hasta alcanzar el régimen normal.

En cualquier momento de la enfermedad puede utilizarse:

a) Contra la astenia: café con centrado o la mixtura de Stokes. Esta mixtura tiene dos fórmulas.

1) Yemas de huevo ...	2
Jarabe de cinamomo	60 grs.
Alcohol .....	60 „
agua destilada, c.	
s. p.....	200 „
2t yema de huevo ...	1
Alcohol.....	50 grs.
Jarabe simple ....	30 „
Agua destilada, c.	
s. p.....	150 „

b) Contra la anorexia: caldo de carne con Sanatogen o So matóse. Yemas de huevo. Gelatina de carne. Pan biz cochado.

c) Contra la constipación: zumos frescos de fruta con Dextropur.

*Indicaciones de Salomón (4):*

Antes de la tercera semana, las indicaciones son las propias de toda enfermedad febril aguda, las que cambian cuando aparecen las lesiones ulcerosas del 'intestino.

Salomón, fiel a su concepción de los beneficios del régimen esoriático y a la trascendencia del estreñimiento, destaca que es necesario evitar que las heces sean de consistencia dura; por eso rechaza la leche que actúa favoreciendo la formación de escibalos; por lo mismo indica platos con celulosa.

La enumeración dietética comprendería:

Sopas, cremas haladas, jugos de tomate budines de gelatina,

18 horas: 1 vaso de leche, 2 tostadas mojadas en la leche. Huevos pasados por agua, caldo con yemas de huevo, puré de tomates, puré de papas, puré de espinacas, compotas de cereza, de duraznos, de manzanas; fruta fresca tamizada, peras, durazno, cerezas, bananas, jugos de frutas.

*Indicaciones de Box (5):*

Mientras dure la fiebre, cada 24 horas consumir:

125 gramos de leche cada 2 horas; 1.500 en total.

Agua fría con jugo de frutas y azúcar en los intervalos de las tomas de leche.

500 gramos de caldo de carne, distribuidos en el día.

Si hay buena tolerancia y buen apetito, se puede agregar:

Crema de leche, con las dosis de leche.

Azúcar con los jugos de frutas; preferir la glucosa y mejor aún la lactosa que no es fermentescible.

Durante la convalecencia y no habiendo fiebre:

Agregar las carnes.

Poco a poco se alcanza la dieta mixta normal. En ningún momento dar bebidas con ácido carbónico.

*Indicaciones de Robín (6) :*

Durante todo el período de la enfermedad, ^incluso la convalecencia:

Leche: 2-3 litros por día, en fracciones iguales, suministradas cada 3 o 4 horas.

Se puede agregar, según sean las necesidades:

Caldo de carne o pollo: un litro para las 24 horas o pequeñas comidas como la siguiente:

Una harina con leche.

Una yema de huevo.

Un aviso de gelatina de carne.

O jugo de carne fresca.

O también:

Carne cruda raspada finamente.

*Bebidas:*

Agua vinosa; agua con cognac; jarabe de grosellas o de frambuesa; aguas minerales gaseosas (contraindicadas por la mayoría a causa de que acen-túan el timpanismo).

*Indicaciones de Borntraeger y Schall (7) :*

6 horas: 1 vaso de leche, 2 tostadas mojadas en leche.

8 horas: 1 plato de sopas de fideos, con yema de huevo y crema de leche y trocitos de carne hervida o asada previamente.

10 horas: puré de sémola con compota; 1 vaso de leche.

12 horas: caldo de carne con yema de huevo. Crema de leche batida con jugo de frutas. Dos tostadas blandas.

14 horas: huevos revueltos con trocitos de jamón. Ensalada verde; 1 vaso de leche.

16 horas: 1 plato de arroz con leche y los agregados señalados a las 8 horas.

20 horas: 1 vaso de jugos de frutas. Compota.

*Indicaciones de Siemens (8):*

Especialmente para enfermos con tendencia a vómitos:

Jugo de carne, 500 ce. al día, repartidos.

Azúcar, 250 gr. al día, repartidos.

Jugo fresco de limón, 20 grs. al día, repartidos.

Cognac, 20 grs. al día, repartidos.

Yemas de huevo: 3, con las dosis fraccionadas de cognac.

Agua natural y vino tinto.

*Indicaciones de Schottmueller (9):*

Realiza el tipo de dieta mixta; requiere, indudablemente, que el enfermo goce de buen apetito, de gran tolerancia y de poca asntenia. En estas condiciones no se comprende bien cuál sea la finalidad práctica de un régimen de este tipo imponiéndolo a las ventajas de los regímenes de papilla o semillquidos.

Comprende por cada 24 horas:

Leche, 1.000 a 1.500 ce. Nata,

250 ce. Pan tostado o

biscochado, 100

grs.

Huevos: 4. Manteca, 100

grs. Azúcar, 50 gr.s Carne,

150 grs. Verduras frescas,

100 grs.

Los 100 gramos de pan tostado o de bizcocho pueden ser substituidos por igual cantidad de sémola, arroz, avena, sagú, maicena, en forma de puré.

Por nuestra parte sólo estamos autorizados a decir que muchos oponen gran resistencia a alimentarse durante casi toda la enfermedad, que subjetivamente soportan mal la leche y que aceptan mejor las harinas, preparadas con agua y azúcar; porciones de puré, vino con yemas de huevo, bizcochos blandos mojados en leche o caldo, compotas y jugos de fruta. Pocas veces hemos encontrado oportunidad y facilidad de instituir una alimentación, con carne, tortillas, croquetas y otros platos que exigen masticación.

La constipación nos parece favorablemente influenciada por los jugos de frutas, las compotas y, sobre todo, por la miel y agua con miel.

*BIBLIOGRAFÍA*

(1) Box R. Ch. — British Med. Journal. N<sup>o</sup> 3871, 16-111-1935.

(2) Jochmann G. Heder. — Trat. Enf. Inf. E. Labor, 1935.

(3) Frank R. — Trat. Diet. Modernos. Ed. Labor, 1935.

(4) Salomón H. — Nuevo Concept. del Trat. Diet. de las Enf. Ed. Ateneo, Buenos Aires, 1935.

(5) Box R. Ch. — Loe. cit,

(6) Enriquez y Weil. — Trat. de Pat. Inf. Ed. Salvat, 1927.

(7) Borntraeger-Schall. — Diätvorschriften. VII Edición. Ed. K. Kabitsch. Leipzig, 1934.

(8) Ziemsen.— En Jochmann-Hegler, loe. cit.

(9) Schottmueller. — En Jochmann-Hegler, loe. cit.

*(Del Día Médico)*

## Un caso de Leucemia Mieloide Infantil

Los casos de leucemia, y sobre todo de leucemia mieloide son muy raros entre nosotros. El caso cuya observación voy a presentar y que fue recogido en mi Servicio, por el Br. Marcial Cáceres Vigil, tiene en mi concepto la importancia:

19—Que se trata de una niña de 10 años. En los niños la leucemia mieloide es muy rara.

29—Que la única enfermedad a la cual podemos atribuir alguna influencia en el pasado etiológico de nuestra enfermita, es el paludismo crónico. Las otras dos causas principales a las cuales se les ha atribuido valor etiológico en la leucemia, la sífilis y la tuberculosis, fueron descartadas cuidadosamente en este caso.

30—La influencia del tratamiento antipalúdico, que ha hecho desaparecer la fiebre y disminuir los glóbulos blancos así como la hipertrofia del hígado y bazo.

### *Observación*

Juana Dolores Zúniga, de diez años de edad, soltera, originaria de Nueva Armenia, llega al Servicio de Niños a cargo del Dr. Antonio Vidal el día 21 de abril. quejándose de calenturas e inflamación del bazo.

### *Historia de la enfermedad*

Acusa la enferma, que hace aproximadamente dos años que notó su familia y ella que el bazo estaba inflamado y que al to-

cárselo le dolía; manifiesta así mismo que desde esa misma fecha pudo observar que la piel le ponía amarilla; que hace dos meses tuvo una hemorragia nasal muy abundante que le duró algunas horas, y que después esa fecha ha tenido tres hemorragias nasales, pero menos abundantes que la primera agrega que todas esas pérdidas sanguíneas han ido acompañadas de calenturas; también le queja la enferma de dolores debajo el reborde costal derecho.

### *Antecedentes personales*

Ha padecido de sarampión, una tos que le duró varios días y de fríos y calenturas, : éstas últimas se acuerda, que de la primera no, porque 9 taba muy pequeña, que sabe que las padeció por su familia.

### *Antecedentes hereditario\**

Sus padres viven; su padre oído decir que padece de los riñones, y su madre de fríos y calenturas; (tiene seis hermanos] todos son sanos).

### *Síntomas subjetivos*

Debilidad general, mareos sofocación al menor esfuerzo.

### *Síntomas objetivos*

Enferma de constitución raquítica, color pálido de la piel desnutrida.

*Aparato Circulatorio.* — Aparentemente normal. (Presión arterial: Mx., 9; Mn., 4V<sub>2</sub>).

*Aparato digestivo.* — Dientes en mal estado (caries); lengua saburral. amígdalas hipertrofiadas, la derecha presenta una cripta, hay conservación del apetito; hace dos o tres deposiciones al día.

*Aparato Respiratorio.* — Normal.

*Aparato Génito-urinario.* — Normal.

*Sistema Nervioso.*—Normal.

*BUZO.* — *Inspección.* — El examen visual pone de manifiesto un abultamiento de todo el lado izquierdo de la base del tórax, ensanchada y desviada hacia fuera. — *Palpación:* A la palpación del hipocondrio y del vacío izquierdo, se encuentra una tumoración, formada por el bazo cuyo contorno no es regular, sino dentado; su segmento inferior llega hacia la fosa ilíaca izquierda a dos traveses de dedo de la cresta iliaca; es ligeramente movable, una mano colocada posteriormente en la región lumbar izquierda lo rechaza hacia delante contra la mano aplicada al vacío izquierdo: por delante sobre pasa dos traveses de dedo el ombligo. — *Percusión:* Hay macidez absoluta de todo el vacío izquierdo,

prolongándose hasta el nivel del tórax, sin interposición de zona sonora. — *Mensuración:* Mide en longitud 32 y<sub>2</sub> cm.; anchura, 29 cm.

*Higado.*—Aumentado de volumen; es percutable desde el sexto espacio intercostal derecho hasta tres traveses de dedo del reborde costal; es doloroso a la presión.

*Temperatura.* — La temperatura desde el día que fue internada fluctúa entre 36<?.6 379.5, verificándose esta pequeña elevación por la tarde.

*Pulso.* — 90 pulsaciones por minuto.

*Respiraciones.*—24 por minuto.

*Exámenes de Laboratorio*

Heces fecales: Positivo, ascárides.

Orina: albúmina, glucosa y pigmentos biliares: Negativo. — Dosificación del ácido úrico: 1.60.

Examen de Rayos X: Fluroscopía: Pulmones normales.

*Examen de sangre:* El primer recuento globular verificado el día 22 de abril fue: G. Rojos: 1.928.000; G. Blancos: 289.000; el verificado el 4 de mayo: G. Rojos, 2.184.00; G. Blancos, 231.00. Negativo por Hematozoario.

*Fórmula Leucocitaria*

Polinucleares neutrófilos.....	55%
eosinófilos .....	0.25%
basófilos.....	0%
Linfocitos grandes.....	3.75%
pequeños .....	3%
Premielocitos neutrófilos .....	-1.5%
eosinófilos .....	• 0.50%



Mielocitos neutrófilos .....	18.75%
eosinófilos .....	1%
Metamielocitos neutrófilos.....	11.50%
basófilos .....	0.50%
Mielocitos tóxicos .....	0.50%
Mieloblastos .....	2.25%
Monocitos granulares.....	1.50%
Macronormoblastos.....	1.25
Normoblastos .....	19.75
Megaloblastos .....	0.75
Hay microcitos, megalocitos, y poikilocitos.	

*Diagnóstico:*—En este caso se ha formulado el diagnóstico de Leucemia mielógena: 19—Por el aumento considerado de los glóbulos blancos; 29—Presencia de mielocitos en sus diferentes variedades ; 39—Disminución considerable de los glóbulos rojos y presencia de normoblastos que indican la anemia plástica concomitante; 49—¿La hipertrofia considerable del bazo; 5?—La hipertrofia del hígado; 29—La hipertrofia de las amígdalas; 79—Por las epistaxis que manifiesta la enferma haber padecido hace aproximadamente tres

meses; 8?—Por su estado general precario, pérdida de fuerza, sofocación al menor esfuerzo, con flacidez y enflaquecimiento; 99—Por la fiebre que ha presentado la enferma, habiéndose descartado el Paludismo y otras infecciones y 10.—Por la reacción fuertemente acida de la orina, y por la dosificación del ácido úrico que dio 1.60 en lugar de 0.50 cifra" normal.

*Antonio VIDAL.*

Tagucigalpa, 27 de mayo de 1937.

**r**

## LA ESTRILIZACION EUGENICA DE DEGENERADOS Y CRIMINALES

*Por el Dr. ARIOSTO LICURZI, Profesor de Medicina Legal en la Universidad de Córdoba*

La primera esterilización humana, con fines eugenésicos, autorizada por el Estado, se llevó a cabo en Indiana (EE. UU.) el año 1899. Pero recién ocho años más tarde, en 1907, la legislatura aprobó la ley de esterilización que aún rige en aquel Estado.

Esto constituyó un avance extraordinario en las reformas sociales de aquel país, cuya característica saliente era la contradicción desconcertante entre sus costumbres y sus leyes.

En los treinta años que corrieron desde que se sancionara aquella primera ley de esterilización obligatoria, los principios de la eugénica y de la defensa social evolucionaron con innegable ritmo. Y, condicionada con aquellos principios, la idea de la esterilización se acreditó cada vez mejor, entre los demás mé-

todos de lucha para realizar el ideal del mejoramiento y bienestar humano.

Es así que nuevas leyes -similares fueron poco a poco sancionadas en 28 Estados norteamericanos más y de muchos otros países de Europa y América, variando sólo detalles técnicos o de procedimiento, pero respondientes todas a una idéntica estructura esencial.

Actualmente existen leyes de esterilización eugenésica en veintiocho Estados norteamericanos, en las provincias de Alberta y Columbia Británica (Canadá) ; en el Estado de Veracruz (Méjico) Cantón de Vaud (Suiza); Estado libre de Danzig; Dinamarca, Noruega, Suecia, Alemania, Checoslovaquia, Lituania y Nueva Zelandia.

Complexivamente estos países que viven bajo las *leyes* de esterilización constituyen una población de 170 millones de habitantes.

En Estados Unidos —que es donde más favor público mereció la iniciativa— en treinta años fueron esterilizadas más de veinte mil personas, como puede verse en el cuadro siguiente:

Estados	Varones	Mujeres	Totales
Alabama . . . . .	124	86	210
Arizona . . . . .	10	10	20
California . . . . .	5,147	4,784	9,931
Connecticut . . . . .	19	372	391
Delaware . . . . .	218	184	402
Idaho . . . . .	4	10	14
Indiana . . . . .	218	135	353
Iowa . . . . .	57	38	95
Kansas . . . . .	839	523	1,362
Maine . . . . .	7	78	85
Michigan . . . . .	307	932	1,239
Minnesota . . . . .	113	858	971
Mississippi . . . . .	27	136	163
Montana . . . . .	33	52	85
Nebraska . . . . .	112	164	276
New Hampshire . . . . .	29	170	199
New York* . . . . .	1	41	42
North Carolina . . . . .	29	85	114
North Dakota . . . . .	60	90	150
Oklahoma . . . . .	1	7	8
Oregón . . . . .	309	649	957
South Dakota . . . . .	74	141	215
Utah . . . . .	44	41	85
Vermont . . . . .	32	65	97
Virginia . . . . .	755	1,159	1,914
Washington . . . . .	6	24	30
West Virginia . . . . .	0	10	10
Wisconsin . . . . .	69	576	645
	8,644	11,419	20,063

\* La Ley de esterilización del Estado de New York fue declarada inconstitucional en 1918.

Estas son las cifras oficiales, hasta el año pasado. Pero, "conviene agregar, como bien 3o dice el Doctor Dopenoe en un bre-

ve estudio recientemente publicado en Forum, que en muchas instituciones oficiales se llevan a cabo gran número de estera-

lizaciones con concentimiento del paciente sano, donde no existe la correspondiente ley."

Esto ocurre también en otros países, inclusive el nuestro, si bien con poca frecuencia, sin dar publicidad; y por lo tanto las estadísticas no aparecen aumentadas.

Es interesante recordar las características fundamentales de estructura y aplicación de esas leyes en los principales países. Empecemos por los "*Acts to prevent Procreation of Confirmed Crimináis, Idiots, Imbéciles and Rapists*" del Estado de Indiana, cuyo texto traduzco fielmente:

"Teniendo en cuenta que la herencia ocupa el lugar más importante en la transmisión de la tendencia al delito, la idiotez y la imbecilidad: se provee, con la presente ley a impedir la procreación de los criminales recidivantes, de los idiotas y de los estupradores. Los directores y los superintendentes de los Insjs penales donde se hallan recluidos tales individuos, nombrarán una comisión de peritos, compuesta de dos médicos especialistas, la cual deberá examinar el estado psíquico de los recluidos.

"Dicha comisión, de la que formarán parte el Médico, el Director y el Superintendente del Instituto, elegirá dos cirujanos de reconocida capacidad. Cuando la comisión haya establecido que las condiciones físicas y mentales del individuo en examen, aconsejen evitar la descendencia, los cirujanos efectuarán el acto operatorio necesario."

*Suiza.* — En el Cantón federal de Vaud, la ley autoriza la esterilización de los enfermos mentales incurables." Cuándo se haya comprobado que una persona atacada de enfermedad mental reconocida incurable, no puede tener sino una descendencia deficiente, dicha persona puede ser objeto de medidas de orden médico para impedir la sobrevivencia de la prole. -Sin embargo, estas medidas no podrán ser ordenadas sino mediante preaviso conforme de los médicos y con la decisión del Consejo de Sanidad.

Para los alcoholistas, morfínomanos y eterómanos, la ley expresada deja libertad a los médicos en cuanto a métodos operativos y oportunidad. El pedido de esterilización puede hacerlo la familia, el tutor o bien los institutos locales.

En *Dinamarca y Noruega*, para los autores de estupro violento y abusos sobre criaturas., la ley autoriza la *castración* —por considerar a aquellos sujetos, muy peligrosos desde el punto de vista de las recidivas en delitos de sexo.

Se observó en los casos así tratados, que después del acto quirúrgico mutilante, que tiene fines curativos, no de castigo, el instinto genésico se normaliza.

La ley de *Finlandia* —13 de junio de 1934 es la más reciente y autoriza la esterilización obligatoria de los deficientes "afectados de enfermedades mentales, cuando existe el peligro de transmisión hereditaria, o incapacidad -para cuidar y mantener la prole." Para los autores de delitos sexuales repetidos, estable-

ce la castración. El paciente puede pedir su propia esterilización o castración en caso de peligro hereditario o de excesivo estímulo morboso de los instintos sexuales.

Cemo se ve, poca diferencia substancial hay entre la primitiva de Indiana a la más reciente, la finlandesa.

*Ley alemana.* — La ley alemana —cuyo texto íntegro fielmente traducido, daré al final de este trabajo, como apéndice, pues considero muy conveniente que los médicos la conozcan para fundar mejor sus críticas o su aprobación— es quizás la única ley de esta naturaleza que ha despertado clamorosas diatribas —no en Alemania, donde las iniciativas del gobierno no pueden ser discutidas (lo mismo que en todos los países gobernados por dictaduras)— sino fuera de sus fronteras. En nuestro país se discutió también animadamente.

#### *Eugénica y política*

En realidad, al criticar, no se detenían en analizar sus fundamentos y señalar sus defectos. La ley como instrumento jurídico no interesaba: era el temor de que pudiese transformarse en instrumento político. Conocida ¡a violenta campaña de "depuración" racial, se temió que la voluptuosidad de un arianismo hoy imposible de reconstituir en estado de pureza étnica y antropológica, pudiese cometer, con furia exterminadora, el peligroso error de una mutilación colectiva. Sería realmente grave error ¡invocar los principios de las leyes mendelianas para cali-

ficar como inferior a toda una raza o una clase social.

Este temor al mito ario, era en todos los ambientes de cultura liberal, una violenta reacción contra la acción violenta. Esta reacción exaltó los ánimos morbosamente, impidiendo así ■que la ley alemana de esterilización pudiera ser examinada con la serenidad y reflexión que se requiere frente a todas las grandes iniciativas sociológicas.

El ensayo de la esterilización humana, como medida eugénica, sin proyecciones penalistas y sin sujeción a sectarismos o fanatismo raciales, constituye un progreso metodológico importantísimo para la defensa social frente a hereditarias tendencias criminales.

Pero es un problema demasiado grave, que no puede resolverse como una experiencia de zootécnica ya que, aparte del imperfecto conocimiento de las leyes de la herencia biológica, entran en juego grandes y diversos intereses materiales, filosóficos, morales, políticos y espirituales que dificultan la solución.

Contra la esterilización se levantaron airados, filósofos y políticos; es decir, los que menos comprendían la función social de la herencia biológica y los peligros sociales de la degeneración; sólo comprenden algunos de sus aspectos.

Habría que recordarles el razonamiento de Roger Collard y Main de Biran respecto de la locura: "¿Quién es capaz —decían— de conocer el estado de alienación?—El médico.—¿Quién es capaz de aplicar la ley —El magistrado —contestaba—. I

El médico y el magistrado son los únicos que debían dirigir la discusión del difícil problema de la esterilización, porque ambos comprenden los únicos fundamentos efectivos mediatos e inmediatos que lo regulan: el biológico-social y el jurídico-social.

Se discutió desde la tribuna y el pulpito. Desde la tribuna, filósofos, sociólogos, políticos sectarios, han gritado sus dictionarios y sus imprecaciones porque la esterilización lesiona un principio abstracto; los derechos individuales. Desde el pulpito partía el anatema, porque se violaba la integridad del hombre creado por Dios.

Los principios abstractos —cada vez más abstractos— de los derechos individuales, forzosamente tienen que ser revalorizados, a la luz de las nuevas orientaciones histórico-sociológicas.

Antes de toda otra cosa, conviene insistir que tratamos de la esterilización de tarados graves y de ciertos delincuentes; y con ello no se pretende elevar el nivel de la raza, sino impedir en lo posible su empeoramiento. (Ciampolini).

Las investigaciones de J. Lange, le permiten a este autor dos afirmaciones importantísimas: 1. Mas del 20 por ciento de los criminales son débiles mentales hereditarios; 2. La criminalidad —y particularmente la de los criminales habituados—, nace esencialmente sobre un terreno de predisposición desfavorable." Y en cuanto a delincuentes sexuales, agrega: "La anormalidad sexual conduce a actos delictuosos, sólo cuando va asociada a

debilidad mental u otras condiciones psico-patológicas." (1).

Los interesantísimos trabajos de von Baeyer sobre los elementos hereditarios caracterológicos, las disposiciones hereditarias y el modo de las combinaciones que produce la tendencia de mentirosos y estafadores psicopáticos—, demuestran que no se hereda todo el cuadro total sólo algunas tendencias.

Yo creo que, gran influencia juega el ambiente para que aparezcan algunas tendencias delictuosas en lugar de otras. Quiero decir que se hereda una tendencia general psicopática-criminógena, no una tendencia específica. Viviendo en un ambiente de mentirosos o estafadores, se termina por mentir o estafar.

*La oposición filosófico-social*  
Analicemos, brevemente, las principales cuestiones y los fundamentos jurídico-filosóficos y religiosos que se oponen a la esterilización eugénica. Empecemos por la cuestión filosófico-social.

¿Puede, el Estado, "agredir" al individuo, mutilarlo o privarlo de alguna de sus funciones inherentes a la vida humana integral, en nombre de un bien colectivo imprecisable? ¿Puede la sociedad —o sea el Estado— erigirse en censor —ya sea con finalidad emendativa, reguladora o correctora (no punitiva)— y modificar las funciones sexuales de los individuos?

(1) J. Lange: *Zeit f. Gestrop.* V. 5. 1935. Congreso de Penitenciarías. Berlín, agosto 1935.

Una aclaración precisa en este caso, vale una respuesta precisa. No se trata de suprimir la capacidad para un acto fisiológico normal, con la esterilización. Lo que se suprime o se quiere evitar, son las consecuencias Biológico-sociales de aquella función. La capacidad sexual, como acto fisiológico, sólo concierne al individuo —como la función digestiva o la respiratoria—, y la sociedad no tendría, en la mayoría de los casos, ni interés ni conveniencia en quererla evitar. Pero, cuando de ahí puede caer sobre otros individuos un estado morboso psico-sexual o psico-degenerado, la sociedad intenta, con sus innovaciones legales, suprimir o modificar dicha función.

Es una aspiración de todos y un deber de los directores de la sociedad humana, evitar que la degeneración se perpetúe y se propague.

Las causas de la degeneración humana son múltiples, muchas desconocidas, otras inatacables, algunas susceptibles de ser influenciadas útilmente. Ya que no sabemos ni podemos evitarlas y combatirlas todas, ¿por qué no intentar la reducción de sus efectos desastrosos, con providencias e innovaciones legales capaces de canalizar los recursos biológicos de la sociedad? ¿O es que le conviene a la colectividad que haya psico-degenerados que puedan agredirla y agraviarla en toda forma? ¿Le conviene a algún padre que sus hijos sean víctimas de ultraje por un degenerado? ¿Que sus hijas ultrajadas sean violadas y fecundadas por un monstruo, en-

fermo, inconsciente, sólo gobernado por los instintos inferiores morbosamente amenazantes? El degenerado psico-sexual, no ofrece sólo el peligro directo en relación a la capacidad sexual fecundativa. Una tara grave, trastorna aún el equilibrio de todas las actividades psico-morales del individuo. Un bío cerebropático, aunque nunca haya motivado un proceso, lleva siempre en sí mismo la posibilidad de delitos graves. Es un criminal en potencia. Y, lo menos que puede hacerse con él, es ponerlo en condiciones que no le permitan perpetuar su degradación. Los degenerados y los locos, como los criminales, suelen ofrecer un elevado índice de capacidad fecundativa, en la juventud. Ofrecen también una elevada impulsividad sexual.

Cuando se investiga la biografía de los grandes criminales se comprueba con regularidad casi, constante, que éstos, empezando desde precozmente, habían cometido muchos actos antisociales, moralmente y penalmente importantes, antes del episodio criminal grave que los "retiró de la circulación," cerrando un ciclo importante en la biología del delincuente.

Locos y criminales, una vez recluidos, pasan a una etapa de infecundidad forzosa, y la sociedad podrá sentirse relativamente tranquila mientras aquéllos estén aislados. Con los degenerados y asociales —que, generalmente, permanecen libres o al cuidado de sus familiares, el peligro no desaparece. Al contrario, es siempre actual; a menos que se los esterilice.

*Problema endocrínico*

Pero la esterilización de estos sujetos, como medida preventiva y eugénica, es resistida. Se invocan hasta fundamentos biológicos, si bien inoportunamente: la correlación endocrina de las glándulas sexuales en el desarrollo general. La objeción, en verdad, es muy seria, pero no tiene valor real. En primer lugar, porque los delitos de estos degenerados, generalmente ocurren cuando ya el sujeto ha alcanzado su desarrollo; es decir, en plena juventud, edad en que la correlación hormonal debe haberse realizado, si factores patológicos, tóxicos, infecciosos o de otro origen, no la han obstaculizado o desviado de su línea normal de evolución.

Pocas veces nos hallamos frente a grandes crímenes realizados por menores antes de la pubertad. Mientras son frecuentes en el mismo período prepupal, los actos varios de delincuencia menuda, —así se forman delincuentes habituales—, particularmente delitos contra la propiedad, ya sean cometidos por los niños aisladamente, ya en pandillas o agrupaciones de menores delincuentes, muchas veces manejados o dirigidos por adultos, particularmente por viejas prostitutas.

Por lo tanto, los trastornos graves, por disendocrinismo artificial, creado por la esterilización, no tendrían que temerse. Pero quiero insistir en hechos más importantes: se ha comprobado que la esterilización de menores delincuentes ha dado resultados prácticamente inespe-

rados: ha mejorado la psiquis anormal, modificando instintos impulsivos, tendencias a la vagancia, al robo, a la mentira. Ha rectificado, en términos generales, la personalidad morbosa del pequeño delincuente antes que dañar su desarrollo normalopsíquico.

El profesor N. Naville en "Journal de Medicine Legal" de Lyon, 1935, reconoce también los resultados muy buenos obtenidos en deficientes mentales con la esterilización y castración con fines curativo o preventivo con consentimiento, basándose en propias observaciones, en estadísticas de Suiza, Dinamarca, Suecia, Noruega y Alemania. "En los recidivantes peligrosos y anormales sexuales, afirma, el procedimiento hace desaparecer los deseos morbosos sin perjudicar la salud física y mental."

La razón más seria por tanto, que los adversarios de la esterilización habían magnificado, queda reducida a una afirmación teórica, sin excesivo valor en la práctica.

*La oposición filosófico-religiosa*

De la tribuna nos señalan el pulpito, opositor iracundo.

Llegamos así frente a la última razón: la resistencia filosófico-religiosa. Las razones de carácter religioso no podemos discutir las. Porque los principios dogmáticos no admiten ni resisten la discusión, fuera del ambiente y de los métodos eclesiásticos.

La Iglesia católica no admite la esterilización.?» La encíclica



del 31 de diciembre de 1931, de Pío XI, *Casti Connubii* es clara y terminante, contra todo el programa de los eugenistas, "que llega aún a anteponer la eugénica a cualquier otro fin, aún el orden más elevado, y pretenden que la autoridad pública prohíba el matrimonio a todos aquellos que, según los procedimientos de la propia ciencia y sus conjeturas, creen que, por vía de transmisión hereditaria podrán engendrar prole defectuosa."

"...Los magistrados públicos no tienen poder sobre el cuerpo de sus subditos, y de ahí que, mientras no ha habido algún crimen y no existe una causa presente para grave castigo, ellos no pueden nunca, directamente dañar o alterar la integridad del cuerpo, ya sea por razones eugénicas o por cualquier otra razón."

Esto es tan categórico que no se puede discutir. Queriendo, claro está, no faltarían materiales de prueba para demostrar que la esterilización no ofende ni a la moral religiosa ni a Dios. Santo Tomás, uno de los filósofos más grandes de la humanidad, *admite la castración del hombre "en interés de la sociedad."* (S. Tomás: *Summa Theologica*. Part. 2.2. Quaestio LXV). Y el pensamiento del santo filósofo, debe haber tranquilizado a los que castraban los niños prepúberes para preparar los sopranos de la Capilla Sixtina. El mismo S. Tomás dijo también "que lo que es útil permitir en ciertos tiempos, en otros tiempos es ventajoso "prohibirlo." Y la

Iglesia ha de pensar con su santo filósofo.

Estamos aún en el terreno de la iglesia: la anglicana.

Hace pocos años, los obispos anglicanos de Durkan, Exeter y Kingston, junto con varios médicos ilustres y numerosas personalidades políticas y sociales da Inglaterra, presentaron una petición pública al ministro de Higiene pidiendo la realización de una encuesta nacional respecto de los mejores medios para tratar de prevenir la deficiencia mental y las enfermedades incurables, aún de legalizar la esterilización, con todas las cautelas posibles —con el fin de "reducir el número de las personas mentalmente deficientes, ineptos y enfermos." Apoyados entusiastamente por el sacerdote católico Joseph Mayer, de la Universidad de Friburg, emprendieron, una campaña periodística para agitar la opinión pública en favor. No se predicó en vano.

En diciembre de 1933, el ministro de Higiene "por orden de su majestad" presentaba al parlamento inglés el informe de la comisión especial, la cual aceptaba la esterilización *voluntari* para enfermos que padecían de "Mental Defect and Mental Disorders" aconsejando proceder siempre con gran cautela y circunspección antes de autorizar el acto quirúrgico.

Pero, como decíamos al principio, el color sectario siguió la discusión de este serio problema humano, más implacable y violento desde la aprobación de la ley alemana.

Y lo más interesante es que coincidieron en la discusión hu-

racanada, hombres y tendencias que se habían mantenido siempre en posiciones de intransigente combatividad: la Iglesia y el Socialismo y el Comunismo. Extrema derecha y extrema izquierda corriendo juntos bajo el latigazo de un criterio sectario, religioso y político.

El sectarismo político es peor que todos los sectarismos, porque es vulnerante, es violento, es irrefrenable moralmente. Siempre deforma el concepto de las cosas y conducta humana. El sectarismo religioso, siendo como es, más firme e irreductible, es más respetable, porque tiende a un concepto de integridad espiritual y de perfección de la conducta humana.

La finalidad de la esterilización no es, como decía, cuestión de genética, que pueda ser resuelta como un problema de zootécnica. Sería difícil decidirse entre los intereses de la generación presente materializados ya, y los de generaciones futuras, problemáticos, inciertos, hasta por la acción cambiante de las variables condiciones sociales. ¿Valdría la pena, acaso, destruir los débiles de hoy para intentar el advenimiento de generaciones más fuertes, más sanas, más hermosas?

No, el problema no es éste; o por lo menos, no es así cómo debe plantearse.

La esterilización de los degenerados asociales, como medida eugénica sin proyecciones penales, directas, no significa el sacrificio de los individuos destinatarios del procedimiento. No se beneficia con ello a un grupo de individuos futuros —no es

una *herencia mejor* que se va a transmitir a hipotéticos descendientes: es la *amenaza de una herencia* peor que se quiere evitar sea transmitida como una fatalidad inexorable sobre la sociedad. Es evitar que esa fatalidad hiera nuevamente, desde ya, a otros miembros de la familia humana.

Encierra, pues, una doble utilidad: individual y social; es decir, un beneficio directo —a pesar de todo lo que se arguya en contra —a la persona que se esteriliza, y un beneficio indirecto para la sociedad, que así evitará de ser perjudicada.

#### *Esterilización y certificado prematrimonial*

Por otra parte, no admiten los adversarios de la esterilización, la institución del certificado prenupcial? "Eso es diferente," dicen. Sí, que lo es. Pero también es una limitación, una violación de los derechos individuales. ¿Por qué no dejar que se casen los tarados descubiertos por el examen prenupcial? Acaso las glándulas sexuales de degenerados psicomorales ofrecen mayor garantía de descendencia sana, que las de un baciloso o de un luético susceptibles de curación? La potencia sexual de un monstruo, **importa** más, para la civilización, que el amor de un enfermo físico, pero no moral? También el amor como la sexualidad anormal se sacrifica, si no se responde a las leyes de utilidad, social. Sin duda, es más fácil anular, o refrenar, o neutralizar la sexualidad morbosa del tarado mental, con

la esterilización; mientras el certificado prenupcial —optativo según la ley Padilla— no podrá anular automáticamente el amor. Se prohibirá de casarse; pero no amarse. Y quién sabe hasta dónde y hasta cuándo la reflexión y la resignación moral eugénica puedan evitar que el deseo, que es la base orgánica del amor, haga terminar todo en la clandestina conveniencia sexual!

Los adversarios de la esterilización, a veces por cobardía y otras veces por falta de razones sólidas y respetables que oponer a los postulados de la eugenesia, levantan barridas de sofismas, astutamente preparadas. ¿Quién puede demostrar —dicen—, si los hijos de degenerados serán peores que los hijos de individuos sanos, aún seleccionados eugénicamente?

Recuerdan al efecto, las investigaciones de Pearl, de Galton. Pearl, después de examinar la genealogía de 214 hombres ilustres (pocos, en verdad, para permitir conclusiones!) dice que: "La gente ordinaria ha producido un número de grandes hombres (que figuran en la enciclopedia) diecinueve veces mayor que los producidos por progenitores de la clase distinguida." Y Sir Francis Galton, a su vez, de sus investigaciones sobre genealogía de los magistrados ingleses, comprobó que entre los hijos de gente "mediocre," el número de los personajes ilustres era nueve veces mayor que entre los hijos de personalidades eminentes."

Pero olvidaron aclarar un solo aspecto y quizá el más impar-

tantee desde el punto de vista biológico: los progenitores ilustres eran realmente más sanos físicamente y psíquicamente que los progenitores "mediocres"? Además, diciendo "mediocres" estos autores dejan ver que adoptan el concepto "mediocre" en sentido de "medio," y refiriéndose a clase social. Es decir, de la clase media; lo cual puede implicar, además de la mediocridad económica, una cultura intelectual no muy esmerada ni elevada.

La sanidad biopsíquica no está necesariamente, ni siempre, en relación directa con la ilustración y la "refinada cultura social." Sabemos los especialistas cómo divaga el vicio entra ciertos ambientes elevados!... Además, habrá quién desconozca que el alcoholismo y otras intoxicaciones son muy frecuentes en la alta clase social, particularmente la inglesa, donde ambos investigadores realizaron sus observaciones? Reflexionando, se llegaría quizás a demostrar que la capacidad genotípica de aquella "clase mediocre," de aquella gente ordinaria, era más pura y mejor dotada de condiciones biológicas que las clases distinguidas y socialmente elevadas. Por este camino se invertirían los términos dándonos conclusiones muy diferentes.

Estos investigadores hablan de hijos de padres pertenecientes a la clase media y de la clase distinguida; que suponemos, en ambos casos, gentes normales.

La esterilización eugénica, sin proyecciones penalísticas sólo se refiere a hijos de tarados biopsíquicos sin especificar si

pertenecen a la clase media (mediocre) o a la clase distinguida.

Como se ve, la cuestión está fuera de foco otra vez; ya que no intentamos, con las medidas eugénicas, crear grandes hombres tipos de Academia o de Enciclopedia— sino aspiramos a evitar que nazcan disgenéticos y psicodegenerados. "El fin de la eugénica —dice Conklin— ha sido de aumentar el índice de natalidad entre los elementos sanos, y reducir dicho índice entre los elementos tratados." De ahí que esterilizando o aislando sexualmente los tarados, quizá e pueda impedir el empeoramiento de la raza, pero no elevarla. El aislamiento fisiológico (sexual) lleva a la extinción, en zoología y botánica, de grupos y especies. El hombre no puede siempre eludir la leyes naturales.

*Lo "impedimentos" del C. C. argentino y el eugenismo* ¿Por qué el código civil argentino pone "impedimentos" al matrimonio en ciertos casos? ¿Por qué el código penal (Art. 122) castiga el incesto? Porque, además de fuertes razones morales, existen razones biológicas que el legislador quizás tan sólo intuyó, con admirable inspiración.

Las investigaciones da muchos autores (Marro, De Capua, Filippi Lombroso, Huth, etc.) de mostraron que la consanguineidad, lo mismo que la falta de madurez o la decrepitud senil y hasta el sordomutismo. dan descendencia inferior, más aún, como observó Lacssagne, tienen-

do en cuenta la influencia del terreno.

Cerrando el camino al matrimonio con sus formidables "impedimentos," el codificador hizo obra de elevado eugenismo. Con sana valentía atacó los derechos del individuo para defender los de la familia y de la raza. Creó instrumentos de profilaxia.

Yo creo que la esterilización de los delincuentes sexuales y degenerados, es obra de higiene y terapia social. La proyección disgenética en los locos, es limitada por la índole misma de las psicopatías y la organización actual de la sociedad, defendida en gran parte por las costumbres y por los códigos.

Un loco, o un anormal, no puede casarse. De ahí la gran valla que las leyes y la conciencia social oponen a su procreación. Esta es la defensa mayor; la única hasta ahora; porque no creo cierta la afirmación de algunos autores, que consideran poco fértiles o casi estériles a los psicopáticos. Su vida de relación impide su fertilidad, una vez internados en un frenocomio.

Los psicópatas, globalmente, no son estériles o poco fértiles; aunque ciertas psicopatías suelen acallar temporáneamente los instintos genésicos. Pero, habitualmente, no mediando el aislamiento sexual en los frenocomios, las agresiones sexuales violentas son muy frecuentes.

La sociedad, de miedo a aparecer victimaria si ordena la esterilización de estos tarados, será fatalmente su propia víctima.

*La esterilización terapéutica*

En todos los países de cultura organizada, tengan o no incorporadas leyes especiales de esterilización eugénica o penal, se efectúan anualmente ovariectomías, histerectomías, orquidectomías, sin que nadie haya jamás levantado la voz para protestar contra semejantes mutilaciones.

Habría, quizás una excepción: el cirujano socialista vienes, profesor Schmey, se había especializado en esterilizaciones humanas, con método personal, habiendo realizado más de trescientas operaciones. Un día se le acusó ante los tribunales. Los peritos profesores Reuter y Lorenzoni comprobaron que "efectivamente los individuos esterilizados habían quedado infecundos, sin sufrir daño, pues la operación cuyo método el autor no quiso revelar, no ofrece peligro alguno."

¿Por qué el Estado no prohíbe las intervenciones de castración y esterilización voluntaria, y los pseudo filósofos y moralistas teóricos no discuten? ¿No se mutilan órganos o funciones que aminoran o alteran o limitan la integridad anatomofisiológica individual?

Volvemos así al debatido problema de los derechos sobre la propia persona o "jus in se ipsum." Y veremos otra vez, cuánta falsa razón hay en permitir a una mujer que se deje extirpar su ovario o su útero enfermos, y negarle a otra mujer el derecho de la misma operación para no correr más el riesgo de nuevos embarazos.

En algunos códigos —el italiano actual— han creado un; figura jurídica nueva: "delitos: contra la integridad de la estirpe," que establece penalidades] muy severas contra los autores! o propagandistas de práctica] esterilizantes.

En la vida corriente no faltan casos de matrimonios que deciden su esterilización seguros que sus sentimientos no se resentirán, y seguros también de la falta de peligros, dada la sencillez de los métodos operativos más empleados (ligaduras de cl-:rentes en el hombre, de las trompas en la mujer, o la irradiación ultrapenetrante.

El profesor Alfred Labhort - director de una gran clínica ginecológica de Breslau, estudió en forma realmente interesante el problema de la esterilización de la mujer desde el punto de vista jurídico, moral y social, \ cree que debía existir para la mujer sana, la libertad de pedir su esterilización, siempre que tuviese por lo menos dos hijos vivos y sanos, y con el consentimiento de ambos cónyuges. Muchos abortos que ponen siempre en peligro la vida de la mujer, son como protesta contra la falta de ley de esterilización,

De las observaciones de Labhort se desprende que casi nunca sobrevienen trastornos serios en las mujeres esterilizadas por él.

Los teóricos que niegan el jus in se ipsum, no admitirán la esterilización legal ni de <^:o- (voluntaria) ni de tarados (obligatoria). Nuestro código poco lo autoriza.

*Aborto eugénico y C. P.*  
{Art. 86 inc. 2)

Pero la provocación del aborto que el Art. 86 castiga muy severamente, es permitida (Art. 86 Inc. 2°) por razones eugénicas, "cuando el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente."

¿No sería mejor autorizar, en estos casos, la esterilización? Si

, esterilización es una lesión personal, no lo es menos el aborto. ¿Y quién puede prever si la violación no se repetirá? Recuerdese que los instintos genésicos en los degenerados y deficientes son imperiosos, y que faltan los frenos morales que la vida psíquica superior elabora e impone para la regulación de la vida instintiva. Más aun cuando la mujer, por su estado mental, ofrece una absoluta pasividad al agresor.

Mientras en la mujer susceptible de curación puede bastar una esterilización biológica, aún temporánea, en la degenerada, convendrá la quirúrgica, o será reemplazada con la internación de la enferma en asilos psiquiátricos. En las idiotas embarazadas creo que la esterilización debiera realizarse no sólo ante el peligro de nacer da ella un nuevo degenerado, sino hasta para evitar el espectáculo tan denigrante del acto sexual ocurrido.

Aparte de que bien podría invocarse el fundamento de la ley finlandesa. en la parte que se refiere a incapacidad para criar j mantener la prole.

■El día que, libre de los prejuicios derivados de la sensiblería enfermiza que nos impide afrontar los problemas sociales, exigiremos a nuestro congreso la sanción de una ley de esterilización, ese día habremos defendido más que nunca los intereses biológicos de la **nación**

#### APÉNDICE

##### LEY ALEMANA DE ESTERILIZACIÓN

Artículo I.—Toda persona atacada, de una afección hereditaria podrá ser esterilizada mediante una intervención quirúrgica, si la experiencia recogida por la ciencia médica permite prever, según los indicios, que su posterioridad heredaría graves anomalías psíquicas o morales.

Dentro del espíritu de esta ley, se considerará atacado de una afección hereditaria, quienquiera que padezca una de las enfermedades siguientes:

- a) Debilidad intelectual congénita.
- b) Squizofrenia.
- c) Locura circular (maníaco-depresiva).
- d) Epilepsia hereditaria.
- e) Baile de San Vito hereditario (Corea de Huntington).
- f) Ceguera hereditaria.
- g) Sordera hereditaria.
- h) Grave deformación psíquica hereditaria.

Además, podrá ser esterilizado todo sujeto atacado de alcoholismo grave.

Art. II.—Toda persona que deba ser esterilizada tiene el derecho de poder solicitar una investigación al respecto. Si hubiera sido declarada incapaz o hubiera sido privada de sus derechos por cause\* de debilidad mental, o si no hubiera cumplido 18

años de edad, corresponderá a su representante legal, el derecho de provocar la investigación, pero el representante legal deberá estar autorizado por el Consejo de Tutela para usar *de* este derecho. En los casos de Incapacidad relativa, la investigación deberá contar con la aprobación del representante legal. Si aún siendo mayor de edad tuviera curador para su persona, la aprobación de éste será indispensable.

La solicitud de investigación será acompañada con un certificado otorgado por un médico poseedor de diploma del Estado Imperial Alemán, certificando que el sujeto pasible de la, esterilización ha sido informado de la naturaleza y de las consecuencias de dicha intervención.

La solicitud de investigación puede ser retirada.

#### TAMBIÉN PUEDEN SOLICITARLA

Art. III.—Igualmente pueden solicitar la esterilización<sup>1</sup>

- a) El médico oficial.
- b) Los directores de hospitales, de institutos terapéuticos, de manicomios o de penitenciarías, para los pensionados de sus respectivos establecimientos.

Art. IV.—La solicitud será presentada por escrito, pudiendo ser redactada, además, por el Tribunal de Salud. Los hechos que sirvan de base a la solicitud serán comprobados por un certificado médico o de otro modo. El tribunal informará de la solicitud al médico oficial.

#### TRIBUNALES ESPECIALES

Art. V.—Será competente para decidir de una solicitud, el Tribunal de Salud, con jurisdicción en el lugar donde el sujeto a esterilizar goce de

sus derechos jurídicos generales.

Art. VI.—El Tribunal de Salud está equiparado al rango de un tribunal de primera instancia. Está constituido por un juez de primera instancia, como presidente, por un médico oficial y por otro médico, especializado en las cuestiones médicas de la herencia, designado por el Imperio Alemán. Será designado un suplente por cada miembro titular. I

No podrá ejercer la presidencia del tribunal quienquiera que ya se haya pronunciado respecto a una solicitud demandando la aprobación del Consejo de Tutela, como también las personas comprendidas en la primera parte del Art. II. Si el autor de la solicitud es un médico oficial, éste no puede tomar parte en el juicio.

#### PUEDEN USAR LA FUERZA

Art. VII.—El procedimiento del Tribunal de Salud no será público, j

El Tribunal de Salud debe proveer a todas las medidas que considere necesarias para dilucidar la causa. Pueda escuchar la deposición de los testigos y de los expertos, ordenar la concurrencia personal y la revisión médica del sujeto a esterilizar y obligarlo a comparecer en caso de ausencia injustificada. Aplica las prescripciones del Código de Procedimiento en lo Civil, según los casos, para la audición y prestación del juramento de los testigos y expertos, lo mismo que para la exclusión o resurrección de los miembros del tribunal. Los médicos citados como testigos o expertos, de expresan ante el tribunal prescindiendo del secretó profesional. Las autoridades judiciales o administrativas como así también las de los establecimientos hospitalarios, deben suministrar todas las informaciones pedidas por el Tribunal de Salud.

## LA SENTENCIA ES APELABLE

Art. VII. — El tribunal decide libremente y según la convicción que le han proporcionado el conjunto de los procedimientos y de los testimonios rendidos. Su resolución es tomada por mayoría de votos, después de la deliberación verbal. La sentencia es escrita y está suscrita por los miembros que hayan tomado parte en su adopción y especifica los motivos por los que la esterilización es aprobada o rechazada. La resolución será comunicada al solicitante, al médico oficial, como también aquél para quien fue pedida o a su representante legal, en el caso de que el representado no tenga el derecho de solicitarlo.

Art. IX.—Las personas determinadas en el Art. VIII, cláusula 5a. dentro del término de un mes contado desde la modificación, pueden recurrir en queja por escrito o verbalmente al Tribunal de Salud. Este recurso produce un efecto suspensivo. !! Tribunal Superior de Salud decide de la suerte de la misma.

En caso de negligencia en la interposición del recurso de queja en el plazo mencionado, el retorno al «statu quo» es admisible, conforme con las prescripciones del Código de Procedimiento Civil.

## SENTENCIA SUPREMA

Art. X. — El Tribunal Superior de Salud equiparado al rango del Tribunal Superior Regional y tiene la misma competencia de éste. Está constituido por un miembro del Tribunal Superior Regional, por un médico oficial y por otro médico, especializado en las cuestiones médicas herencia, designado por el Imperio -Aleman. Será destinado un su-

plente por cada titular. En este caso procede de conformidad a la segunda parte del Art. VI. Las disposiciones contenidas en los Arts. VII y VIII de esta ley. son aplicables en el procedimiento del Tribunal Superior de Salud. La sentencia del Tribunal Superior de Salud es definitiva.

## LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Art. XI.—La intervención quirúrgica necesaria para lograr la esterilización, no puede ser ejecutada sino por un médico designado por el Imperio Alemán y en un establecimiento hospitalario. Este no puede efectuar la esterilización hasta tanto que la respectiva sentencia no haya quedado firme. La autoridad superior regional designará los establecimientos hospitalarios y los médicos a quienes se puede confiar la ejecución de la esterilización. El médico que solicitó la medida como asesor, no tiene derecho a intervenir. ¿31 médico operador informará por escrito al médico oficial, acerca de la ejecución de la esterilización e indicará el procedimiento aplicado.

Art. XII. — Cuando la decisión del tribunal relativa a la esterilización quedó firme, será ejecutada aún contra la voluntad del sujeto a esterilizar, siempre que éste no sea el autor de la solicitud. El médico oficial está obligado a solicitar de las autoridades policiales las medidas necesarias para el cumplimiento de la sentencia. El sujeto a esterilizar podrá ser constreñido por la fuerza, en caso que otros medios resultaran impotentes.

Si se produjera circunstancias que exigieran un nuevo\* examen de la causa, debe reiniciarse el procedi-



miento, suspendiendo la ejecución de la esterilización hasta nueva orden. Si la primitiva solicitud hubiera sido rechazada, la reiniciación del proceso no será admitida si no se produjeron hechos nuevos que justifiquen la esterilización.

#### QUIENES CORREN CON LOS GASTOS

Art. XIII. — Los gastos del procedimiento judicial correrán por cuenta del Estado. Para los individuos que tengan seguros contra las enfermedades, los gastos de la intervención quirúrgica corresponderán a la Caja respectiva, y para las personas indigentes, a la Caja de Previsión. En todos los otros casos, los gastos correrán por cuenta del Estado, hasta el monto mínimo de los honorarios médicos y de la tarifa media de hospitalización en los establecimientos públicos y el exceso, por cuenta de los sujetos sometidos a la esterilización.

Art. XIV.—Toda esterilización que no se opere de acuerdo a los preceptos de esta ley, como asimismo la extracción de las glándulas genitales, no están autorizadas si el médico no las ejecuta de acuerdo a las reglas del arte médico, con el objeto de prevenir un peligro serio para la vida y la salud del interesado y con su consentimiento.

#### EL PROCEDIMIENTO ES SECRETO

Art. XV.—Se mantendrá en secreto el nombre de las personas que participen en el procedimiento judicial o en la intervención quirúrgica.

Todo aquel que, sin estar autorizado, viole la obligación de guardar silencio, es pasible de multa o de prisión que puede durar hasta un año. La prosecución no tendrá lugar sino en base de una queja. El mismo presidente puede ser autor de esa demanda.

Art. XVI.—La aplicación de esta Ley corresponde a los gobiernos regionales. Bajo pena de prescripción del Art. I, apartado 1, párrafo 1, las autoridades superiores regionales determinarán el asiento y los resortes de los tribunales encargados de aplicar esta Ley. También designarán los miembros titulares y suplentes de los mismos.

#### REGLAMENTACIÓN DE LA LEY

Art. XVII.—El Ministro Imperial del Interior, de acuerdo con el Ministro Imperial de Justicia, dictará las reglamentaciones jurídicas y administrativas para la aplicación de esta Ley.

Art. XVIII.—La presente Ley entrará en vigor el 1.º de enero de 1934.

Esta ley sufrió dos modificaciones, siendo la más importante la del 26 de junio de 1935. Por esta reforma se amplía la castración con consentimiento, a pedido del interesado, y previa opinión médico-legal sobre la utilidad de su castración, a los *homosexuales* de sexo masculino, con el fin de curar instintos sexuales degenerados que hagan probable las recidivas en la comisión de delitos sexuales.

## POSIBILIDAD EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DEL CUELLO UTERINO

*Per el Dr.*

EDUARDO BLANCO ACEVEDO

Los progresos efectuados en los últimos tiempos en el tratamiento del cáncer del cuello del útero en el orden científico puro, no tienen equivalente razonable en las realizaciones prácticas de la medicina social.

Para estar en condiciones de apreciar con exactitud el problema del tratamiento del cáncer del cuello del útero conviene atenerse a una determinada clasificación de las diversas fases evolutivas de la lesión. Y acaso nada mejor para ese fin que ajustarse a la clasificación de los epitelomas del cuello que basada en las diferentes fases de su extensión anatómica ha sido adoptada por la Comisión de Higiene de la Sociedad de las Naciones, y que resume en cuatro grupos definidos las diferentes etapas de la afección.

Es en el primer estado cuando el cáncer se encuentra estrictamente limitado al cuello y la intangibilidad pélvica se mantiene conservada, que la terapéutica sea física o quirúrgica es capaz de alcanzar resultados extraordinariamente favorables. Perdura aún, a pesar de los adelantos proporcionados por la ciencia moderna el concepto de peligro y la noción de mortalidad elevada vinculados al diagnóstico de epiteloma y esto, sea cualquiera la medida terapéutica que se tome, cualesquiera sea la moratoria más o menos larga que se le

conceda a los enfermos tratados por una afección de esta naturaleza.

Es que el cáncer del cuello uterino, bien caracterizado, de cualquier tipo histológico que sea, pertenece a la forma de epiteloma cilíndrico, o corresponde al epiteloma pavimentoso de la vertiente vaginal del cuello, adquiere características evolutivas típicas e inconfundibles con sus posibilidades de difusión linfáticas aumentadas grandemente por la vecindad de los gruesos confluentes blancos de la pelvis.

Sin embargo, la perfección cada vez más grande de la técnica quirúrgica y el ajuste cada vez mayor de los tratamientos físicos —radium y rayos X— permiten obtener en la actualidad un elevado porcentaje de curaciones. Nótese bien que este hecho adquirido es de una singularísima importancia, ya que es único en la terapéutica general y en el caso particular de los epitelomas. Entre éstos el del cuello del útero es ciertamente aquel cuyo pronóstico se ha mejorado más netamente gracias a los recientes progresos de la terapéutica.

Ahora bien, esta grave afección que en épocas aún no lejanas —a lo sumo algunos lustros atrás— daba en plazos no mayores de tres años una proporción de mortalidad que se encontraba

vecina al 100 % de los casos ha visto aumentar gradualmente su porcentaje de curación hasta alcanzar resultados extraordinariamente satisfactorios.

Debido a las circunstancias óptimas creadas por las recientes adquisiciones de la terapéutica general, en la actualidad, sea por métodos quirúrgicos como la colpo-pan-histerectomía ensanchada u operación de Wertheim, o sea por aplicaciones de terapia radífera, se llega en este primer estado evolutivo de la afección a un porcentaje de curación que oscila entre el 75 % y el 80 %.

Y estas cifras que constituyen una de las más grandes adquisiciones y uno de los mayores progresos obtenidos en la cancelología corresponden a una curación definitiva, mantenida a través del plazo de Volkman, que como se sabe, este autor fijó en la cifra de tres años, pero que las exigencias clínicas ulteriores y una mayor escrupulosidad científica han ensanchado llevándolo a cinco años.

Desde luego que al referirnos a resultados definitivos hablamos de curaciones absolutas y no de aquellas que se señalan en algunas estadísticas falseadas, por casos cuya evolución con una ligereza criticable es desconocida por una insuficiencia de examen, o voluntariamente ignorada ante la premura de querer presentar a las sociedades médicas series de hechos, copiosas pero no bien sedimentadas. Cabe, sin embargo, señalar que en aquellos casos de cáncer del cuello del útero en los cuales la curación clínica se

mantiene más allá de los cinco años estipulados, existe una gran probabilidad para que sean considerados como curados definitivamente. En el cáncer del cuello uterino no pasa, y ya lo he señalado en otra oportunidad, lo que acontece en el cáncer de la mama para el cual no existe un plazo que permita dictaminar sobre su curación, ya que se muestra capaz, y todos lo hemos visto, de presentar recidivas en plazos variables después de su tratamiento, tanto antes de los tres años como a los cinco o más allá aún, a los diez, o aún a los 19 años como he tenido oportunidad de observar en un caso de observación personal.

Pero este epiteloma cérvico uterino, que en cierto estado de su evolución es susceptible de ser curado definitivamente por medios físicos o por procedimientos quirúrgicos, requiere para que el porcentaje de curación alcance la cifra magnífica de 80 %, que el tratamiento sea instituido cuando se encuentra en el estado I de la clasificación de la Sociedad de las Naciones, en la fase de debut, cuando aún constituye una enfermedad local limitada, cuya exéresis o destrucción totales es posible.

Mas como la extensión en superficie y en profundidad de este epiteloma se encuentra en relación con el tiempo transcurrido desde el debut, los resultados del tratamiento se encontrarán en función de la precocidad del diagnóstico.

Esto nos lleva a señalar un hecho concreto al cual queremos dedicar el Editorial de este nú-

mero, y es que a esta enfermedad a la cual los beneficios de la ciencia le conceden una cifra de curaciones no menores de un 75 % —hablamos de curaciones definitivas mantenidas a través de 5 años— a esta enfermedad, decimos, la medicina práctica, "la medicina social le proporciona escasamente un 25 % de probabilidades de curación.

Existe, pues, un desparalelismo manifiesto entre esa posibilidad que concede con cifras promisoras la medicina científica y las escasas realizaciones que en el terreno de la práctica otorga la medicina efectiva.

Es este hecho sobre el cual es necesario llamar la atención de la clase médica y sobre todo de aquellos prácticos que no ejercen la especialidad cancerológica, ya que el desconocimiento de estas circunstancias, puede acarrear consecuencias desastrosas.

Constituye una noción admitida que el período de indecisión a que son sometidas algunas enfermas, en tanto se inician su estudio eficaz y los exámenes especializados de orden, condiciona una de las causas principales de la inoperabilidad del cáncer, pudiendo establecerse que transcurrido un plazo de 5 a 6 meses después de la aparición de las primeras manifestaciones clínicas el epiteloma cérvico uterino se hace de más difícil curación.

Dígase, no obstante, en descargo de esa responsabilidad médica, que en muchísimos de estos casos la negligencia o la ignorancia, cuando no razones de orden subjetivo de parte de las pacientes, o dificultades de

orden material —coincidencia de horarios para la mujer obrera— imponen ese intervalo fatal que hace llegar a las enfermas a la consulta médica en un período evolutivo y anatómico tal que coloca el caso más allá de los recursos de la cirugía y donde la terapia actínica sólo es capaz de proporcionar un porcentaje variable de resultados aleatorios.

Desde luego que una difusión de las nociones esenciales sobre la curabilidad del cáncer del cuello del útero, hecha con fines educativos para la población, puede en cierta medida aportar una solución a este descorazonante desparalelismo. Pero por intensa que sea, esta propaganda popular no tiene mayor trascendencia, su valor efectivo no es muy grande y sus resultados prácticos no son todo lo promisoros que es dable esperar.

Sin dejar de reconocer que la educación del público puede ser posible, y admitiendo, como es lógico, que ella constituye un complemento indispensable de la educación del médico es esta última la que hay que intensificar, es ella la más importante, porque cada médico como se ha dicho, es el educador natural de sus enfermos.

Las principales causas de error por parte del médico, son: 1<sup>?</sup>, el desconocimiento del problema del diagnóstico y del tratamiento del cáncer cérvico uterino y 2<sup>?</sup>, la falta de un examen completo de sus enfermos atribuible a causas diversas, ninguna de ellas justificable.

La propaganda educativa de la clase médica, sobre todo de los

médicos prácticos de aquellos que van a ejercer su profesión en el interior del país lejos de los medios científicos especializados, deberá intensificarse sobre todo en el último período de los cursos universitarios, y en los cursos para post graduados.

Y sin dejar de reconocer el valor de los progresos de la ciencia, y de estimular en todo lo posible el ambiente científico para que esa elevada cifra de 80 % llegue a la conquista definitiva del 100 % de curaciones, hay que darse cuenta que en el medio práctico se está muy lejos de tal noble ambición, y es ahí donde es necesario actuar intensamente porque de nada serviría poner todo nuestro esfuerzo en llegar a ese 100 % si no se tradujera en un hecho efectivo de medicina social.

Las conquistas de la ciencia, son extraordinarias, excepcionales, magníficas, si se quiere, pero la aplicación a cargo de la medicina práctica privada o de la medicina oficial sólo nos proporciona resultados mediocres.

Es necesario coordinar todo nuestro esfuerzo hacia obtener un diagnóstico en épocas precoces de la enfermedad y para que las enfermas sean dirigidas rápidamente a los centros especializados sin mayores trámites y sin mayores estudios para que los resultados promisoros que ofrece la ciencia sean algo más que esa escuálida expresión de un 20 % de curas que otorga la medicina aplicada en la realidad.

*(De Anales del Ateneo de  
Clínica Quirúrgica)*

## NOTAS

Después de larga permanencia en Estados Unidos y Europa ha regresado a su residencia habitual, San Pedro Sula, el ilustre 'Consocio honorario Dr. Miguel Paz Baraona.

Recibimos un hermoso volumen conteniendo los trabajos presentados en la Primera Convención de Médicos Militares Mexicanos celebrado en ciudad México en septiembre de 1936.

Recibimos Informaciones Médicas de los Laboratorios Vieta Plasencia de la Habana, Cuba.

..«»..

Nos ha llegado Boletín de Educacao Sexual órgano oficial del Círculo Brasileiro de Educacao

Sexual de Río de Janeiro, Brazil.

Han dejado de ser miembros de la Asociación Médica Hondureña los Doctores Tito López Pineda y Fernando Marichal Streber.

Ya están funcionando en La Policlínica los Aparatos de Neumotorax Artificial y Metabolismo Basal.

..«s>..

Ha sido nombrado por el Ejecutivo Jefe del Departamento de Profilaxis en la Dirección General de Sanidad nuestro consocio el Dr. Humberto Díaz. ..«»..

Procedente de La Lima llegó en viaje rápido el Dr. Alfredo C. Midence.