

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

ORGANO DE LA ASOCIACIÓN MEDICA HONDUREÑA

DIRECTOR

Dr. Salvador Paredes P.

Dr.- Camilo Figueroa

Dr. Manuel Larios Córdova

Dr. Manuel Cáceres Vijil

SECRETARÍO DE REDACCION:

Dr. Tito López Pineda:

Dr. Manuel Castillo Barahona

Año 1

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

Número 10

Página de la Dirección

Como una prueba de lo mucho que estima y agradece la Asociación Médica Hondureña a los miembros laboriosos, entusiastas y amantes de la ciencia, su órgano de publicidad dedica esta página de honor al trabajo presentado por el Doctor Ricardo D. Alduvín en la sesión ordinaria del mes de febrero, en homenaje de admiración y simpatía por sus profundos conocimientos de Anatomía, puestas al servicio de la enseñanza universitaria.

Se trata de un trabajo muy original que hasta la fecha no conocíamos ni en textos, revistas ni en Facultades Médicas. Es el sistema arterial hecho en finos alambres, forrados en hilos de colores semejando los vasos arteriales desde el momento en que asoma el tronco de la aorta hasta las más pequeñas ramificaciones cefálicas y de las plantas de los pies.

Con toda claridad se ven las coronarias emanando de la aorta; luego el tronco braquiocefálico; el callao de la aorta, las carotides primitivas y subclavias, las carotides interna y

externa con sus ramas colaterales y terminales; las arterias cerebrales y cerebelosas; el tronco basilar; nítidamente puesto el polígono de Willis y las más pequeñas ramas terminales. La arteria vertebral en su gran longitud. La subclavia con la gran rama descendente mamaria interna y la anastomosis con la rama más elevada de la epigástrica; la axilar, la humeral con sus ramas terminales la cubital y radical; las arcadas palmares superficial y profunda formadas por ramas de las anteriores llaman en particular la atención por la claridad y exactitud de su representación, una tercera arcada, ya dorsal de la mano termina el sistema del miembro superior. Atraviesa el tórax la aorta dando las diversas ramas viscerales al perforar el diafragma y convertirse en aorta abdominal muestra las diafragmáticas inferiores, tronco celiaco con sus tres ramas hepática., esplénica y la coronaria estomáquica con sus múltiples colaterales. Continúa la aorta dando las diversas ramas viscerales, hasta la división en ilíacas primitivas; las hipogástricas e ilíacas externas; la femoral; femoral profunda; la poplítea; las tibiales y peroneales y por último la plantar y dorsal del pie.

Apenas puede concebirse una armazón tan perfecta, llena de los más mínimos detalle.-; una paciencia de santo al servicio de una voluntad de acero, condujeron al Doctor Alduvín a confeccionar una obra que alcanza los linderos de la perfección, inspirado por una idea sagrada, por la más bella de todas, la de contribuir de la manera más eficaz a simplificarla enseñanza de esa rama básica, esencial, sine qua non de los estudios; la anatomía.

Sabemos que el Doctor Alduvín tiene en preparación otros trabajos en sistema nervioso, músculos, venas y linfáticos; que trata de completar en forma plástica los diversos sistemas, aparatos y órganos.

La Asociación Médica Hondureña acordó dar al Doctor Alduvín un voto de admiración, a moción del socio Izaguirre.

Esta Revista lo hace suyo de la manera más elocuente y sincera.

LA ASUEROTERAPIA EN HONDURAS

Campeón del procedimiento empleado en España por el Dr. Fernando Asuero, es en Honduras un estimado miembro de nuestra asociación **médica**: el Dr. Pompilio **Romero**.

Después de numerosas excitativas y cumpliendo con un deber de **humanidad** y de socio correcto, se presentó el día 22 de enero próximo pasado a la **Sociedad** el Dr. Pompilio Romero a leer un pequeño folleto que contiene 'a historia de la Reflexoterapia; **cómo** descubrió el Dr- Asuero su método?; diferencia entre el método de Bonnier y el de Asuero; fundamento científico de la Asueroterapia; y la técnica. Como apéndice inserí/» el Dr. Romero una lista de enfermedades ! raladas durante quince meses con resultados varios.

Tan luego el Dr. Romero hubo terminado su lectura, **algunos miembros hicieron** uso de la palabra para expresar su opinión sobre tan ensalsado método-Para disipar las dudas concernientes fue invitado el Dr. Romero a practicar su método en enfermos del Hospital General.

Hizo algunas demostraciones ante médicos y praeticantes del establecimiento, las suficientes para emitir un concepto claro del asunto.

Escrúpulos honestos del **orden** amistoso, profesional, nos habían impedido emitir un juicio sereno del valor que nos merecía la **Reflexoterapia**. pero hoy que la tormenta de encomios, elogios, coronamientos, albums y parlanchinería poblana ha calmado sus ímpetus, los pobres médicos envidiosos, ignorantes, incapaces pequeños, podemos emitir un juicio humilde y temeroso, no para los convencidos profanos, sino para el gremio médico, que tendrá la bondad de creer que somos sinceros.

Decir que nada sacamos en conclusión de haber oído una lectura y visto tocar la mucosa nasal con unos estiletos; seria demasiada galantería de nuestra parte para el apreciado consocio. Pero no. **Tuvimos** el suficiente campo y necesaria comprensión para convencernos de varias adquisiciones que las publicaciones periódicas nos habían enseñado de muy distinta manera.

Primero: No vimos emplear los elementales procedimientos de la clínica y laboratorio para formular diagnósticos.

Segundo: Ninguna técnica fue seguida en los toques a la mucosa pituitaria, no observamos la búsqueda de algún punto determinado.

Tercero: Los resultados nulos, en todos i casos, no respondieron ni por ilusion a las grandes esperanzas que el autor y los periódicos habían despertado desde mucho tiempo.

Como **conclusion diremos** que el método de la Reflejoterapia Asue-roterapia o Romeroterapia o como quiera llamársele no es acreedor al crédito que un pueblo **profano** ha querido darle, ni mucho menos al empleo por los profesionales.

La Sociedad Médica Hondureña **agradece** al **Dr.** Romero la gentileza de haber **accedido a** sus solicitudes y espera recibirlo de nuevo en su seno para escuchar la descripción de otro procedimiento terapéutico de mayor **trascendencia**, para rendirle un justo home-naje.

Tegucigalpa, febrero de **1931**.

LO QUE DICEN LOS MAESTROS

Lo que caracteriza el eczema a través de sus **diversas** manifestaciones, es su evolución, su reaparición frecuente en el mismo sujeto. Lo que constituye el eczematoso es que repite. Todo el mundo no e3 edematoso, decía Besnier, **pero** quien es, lo seca.

Sabcuraud.

La incontinencia de orina que sobreviene en una mujer en **las** cercanías de los cuarenta y mus, está a menudo en relación con **un** principio de prolapso que poco a poco empuja la vejiga con la pared vaginal anterior y **produce el** escurrimiento de orina. Una operación bien hecha lo **remediará** rápidamente.

Siredey.

LISTA OFICIAL DE MEDICINAS PARA EL DESPACHO
EN LOS PUESTOS DE VENTA

aceite de Comer (Olivas)	Bórax
Almendras dulce	Formol de Quinina
Ricino	Bromuro de Potasio
" Bacalao " Camíbar	" " Sodio Bálamo
líquido acético comercial (Vinagre)	Pulmonar de Alien
Bórico en polvo o escamas "	_____
Láctico	Cápsulas Aceite fie Rapalao
Tánico (Tanino) la	Creosotado
de Cal de fefunda	oleo de Sándalo, Copaiba y Cu
" Colonia " Sedativa	beba
Destilada Alcohol Etilico	" Trementina Carbón de
de 90o	Belloc Clorato de Potasa
" Alcanforado	Clorhidrato de Quinina Colodión
Alcoholarlo de Melisa "	simple Cloruro de Sodio puro
Menta " Romero "	Citrato de Magnesia efervescente
Pioraventi Alkali Volátil	Colirio de rosas
Almidón	Cápsulas de Apioína Chapotean
Azúcar IP Leche Lactosa)	Creta preparada (Carbonato de
Algodón Ahporvente Antipirina	Cal)
Aspirina (Pastillas)	Colofonia Canela Cápsulas Anti-
Anticaleulina Ebrpy Amargo	palúdicas (Dr. M.
Sulfuroso Antiflogistina Árnica	G. Zúñiga) Cholagogo
(Tintura) A fistol	Indiano Crémor (Tartrato ácido de
_____	potasa) Citrato de Soda líquido
Bicarbonato de Soda Bromo—	Colirio de "Stearn" y "Murine"
Quinina (Pastillas veno Opodeldoch	Cápsulas antipalúdicaa en general
" del Perú o de) Salvador "	(patente registrada)
de Tolú	Chilifugue Dicks (Antipalúdico)
	Dermatol

	Espíritu de Minderere (Acetat
	de Amoniaco)

Neiratjón (p;ipelitos)	J'astülas de Lactona R. lí. (Parte
Nitro dulce	Da vis)
Oxido de zinc	Pastillas Laoteol Polvos tle Tale*
Oatmeal	Pastillas de ('ompral i(;jisa liayer)
	" Helmitol "
Pastillas'de carbón ■	Pildoras de Adams Pastillas
Tolii	Tnnígeno (liayer)
" Ipecacuana "	de Aristoquina (Bayer)
Menta	Acidol-Pepsina (Bayer)
" Orna ■' Vichy " t'epüin-.i "	Pomada de Helmerich Pastillas
Cafiaspirina Perlas de Sulfato de	de Antipirina iHaycr)
Quinina Fe-	" Bayaspirina
llettier Pildoras de Yoduro de	" Urotropina
Hierro <i>ñf</i>	Pildoras Urisépticas
Blancard	Pomada Yodex
' Sulfato 'le Quinina "	YO-IPX con salieilato d<
Valerianato <ie Quinina	Metilo
C;i tárticas	Quina roja, amarilla gris, (povos)
Azucaradas de Hristol - Vida "	Raíz de Valeriana
Holoway " Sanativas Pil'ioms di'	' Ipeca
Re >rer V'igori>n	Solucción Paurauberge i Francés)
Rosarlas de Williams indianas	Sulfato r p Quinina Sal de
Jaqucquinas Quila-tos He Doan	Glauber
Nacionales Toco! ó tricas Pastillas de	" '■ Inglaterra
Richard Pildoras de Sándalo de	" " Hepática
Midi Polvos de [úiibarho Pamnl;.	" " Fruta
Pastillas de Clonizene	' " la Rochela
Pildoras Davi-j Püinki'ff	Salvitae
Palatal Pectoral 'le	Salieilato <ie Soda
Amicahuita	Salófeno
	Sub-nitrato de l)ismuto
	Sagii (Avena)
	Tintura de Yodo débil (Consér-
	vese en frasco tapón de vidrio) Té
	de China Tintura (te Árnica " "
	Canela " " Castóreo ¹¹ "
	Valeriana .. Colombo

Tintura de Quina
 „ (jenriaría
 Ungüento Mercurial simple
 Populeón tW Gti'
 rrij-(
 Viro Quin'i Fónnun Co.Iex
 V'n.eclíii'i Amurill '
 Blanca
 \ aporub (e Viks
 V'alerianato de Amoniaco Pierlot
 Vino de Cardui " Tónico de
 Winterímíth ■' "
 Antiflemátí<-o " de Quina " ■'
 Cola
 Hemoglobina
 Yo lo Tánico

INSTRUMENTOS Y UTENSILIOS

Fiaianza
 Emhu'los He vidrio o porcelana
 "opas graduadas
 Agitado es de \ idrio
 Espátulas
 Mortero
 Ley de Farmacia.

VIGILANCIA Y MEDIDAS DE CONTROL

Para la vigilancia y control sobre el expendio de las medicinas que contiene la lista anterior, cada uno de los Propietarios de los Puestos de Venta, siempre que vayan a hacer algún pedido de medicinas, solicitarán permisos al Decanato de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, acompañando con este objeto y por triplicado, la lista de las medicinas que van a importar. De estas listas se reservará una al Decanato y las otras dos autorizadas con la firma del Decano se devolverán al interesado para que, anexada* a los documentos comerciales, compruebe ante el Cónsul respectivo y ante las autoridades de Aduana de la República, el permiso que tiene para importar dichas medicinas.

JAQUECA

Síntesis de la Conferencia Magistral del Prof. Catex

Presentó el Dr. Castex en esta clase una enferma de 22 años de edad, soltera, con respecto a cuya afección hizo-entre otras -las siguientes consideraciones:

Antecedentes hereditarios: — El padre muerto, de tuberculosis pulmonar; la madre vive, tiene actualmente 40 años, hace 3 años padeció de cefaleas a tipo accesional, con fotofobia y que calmaban sólo con aspirina, han desaparecido espontáneamente desde hace 1 año. De lo dicho, debe tenerse en cuenta: 1o., el antecedente paterno, que hace posible la pre disposición hereditaria o el contagio directo ríe los hijos; 2o., el antecedente materno sugiere que puede responderá variadas causas y cuya herencia puede ser homóloga o heteróloga; histerismo, corea, asma, etc., evidenciando todas ellas alteraciones en la esfera neuropsicopática.

Antecedentes familiares.- Ha tenido 4 hijos, de los cuales viven 3 y «in sanos; el 2o. embarazo termina en un aborto espontáneo.

Antecedentes personales —A los 2 años contrae difteria; conviene recordar a este respecto que con suma frecuencia el babilo de Klebs Loeffler queda acantonado por largo tiempo a nivel del anillo linfático naso-faucial, cediendo bien

con el suero específico o mejor aun con la eliminación quirúrgica de las amígdalas.

Menarquía a los 11 años, reglas indoloras, líquidas, regulares, 3 días de duración.

Evacúa el vientre espontáneamente, 2 a 3 veces por día. Desde hace 3 años se constipa, pasando hasta 2 días sin defecar, lo que logra sólo con laxantes o enemas. Esta constipación adquirida intensa es un antecedente de capital importancia y procedía en esa ocasión (hace 3 años) puntualizar su determinismo por el examen clínico completo y por análisis de las heces para poder instituir la terapia causa!, la única efectiva y racional.

Hace 2 años (1 año después de instaurada la constipación), tiene hemicránea izquierda, vómitos fáciles aun en ausencia 'le ingestión alimenticia, turbidez de la visión en el ojo izquierdo y aparición brusca de manchas rosadas pruriginosas en todo él cuerpo que desaparecen con igual rapidez. El Dr. Raimondi que la examina en esta oportunidad, prescribe hemoterapia; a pesar de lo cual los síntomas se intensifican, apareciendo insomnio; y sólo al cabo de 20 días se atenúan estos fenómenos, persistiendo la constipación cuya

Precedencia en un año al síndrome morbosos (al parecer jaqueca izquierda simple), induce a sospechar alguna relación entre ambos.

quirúrgico, de esa técnica necesaria en la cual se resume, después de todo, la esencia *de* nuestro poder, pues es por ella y por ella sola que damos vida o que trabajamos por la. muerte en su ejemplo, por su inagotable genio operatorio por su instrumentación, que para la época era maravillosa, ha, mas que ninguno, contribuido a hacer posibles intervenciones que no lo eran a hacerlas fáciles pues daba a quienes lo veían operar, la impresión de asistir a una cosa nueva, que no habían visto jamás hacer a otros cirujanos y que veían ejecutar por él la primera vez!

Pean se nos ha aparecido como un tan prodigioso obrero, que parecemos haber olvidado las altas cualidades intelectuales que demostró, triunfando en gran lucha en concursos difíciles, los títulos de Interno, de Prosector, de Cirujano de los Hospitales. En 1955, era Interno el segundo de una promoción que para no citar otros, contaba hombres eminentes, como Jacoud, calificado el duodécimo,

j Benjamín Ball, el vigésimo segundo. Conquistó esos títulos diversos en algunos años, al precio de un trabajo rudo, en que su salud *fue* quebrantada, al punto que debió para reponerse, pasar un año en Argelia. Pero cuando se han dado tales pruebas de valor, no son las lecciones un poco frustras e incoherentes que hacía en Saint Louis cuando iba a operar y que no han dejado de perjudicar seriamente su renombre, quienes pueden borrar las pruebas brillantes de las altas cualidades de un cerebro en el cual los rayos del genio parecían a los oyentes, desarrollarse a expensas de las manifestaciones n as modestas de la inteligencia común.

Pean principió por un golpe maestro.

El 18 de julio de 1865 vino a presentar a la Academia una mujer que él había curado de quiste del ovario, voluminoso y adherente. El Boletín de esa sesión no trae ninguna traza de observación. Es probable que hubo alguna sorpresa en la Sala y talvez algún

agitación. Es que en efecto no era en esta época cosa común una presentación de esta naturaleza que se veía por la primera vez.

Sin embargo **Velpeau**, debió haber estado **allí, recordando** todavía **lo que él había dicho, algunos años antes, en 1856 cuando estaba en toda la plenitud de su fama. en esta misma tribuna: "que la ovariatomía era una operación horrible, que debía ser proscrita, aún cuando las curaciones anunciadas fueran reales."**

He aquí lo que era en esta época la **ovariatomía**. Se comprende **así la sensación que produjo el joven cirujano** de gran talla, de anchos hombros, de rasgos **enérgicos**, de voz **grave** que hablaba como el rudo **Beauceron** que siempre fue, pues guardó hasta el fin esa impregnación natural **que une a iodo hombre de corazón a la tierra que lo vio nacer y de la que está forjado.**

Y después, de tiempo en tiempo, reaparecía en la Academia, para **presentar** nuevas enfermas. En enero 1856, una mujer operada de **ovariotomía** y **otra a la cual** había extirpado un cuerpo fibroso por la **vía vaginal**. En mayo 1868, tres ovariotomías. **Otras tres en febrero de 1869). En fin en diciembre del mismo año dos enfermas: una mujer curada de un quiste del ovario y otra, que nunca se había visto, a la cual** había extirpado por vía abdominal un tumor fibroquístico del útero. **Estas curaciones resonantes que sucedían,**

sin cesar, en pleno París, donde eran hasta **entonces** desconocidas, comenzaron a **llenar** el nombre de quien las ejecutaba de esa fama que confina con la gloria. Pero ya el joven **cirujano** que se elevaba así **más** alto que los más **grandes** sentía obscuramente **subir** rumores **imprecisos y esa sorda hostilidad** hija de la naturaleza humana, **que se prende a los** que marchan muy rápidamente por el camino de la **fortuna** y de la fama.

Sin embargo, en la misma época, **había** en Francia, Estrasburgo, un hombre, un cirujano, casi tan joven como Pean, que comenzaba a llenar el mundo con su nombre. El también **curaba** quistes del ovario; él **también** tenía éxito en esas operaciones condenadas por todos. Se llamaba Eugenio **Koeberlé**.

Rudas discusiones tuvieron lugar entre Koeberlé y Pean, entre esos dos héroes de la cirugía abdominal de los primeros tiempos, discusiones legítimas y sinceras de ambos lados. Pero, bajo la influencia de las pasiones del momento, hubo de una y otra parte y tal vez ante todo, amigos que abrazaban sus querellas y querían hacerse los defensores de su gloria con exageraciones e injusticias. Parece **fácil**, hoy que el retiro del tiempo permite juzgar su obra y dar a cada uno lo suyo, asociar sus nombres en la radiación de la gloria común que han extendido ambos sobre la cirugía francesa!

Koeberlé tuvo un mérito in-

Pean, digo, quien **enseñó al** mundo entero, los **inmensos** beneficios de la hemostasis, que ésta sea **preventiva, temporal** o definitiva. Y **es así como contribuyó** mas que cualquiera a simplificar **no solamente** la técnica de la **gran** ginecología, sino de toda la cirugía, echando hasta lo **infinito** las posibilidades de su acción.

Esa es la obra maestra de **Pean. Es** de él sólo, de él). Es **además, la causante** de su **mayor orgullo**.

Podemos ahora, en el enfriamiento de las pasiones y a verdad de **la** historia, decir, que si Koerberlé. fue el primero en darse cuenta, del maravilloso **empleo** podía **hacerse** de las pinzas hemostáticas, Pean fue quien **abr i-'i a la hemostasis** los **campos** ilimitados de la cirugía universal- Que sus **grandes** nombres estén **asociados** en la gloria legítimamente **ganada, pues** ambos han prestado a la humanidad, por fu trabajo **y** su genio, uno de esos servicios **que** no .sabrían **pagar el** bronce indestructible o **el mármol** eterno y que no puede encontrar su **justa** recompensa sino en el reconocimiento de los hombres.

La guerra de 1870 desvió a Pean de sus ocupaciones ordinarias y como él mismo lo dijo, del entrenamiento sobre las operaciones viscerales y particularmente en las del abdomen y la pelvis. Se ocupó casi exclusivamente, como todos sus colegas, de la cirugía de guerra. Pero aprovechó la ocasión para convencerlo m'js del **va-**

lor de la hemostasis preventiva y de la ventaja que **se** podía **sacar** en **las** operaciones de cualquier **naturaleza**.

Fue entonces, cuando enardecido por **sus éxitos** u obedeciendo a la impulsión irresistible de su **maravilloso** temperamento de **cirujano, se lanzó** de un modo más decidido, en las grandes empresas de la cirugía abdominal **y** en particular en la lucha contra los fibromas.

Esta era todavía particularmente grave, lo sabemos hoy porqué, pues es una operación diferente **a** quitar un quiste del ovario, **o** al **menos** de casos particularmente complicados, con adherencias intestinales, como habían en esta **época**, en que sólo se operaban los rasos avanzados, era suficiente mencionar, para que él solo se viera. La extirpación de un fibroma necesita, al contrario maniobras intraperitoneales, a menudo importantes y delicadas que favorecían entonces las infecciones. Además, las facilidades que **da para las** maniobras ínapelvicas, el universal uso de la posición declive desconocida, no existían aún. Se estaba reducido a practicar esas operaciones a pedículo externo, en los cuales se conformaban **a** quitar **la** mayor parte de! tumor uterino, dejando la región cervical mantenida a la pared por broches y tiras **elásticas** destinadas **a l:'** hemostasis

Pean fue, (Jurante **algunos años**, el único cirujano que, por su reputación, su situación moral, su au-

dacia y sus éxitos resonantes, estuvo en capacidad, en el centro universal! que era París todavía, a pesar de los terribles sucesos de la guerra, de lanzarse a esas grandes intervenciones. Pero no podía adelantarse a su tiempo- Aún en sus manos la operación era seria y no *fué*, sino treinta años más tarde que con la adopción del plano inclinado, la generalización de la asepsia y los maravillosos perfeccionamiento» de la técnica quirúrgica intrapelviana, se ha transformado en la admirable operación que practicamos hoy.

Y fue aquí donde Pean dio curso a esa especie de intuición genial de la que tantas pruebas di", pero que no podía nacer sitio en un hombre como él, habituado a todas las dificultades operatorias y que tenía la costumbre de *no* retroceder jamás unte nada.

Se dio perfecta cuenta que era absurdo pira operar los fibromas, esperar que hubiesen alcanzado un gran volumen y ocasionado accidentes que agravaban singularmente la operación y pensaba que se tendrían tañías más probabili-

dades de **curar cuanto** más pronto se operaran. **Porque** en estas condiciones no operar por la vía natural? Pues tenía el oscuro sentimiento que se **evitarían** así las **complicaciones** perifonéales que a menudo harían tan graves las grandes intervenciones por la vía alta.

Fue en 1882 que comenzó su magnífica serie de hysterectomías vaginales, y que se **entrenó** poco a poco al **mórcelamiento** de los fibromas que su audacia y habilidad **naturales** permitieron llevarlas a un alto grado de perfección. Así **terminó** por extraer tumores que subían hasta el ombligo, bajando la mortalidad, que era entonces de 25% en las manos mejores hasta la cifra inverosímil de 2% Los que no conocían a Pean y rehusaban ir a verlo trabajar encontraron más simple poner en duda esas cifras admirables. No eran por eso menos rigurosamente exactas.

La excepcional maestría que había adquirido en estas operaciones por **vía baja lo incitaron** poco a poco a extender las, indicaciones **Era** la época *en* que los cirujanos

libres de **Mortales inquietudes**, que algunas años antes **acompañaban** todas las operaciones **abdominales, acometían cotidianamente esas afecciones** tan comunes, tan rebeldes y **tan graves** que constituyen las infecciones de los anexos del útero. Se ha **dicho que** acometían demasiado! **Es posible**, pero hay que conceder una parte al entusiasmo que **acompañaba** la **nueva fé** pues los mismos cirujanos que años antes veían **sucumbir todos sus operados, encontraban admirable** curar un 85% por una operación que devolvía a la salud y la vida **social un gran número de mujeres que morían antes miserablemente** o llevaban duramente años una existencia lamentable.

Fue entonces cuando Pean, empujado por el instinto, o por su genio, **concibió** la **operación** que lleva **legítimamente** su nombre y que consiste en tratar las infecciones **ováricas, tubarias y periuterinas** por la **histeréctomía** vaginal. En los casos relativamente buenos, la **extirpación** primera del útero permite quitar los anexos **que lleva con él**, y en los casos complicados **y graves**, como sucede en las **supuraciones periuterinas**, cuando el **útero está** rodeado de bolsas infectadas constituidas por **las trompas y ovario?** en un **lapso de pus, la extirpación** del útero permite abrir esas **diversas bolsas aún** sin quitar los **órganos** enfermos. **Haciendo** saltar, decía Pean, la **compuerta** que cierra la pelvis por **abajo**, se obtiene un **drenaje muy**

amplio de la cavidad pélvica que **realiza la** curación. Aquí, como para los fibromas (1:) mortalidad cayó **a** la ínfima cifra de 2 a 3%, mientras que en la época de **su comunicación** a la Academia, que data de 1893 la mortalidad, **vía** alta era de 20% como para los fibromas estas cifras fueron mejoradas, además, la comunicación fue mal comprendida. Pean, cuyo cerebro lanzaba destellos **cuando se trataba** de una concepción quimérica, no era ni un orador brillante ni un escritor claro. Yo **acaba** de releer esa **comunicación** Aún ahora y para los que conocen bien la cuestión, presenta **alguna** oscuridad. Fue necesario, para que obtuviera el éxito merecido, que Segond, que quiso ver claro; tuviera el valor de **ir a ver operar** a Pean, pues requería valoren esta época **ir a ver operar** a Pean, fue necesario digo, que **Segond** fuera a darse cuenta de las cosas, para que, gracias a su palabra elocuente y n veces magnífica, pudiera hacer **comprender** a todos el pensamiento director que había **inspirado a Pean!**

Entrenados por Segond, que había ya adoptado el morcelamiento vaginal de los fibromas, en el que adquirid una gran experiencia de **e-as operaciones** difíciles, un gran número de cirujanos siguieron el **ejemplo** de Pean. Pero hubo **fuertes resistencias** y discusiones **retumbantes**. En realidad la **histerectomía** vaginal por supuraciones pelvianas **es una operación algu-**

Nas veces muy simple, otras extremadamente **difícil**, mucho **más difícil que** la histerectomía **abdominal**. Los que ignoran sus secretos **sin darse cuenta** de su ignorancia, ponen en cuenta de las dificultades inherentes a la operación !o que no obedece, en realidad, sino a que conocen **mal todos** los recursos de técnica operatoria.

Y es así como, durante diez años, se luchó mucho entre vaginalistas y I a paro tomistas, hasta que un día, como en el Cid. el combate terminó a falta de combatientes.

Es que en **efecto**, durante usos diez años de trabajo asiduo, de **1890 a 1900**, la educación de **todos estaba** hecha. **Desde el Jefe** de servicio, hasta el último de los enfermeros y todo el mundo sabía lo que era la asepsia- Las salas de operaciones estaban provistas, la esterilización era perfecta, las reglas **definitivas** del método aséptico **estaban** [establecidas tales como hoy lo están y los resultados eran casi los que se obtienen actualmente en el mundo entero.

La mortalidad de la histerectomía abdominal cayó a 5/1 órmenos. **casi** al mismo nivel que la histerectomía vaginal Entonces por qué discutir? Volvieron a la histerectomía abdominal, y **la operación** de Pean, que ya. no existía pura defenderla, **fue** abandonada. Fue casi olvidada, al menos en Francia, pues los cirujanos de educación germánica la emplean mucho todavía, v no veo otra razón que la que asistía a un gran numero cirujanos franceses ¿entre 1890 y **1900, es decir** su menor gravedad. Hemos en este sen! ido. marchado más rápidamente que nuestros colegas extranjero?, yeso obedece, no temo decirlo, porque nunca debe temerse decir la verdad, a la superioridad de la técnica francesa, que ha singularmente simplificado las operaciones, estando en lo concerniente :i métodos operatorios como en la reducción del número de ayudantes que en **ella** participan. Sea lo que sea, muchos internos de nuestros servicios, no han **visto** jamás una histerectomía **Vajinal** Y si no

estuviéramos aún algunos cirujanos decididos a no dejarla morir, la tradición se **habría perdido!** No hay que **dejarla** morir, porque hay todavía mujeres que sólo ella **puede** salvar. Las muy infectadas, **las** obesas, que sucumbirían infaliblemente a la prueba de una laparotomía, curan por una **intervención** vaginal. He aquí por qué esa operación no debe desaparecer y **por qué, mientras haya** una cirugía interna, la operación de **Pean** perpetuará el nombre del gran cirujano que la concibió.

Tal es la historia de la operación de Pean. Aquellos de nosotros que la vivimos, comienza a hacerse raros. Es **fácil** establecer ahora que los sucesos han cambiado y que es posible comprenderlo. Es **lo que** yo he intentado hacer, como uno de los últimos testigos de esa gloriosa época de la cirugía francesa que ha podido darse cuenta de la evolución de la gran ginecología operatoria.

Durante mas de veinte años Pean **tomó** en **Francia** y en el mundo entero, una parte gloriosa en ese gran movimiento y allí, sin duda alguna, con la **hemostasis**, su **más** bello **título** de gloria, está allí su obra durable que el tiempo **no** borrará.

A pesar de su **predilección** por las operaciones vaginales que, *yo* lo repito, en la **época** de su creación, eran no solamente **justificadas** sino superiores a las operaciones abdominales que no se había beneficiado de los milagros de la

asepsia, Pean no era menos uno de los grandes obreros de la cirugía **abdominal**. Es uno de los que nos abrieron las puertas, pues si nada tuvo que hacer en la gran revolución a la que él sinceramente creyó haber contribuido, pero que no hizo sino seguir como pudo, adaptándose a **los** métodos nuevos, como la mayor parte de los cirujanos de su generación, no es menos cierto que contribuyó en la cirugía abdominal, como en todo, con sus magníficas cualidades **de** operador **conciente** de su fuerza y en que las dificultades de las empresas acometidas exaltaban las facultades creadoras, la sangre fría y la lucidez del espíritu.

En 1867 extirpó el bazo. Era la primera vez que esta operación se practicaba con éxito.

Diez años después franqueaba de un **sólo** brinco el límite de las operaciones que se creían posibles.

Fiel a esa idea, que en su lenguaje pintoresco y a menudo algo brutal, pero que algunas veces no faltaba de grandeza y que ha dado lugar a mil imitaciones vueltas legendarias, pronunció a saber: que todo cáncer que puede ser extirpado debe ser extirpado. Un día **extirpo un cáncer del** píloro. Era en 1879.

Muy simplemente, seccionó **de** un lado el duodeno, del otro la porción pilanca del estómago, quitó el tumor, y reunió los extremos de sección restableciendo la continuidad del trayecto gastro-duodenal.

Era la **primera** vez que un **cirujano osaba atacar** un cáncer del estomago y es **a él a** quien se debe haber demostrado la posibilidad de la operación que goza **actualmente** de tañía **fortuna** y sobre la **cual se ejerce la actividad de cirujanos** del mundo.

Es porque la hemos llamado en Francia, **operación de Billroth**

Ahora yo **digo** que es necesario hacer justicia! **Elevémonos** por encima de las **pequeñeces** y celos. Un hombre como Pean, no podía **dejar** de tener **adversarios** y los tuvo. Las pasiones humanas son de todos **los** tiempos y de todos los medios y **los** que ven la fama **crecer cada día alrededor** de un nombre, al **mismo** tiempo que la gloria, **todas las dulzuras de** la vida, que no conocen, **pueden algunas** veces sentir en el fondo de su **alma** una cierta **amargura**. Pean fue **atacado, combatido** y **no** trataré de recordar aquí la historia de las discusiones cuyo carácter **puramente** científico no .siempre era **evidente**. **Todos** duermen **ahora** en la gran paz de la tumba. **No distinguimos los adversarios de antes** reconciliados en la soberana **imparcialidad de la muerte!**

Sí, hemos llamado en Francia *n* la recepción del **píloro**, operación de Billroth. Pero éste no ejecutó su **operación** primera, sino un año casi **después** de la publicación de la *de Pean*. A quién corresponde la **responsabilidad de esa nominación fraudulenta?** Yo no sé. **Que** haya aparecido por ve', primen en LA literatura médica de allende el **Rhin, es posible, y no es de asombrar.** Pero que se haya **aceptado en Francia, impresa** en nuestros libros. Eso no. Que esa **injusticia** sea debida a alguna hostilidad premeditada contra el nombre de Pean, por el honor de quienes la cometieron, yo no lo pienso, pues Pean está muy alto para que una maniobra semejante pueda rebajarlo. es mas que probable que ese error si queremos retroceder ante una palabra mas" severa.no es debido sino **al fetichismo** por todo lo que aparece en la **literatura germana** que nos **ha envenenado** durante toda una generación v al cual me honro de jamás **haberme** dejarlo llevar.

Demos al César lo que es del (é-sar, La primera resección del píloro canceroso filé hecha por **Pean**. Lo he dicho v lo he vuelto a **decir**.

Hace quince años **en un artículo**, en 1915, sobre la historia de la cirugía francesa en los últimos cincuenta años; lo he repetido en mi lección inaugural en el Hospital Broca; lo he dicho en la sociedad de cirugía.

Pean no tiene necesidad de eso para su **gloria**. No es sino un florón mas para su corona real. Pero es necesario que de una tribuna como ésta, salte al fin la necesaria y solemne reparación de una injusticia que ha durado mucho.

Y que no hubiera **hecho, cuando** estaba en la plenitud de su edad, en las operaciones abdominales que no temía acometer, dando libre carrera a su genio! Pero aún entre sus manos, la **cirugía** del peritoneo era cosa grave. Sin embargo los tiempos estaban **revueltos!** Un viento nuevo soplab a travez del mundo!

Mientras que trabajaba, mientras encontraba la solución del problema, poniendo al punto la **admirable cirugía** de la histerectomía vaginal, suficiente para su **gloria**, otros trabajaban también, que debían lentamente edificar una obra inmortal! **Championnière**, por su lucha tenaz y bizarra de todos los días y todos los **instantes**, transformaba las costumbres, los métodos y las ideas y enrolaba la cirugía francesa en ja vía revelada por Lister, **de** la que no debía salir sino para **ir** más lejos aún sobre la ruta de la verdad y enseñar a la cirugía universal (adoctrina definitiva. **Pues**

Tirrier estaba allí, cuya labor nos ha conducido a las cumbres donde estamos, a esta asepsia triunfante, que no cambiara más.

Pean no tomó ninguna parte personal en es«s **trabajos memorables**. No era hombre para 'doblarse a las meticulosas necesidades de tos métodos nuevos. Se adaptaba bien o mal, como la mayor parte de los cirujanos de su **generación**, y fue eso sin duda, en gran parte, la causa profunda **de** sus trabajos magníficos sobre las operaciones por vía vaginal, **que** fueron **en** realidad una de esas fortunas luminosas que no germinan sino en el espíritu de los que llevan en sí esa potencia creadora ese genio **operatorio** y **esa** especie de adivinación que viene en las **grandes** horas a inspirar ciertos hombres, como inspiraba al joven Bonaparte en los campos de Italia. Pean operaba con levita, no se daba cuenta en esa época <!e tas necesidades ineludibles de la cirugía moderna y reiría sin duda, M nos viera ahora con blusas estériles con gorro y guantes como caballeros de antaño en su vieja **armadura**. Si> equivocaría, **pues** no. hacemos hoy sino lo que el deber nos manda. Pero hace **cuarenta o cincuenta años**, quién conocía ese deber? Algunos lo entreveían apenas, pero él, el cirujano triunfante, el que tanto había vencido, en tanto que los otros **fracasaban**, no **comprendía**. No **podía** comprenderlo. Y nosotros **talvez** nos reiríamos de él. Algu-

nos han querido *ver en ese vestido*, que en la época no era el ideal para una operación un difirio de ostentación, aunque bien podría creerse pues se le vio, como muchos de nosotros, rodando en su carruaje tirado por ¡un caballo!, cuyo cochero, conocido de todo París, se percibía de lejos, por su larga cinta dorada en el sombrero, Pero yo estoy tenía lo a pensar que si él operaba de levita en el anfiteatro de Saint Louis. donde se veían muy pocos cirujanos de París, y en cambio cirujanos de todo el mundo es que consideraba sus operaciones como una especie (de sacerdocio, como una (de esas lecciones solemnes, que requieren un traje particular que sea la toga roja o la leva negra! No era siempre para él una primera lección. mes sus auditores, o más bien sus espectadores se renovaban sin cesar y que él estaba allí, Pean, para poner bajo sus ojos, por la vez primera, esas operaciones maravillosas que conmovían a todo el mundo!

Cualquiera que fuera el fondo

de su pensamiento él se amarraba alrededor del cuello una toalla bajo la cual quedaba inmaculada su blanca pechera, invertía las mangas algunos centímetros y con sus manos potentes, manejaba con una delicadeza infinita instrumentos que exigía siempre de una limpieza rigurosa y que parecían salir de la fábrica.

Pareció que este cirujano que me retrocedía ante nada, tuviera horror de la sangre! Fue creador de la hemostasis operatoria; no quería ver las pequeñas manchas de sangre que pringaban sus manos. No tocaba los operadas, no tocaba las heridas sino por intermedio de sus instrumentos y es por esa razón que debe atribuirse, sin ninguna duda sus maravillosos éxitos. Operaba los quistes del ovario y después los fibromas sin poner las manos--- dentro del abdomen y sin infectar sus enfermos.

El iba entonces al Congreso de Cirugía, me acuerdo como si fuera ayer de esa sesión memorable del Congreso de 1893 que ninguno de los que asistieron han olvidado.

Veo **todavía** a **Pean** con su cabeza pótenle, su frente despejada, con sus patillas encaneciendo, su nariz robusta. **su actitud tranquila** sentado entre la muchedumbre en las **primeras** filas del gran **Anfiteatro** de **la** Facultad.

Repentinamente, un joven (**le** blondos cabellos, cortados a la brosse, de ojos claros y de un azul límpido, vino a pincharen **la** pizarra algunos cuadros. Habló **sobre** la histerectomía vaginal en las supuraciones pélvicas, sobre ¡¡ operación de Pean, que en esa época **hacía** tanto **ruido. Hablo**" con fuego, con ardor, con una elocuencia admirable en un ataque de gran **trascendencia, no** contra la operación de Pean, sino contra la **técnica particular empleada** por Pean a la cual reprochaba la multiplicidad de **pinzas** dejadas temporalmente en permanencia, **proponiendo sustituirla** por otra, la suya. Este hombre que se presentaba así en la batalla por primera vez, fulminante y que no temía atacar a ese gigante de la **cirugía** q¹ e era Pean, ese joven se **llamaba** Doyen.

Pean un poco pálido, **irguió** su alto cuerpo! Su voz grave, que oigo siempre, se hacia **mis profunda aún. "Mr. Doyen, dijo, no parece** haber comprendido bien el método que **yo** uso." Y después defendí" **por** algunos minutos su operación e hizo **la** crítica de la de Doyen. En fin, dijo terminando, yo tengo la pretensión de creer que **los** éxitos, de nuestra prác-

tica no han sido **sobrepasados** por los **de** Mr. **Doyen**, quien ha tenido **la dicha de nacer** en una época donde le ha sido **verdaderamente fá il, aprovecharse de nuestros descubrimientos.**

Treinta y siete años han pasado en el torrente de las edades, llevándose entre **cataclismos** sin igual en la Historia, los tres cuartos de **la** Humanidad que vivía en aquella **época**. Ambos han muerto, y cuantos quedamos, entre los que fueron testigos de esa **lucha** apasionada entre dos hombres, entre esos dos colosos de la cirugía francesa. Y no temo decirlo, porque he visto con mis ojos trabajar muchos cirujanos para estar **seguro** de **lo** que afirmo de la cirugía universal!: el uno se erguía en **toda** su gloria y el otro se revelaba, como un hombre que **debía** también conocerla y que hubiera **sido** una de las más grandes figuras de la Historia de la **cirugía** si hubiera poseído ese sentido **de la medida** que debe ser, con La conciencia, **la** primera de nuestras virtudes **y** si su juicio hubiera estado a la altura de su genio!

Helos ahí. ambos reconciliados en la gran paz de la muerte y de **esa** batalla de un día no queda más que un gran **recuerdo!**

Pean no estaba hecho para verse **destruir** lentamente por la mordedura insensible ríe los días que suceden a los días. No **conoció** la **decadencia** de la vejez. **Como** la gran encina de la floresta fue

cortado de un solo **golpe**. Tuvo, sin embargo, tiempo para *ver* venir la muerte, y vio acercarse e>n mirada tranquila y corazón le-suelto.

Pozzi, que habló sobre su tumba, tuvo el valor He decir lo que todos **pensaban** en silencio. Habló con justicia de la **grandeza** de su obra Habló con **energía, llamándoles** por su **nombre**, de las pasiones hostiles que **lo** habían seguido paso a paso sin alterar su serenidad; habló de **la belleza** de su muerte. Pero se elevó más alto! "Afirmo, dijo, que no he visto muerte más valerosa ni mas **noble** que la de los **médicos**." Tenia e! presentimiento que él nos daría, veinte años más tarde, el ejemplo de una muerte estoica! Pues él también vio venir la muerte con ojo sereno y **corazón** resuelto, **aunque** no tuvo tiempo de **preparan?! Ah! Yo lo n?, la** muerte aplasta por doquier en estas horas **trágicas**. Nos es familiar, pero en el drama de su fin, en esas horas de angustia **en** que se **jugaba la** suerte de la Patria, no podemos menos que inclinarnos ante la se-

renidad de su alma en frente del abismo que se abría a su pasa.

Un tercio de siglo ha pasado, entre prodigios j calamidades, un tercio de **siglo** ha pasado sobre la tumba donde reposa Pean. El tumulto de las pasiones ha mucho se apaciguó y nosotros podemos hablar en una atmósfera donde no puede reinar más que fa justicia de este gran cirujano. Pues para quien entonces, podríamos reservar el epíteto de grande si lo juzgamos excesivo para un hombre de esa talla! **Ninguno** de los secretos do la cirugía de su tiempo le fue extraño y **abrió** a golpes de **hacha** ruta* nuevas en las selvas tenebrosas de una cirugía desconocida! No se podía dudar hace cincuenta años! Pero nosotros lo sabemos hoy y la hora de **la justicia** ha llegado! El brillo de sus primeros triunfos llamó **la atención, cuando** era joven aún, al mismo tiempo que un justo renombre, todo lo que puede dar satisfacción y alegrías en los años que podemos pasar sobre esta tierra, tan llenos de tristezas, de dolor y de esperanzas destruidas,

Llegó lo que debía llegar: la envidia secreta **los celos escondidos** y algunas veces inconscientes, extendieron sobre él las **invisibles** redes <le sus **calumnias**. Se dudó de sus descubrimientos, y sobre todo de aquel que más le debía, la parte preponderante que tomó en el desarrollo de la hemostasis operatoria, y **si algunos** reclamos podían parecer legítimos de parte de Koeberlé, no lo eran de quienes tomaron parte en esas controversias nefastas y apasionadas. Se le acusó de ser un hombre codicioso, y he oído **contar**, no sin indignación, historias, que en los días **que vivimos**, no indignarían a nadie, y talvez no podían sino **hacer sonreír** a los hombres que no **tienen** ninguna pretensión a alardear de una virtud superior a la virtud media de nuestra **pobre humanidad! Pero** lo que no se decía, lo que se tenía escondido, y sobre lo que él **mismo guardaba** silencio, era su bondad para los desgraciados, era su inagotable **generosidad**, y aquellos de sus discípulos que vivieron en la intimidad y que lo amaron más **allá** de la muerte, como solo pueden ser amados **quienes** merecieron, por las **cualidades de su alma**, están **acordes en** confesar **que** abría ampliamente su **bolsillo a los** enfermos del Hospital, que **les conseguía** aparatosa los necesitados y que cuando se trataba de **operaciones** graves y para la **convalecencia de las rúales comprendía** que era necesario tener una alimentación extraña **al Hospital**, **les** hacía entrar **al** lado de sus enfermos privados donde las Hermanas Agustinas de la calle de la Salud, donde pagaba todos **tos** gastos y allanaba las **necesidades**, con una **simplicidad, un tacto** una **discreción** que daban más valor a su generosidad!

La obra de Pean fue lo que él mismo. Ese hombre llevaba en sí, desde **la** juventud, el genio de la cirugía. Ni su nacimiento, ni los **primeros** elementos de su **cultura**. No nos ha dicho él mismo que quería ser pintor! Parecen designarlo para emprender esos concursos difíciles que todos conocemos, y en los cuales triunfaba rápidamente, lo que nos muestra que bajo su dura corteza se ocultaba un espíritu **salido**. Pero desde **que pudo** poner en acción sus **cualidades** naturales y dar la medida, sobrepasó del primer golpe los límites de lo que era en esa época, lícito esperar. Y que no se diga que cuando se lanzó en esa empresa terrible que era en la **época**, una ovariectomía lo hizo por espíritu de audacia y temeridad y por atraer sobre su nombre **la** aureola que da el éxito No, **pues** si no hubiera tenido algo más elevado, si no hubiera tenido en la sangre el ardor candente del trabajo y **la** pasión del arte de **la cirugía**, para el que se sentía nacido, y que no puede servirse bien sino cuando se ama con **pasión**, no **hubiere** llegado más allá! Más cuando se está como él, sentado en la cumbre, cuando se ha podido dar el ejemplo de un maestro incomparable, cuando en algunos años ha sido el gran animador de la cirugía visceral, cuando se ha sido el primero en intentar, intervenciones que son suficientes hoy a la gloria de quienes no han hecho sino seguirlo, cuando se está **repetidamente en** los nuevos senderos, cuando se han revelado al mundo **concepciones** operatorias de él, y que no son sino de él, entonces quienes hayan **asistido a** esa ascensión **progresiva**, tienen el derecho de decir que ese hombre, **creado** por la **naturaleza** para gloria de la cirugía, ha seguido con

puso regular la ruta trazada por su destino.

Durante un cuarto de siglo fue el más **brillante representativo de la cirugía francesa** y las lecciones **que** dio, sin estar siempre escritas *en* libros, se extendieron por el mundo por quienes vinieron a tomar las **enseñanzas** que él de nadie **recibió**. Su robusto cerebro, sus manos potentes, han echado por *el mundo, ejemplos* y lecciones que forman hoy parte del patrimonio común. Mucho de **lo** que son y hacen los cirujanos del mundo viene **únicamente** de este hombre, que abrió vías nuevas, y que amplió **desmesuradamente** los caminos **trazados** antes de él.

No hay **solamente-** como lo dijo en el Anfiteatro de San Luis, testigo de tanta labor y el cual forjó con sus manos la gloria inmarcesible, en el curso de esa lección de **despedida en** que recordaba, con legítimo **orgullo** la obra de su **vidn,**

no ha sido solamente un buena **trabajador! Si;** no fue solamente un buen trabajador, fue más todavía, fue el creador que muestra e) camino a los del porvenir!

El tiempo, destructor de tantas cosas, no borrará la obra de Pean. Lo que hay de durable y de eterno en la obra de un hombre, no es siempre lo que guarda su nombre y lo **preserva** del **olvido** **Es** lo que ha **pasado al bienestar común,** y que parece venir de la **muchedumbre** anónima!

Pean es uno de esos **hombres** que dejan un surco profundo, y sí los misterios del porvenir quisieran que su nombre fuera alguna VPZ borrado de la memoria de los hombres, estaría siempre allí, como esos astros brillantes escondidos detrás de las nubes, pero cuyos fulgores oscurecidos son **suficientes aún** para disipar las **sombras** de la noche!

la vía de inoculación tiene valor, porque según sea **ella, variará** el tiempo de incubación; así cuando se hace por vía endovenosa, es muy breve y sólo se debe **recurrir** en aquellos casos en que por razones especiales se quiera reducir al minimum el período de incubación.

Nosotros en todos nuestros enfermos hemos empleado **sistemáticamente** la vía subcutánea en la región interescapular.

La inoculación por la picadura del mosquito anofeles hecha por algunos autores **ingleses** y norteamericanos tiene múltiples inconvenientes en nuestro medio; además la malaria inoculada por los mosquitos es más resistente a la quinina.

Entre la inoculación del plasmidio malárico y la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad, transcurre un período de tiempo que constituye el período de incubación; Warner Jauregg ha establecido como primer acceso malárico, aquel cuya temperatura llega a 39^v y en el cual se verifica la **presencia** de parásitos **circulantes**, si bien este criterio podría dejar de considerar algunos accesos

febriles de naturaleza malárica, no se debe olvidar que el **fin de la malarioterapia** es provocar accesos térmicos de cierta intensidad.

La duración del periodo de incubación en relación a la diversa forma de malaria experimental es **según Mühlens y Kirschbaum para** la malaria tipo tercian;» de 10 a 19 días, la cuartana 15 a 50 y la estivoñoal 7 a 14.

Nuestra experiencia en la cuartana nos da un promedio variable de 19 a 38 días.

Torio; los que practican la **malarioterapia** han observado un cierto número de enfermos resistentes a la inoculación; así **Warner Jauregg tiene** un cinco 6%, Nonne el 5%; nuestras observaciones coinciden en esta **resistencia** aunque en menor número; *SW.*

La falta de reacción puede atribuirse en algunos casos a defectos de técnica en la **inoculación** o de deficiencia en la dislaceración **vascular**, en el punto de la inyección o bien a la existencia de una verdadera y propia inmunidad congénita o **adquirida aunque** ella no es admitida por todos los autores.

los primeros días del **período** de incubación, transcurren en completo silencio; al final de este **período** aparece con una gran frecuencia la fiebre prodrómica, cons tituida por accesos térmicos **irregulares** con **caracteres** de fiebre continua o subcontinua, no pasando LOS 37,5 y raramente llega a los 38"; esta fiebre prodrómica es ventajosa porque prepara al enfermo para el verdadero acceso.

Cada acceso febril dura de 8 a 15 horas, después del escalofrío la temperatura asciende **rápidamente** a 41°; los accesos suelen seguir un ciclo regular, pero muy frecuentemente se hacen en una **forma completamente** irregular, observándose el acceso anticipante o **retardante**; **la causa de** la irregularidad de los accesos ha sido diversamente interpretada; algunos autores le han atribuido gran **importancia** al hecho que el pasaje de los **plasmadlos** a la masa sanguínea no se hace todo contemporáneamente.

El conjunto de síntomas que se presentan durante el acceso febril depende en parte de la infección malárica y en parte de los síntomas de los distintos tipos de afec ción que se trata: parálisis general, tabes, etc.

En el curso de los accesos **conviene** mantener a los enfermos a una dieta líquida, tal como té, café frío, leche, etc, en el intervalo de los accesos se le puede administrar un régimen mixto, pero de fácil **digestión**, debiéndosele pres-

tar especial atención al **comportamiento** del corazón; su funcionamiento debe ser constantemente vigilado, tomando la presión sanguínea frecuentemente; en caso de desfallecimiento cardíaco suministrar cardiotónicos (X gotas de tintura de estrofantus); repetirla en los accesos.

Las complicaciones, **felizmente** raras de la malaria, **inoculada**, se suelen producir y son la rotura del **bazo** y la hemoglobinuria; respecto a la primera la escuela de Viena no ha debido lamentar un solo caso de rotura de bazo en 12000 enfermos inoculados.

Sin embargo, en aquellos enfermos en que existan sobrados motivos para presumir que la fiebre malárica será mal tolerada, se puede siguiendo los consejos de Warner Jauregg, recurrir a la inoculación intracutánea en la dosis de 1 "c c. a '3 c. c, que da un tipo puro en el ciclo evolutivo, o se puede hacer la malarioterapia dividida en '¿ mitades, vale decir se dejan pasar 3 a 4 accesos, después se corta la fiebre y se le administra arzenobensol y cuando el enfermo se ha repuesto después de algunas semanas, se completa con una nueva inoculación de sangre y se dejan un número de **accesos** suficientes para tener mejores resultados; se puede mitigar la intensidad y duración del acceso febril suministrando 0.10 a 0 20 grs de quinina: otros dan 0.10 grs. de piramidón y 0.10 de cafeína cada hora cuando **la fiebre** se mantiene elevada.

El número de accesos debe ser de 10 a 12, lo suficiente para determinar los **mejores** resultados en la malarioterapia. La escuela de Vierta deja transcurrir, cuando el enfermo es robusto y tolera bien la fiebre, **basta** quince accesos; naturalmente no se puede establecer a este respecto reglas esquemáticas para cada enfermo. El momento de **interrupción** de los accesos debe ser terminado por un seguro examen clínico y una ponderada valuación de las **condiciones** orgánicas **generales**.

La quinina, como lo **afirmara** Ascoli en el primer Congreso de Malaríología de Roma en 1925, obra por sí sola sobre todas las formas de la **malaria y la sensibilidad** a la quinina de la malaria inoculada debe atribuirse a la ausencia de formas sexuales, pues son los gametocitos los que más **resisten en h malaria**.

La **administración** de la quinina se **puede** hacer por vía oral o por inyección; *la* primera es posible para **la malaria inoculada**, reservando **la** segunda en casos de

vomites o bien cuando el enfermo **oponga** una tenaz **resistencia** a la ingestión de los alimentos.

En **la Clínica** de Warner Jau-regg **la quinización** por vía **oral** se hace **según** el siguiente **esquema**: **toe** tres **primeros** días recibe cotidianamente 1 gramo de bisulfato de quinina dividido "n dos dosis de 0.50 en **las** veinticuatro horas; en total las dosis (fe quinina en de 5 gramos y en más de 1000 casos tratados no han visto una **sola recidiva**.

En la Clínica Neuro-Psiquiátrica de Roma (**Mingazzino**), **tratan** la malaria terapéutica mediante **la** inyección subcutánea de 1 a 2 gramos ;il día de bicloruro de quinina distribuido en el espacio **de** .í a 4 días, haciendo en total la dosis de 4 a 5 gramos.

Nuestros enfermos fueron tratados todos ellos con 5 gramos de **clorhidrato** de quinina, **dándoles** los 3 primeros días 1 gramo en sellos de 0.20 ctgr. y los cuatro restantes 0.50 ctgr.; hemos visto algunos enfermo» quinino- resistentes en los que debimos **recurrir á**

las inyecciones de bicloruro de quinina intramusculares, así como **un 5%** de recidivas en los accesos, pero que **obedecieron** rápidamente con **una nueva cura de quinina**.

El azul de metileno tiene una acción inferior a la quinina, pero **TÍO** da lugar jamás a fenómenos **tóxicos secundarios**; los preparados abuse de arsenobenzoles han sitio **recomendados** en sustitución de la quinina-stovarsol, **neo-salvasán. etc.**

Una cura reconstituyente apropiada, a base de **arsénico**, hierro, etc., se impone **después** de la supresión de la malaria inoculada, en **nuestros** enfermos en los cuales la anemia consecutiva a la **destrucción** de los glóbulos rojos disminuye las condiciones **generales del organismo**.

Antes de someter a los enfermos a la inoculación de la **malaria** con fines terapéuticos deben ser sometidos **éstos** aun doble examen clínico; de un lado deben considerarse las condiciones orgánicas del enfermo y del otro el período y la clínica de la **afección** del sistema nervioso contra la cual se quiere intervenir.

Así Warner Jauregg **afirma** que en la demencia **paralítica** en el período inicial y en las condiciones generales buenas, se puede **conseguir el 100%** de remisiones.

La edad del paciente no constituye un inconveniente y en la **Clínica de Viena** se han inoculado

enfermo.- en **ladea** que varían de **Ha 68 años**.

Los casos estudiados por **nosotros se refieren todos** a la edad media de la vida, **ríe** los **2:J años a los 45**, pues los casos **de parálisis general juvenil y de tabes juvenil** son muy **raros**.

Las condiciones **generales de nutrición e irrigación** deben **evidentemente** ser **buenas**, **envista** no sólo del **debilitamiento general**, sino de la acción **anemiantes** de la malaria; por lo tanto **si el enfermo está** desnutrido y anémico, **convendrá** antes de **la malaria tenerlo** en reposo, suministrándole **preparados** reconstituyentes, vida higiénica y **alimentad n sana** que contribuirán a mejorar la situación.

La existencia de una aortitis sífilítica **simple no constituye** una **contraindicad"n para la malario-terapia**; los vicios **valvulares** bien compensados un **contradicen la** cura, siempre que los del corazón sean sostenidas en ese **período**.

La **arterio-esclerosis grave** constituye una formal **contraindicación**, así como también la **diabetes**; la adiposidad en alto grado **predispone al colapso observándose** desde los primeros accesos gran postración, vómito y diarrea; por lo tanto, si no está absolutamente **contraindicada** la malaria en los obesos, debe ser practicada.! con el **máximum de prudencia**, sosteniendo las fuerzas cardíaca- con la administración de **la digital**

Lesiones tuberculosas latentes **pueden** reagravarse en el curso de la malarioterapia, **por lo** cual la **tuberculosis pulmonar constituye una** contraindicación absoluta.

Fina mente, para **que** la malaria sea bien tolerada es necesario que **sea** óptimo el funcionamiento de los **órganos** parenquimatosos (**hígado, riñón, bazo,**) **pudiéndose** **legar con Datther y Kanden** a la **siguiente conclusión:** la **malarioterapia está indicada** en todos aquellos individuos en los cuales **además** de su **afección** del sistema **nervioso**, no exista **ninguna** otra forma morbosa aguda o **crónica** **acompañada** de **lesiones orgánicas** o de **disturbios** funcionales **a cargo** de uno o varios **aparatos**.

Va en comunicaciones anteriores a esta misma Sociedad nos hemos ocupado de este mismo tema. **Presento hoy el resultado de cuatro años de** observación en 100 enfermos tratados con este método.

La malarioterapia la he **practi-do** en los **Servicios de Clínica neurológica de los Hospitales Rawson** y Ramos Mejía *en* los casos de

neuro-sífilis **parenquimatosas** resistentes, comprendiendo la demencia **paralítica**, el tabes en sus diversas formas **clínicas**, ya con crisis gástricas persistentes, dolores fulgurantes, neuritis óptica, en la sífilis difusa del neuro-eje; sin embargo nuestro **entusiasmo** no nos ha llevado ¡i aplicarlo a los sífilíticos con Signos agudos, ni tampoco como **tratamiento profiláctico**, procedimiento **este último** que necesitaría para su ejecución **la colaboración** de los **Servicios de Si fitografía**, en donde **podremos** encontrar los casos que reúnan **las** condiciones que obliguen la aplicación de este procedimiento. Este **método** entraña sus peligros, por lo cual conviene que el enfermo permanezca **aproximadamente** un mes internado en la Sala a objeto de la atención conveniente.

Estado actual del grupo paralítico
— De los 100 **enfermos inoculados** con miliaria de **tipo de quartana**, cepa que conservamos desde hace cuatro años controlada en **casi** todas las reinoculidades, 75 corresponden a enfermos afectados de parálisis general **progresi-**

va en **diversos** periodos de su **evolución** ; de este número de **enfermos sólo** 18, o sea 25,33% se encuentran en remisión completa, manteniéndose en este estado en un período de tiempo que varía **de 4 años a 10 meses**, que corresponden a los últimos casos observados, algunos de los cuales tendré el **mayor** placer de **presentarlos** para su examen e **interrogatorio**.

Ahora conviene previamente que **aclaremos** lo que entendemos por **remisión completa** ; la escuela de **Viena distingue** como resultados de **malaria terapia** los **siguientes grupos**:

a) *Remisión completa.* Aquella en que el enfermo readquiere completamente la capacidad profesional que tenía antes de la cura y **los síntomas** de la demencia paralizante regresan completamente o son tan limitados que no llega a individualizarlos sino después de un examen muy cuidadoso del sistema nervioso: **en suma**, adquieren el ejercicio libre de la profesión y la libertad social.

b) *Remisión incompleta en grado elevado.* Persistiendo en el enfermo **defectos** psíquicos no muy elevados, de manera de serle posible la vida en sociedad y **ejercer algún trabajo**, aunque menos importante que aquel anterior a su enfermedad.

c). *Remisión incompleta de mediana intensidad.* Persisten en el enfermo **signos psíquicos** muy **revelables a un examen muy super-**

ficial, aunque le permita **la vida** familiar.

e) Muerte.

Los norteamericanos en la clínica de Mayo, Paúl O'Leary con su espíritu puramente **práctico** de la cuestión, entienden por remisión completa no las modificaciones serológicas o **la desaparición de 'os** signos objetivos, sino el estado económico del **enfermo** a consecuencia del tratamiento.

Si un obrero se da alta de un manicomio y se gana de nuevo la vida; o si un **abogado** después de la cura conserva su clientela, es **una** buena remisión; en cambio, si un maquinista ferroviario después **del** tratamiento **Solo** puede **trabajar** (comí) jornalero, etc., es una remisión parcial.

Nosotros entendemos que **mientras** la escuela vienesa y el concepto norteamericano de la **remisión** se hace exclusivamente bajo el punto de vista de la **capacidad** profesional del enfermo, él es **insuficiente**. **Nuestras** remisiones se acompañan de mejorías **psíquica - neurológicas** que traducen de un modo **más** completo la **remisión** conseguida.

En **estos** rasos de **remisión completa** los enfermos han experimentado una mejoría evidente en lo **que respeta a los** síntomas **psíquicos, traduciendo** una modificación muy favorable de su atención, el delirio de grandezas se atenúa gradualmente para desaparecer totalmente; la memoria, aún para los hechos más recientes, se

Hace más exacta y se **rectifica** de los **actos**, el **juicio**, el **razonamiento**, **afectivdad**, etc., todo lo cual le permite la vuelta al seno **de la familia** y al ejercicio de su **profesión**.

Las **modificaciones** en el terreno **neurológico** que **más** hacen evidentes después de la malarioterapia son los trastornos de la palabra y ríe la escritura que pueden **mejorar**, aún cuando se hayan presentado en forma bastante **grave**, aunque en **algunos** casos la **mejoría** es **sólo**, a **pesar** de la menina de los trastornos psíquicos.

Los reflejos pupilares **solo** en **rarísimos** casos se vuelven normales, no **observándose** modificaciones dignas de notar en los **reflejos músculo-tendinosos**; en cambio el **temblor** de lengua, labios y de manos se modifican **voluntariamente**.

En la **mayor parte** de los casos se observa después de la malaria un **mejoramiento** de estado general de nutrición y el peso **del enfermo aumenta considerablemente**, lo que se hace comúnmente en los primeros meses **que siguen a**

la cura; este aumento de peso no permite por sí solo afirmar que la cura ha sido favorable, porque **ella** se observa también en enfermos cuyo cuadro psíquico queda inalterable.

El examen de las modificaciones humorales en lo que respecta al estudio de líquido en todos nuestros enfermos ha sido objeto de un estudio comparativo entre el L. C. R. examinado antes de la inoculación y después que el enfermo se ha repuesto de sus accesos, todo lo cual nos ha permitido asentar conclusiones interesantes, como veremos al final.

Así la tensión de la L. C. R., medida al **manómetro** de Claude, acusa una disminución en el 70% de los casos después de la malaria; la albuminosis está modificada notablemente, acusando una franca disminución en la tasa de albúmina en el 85% de los casos.

Así como para la albuminosis el número de elementos a la célula de **Nageotte** disminuye considerablemente en el 85% de los casos.

Las reacciones de las **globulinas** Nonne Appelt y **Pandy** han permanecido inalterables siguiendo positivas en todos los **casos**.

La reacción de Wasserman en el L.C. R. positiva en todos los casos, de mayor intensidad que en sangre, en un 40% se ha hecho negativo, ha disminuido de intensidad en un 30% y sin modificación en el resto.

La Wasserman en sangre ha sufrido las siguientes modificaciones en un 20% de francamente positiva se ha hecho negativa, en un 30% débilmente positiva y en el resto o sea el 45% sin modificación.

La reacción de Benjuí coloidal, así como la Wassermann del líquido, fue positiva en todos los enfermos con su curva típica; se modificó menos que la Wassermann, ya que sólo en el 30% de los casos se hizo negativa, disminuyendo en intensidad en el 15%, permaneciendo en el resto, es decir, en el 55% sin modificaciones.

Debemos hacer notar que estas modificaciones se refieren exclusivamente a las producidas por el tratamiento palúdico.

Ahora bien, el prolijo estudio comparativo entre las reacciones humorales y el estado mental y neurológico del enfermo nos permite asentar las siguientes conclusiones: no existe relación alguna entre éstas y aquellas, pues en enfermos con franca mejoría serológica su estado mental se agrava.

En el grupo de enfermos en franca remisión algunos de ellos de 4 años, no hemos observado hasta ahora recidivas clínicas. Al

resultado tan favorable de la cura malarica en este grupo de enfermos tan acentuada que se hace pensar en curación, ya que conviene más hablar de remisión, pues se trata de una enfermedad tenida por inexorablemente letal, conviene por ello la observación por un largo período de años para establecer con ello la diferencia que existe entre éstas y las remisiones espontáneas, las cuales se presentan según los autores de un porcentaje que oscila del 4 al 16% y de duración de algunos años.

Las remisiones en los malarizados no siempre se presentan inmediatamente determinada la serie de accesos febriles; en algunos casos se manifiestan tardíamente después de semanas y aún de meses; para hacerse progresivamente más completas. En general aparecen tardíamente en aquellos sometidos con enfermedad avanzada, mientras que en los sometidos precozmente aparecen a veces durante los accesos febriles.

Los enfermos del grupo no paralítico son 25, repartidos en la siguiente forma: 15 tabéticos que se descomponen en 5 crisis gástricas y dolores fulgurantes, uno con parálisis del VI par agregado a su tabes, y los restantes con fenómenos atáxicos en distintos períodos de evolución; un caso de neuritis óptica, tres de mielitis y cinco de sífilis difusa del neuro-eje, dos de ellos resistentes a los tratamientos comunes.

(Orno vemos, la malaria con fi-

nes terapéuticos ha sirio experimentada en casi todas las enfermedades del sistema nervioso central de **naturaleza** sifilítica, pero **indudablemente** el número de **casos** de parálisis genera) progresiva sujetos a este **tratamiento supera** grandemente a las otras formas de la lúes nerviosa.

En cuanto al **tabes** conviene recordar que la lentitud en su progreso en contraste con el curso sub-agudo propio de la **demencia** paralítica, hacen incierta a lo menos por ahora el **poder** apreciar el resultado de la malario terapia.

Como lo hace notar Hedlich, un juicio seguro sobre la posibilidad de una influencia saludable en el **tabes**, prescindiendo del mejoramiento de los síntomas agudos, crisis gástricas; dolores **lancinantes**, sólo podrá asegurarse después de una observación prolongada del enfermo, porque remisiones espontáneas, aunque de cierta duración, no constituyen para **tabes** una rareza.

Bering trató 23 tabéticos **con** malarioterapia, **limitándose** a provocar en **los** enfermos 8 accesos; de **ese número**, 1!» mejoraron los

disturbios de la **sensibilidad**, reflejos y ataxia; en todos hubo mejoría del estado general, tan importante para el **tratamiento de los** tabéticos sometidos a los **arzenobenzoles**.

Norme ha **obtenido** resultado satisfactorio con el tratamiento de la malaria en la sintomatología **dolor** osa, pero persistían los síntomas que revelaban una lesión orgánica del sistema nervioso. **Mingazzini** refiere que la malaria en el **tabes** deja invariable la fenomenología morbosa, si se exceptúa una mejora al menos una detención en el progreso del **nervio** óptico, observación esta última de la mayor importancia, porque **la** neuritis del II **par** es refractan **al tratamiento** específico antilúética.

Para tener mayor probabilidad de éxito **conviene** en el **tabes** como en la **demencia paralítica practicar** la malarioterapia precozmente cuando aparecen los primeros síntomas de la enfermedad.

De los 15 tabéticos malarizados por nosotros, en 5 de ellos dominaban las crisis gástricas, 3 de ellos padecían desde hacía vanos

años; uno de ellos había sufrido tres intervenciones quirúrgicas para sus crisis. Estos enfermos fueron malarializados con el mejor de los éxitos, pues pidieron sus altas y se desempeñan en la vida común.

De los otros dos tabéticos no tengo en este momento datos sobre su porvenir; el resto de enfermos de **esta** entidad clínica afectados de ataxia en diversos grados; cinco de ellos **mejoraron** con la malaria, uno se hallaba inmobilizado en cama; hoy su **marcha** aunque atáxica, es posible.

Con respecto a la neuritis óptica, **aunque** todavía es exiguo el número de casos en el fenómeno ha sido **revelable**, conviene aceptar esta observación con alguna reserva, puede **mejorar** (Mingazzini) o bien puede ser considerada como una indicación de la malaria; si bien es cierto que Herman que ha tratado 4 casos con malaria sostiene que tal cura **debe** reservarse exclusivamente a casos de atrofia incipiente del nervio **óptico**.

La única enferma de neuritis óptica que he tratado, diagnosticada su lesión por dos distinguidos oculistas, lleva ya 3 años de su cura por la malaria sin **presentar** hasta el día de hoy signo alguno de su **lesión** de fondo de ojo que presentaba antes de la malaria, pero sus signos pupilares persisten en cuanto a su desigualdad.

De los otros enfermos de mieli-

tis, uno ha mejorado en forma evidente; los restantes sin modificación y los cinco restantes con lesiones difusas del neuro-eje. En uno el tratamiento ha determinado una mejoría evidente; de los restantes no es posible obtener conclusiones, dada la escasez del tiempo transcurrido.

Complicaciones.—Las complicaciones durante la evolución de la malaria inoculada, suelen ser el aumento de **úrea** sanguínea que llega a constituir así el verdadero índice de la toxemia **determinada** por el paludismo.

Las icterias post-palúdicas son relativamente frecuentes, pero todas ellas han cedido muy bien una vez cortados los accesos con el tratamiento a base de preparados de hígado.

El herpes labial es bastante común durante la marcha febril.

Pero, de todas las complicaciones las más serias que hemos observado son el desfallecimiento cardíaco que se presenta con bastante frecuencia en los enfermos que han pasado de los 40 años de edad; felizmente ellos han obedecido perfectamente a los tónicos cardíacos con excepción de un caso fatal a quien le practicamos la inoculación por segunda vez después de un año de la primera.

Mortalidad.—La mortalidad observada por todos los que practican la malarioterapia ofrece un arma poderosa a los adversarios de esta terapéutica.

De los cien enfermos tratados

por nosotros, tres han muerto durante el período febril; de ellos, en dos puede achacarse al paludismo como causa directa de la muerte; pero en el tercero no fue la inoculación el verdadero agente determinante de la muerte, ya que ella fue producida por una abundante hematemesi y en la autopsia que practicamos hallamos una enorme úlcera de estomago a quien debimos atribuir su terminación legal.

De los enfermos en remisión que hemos podido seguir a través de los años, uno falleció al año <fe su tratamiento de una bronconeumonia.

Teorías sobre el mecanismo de lo ulularía.—Se han dado diversas hipótesis para explicar la esencia íntima de la acción que la malaria ejecuta en la parálisis general; algunas de ellas han recibido una demostración experimental parcial; ninguna, sin embargo, ha sido afirmada hasta ahora de un modo seguro.

Fundamentalmente existen en este propósito dos corrientes de ideas; algunos autores sostienen que el fenómeno más saliente de-

terminado por la malaria es una serie de modificaciones anatómicas en el foco flogístico degenerativo del encéfalo, los cuales tienden a la destrucción de la espiroqueta y la retrogradarian de los síntomas clínicos; otros, en fin, están convencidos que la llamada reacción de foco no constituye sino una parte de la importante, profunda y compleja transformación que la malaria produce en el organismo entero, entre las cuales hay que considerar por su importancia la modificación del ambiente humoral-

Warner Jaurregg y su escuela parten de la hipótesis que la diferencia en el cuadro clínico de la lúes cerebral y la demencia parálisis está basada en el hecho que en esta última enfermedad el poder de inmunización y defensivo del organismo entero y del encéfalo es menor que el de la lúes cerebral.

La malarioterapia aumenta la resistencia orgánica por un mecanismo de inmunización apoyado en la existencia demostrada de una reacción de foco fundamentada por las investigaciones de Do-

nath y Heilig sobre el comportamiento del ázoe anímico **en la sangre** y en líquido de los **paralíticos** generales malarizados.

Este autor parte del hecho que los amino-ácidos aumentan en el humor orgánico allí donde existe desintegración de sustancia **albuminoida**.

Ellos han averiguado que en el líquido de los P, G. P. en el curso de la malaria en encuentran amino-ácidos en mayor cantidad que **■** en los líquidos normales, con lo que se **probaba** la destrucción **de la sustancia** proteica y **por** lo tanto una reacción de foco en el **seno** de la sustancia nerviosa.

Para la demostración de la **presencia** de un poder treponemicida en el humor orgánico y en los leucocitos **del sujeto malarizado**, Hoff y **Silberstein**, hicieron en la clínica de Viena algunas **investigaciones** experimentales; en el curso de **las** cuales constataron que la espiroqueta pulida puesta en contacto con líquido cefalorraquídeo de sujetos sometidos **a la malarioterapia** **se alteraba** profundamente en el espacio de dos horas, perdiendo su movilidad, mientras que esos **trepáneas** en presencia de líquido **normal** *no* se modificaban.

Los mismos autores **demuestran** que durante la malarioterapia el índice **opsónico** se eleva hasta alcanzar el **máximo** hacia el acceso febril **según** la hipótesis de Adelheim la reacción de foco consiste en una **temporaria** exacerbación

De fenómenos **flogísticos infiltrativos**, **R cargo del parénquima nervioso**; **se trataría** de una forma larvada de encefalitis malárica **en el cual se debe buscar** el principal factor causal de los **beneficios** de **la cura**.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO DESPUÉS DE LA SUPRESIÓN DE LA FIEBRE MALÁRICA

No todos los autores **están de acuerdo** sobre la oportunidad de hacer seguir la **cura** malárica por **una cura** específica **arsenobenzol**ica, **bismútica** o **mercurial**.

Los **argumentos aducidos** en contra de la ejecución de esta cura subsidiaria son **fundados en la mayor parte** sobre la observación **que la administración de los preparados arsenobenzólicos, después de terminados** los accesos febriles, o no modifican substancialmente el carácter de la remisión conseguida (Josmann) o no determinan un porcentaje de mejorías superior **a aquellos** de los enfermos tratados **únicamente** con malaria (Welgand y Kuschbaum), debiendo tenerse presente el peligro por la influencia **funesta** que el **salvarsán** puede ejercer en el curso de la parálisis general **progresiva**. Si bien es **cierto que las investigaciones** anátomo-patológicas de Straussler y **Koskinas** demuestran que el cuadro **histopatológico** de la **remisión de la cura** malárica se hace ya presente **antes** de la ac-

Tuación del tratamiento específico **subsidiario**, contribuyen a hacer superflua **la cura arzenobenzólica o mercurial**.

En realidad, atendiéndonos a las numerosas **observaciones clínicas** demostrando que la terapia es **pecífica practicada** después de la malaria puede **explicarse una acción** debida a la virtud **reconstituyente del arsénico, particularmente útil** y eficaz en individuos **convalecientes de una enfermedad febril y anemizante**,

En la clínica de Wagner Jauregg se ha hecho **un estudio clínico comparativo de los resultados** obtenidos en **dos series de enfermos** sometidos unos a la **cura malárica** y otros a la **terapia de la malaria, seguida de la cura arzenobenzólica**; este experimento ha **demostrado** que la **asociación del tratamiento específico antiluético** eleva el **porcentaje** de las remisiones en los paralíticos malarizados. **Actualmente la mayor parte de los autores practican** después de la **administración de la quinina la cura suplementaria arzenobenzólica o bismutica**.

El método seguido para sumi-

nistrar el neosalvarsán en la Clínica de Viena es el siguiente: inyecciones endovenosas semanales de 0,30 gr., después de 0,45 y finalmente de 0,60; esta última dosis es repetida 4 semanas consecutivas, hasta la dosis máxima de 3gr. **15. pudiendo también** distribuirse numerosas dosis pequeñas de 0.15 gr. cada dos **días**.

Datter ha estudiado que elevando la dosis máxima de neosalvarsán de 3 a 5 gramos se puede obtener mejores resultados, siendo menos peligrosa que la administración de pequeñas dosis; este **mismo autor** ha seguido en 30 dementes paralíticos la ordinaria serie de inyecciones de neosalvarsán y en otros 30 la administración del 914 asociada al "drenaje al Dercum". es **decir**, extracción de 20 a 30 e. c. de líquido cefalorraquídeo, 10 minutos antes de la inyección; **este método perfeccionado** por **Corbus** bul y Vincent, tiene por objeto provocar la formación de una intensa corriente de **difusión** de la sangre hacia el líquido cefalorraquídeo a través de los plexos coroideos con el fin de **hacer llegar** al líquido **cefalorraquídeo**

una cantidad de arsénico igual a la circulante; el resultado de la experiencia en los dos grupos de enfermos ha sido casi idéntico con sin drenaje. Según Weygant el drenaje del líquido cefalorraquídeo se debe reservar a los casos *en* donde la reacción humoral del líquido cefalorraquídeo se mantenga intensamente positiva al terminar los accesos maláricos, mientras que en aquellos enfermos donde se encuentran reacciones biológicas ligeramente positivas se debe recurrir a las inyecciones endovenosas de neosalvarsán o de bismuto.

En la Clínica neuro-psiquiátrica de Roma (Mingazzini), después de la serie de accesos maláricos hacen dos curas idénticas que duran 4 semanas.

F-1 primer día de la primera semana el paciente recibe 0.15 gr. de neosalvarsán; en los cuatro días sucesivos es sometido a fricciones de unguento mercurial 5 gramos; en los dos últimos días de la semana, reposo. Se procede de modo en un todo análogo en las otras 3 semanas, elevando gradualmente la cantidad de salvarian P» la segunda semana a 0.30; en la tercera a 0.45, y en la cuarta a 0.60 ctgr.

Pierre Marie aconseja repetir cada 5 o 6 meses una cura de bismuto o arzenobenzol. dado que una sola cura sería insuficiente.

Nosotros practicamos, una vez que han mejorado su estado general desmejorado por la malaria, un tratamiento específico iniciándolo con preparados iodo bismutato de quinina; creemos en esta forma actuar contra posibles recidivas del paludismo; hacemos así una cura prolongada de 2 a 3 meses de duración, para repetirla 3 veces en el año.

Terminada la cura de bismuto

Iniciamos la otra a base de **arzenobenzol**, vía intramuscular, **que** luego alteramos con **la cura bismútica**

Tratamiento profiláctico. — No obstante los **notables progresos** en el campo de la terapéutica de la sífilis, actualmente no esta en condiciones de impedir que un **cierto** número de **Luéticos** sometidos a los conocidos **tratamientos** específicos se desarrolle más o menos tardíamente **la parálisis** peñera! progresiva **o** el **tabes dorsal**.

La investigación de un **método** de cura capaz de prevenir la aparición de manifestaciones metalúeticas **constituye** un problema del más alto interés, sobre el cual **ya** varios autores **han llamado** la atención.

Con este motivo, varios **experimentadores**, entre los cuales merece mencionarse en **primera** fila a Kyrle, han lanzado la idea de utilizar la malaria como un método profiláctico de la parálisis general y el tabes; pero conviene preguntarse que **sifilíticos** son los que **están amenazados** con ellas; pregunta ésta que no es fácil de responder, aunque se tiene la presunción de que los candidatos son aquellos con alteraciones patológicas **del líquido cefalorraquídeo en el período** tardío de **una lúes latente**.

En la Clínica de Viena se trata a los sifilíticos con reacciones positivas tardías del líquido cefalorraquídeo por la malaria y **Kyrle** en 205 sifilíticos en período secundario inoculados obtuvo el siguiente resultado: (ausencia <e recidivas clínicas y **serológicas**) que este autor considera superior a la que se pueda conseguir con cualquier otro medio **actualmente en uso**; el método que sigue **Kyrle** consiste en suministrar 3 gramos de **neosalvarsán** vía endovenosa

en pequeñas dosis durante 4 semanas. LUEGO inoculada la malaria que corta con quinina, y luego Neosalvarsán 3 gramos.

Se duda de la **eficacia del tratamiento profiláctico**, pues se **conoce en casos de tabes y parálisis**, no obstante haber sufrido el sujeto un **paludismo espontánea**.

Sólo una larga experiencia permitirá decidir las indicaciones del tratamiento de la sífilis por el paludismo pan» prevenir el tabes y la P.G.P.

Cuando los sifilíticos tratados por el paludismo hayan pasado el **Tiempo que dura la incubación del Tabes y la parálisis general** (término medio 10 a 15 años), que pueda presentar manifestaciones de las **indicadas enfermedades**. **Finalmente** podemos llegar a la **conclusión que la asociación de la malaria inoculada con la cura quimioterapia antilúética** ejerce sobre la **reacción patológica del líquido** una acción más intensa que el **conocido tratamiento específico arsenobenzol, bismuto.**)

Hasta el punto que tal acción puede considerarse como la expresión de la curación de la **alteración** del parénquima nervioso y por lo tanto como una girante contraía aparición del síndrome metaluético, se podrá saber si **l** i- mente después de muchos años, cuando la observación clínica prolongada de un número bastante **elevado** de sífilis inoculada haya demostrado que ninguno se ha hecho P. G P.

La experiencia de cuatro años en 100 enfermos neuro **sifilíticos** de los servicios neurológicos del Hospital Rawson y Ramos Mejía ha sido el objeto de nuestra comunicación, cuyos resultados rñncuerdan en líneas generales con los ;LII- tores de **los** países donde se practica el tratamiento.

Leído en la Conferencia de médicos del Hospital Rawson, 27 de septiembre pasado

{Del Día Medico de Bueno Aires i*

INDICACIONES Y CONTRA INDICACIONES DE PROSTATECTOMIA

Las indicaciones terapéuticas en la hipertrofia de la **próstata** han **sufrido modificaciones** de tiempo en tiempo y gracias a la prostatectomía se ha logrado obtener la curación **radical** y definitiva de la **afección. Solamente ciertos métodos** y operaciones merecen que **sean** conservados, por ser relativos o realmente eficaces, benignos y de fácil aplicación. Estos métodos de tratamiento son muy numerosos. Como operaciones **sangrantes** tenemos: la prostatectomía, la cistotomía, la prostatectomía de **Bottine**, la punción vesical; como métodos no sangrantes: el cateterismo, la **onda** en permanencia, la dilatación, la electricidad, la radiumterapia, **el masaje**.

El profesor Marión dice: "En toda hipertrofia de la próstata que se manifiesta por trastornos serios debe practicarse la prostatectomía siempre que no haya una contra indicación formal. La indicación es mas apremiante cuando los trastornos son mas graves y el sujeto mas joven." Este principio del Pr. Marión parece muy radical, pero se justifica por múltiples razones.

Las prostatectomías suprimen la causa de todos los accidentes. Los otros métodos son esencialmente paliativos y los resultados

generales son pasajeros. Estos métodos son: la prostatectomía de Bottine, la electrólisis y la radiumterapia. Solamente el cateterismo tiene algunas ventajas, pero nos expone a muchos peligros y con él no se impiden los accidentes de caquexia progresiva por causas múltiples: intoxicación por la orina residual, infección urinosa, intoxicación por los productos que secreta el adenoma próstático.—De tal manera, considerando los resultados a la larga de la prostatectomía y del sondaje, la prostatectomía acusa una mortalidad mayor que con el sondaje; pero los enfermos que después de operados se salvan quedan definitivamente bien; sucede todo lo contrario en los sujetos sometidos al sondaje, la mayor parte de ellos mueren lentamente por afecciones de las vías urinarias, intoxicaciones o afecciones de otros órganos. Comparando los enfermos operados y ya curados con los sometidos al sondaje, la mortalidad es mayor en estos últimos y los que no mueren presentan una morbilidad mas grande frente a los prostatectomizados y están obligados a sondearse continuamente. La prostatectomía suprime un órgano, dotado de una toxicidad muy grande, como lo han demos-

trado en sus investigaciones los Profs. Legueueu y Gallardon. Es, puede ser, lo que explica la resurrección de los enfermos después de la operación, el enfermo está influenciado no solamente por la intoxicación urinosa sino también por los productos tóxicos secretados por el adenoma perjuretral.

La prostatectomía **evita** la transformación del adenoma en cáncer y esta es otra de las razones para practicar la operación; esta transformación es relativamente frecuente, pues Albarran y Hallé han encontrado al examen histológico 14 p. **100** de próstatas hipertrofiadas en **vias** de degeneración epiteliomatosa.

Las dos razones que podrían **excluir** la prostatectomía como método de elección en el tratamiento de la hipertrofia son: por una parte, la mortalidad que ella ocasiona y por otra, la pérdida posible de la potencia genital.

Esta mortalidad es débil cuando se operan sujetos en buena salud y no muy viejos, de tal manera, se puede afirmar **que** en individuos menores de sesenta años

la mortalidad es nula. - A partir de esta edad hay que **hacer** una selección entre los enfermos que podrían operarse— en cuanto a la pérdida posible de la potencia genital, **Marión** duda que sea una razón **para** desechar la prostatectomía. Ciertamente, en **algunos** casos, la potencia **genital desaparece**; pero es preferible, dice **Marión**, que los enfermos orinen sin embarazo sin peligros, a conservar una facultad que en la mayoría de los individuos, en razón de su edad, solamente existe en esbozo.

Actualmente, a la prostatectomía no debe considerársele como fue a sus principios como un tratamiento de necesidad, empinado solamente cuando los accidentes eran serios y difíciles de **conjurar** por otros medios; todo **lo contrario**, debe considerársele como *el tratamiento de elección*, así como la cura radical de la hernia.

De la misma manera que no se espera para operar una hernia que **sobrevenga** los accidentes de estrangulación, [lo mismo, no debe esperarse **para** suprimir una pró-

tata hipertrofiada los accidentes verdaderamente serios de infección a que estén expuestos los enfermos que adolecen de distensión vesical.

La prostatectomía supra-pubiana, desde el punto de vista de *los incidentes operatorios, de la mortalidad y de los resultados definitivos*» sin ninguna duda, conviene mas que (a perineal. No No **obstan**-te, la prostatectomía trans-vesical no ha conquistado a la mayoría de los cirujanos.

Pousson lo dice: " la inferioridad, aunque ligera, de la prostatectomía hipogastricas frente a la prostatectomía perineal desde el punto de vista de la **mortalidad** operatoria está amplamente compensada por la **superioridad** respecto a *las secuelas* y sus resultados curativos." Young y **Wildboz** permanecen fieles a la prostatectomía **perineal**; pero a Marión le parece imposible admitir, como a **Wildbolz**, que es la mortalidad operatoria la que nos debe guiar, ante todo, para la elección (¡el método. Marión no, ve en efecto, la **necesidad** de operar en enfermos aún con poco riesgo, siempre que no se persiga obtener en ellos una curación satisfactoria.

Ahora, si tomamos en cuenta la calidad de la curación hay tal diferencia entre los dos métodos que no podemos dudar ni un momento en elegir la vía hipogástrica.

La *morbilidad* es un poco menos en la prostatectomía perineal

que en la hipogastrica. La diferencia es muy poca cuando se comparan las estadísticas de cirujanos especializados tanto para la una como para la otra operación, Albarran y Young acusan un" mortalidad de 3 p. 100 para la prostatectomía pirinea!, Freyer en sus últimas series publicadas señala una mortalidad de 4,5 p. 100, la diferencia es poca con la cifra precedente. A medida que se comparan las estadísticas de operadores con menos experiencia en esta clase de intervenciones, la mortalidad aumenta para las dos; pero la cifra mas débil de mortalidad corresponde siempre a la perineal.

Marión considera injusto comparar, como se ha hecho hasta ahora. las cifras de mortalidad publicadas por diversidad de **cirujanos**, desde luego que la prostatectomía supra-pubiana tiende, en razón de su facilidad, a ser practicada por cirujanos que jamás han intentado abordar la próstata por la vía perineal, esta última operación es mas difícil y delicada.

Marión, después de haber obtenido al principio una mortalidad global de 10 p. 100, actualmente esta mortalidad ha descendido al 6 p. 100 en un número que pasa de 1.200 operados.

Hay una diferencia notable, dice **Marión**, entre sus enfermos de ciudad y de hospital. En los primeros tiene una mortalidad de 4, 4 p. 100 y en los segundos S p. 100 Los operados en el hospital están expuestos a mayores peligros.

Mientras que en la prostatectomía transvesical las secuelas como resulta 'o de faltas operatorias son absolutamente excepcionales, estas son mas frecuentes en la **prostatectomía** perineal practicada por cirujanos que no tienen gran hábito. Las heridas del recto seguidas de fistulización ure-perineo-rectales son frecuentes, lo mismo que las fistulas uretrales se observan, aun que la **operación** sea correctamente practicada, sobre todo, incontinencia de orina, cuando se lesiona el aparato esfinteriano o el canal uretral se reconstruye imperfectamente. Desde este punto de vista no se duda un momento que la prostatectomía supra-pubiana tiene una superioridad marcada.

Esta superioridad se **acentúa** mas cuando se comparan los resultados pos-operatorios en las dos clases de intervenciones. Marión opina que entre cirujanos de experiencia poco considerable las fistulas y la incontinencia de orina son frecuentes en la prostatectomía perineal; nunca se las observa de una manera definitiva en la prostatectomía supra-pubiana.

Las estrecheces de la **uretra** son raras tanto **para la otra operación**. Las recidivas de la **hipertrofia** son excepcionales en la prostatectomía trans-vesical, son mas frecuentes en la prostatectomía perineal. Desde el punto de vista genitivo la **prostatectomía supra-pubiana** ofrece una superioridad marcada sobre la perineal; las erecciones se encuentran suprimidas en 4|5 de los casos después de la **perineal**, excepción hecha para la perineal de **Young que suministra** desde este punto de vista los mismos resultados de la **hipogastrios**, en donde se encuentra conservada en los 9|10 de los casos.

La evacuación de la vejiga es **perrecta** en la **prostatectomía** supra-pubiana, es imperfecta en 1|5 de los casos en la perineal. pero algunas veces es nula.

Si a la perfección de estos **resultados**, agregamos la **facilidad** mas grande de la intervención; la ausencia de incidentes operatorios y pos-operatorios, es indudable, que a pesar de una mortalidad **ligeramente** mas elevada, la prostatectomía suprapubiana ha conquistado a la mayoría de los **cirujanos**.

Rnchet **da la preferencia a la** prostatectomía **hipogastrica;** **pero** recomienda la prostatectomía perineal para ciertos casos:

Estado peñera! malo, infección urinosa, e insuficiencia renal; naturaleza de la hipertrofia que se puede sospechar por el examen clínico (próstata pequeña, esclerosis y neoplasmas todavía **encapsulados**);

Complicaciones inflamatorias recientes o antiguas/desarrolladas en la próstata o alrededor de ella (prostatitis, **peri-prostatitis**, fistulas rectales o **períneales**. (**Brulé**).

Esto dicho, a que momento es necesario aconsejarla prostatectomía? Debe operarse la próstata tan pronto como se **diagnostica**? Pudiera suceder que llegara el día donde se pueda responder por la afirmativa., considerando que en **cuanto** más precoz se **practique** esta operación mayores serán las probabilidades de los éxitos operatorios. Por el momento no se puede ir más lejos. Hay, en efecto, muchas hipertrofias prosísticas que **evolucionan** sin provocar transtornos y en esas condiciones, dice **Marión**, no puede adoptar esas fórmulas **tan** absolutas. Pero, por el contrario, él estima que todo enfermo en el cual la hipertrofia se manifieste por **un** trastorno serio debe operarse.

Es **decir**, **Marión** la aconseja formalmente en el enfermo que tiene residuo vesical y que neresita sondearse.no importa que estos

sondajes sean **espaciados**. C 'm mayor razón debe aconsejarse en los que usan diariamente **la sonda**. Marión aconseja esta operación en todo sujeto que a un momento **dado** ha **presentado** un **accidente** pasajero pero serio: retención completa aguda, **hemorragia**, puesto que un día u otro el enfermo verá renovarse este **accidente**, o bien **entrará** progresivamente en el **prostatismo** y **estará obligado** a usarla sonda, en una palabra entrará en la categoría de **enfermos** en los cuales la **prostatectomía** tiene indicaciones claras.

La opinión de Marión es la siguiente: *No son **las indicaciones** que es necesario investigar para practicar la prostatectomía puesto que yo admito que todo prostático **habiendo** presentado o que presente un accidente cualquiera debe **operarse**: son las *contra-indicaciones a la, operación las que hay **que precisar**, pues si se quiere que esta operación se practique sin peligros es necesario **precisar antes** las **con tra-indicaciones**.*"*

La edad es un factor importante sin duda. **Ciertamente**, la prostatectomía **se** practica cor jentemente con éxitos en los enfermos que han llegado o pasado de los ochenta años; Mariaches ha **operado** con éxito un enfermo **de noventitres** años quien ha vivido tres años más. **Indudablemente**, los viejos presentan un **desgaste** más gran le de todo su organismo y son más suceptibles y menos resistentes **a cualquier accidente que**

en un sujeto joven. **Y la mejor prueba la tenemos en las estadísticas que señalan una mortalidad nula en operados antes de sesenta años** estas mismas estadísticas acusan una **mortalidad más elevada cuándo se refieren a enfermos de más edad.** La edad no es una *contra-indicación* propiamente hablando, [Méro sí una razón para tomar en cuenta el estado general de los órganos. Se puede afirmar que **a partir de 70 años hay que exigir de estos órganos un estado de integridad mas absoluta que un sujeto joven,**

El estado general, la **apariencia,** el sujeto debe tomarse en consideración; se **ven enfermos que a pesar de una edad avanzada,** una tara pulmonar o cardiaca o con lesiones vesicales antiguas, han **conservado un estado general muy bueno;** su vitalidad aparente es tan grande que en estos casos se **está autorizado a practicar la prostatectomía con resultados halagadores,**

Por el contrario en los sujetos mas jóvenes, con órganos en apa-

rienda sanos se presentan fatiga* dos, desgastados; conviene en estos casos **abstenerse,** salvo indicaciones **urgentes porque siempre** resisten muy mal la operación.

En la **apreciación** del estado general! **conviene** separar los síntomas que corresponden al desgaste de los órganos y los inherentes a la hipertrofia de la próstata.

Ciertos sujetos están **debilitados** a causa de la intoxicación y i) e la infección **urinosa.** En estas **condiciones,** el estado de debilidad **lejos** de ser una *contra-indicación,* es al contrario una razón para **obrar** En estos enfermos no debe practicarse la prostatectomía en un solo tiempo, se deberá antes ver como obran los **gondajes** minuciosamente hecho *a bien esperar* el resultado de una **cistotomía** destinada a drenar la vejiga; bajo la influencia de estos **medios se verá** aminorarse el estado general; esta es la **mejor** prueba, que la debilidad era provocada por la hipertrofia y la supresión de ella resucita **los** enfermos.

Afecciones generales seria-, ta

les corro la **tuberculosis, el cáncer**, la diabetes **acentuada, etc**, son contraindicaciones, formales a toda tentativa de cura **radical**.

El estado de cada uno es de los órganos debe tomarse en **consideración** antes de tomar una decisión.

Del lado del *aparato vascular* las contraindicaciones son **raras**; Marión ha visto cardiacos **soportar** de manera notable la **prostatectomía, cuando su lesión estaba bien compensada**, y él mismo **no considera** que una lesión Valvular sea **una contra-indicación** terminante. si el enfermo la tolera bien y si, por otra parte, hay razones serias para intervenir.

El estado de los vasos tiene igualmente poca importancia y los hiperendidos son **perfectamente capaces de soportar la prostatectomía**.

El estado del *aparato pulmonar* debe considerarse, pero sin darle **una gran importancia**

Muchos prostáticos **que adolecen de catarros antiguos** son **perfectamente** capaces de soportar LA operación. **Pero** lesiones marcadas de bronquitis **crónicas** y de **enfisema** pulmonar constituyen **contra-indicaciones**.

Si se consideran las vías urinarias, se puede decir que **no hay ninguna contra-indicación de parte de la vejiga**. Se **considera!** a antes que la **flaccidez vesical completa era una** contra-indicación a

la **operación**; **esta consideración** es inutil **puesto** que la **vejiga de los prostáticos no poseen la menor contractilidad**. **La prueba la tenemos** ahora, **puesto** que las **vejigas** mas **flaccidas** **recobran una contractilidad** suficiente tan luego que **la próstata se suprime, siendo capaces de evacuar su contenido**.

La infección vesical no es una contra-indicación; indudablemente es preferible ojerar sujetos que tengan **orinas claras, en realidad, la purulencia de las orinas no agrava de un: a manerá sensible la intervención**.

Evidentemente, una prostatectomía no será forzosamente seguida de fracaso cuando la secreción de la urea es débil y la eliminación del azul de **metil leño** insignificante; pero es suficiente que se **produzca el incidente** mas ligero, infección **pulmonar o cual** otra para que el enfermo muera. Inversamente, un enfermo con **riñones** en muy buen **funcionamiento puede morir; pero será por accidentes** inevitables que no se **pueden prever y en la producción de los cuales**, la operación tiene una acción bastante discutible. No es **cierto que el fracaso** en algunos **prostatactomizados obedece siempre a una** insuficiencia renal.

A este **respecto, Marión considera que el límite inferior de la secreción de la urea** debe establecerse a **10 gramos** por 24 horas en **un hombre** de 70 kilos de peso, **una cantidad** menor, siempre **que no haya** necesidad absoluta de

esperar. es mejor abstenerse de **practicar** la prostatectomía: **nos expone a muchos peligros.** !«■» urea no debe apreciarle en una cantidad de **orina** recogida una hora fija, sino sobre la orina total de 24 horas, ta variaciones de la **secreción** ureica esta en relación con los períodos de alimentad n y ríe la **digestión.**

La **investigació** de la secreción de la urea por el **método de Ambard,** es de una presición bastante **grande.** Hasta h fecha, el **método de Ambard.** aplicado a las **indicaciones de la prostatectomía,** son todavía poco numerosos para **que se pueda** llegar a conclusiones **firmes.** **Chevassu,** quien ha practicado este método en 15 prostáticosos considera que una constante de 0,150 debe **considerarse como** un límite y **más de esta cantidad** la **prostatectomía** es peligrosa. Después de haber **considerado** esta fórmula **como** exacta, Marión opina **qua** este límite es muy estrecho y el ha operado muchos enfermos teniendo constantes que oscilan **alrededor** de 0,200, los que han perfectamente curado Marión dice haber operado un en-

fermo que tenía una constante superior a esta cifra y que ha curado después de haber acusada accidentes de uremia muy serios. Por cosiguiente. conviene considerar esta cifra de 0,200 como un límite.

En resumen, en el caso que no se pueda practicar esta constante, está indinado dosificar la urea en la sangre y si la cantidad encontrada pasa de 0,75 p. 1000 es preferible no operar hasta **después** de un tratamiento conveniente o de una cistotomía.

La retención clorurada no es una condición favorable para la protatectomía, sin embargo, todo depende de su intensidad; de la manera como se comporta frente al tratamiento y de los trastornos en la eliminación de otras sustancias que le acompañan. **Ligera!** cediendo fácilmente a un tratamiento apropiado y no complicándose de retención urémica, la albuminuria no es una contraindicación; pero en el caso contrario, no debe operarse.

La eliminación del azul de metileno parece ser un método no muy preciso, pero de un valor su-

ficiente para juzgar del valor funcional <fe los riñones. A este respecto muchas categorías pueden establecerse:

Los enfermos que tienen una eliminación perfecta: hora de aparición, intensidad, **duración**; los que tienen una eliminación intensa retardada, prolongada y muy rápida; los que eliminan el azul bajo forma de leuco-derivado; los que hacen una eliminación mediocre en intensidad y muy prolongada; en fin, los que no eliminan absolutamente nada, ni bajo forma de azul ni bajo forma de leuco

Marión estima que los enfermos que están compren (¿idos en las tres primeras categorías pueden operarse sin vacilación; los de la cuarta categoría no se operan, solamente que sus órganos estén en **buenas** condiciones y su estado general resistente; los enfermos que corresponden a la quinta categoría deben respetarse.

Existen contra-indicaciones a la **prostatectomía** si tomamos en **consideración** el *estado de ta hipertrofia*? Marión opina que cualquiera que sea el volumen de la protata, muy pequeña o muy grande, siempre es posible extirpar el adenoma que constituye la hipertrofia. **Esta** ablación es posible aun cuando existan núcleos de prostatitis crónica o núcleos de degeneración epitelio matosa. **Pe-ro** es **condición** indispensable que los-núcleos se encuentren limitados para que la prostatectomía sea

posible y nos suministre resultados satisfactorios. Cuando **hay** un comienzo de difusión, la **prostatectomía supra-púbiana** está contra-indicada. La inflamación aguda de la masa prostática es igualmente una contra indicación a la operación, pero pasajera.

Entre los enfermos que presentan una contra-indicación a la operación, ya por que su estado general es pésimo; el funcionamiento de sus riñones es defectuoso; infección vesical; en estos mismos enfermos, a pesar de estos accidentes, se impone la **prostatectomía**, siempre que haya dificultad para el sondaje. En estos mismos enfermos, a que nos referimos, no debe desecharse la prostatectomía *a priori*, hay que someterlos a un tratamiento minucioso por el sondaje o por la sonda en permanencia, los lavados vesicales; lo mejor es practicar una *cistotomía*. Muchos de ellos recobran **m** estado general, sus riñones funcionan mejor y entonces es posible aprovechar un momento oportuna para operar. *La práctica de la prostatectomía en dos tiempos amplía de manera considerable las posibilidades operativas.*

En resumen, en todo sujeto portador de una hipertrofia de la próstata, la prostatectomía debe aconsejarse cada vez que el uso de la sonda se imponga pasajera o definitivamente y siempre **que no** haya contra-indicación. La **indicación** operatoria será tanto más **clara**, cuando los trastornos sean

mas serios y las condiciones del sujeto mejores. Cuando un enfermo, con residuo vesical, necesita sondajes intermitentes y que por una falta de higiene se complica de retención de orina, desapareciendo sin dejar trazas, en este caso la operación no está indicada, solamente que el cateterismo sea necesario todos los días.

Si la introducción de la sonda es difícil o penosa la operación se impone; la repetición de las hemorragias, brotes de prostatitis, las orquitis, la infección de las orinas. son accidentes que nos obligan formalmente a practicar la prostatactomía.

Si se constata que la próstata hipertrofiada presenta núcleos todavía bien limitados sin que haya indicios de transformación epiteliomatosa se insistirá con el enfermo para que se decida a la operación.

Las indicaciones son mas urgentes cuando el enfermo está en malas condiciones para poderse cuidar con todas las reglas de higiene. En los enfermos de la cla-

se acomodada que necesitan todo el tiempo usar la **sonda**, con todas las precauciones debidas, las indicaciones operatorias no son tan **absolutas**; en los enfermos de la clase pobre, obligados a sondearse sin precauciones, la prostatactomía se impone.

Todo lo que hemos dicho **dé la** prostatactomía respecto a sus indicaciones se **refiere** a la *prostatactomía en frío*, es decir, el caso que se tratara de un sujeto **todavía** joven, en perfecto estado de salud; no hay que **concretar** simplemente a la supresión del cálculo, desde luego, que las recidivas del cálculo son frecuentes y que posteriormente la hipertrofia de la próstata **1 r** **incomodará**. Todo lo contrario, si el enfermo es de cierta edad y el estado de su salud es menos **perfecta**, **debemos** concretarnos **solamente** a la ablación del cálculo, sin tocar la próstata, porque pudiera suceder que esta no le incomode y por que la intervención en este caso es mas seria.

Por el contrario, en estos enfer-

mos, **cuando** se encuentra en presencia de **cálculos** que recidivan, en razón de la existencia de **la pros tula** hipertrofiada, debe aconsejarse la prostatectomía sin ninguna duda.

Hay toda una serie de enfermos en los cuales la prostatectomía está indicada; **pero** en muchos prostéticos la intervención no es oportuna; ya porque no experimenten o no hayan experimentado trastornos suficientemente acentuados o bien porque con un tratamiento preoperatorio ellos no se encuentran en condiciones de soportarla. Por otra parte, cierto número de enfermos que se beneficiarían de la prostatectomía y están en capacidades de soportarla, no se resuelven por la operación. Actualmente, esta última categoría de enfermos es **cada** día menos numeroso, la prostatectomía día á día es aceptada fácilmente por los enfermos.

En todos estos enfermos **debemos** poner en obra todos los medios paliativos de que disponemos *tomando en cuenta las condiciones en que se presentan los enfermos.*

El prestativo *en el periodo de tramtorios premonitorios*, en el cual no hay residuo vesical o si lo hay es poco abundante, debe aconsejarse el tratamiento higiénico. *Este t>atamiento está indicado m todos los efermos en cualquier período de su prostatismo.*

en el periodo de retención imcompleta con distención vesical, el estado de los enfermos es grave, **inestable**, en razón de la distención de sus uréteres y de los riñones y si una **infección** vesical se produce, los enfermos sucumben en algunos días por infección urinosa o lentamente por caquexia urinaria; por otra parte, si se realiza una evacuación rápida de la vejiga.

hay que temer siempre a las hemorragias o a vucoo de la **vejiga** y del aparato urinario.

En efecto, los enfermos *de* esta categoría, sondeados, mueren **casi todos en algunos días** o en algunas semanas.

Desde el momento que el residuo vesical alcanza 120 gramos el sondaje debe aconsejarse y con mayor razón cuando el **residuo** vesical es mas considerable y **la** orinas estan infectadas.

Así, la terapéutica que debe aplicarse ;í estos enfermos, varía con su estado general y con l;s condiciones materiales en que se encuentran. Sise tratara de un enfermo, *en pésimo estado general*, es mejor abstenerse de toda terapéutica activa y contentarse con mejorar los trastornos digestivos con preparaciones de estricnina y con alimentación reconstituyente. Después sí el enfermo mejora se aconsejará la operación.

En los retencionistas con distención vesical y en estado general poco satisfactorio, *la cistotomía*. sin previo cateterismo debe ser el tratamiento <le elección. La cistotomía nos pone al abrigo de todos los accidentes a que nos expone el cateterismo. **Panciulesco** en un trabajo escrito, por indicaciones del Dr Marión, relata todos los casos de cistotomía practicados en el servicio Civile en los prostéticos con distención vesical, con resultados halagadores.

La cistotomía no es siempre aceptada por los enfermos y entonces hay que recurrir al *catete,rismo* en las condiciones que ya hemos indicado; pero siempre hay **que** tomarse el cuidado de especificarle al enfermo los peligros del sondaje y dejarlo a su entera responsabilidad en la elección de) tratamiento.

S. MOLINA V.

NOTAS

En la sesión ordinaria de este . de la Sociedad Médica Hondureña, se discutió ampliamente el plan de estudios formulado por una comisión nombrada al efecto.

El nuevo plan satisface del todo las necesidades actuales de la enseñanza en sus diversos aspectos.

Fue presentado al Congreso Nacional patrocinado por varios de los médicos del mismo.

Tenemos confianza en la cordura y buen sentido de nuestros diputados que acogerán el plan con entusiasmo y le darán su aprobación para implantarlo cuanto antes

Partió para Tela, lugar de su residencia, el Dr. Gabriel Izaguirre, diputado al Congreso por el departamento de Atlántida

En asuntos relacionados con la situación económica de la Costa Norte vino y permaneció* en esta nuestro consocio el Dr. Manuel Morales, de San Pedro.

Salió para Europa, a radicarse en París por algún tiempo el Dr. Francisco Sánchez U. miembro activo de la Sociedad-Va el Dr. Sánchez a hacer estudios de perfeccionamiento en la gran ciudad.

El Dr. Antonio López Villa, de la Ceiba, estuvo en esta capital algunos días en asuntos comerciales.

Profesor de Fisiología en la Facultad de Medicina fue nombrado el Dr. José R- Durón.