

REVISTA MÉDICA HONDURUREÑA

ÓRGANO DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA HONDUREÑA

Director:

Dr. Ricardo D. Alduvín

Redactores:

Dr. Manuel Larios Córdova.

Dr. Antonio Vidal

Dr. Julio Azpuru España.

Secretario de Reducción:

Dr. Carlos Pinel h.

Administrador:

Dr. Miguel Sánchez

Año II Tegucigalpa, Honduras. C. A., Junio de 1932

Núm. 26

LA ASOCIACIÓN MÉDICA

No ha cumplido tres, años de existencia la Asociación Médica Hondureña y puede mostrar como signos ciertos de su fuerza moral y material las obras coronadas con el mayor éxito en tan poco tiempo.

La armonía más cordial reina entre todos los miembros que la constituyen; hemos llegado a crear hasta afectos profundos y a zanjar las pequeñas divergencias y enemistades de algunos poco.-.

La Facultad de Medicina ha sido objeto de gran preocupación: el orden, la disciplina de profesores y alumnos, el cumplimiento del deber, el rigorismo de los exámenes, la dotación de elementos abundantes para la enseñanza, y últimamente la aplicación de un artículo de la Ley de Farmacia y acuerdo reciente del Congreso está produciendo una renta destinada a construir el edificio de la Facultad.

Realización material de un anhelo espiritual, que nos vincula de más estrecha manera, ha sido la Policlínica, donde todos los socios tienen la mejor acogida para el ejercicio de la profesión.

Proyectos de ley. reglamentos, sugerencias y opiniones ha dado la Asociación con frecuencia al Ejecutivo y al Congreso.

En los días últimos de junio resolvió la Sociedad solicitar del Gobierno el Hospital General para manejarlo y darle una organización conveniente a las necesidades actuales, comprometiéndose a conseguir los fondos por contribución pública para el sostenimiento.

Gustoso accedió el Ejecutivo y el 23 de junio hizo formal entrega del establecimiento a la Junta Directiva, la que en el mismo instante delegó las funciones en tres miembros que con el carácter de Director, Subdirector y Tesorero se encargaron del Hospital.

La Asociación presta gratuitamente los servicios médicos, cooperan los practicantes, Hermanas de la Caridad, con el mayor desinterés, aceptando una gran rebaja en sus sueldos.

La sociedad capitalina ha respondido generosamente al llamado de nosotros *en* forma de contribuciones, donaciones, obsequios, etc., etc. La prensa comprensiva tiene sus columnas al servicio nuestro. Todos, pobres y rico, grandes y chicos, están satisfechos de poder participar en esta cruzada de la candad que ha venido a auxiliar al Gobierno en los momentos críticos porque atraviesa, con consonancia con la oía de miseria y de hambre que azota la humanidad.

La Asociación Médica está orgullosa de realizar empresas de tamaña envergadura que redundan en bien, de la generalidad, de la nación y de su propio honor. Ella tiene conquistado el derecho a la vida por su valor, por su honradez y que siempre está en capacidad de dar apoyo amplio a todas las obras que la civilización reclama y el bienestar exige.

Próximamente tendremos oportunidad de publicar la labor realizada en el Hospital, que esperamos merezca la aprobación unánime de nuestros colegas y consocios de la República.

5. *PAREDES P.*

Tegucigalpa. Junio de 1932.

Un caso de Cirrosis Tardío-Tuberculosa o Enfermedad de Hutinel

Presento la siguiente observación de un enfermito del Hospital San Carlos de Madrid que fue objeto de una reciente lección del Profesor Enrique Suñer en su cátedra de enfermedades de los niños. El cuadro sintomático típico de la enfermedad con todos sus caracteres bien diferenciados, me ha llamado la atención por el interés que pueda despertar en el ánimo de mis compañeros una enfermedad no muy corriente y que ha sido bien estudiada hasta hace poco tiempo.

José Manzanares Palomero, de seis años de edad, entra a la Sala de Niños el 14 de Octubre de 1931. Ha tenido once hermanos, uno nació muerto y otro murió a los dos meses, los otros viven sanos. La madre ha tenido un aborto hace poco tiempo, hoy se encuentra embarazada. El padre ha enfermado del pecho y del hígado.

Anamnesis remota. Tuvo sólo un mes de lactancia materna, después fue alimentado con papillas. Hace un año que tiene tos, inapetencia, abatimiento y por las noches cansancio, un poco de fiebre y sudor.

Anamnesis próxima. Desde hace tres meses que vienen notando que el abdomen le aumenta de volumen, teniendo a la vez

inapetencia, decaimiento, disnea de esfuerzo, algunos días lo sienten con fiebre, estreñimiento y tos especialmente por la noche.

Estado al ingresar a la Clínica. Regular estado de nutrición, reacción pupilar normal, caries dentaria, cianosis bien manifiesta en los labios.

Aparato respiratorio. Matidez en la parte interna del 2° y 3° espacio intercostal izquierdo y a nivel del ángulo cardiohepático derecho. En todo el plano anterior no hay nada interesante a la auscultación. En el plano posterior, matidez de ambas bases pulmonares, sobre todo en la derecha y disminuido el murmullo vesicular que está casi abolido en la base derecha.

Aparato circulatorio. La punta del corazón se halla incluida dentro del área de matidez cardiaca, existe matidez infraapexiana. Los tonos son débiles en el foco mitral y están reforzados en el foco pulmonar. El pulso es regular, 104 por minuto. Respiración costo-abdominal, 20 por minuto.

Aparato digestivo. Labios cianóticos, dientes cariados amígdalas normales, hay estreñimiento. A la inspección, el abdomen está aumentado de volumen (abombado), hay circulación de cava inferior, porta y cava supe-

rior. Por percusión y palpación se obtienen datos evidentes de ascítis, libre y de regular intensidad. El hígado y el bazo no se pueden explorar a causa de la distensión de la pared abdominal.

Sistema linfático. Micropoliadenitis inguinal y cervical.

Sistema óseo normal

Órganos sensoriales normales

Aparato genito urinario normal.

Sistema nervioso Estado intelectual normal correspondiendo a su edad. Reflejos, todos normales.

El día 29 de Octubre se le hizo otra exploración y se encontró:

Aparato Circulatorio. Igual que en la primera exploración.

Aparato respiratorio. Además de lo dicho en la primera exploración, se encontraron los signos de Koranyi, D'Espine y Heubner positivos.

Exploración abdominal. Abdomen prominente (69 centímetros de circunferencia), circulación colateral de cava superior y porta más marcada que la de cava inferior. Hígado grande, rebasa dos traveses de dedo por debajo del reborde costal. El bazo no se palpa. Se percibe con gran claridad sensación de oleada líquida

y por percusión se comprueba la existencia de ascítis libre en la cavidad peritoneal.

La cutirreacción de Pirquet a la tuberculina es fuertemente positiva a las 24 horas.

El 30 de Octubre se le hace una paracentesis, dando salida a 1.025 centímetros cúbicos de líquido ascítico de color cetrino.

El examen del líquido ascítico da los datos siguientes: Albúmina 25%, reacción de Rivalta negativa, al examen citológico se encuentran linfocitos y grandes mononucleares, al análisis bacteriológico no se encuentra bacilo de Koch.

El examen de la sangre da: Hematíes 4.480.000, glóbulos blancos 12.500 fórmula leucocitaria: polinucleares 85, linfocitos 31 y monocitos 4. Las reacciones de Wassermann (método de Kepsenberg) y de Meinicke fueron negativas.

El electrocardiograma da un bloqueo del corazón-La radiografía del pecho presenta marcada reacción perihiliar, un corazón hipertrofiado haciendo sombra con el hígado, no se advierte el límite de ambos órganos, las bases pulmonares presentan una obscuridad de la imagen radiológica.

La temperatura oscila entre 36 y 1/2 y 37 y V₂.

Después de todos los exámenes-clínicos y de laboratorio, lo mismo que de una minuciosa observación y descartando los diagnósticos de comparación, se ha concluido que nuestro enfermito padece de una *cirrosis cardiottuberculosa*, conocida en el mundo médico infantil con el nombre de *Enfermedad de Hutinel*. .

Haré algunas consideraciones acerca de esta enfermedad.

El profesor Hutinel en 1893 definió la cirrosis cardiotuberculosa como una tuberculosis de las serosas toraco-abdominales caracterizada por pericarditis, sínfisis mediastina, pleuresía seca o con derrame, ascitis, perinépatitis, falsas membranas perifonéales, asociado todo esto a una doble alteración del hígado: congestión crónica por asistolia de origen sinfisario y lesiones vacilares.

Pick de Praga sin saber los estudios de Hutinel creyó señalar una nueva enfermedad llamándola pseudo-cirrosis, de origen pericardiaco. Ya más antes Cadet de Gassicourt había fijado la naturaleza tuberculosa de ciertas cirrosis infantiles. Después, Weill, Boisin y Venot la designaron con el nombre de sínfisis con síntomas especiales.

En esta enfermedad se encuentra un hígado hipertrofiado y abollado, con su cápsula gruesa y adherente a los órganos vecinos. Su sección es dura, presentándose en forma de nuez moscada, cruzado de arboriza-

ciones pálidas. Está congestionado y lleno de granulaciones tuberculosas. El pericardio está transformado en tejido fibroso con zonas caseosas diseminadas. Hay adherencias pleurales. Hipertrofia de los ganglios traqueobrónquicos y caseificación de algunos de ellos. Hay ascitis y localizaciones bacilares espiénicas. La esclerosis del hígado no sólo se limita a este órgano, sino que invade el tejido perihepático y periportal, y se dispone en placas irregularmente repartidas. Los elementos tuberculosos ocupan sobre todo los espacios portas y la periferia de los lóbulos hepáticos. Las células gigantes solo se encuentran en número reducido y los bacilos de Koch son excepcionales. Hay en algunos sitios degeneración grasosa del hígado que casi siempre principia por la periferia. En una palabra, así como dice el profesor Hutinel, se ven en el hígado cardiotuberculoso "una serie de alteraciones que consisten; en aplastamientos celulares susceptibles de persistir sin asociación; en producciones tuberculosas anatómicamente específicas, y en esclerosis y esteatosis de apariencia vanal, pero de origen específico". El corazón está atrofiado, rodeado de tejido fibroso, a veces se le encuentra dilatado, pero muchas, hipertrofiado como en la sínfisis reumatisma. Los elementos contráctiles del miocardio están atrofiados y disociados. Es muy frecuente encontrar en el corazón una endocarditis valvular. Las pleuras

están adheridas a los pulmones, hay sínfisis pleural y en algunos espacios libres hay líquido serofibroso. Los pulmones están congestionados, hepatizados, con atelectasias y esclerosis; la tuberculosis no se manifiesta más que por pequeños brotes sumamente discretos en evolución caseosa o fibrocetácea. Los órganos del mediastino están tan adheridos que es muy difícil desprenderlos, forman un sólo bloque escleroso, ablandado en aquellos sitios donde hay ganglios resplandecidos. El peritoneo se encuentra engruesado en algunos puntos, sobre todo en la región supraumbilical, A veces, contiene en su cavidad enorme cantidad de líquido serofibroso, otras veces, no se encuentran más que las adherencias a los órganos abdominales.

La cirrosis cardiotuberculosa siguiendo la ley de Parrot reconoce como único punto de partida los focos caseosos del pulmón y de los ganglios mediastinales. El agente patógeno permanece durante mucho tiempo en el interior de los ganglios en estado latente, hasta que por alguna circunstancia especial in-

vade las serosas vecinas, sobre todo el pericardio que es el hecho más frecuente en el niño. El miocardio aprisionado por la capa gruesa de la serosa que lo rodea no puede contraerse lo suficiente para expulsar toda la sangre que llega al corazón, entonces, gran parte de la sangre refluye a la vena cava inferior que se dilata manteniendo una congestión de los órganos abdominales, especialmente del hígado. A veces, lo primero que se ataca es 3a pleura y ésta a su vez repercute en el pericardio, entonces, la parte superior del abdomen es menos vulnerada y el hígado se torna tardíamente. De la manera que sea, la congestión hepática imprime a la enfermedad su cariz especial. El hígado interrumpido en su nutrición está expuesto a las infecciones, y es entonces cuando el bacilo de Koch lo invade, bien sea por la vía perihepática o por la vía vascular. Se ha discutido mucho la naturaleza inflamatoria del líquido ascítico; Widal señala la presencia de linfocitos y de algunos polinucleares. En el de nuestro enfermito se encontraron linfocitos y algunos mono-

nucleares con una reacción de Rivalta negativa.

La cirrosis cardiotuberculosa es una afección de la infancia y de la juventud, es muy rara en los adultos. El principio es insidioso; tos, disnea, palidez, adelgazamiento, inapetencia, dolor de cabeza, vértigos, dolores articulares y algunas veces epistaxis. Los síntomas pulmonares y mediastinales no tienen el cuadro clásico aparatoso de las graves lesiones tuberculosas, aunque muchas veces se manifiestan algunas reacciones pleurales, una marcada adenopatía traqueobrónquica, ligera bronquitis y congestiones pulmonares. El hígado se va hipertrofiando poco a poco, el abdomen va aumentando de volumen a medida que se llena de líquido ascítico, la piel empieza a surcarse de venas colaterales, como si la lesión hepática fuese primitiva. Pronto empieza a notarse la cianosis. El enfermo toma el aspecto de un cardíaco, se hincha, los labios se le ponen violáceos, las extremidades frías y azules, los dedos en forma de palillos: de tambor (dedos hipocráticos), quiere permanecer solo acostado, tiene palpitations, taquicardia, tos, edemas en los miembros inferiores y reacciones febriles pasajeras. La disnea y la cianosis progresan hasta terminar en la asistolia.

Por regla general los síntomas cardiacos se atenúan para dar cabida a los hepáticos: la ascitis es precoz, abundante, rebelde y se reproduce poco tiempo después de la punción. En ciertos

casos hay timpanismo, vómitos y diarrea. El enfermo presenta un tinte subictérico, su orina es poca, conurobilina, sin pigmentos biliares, a veces es hemorrágica. El hígado está hipertrofiado, firme, liso, doloroso a la palpación, si hay perihepatitis. El bazo se toca en ciertos enfermos; pero casi nunca alcanza mayores proporciones.

Por el lado del corazón en los orificios valvulares casi no se encuentra nada anormal, salvo en caso de endocarditis. Esta discrepancia entre los síntomas cardiacos del enfermo y la falta de lesiones valvulares inclinan a pensar en la sínfisis del pericardio, que se traduce por los signos esenciales: debilitamiento o desaparición del choque precordial e invariabilidad de la punta en las diversas posiciones, ondulación de la pared, apagamiento de los ruidos, ritmo fetal, **ruido** de galope y aritmia ligera.

En el aparato respiratorio se descubren congestiones de las bases pulmonares, soplos de compresión traqueobrónquica, algunos tubérculos discretos, esclerosados o reblandecidos, adherencias unilaterales o bilaterales en las bases pulmonares, algunas veces pleuresía con derrame.

Cuando se afectan los riñones la orina tiene albúmina y a veces sangre.

La cirrosis **cardiotuberculosa** es por regla general una enfermedad incurable, **sin** embargo hay casos que mejoran grandemente. El enfermo **sucumbe** en la ma-

yoría de los casos por muerte súbita, hecho que todo médico debe de tener presente. Esta muerte no solo es frecuente en el período de crisis, sino también en el de calma, es debida como dice Hutinel, "a una pleuresía, a una meningitis, a una granulía de patogenia obscura.

El profesor Hutinel cita una particularidad de estos enfermos, dice así: "el desarrollo se interrumpe, su peso y su talla se estacionan, hechos que si no se distinguen bien en la época prepuberal, no sucede así cuando llega el momento de la adolescencia, entonces, el enfermo **tiene** el aspecto de un niño". Este infantilismo depende de la alteración del hígado, es igual a todo infantilismo que está ligado al funcionamiento defectuoso de uno de los órganos que rigen la nutrición general. El enfermo muere sistólico, con un edema generalizado, "cirrótico por autointoxicación hepática, tuberculoso por agravación de las lesiones preexistentes o por localizaciones nuevas."

El profesor Hutinel ha dado a conocer tres formas clínicas de la enfermedad. *En la primera*, frecuente en el niño, el hígado es enorme \$ al parecer el único órgano afectado. La sínfisis

cardíaca consecutiva a una siembra ganglionar está formada desde hace algún tiempo, pero no se hace manifiesta sino es hasta que avanza la enfermedad, no hay síntomas pleuropulmonares, ni adenopatías. *En el segundo grupo*, menos frecuente, es una pleuresía la que traduce el principio del mal. El derrame se resuelve lentamente dejando un engrasamiento y una retracción de la pleura, las adherencias se van haciendo cada día más grandes hasta que invaden el pericardio. La reacción hepática se presenta hasta el final de la enfermedad y sin evolucionar hacia la esclerosis, se concreta a una simple congestión. *La tercera forma* se caracteriza por un estado de perihepatitis primitiva, realizando la lesión conocida con el nombre de hígado escarchado de Curchman, Gilbert y Garnier. El tejido fibroso no permite que la glándula hepática adquiera un gran volumen; pero sí da lugar a fenómenos peritoneales muy intensos. Esta última variedad es más corriente en la sífilis que en la tuberculosis.

La cirrosis cardiotuberculosa se distingue de las, otras cirrosis, porque además de sus síntomas propios, característicos, tiene otros fundamentales que tradu-

cen la sinfisis cardiaca, y aún en el caso que esta permaneciese latente, bastan la cianosis y la disnea para inclinar el diagnóstico.

La cirrosis cardiotuberculosa puede confundirse con los quistes hidatídicos del hígado, algunos cirujanos han operado a estos enfermos creyéndolos hidatídicos. El quiste se presenta en la forma de un tumor globuloso, liso y resistente, regular y redondeado; la cirrosis produce una hipertrofia total de la masa hepática. Los quistes evolucionan sin fiebre, producen urticarias, y 10 presentan los síntomas cardíacos, característicos de las cirrosis, no hay cianosis, no hay disnea, son compatibles con una salud bien conservada, dan origen a una marcada eosinofilia, y hacen positivas la reacción de Weimberg y la intradermoreacción de Casoni.

El reumatismo cardiaco puede dar un cuadro clínico semejante a la cardiotuberculosis. El enfermo es apirético y presenta trastornos cardíacos después de ataques sucesivos de reumatismo. El corazón del reumático es grande, animado de violentas palpitaciones, se oyen soplos orgánicos de endocarditis crónica, sus crisis de asistolia ceden pronto al tratamiento digitalico y salicilado, la ascitis es poco a-

bundante y después de la paracentesis se reproduce tardíamente, casi no hay cianosis y la disnea es poca. En el reumático, los síntomas cardíacos son tardíos, en cambio, en el (Tuberculoso los síntomas cardíacos son precoces.

La cirrosis cardiotuberculosa puede confundirse con la sífilis, pues, en esta el síntoma premonitorio es la hipertrofia del hígado, sin embargo, la anamnesis del enfermo, sus antecedentes sífilíticos y las pruebas del laboratorio, no dejan lugar a dudas para desviar la posibilidad del diagnóstico.

La cirrosis cardiotuberculosa puede confundirse con la tuberculosis pleuro peritoneal, tanto más si esta se complica de esteatosis hepática y de adenopatía traqueobrónquica, dando origen a las compresiones torácicas y a la congestión del hígado. Para dilucidar el diagnóstico debemos tomar muy en cuenta la evolución de la enfermedad.

Con respecto al tratamiento de esta enfermedad no tengo más que repetir lo que se dice en el tratamiento de la tuberculosis en general: cura de aire, cura de sol, recalcificantes, "buena alimentación y algunas veces auroterapia.

Madrid, marzo de 1932. J.

Antonio Peraza.

LA SIMPLIFICACIÓN EN LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

En una conferencia pronunciada hace algún tiempo por el Dr. Th Truffier, en Bruselas, ante un escogido auditorio, sobre los *Progresos y papel social de la cirugía*, ha dicho: "La guerra, es el reactivo, por excelencia <le los valores reales."

En efecto, una de las lecciones de extraordinario alcance., derivadas de la pasada Guerra Mundial, ha sido positivamente, la notable simplificación de la técnica quirúrgica, su absoluta sencillez. En este orden de ideas," creo muy oportuno, y especulando divulgación, citar aquí de un trabajo del Dr, Jorge de Tarnowsky, aparecido en *The Journal of the Am. Med. Ass.* Mayo 10 de 1924, y traducido para la *Revista de Medicina y Cirugía de la Habana*, que dirige el Dr. José A. Fresno, por el Dr. Carlos M. García. las siguientes conclusiones :

1º—El ceremonial de la sala de operaciones necesita un reajuste completo; existen médicos, enfermeras, practicantes y hasta cirujanos, obcecados por la-idea de que la preparación de un campo operatorio con el solemne ritual de una misa celebrada en un templo griego, conjuraría por manera misteriosa, el shock post-operatorio y la peresia intestinal.

2º—Los afiliados a esta Religión, en aras de su liturgia, derrochan a manos llenas, tohallas, sábanas, material de sutura, y soluciones de todo género.

3º—Suavidad y gentileza en el manejo de los tejidos y organismo respectivamente, son partes integrantes de un arte, al que desventuradamente, hasta el presente, no le conceden toda la importancia que debieran, profesores, y publicistas.

4º—La inanición preoperatoria, al igual que-la administración de purgantes, y el temor que se les infunde a los pacientes, constituyen poderosos factores en la génesis del shock post-operatorio, de la pereza intestinal, y de la convalecencia accidentada.

5º—Óptimos resultados sólo se obtendrán, cuando se emplee la técnica quirúrgica más sencilla, basada en el conocimiento profundo de la región anatómica en que se opere.

En esa misma conferencia a que he aludido el doctor Truffier, decía este gran maestro, con su autoridad mundial: "Que las instalaciones quirúrgicas deben basarse sobre una propiedad minuciosa, la *asepsia perfecta*, y poseer todo el material científico necesario o útil; todo lo que sea lujo, desterrarlo. Se puede hacer excelente cirugía, en una

habitación blanqueada con cal." En uno de sus viajes de estudios por América, este profesor relataba, que fue a inspeccionar el más bello hospital, el más nuevo, el mejor organizado; para final de visita, y como última y fuerte impresión, le reservaron *la sala de operaciones*. Era maravillosa; de paredes de mármol, los cristales elegidos, las armaduras de nickel y plata; un anfiteatro, en el que cada asistente tenía una butaca tallada en solo block de mármol blanco. Se le dijo, para mejor precisar la superioridad de esta instalación, que su costo ascendía a varios millones. Frente a este lujo desmedido, retrocedió casi horrorizado. No manifestó ningún sentimiento de aprobación a los miembros del consejo de administración, ni ellos le interrogaron. El silencio glacial acabó por hacer explotar la demanda inevitable, "¿Qué piensa usted de este anfiteatro?" "No lo enseñéis a nadie", fue la sola respuesta del gran cirujano. Había visto, echándolos a la calle, los pobres que acudían en demanda de socorro, a este palacio reluciente de lujo. Desde el punto de vista social, este hecho no necesitaba comentarios.

La aplicación de muchos de los preceptos de la técnica de cirugía de guerra, a la práctica civil, ha sido lenta y meditada, como es natural, pues mientras que la primera considera al soldado herido como un gladiador caído, como a un atleta inutilizado, la segunda considera todas las cir-

cunstancias que concurren en el enfermo, aumentando o disminuyendo su resistencia.

Por otra parte, en la práctica civil, *en cirugía de urgencia*, no se mira al enfermo tal como lo hace la cirugía de guerra?

Es así que se ha llegado a la conclusión, de la necesidad de modificar, simplificándolo, ese aparato ritual quirúrgico, que aún mantiene la rutina en muchos lugares., con perjuicio manifiesto para los enfermos.

Mi identificación absoluta con estos principios», así como circunstancias especiales de carácter que me reservo, me han llevado a *hacer cirugía en cualquier medio*, habiendo tenido la inmensa satisfacción, de ver demostrado de manera positiva y brillante, las ideas pre-enunciadas, robusteciendo así mi criterio propio, basado en la experiencia y la realidad.

Quiero hacer constar antes de seguir, que soy de los que *codifico rigurosamente lo que significa conciencia y responsabilidad, al decidir un acto de terapéutica quirúrgica*.

PREPARACIÓN DEL ENFERMO.

Excluyendo desde luego, aquellos casos que demandan investigaciones determinadas de laboratorio, pruebas especiales, y preparación adecuada (bocio con hipertiroidismo; metabolismo basal, lugol, etc., adenoma prostática; permeabilidad renal, drenaje vesical, dieta, etc.), nuestra conducta es la siguiente:

Hecho el diagnóstico, se practican los exámenes corrientes de orina y sangre.

No administro nunca purgantes antes de la operación, que mueven mucho el intestino, producen gases, y deshidratan el organismo, todo lo cual hace un período post-operatorio agitado.

Durante las veinticuatro horas antes, dieta hídrica abundante, hasta las dos que preceden a la intervención. Suero, aceite alcanforado, etc., si es necesario.

Rasurado del campo operatorio, cubriéndolo con un aposito impregnado de alcohol.

ANESTESIA.

Generalmente uso el éter. En los viejos y tarados pulmones, cloroformo. Las anestésicas raquídeas, esplánicas, etc., por carecer de peritos en su administración, muy raras veces las empleo.

Recientemente he ensayado lo que pudiéramos llamar anestesia por auto-sugestión, en dos señoras operadas de apendicitis, y un viejo de 63 años, de hernia inguinal doble, a los cuales se les hizo creer que se les inyectaba cocaína localmente; soportaron la intervención admirablemente.

OPERACIÓN.

Tratamos la región operatoria con tintura de yodo y alcohol.

Para las manos, agua, jabón y cepillo; alcohol y oxicianuro o bicloruro de mercurio: LA frase de Semmelweis: "No ensucie vuestro dedo; eso es mas seguro, que limpiarlo después de haberlo manchado", debe ser un artículo de fe para el cirujano.

Los guantes, los prefiero, después de estérilizados, sumergirlos en alcohol y la solución antiséptica, teniendo por costumbre mojar las mangas de la bata por encima de los codos con dichas soluciones, lo cual repito distintas veces durante la operación.

La región operatoria, la circunscribo con una sola sábana, amplia, cuya hendidura preparada de antemano convenientemente, en situación y longitud precisa para cada intervención (laparotomía supra e infra. laterales o medias, etc.), la fija a la piel por dos pinzas-erinas pequeñas, 'usando una o dos compresas solamente. Esto da una exposición adecuada, cómoda, del campooperatorio, más aún, si añadimos la posición conveniente del enfermo.

En instrumental, la menor cantidad posible, lo absolutamente necesario, que se hace me-

nor, practicando las ligaduras inmediatamente a la colocación de las pinzas, y exactamente, con la fijación de planos anatómicos, dejando siempre libres los más superficiales, hasta llegar al profundo, por sustitución progresiva. Esto tiene la inmensa ventaja de no mutilar los tejidos, no traumatizarlos, conservando así su mayor vascularización, una de las bases necesarias para el proceso de cicatrización normal.

Como auxiliares, el anestesista y UJI ayudante, pasándome frecuentemente sin este último, pues para uno malo, prefiero ninguno. Para una apendicectomía, una hernia, un Wolkmaun, etc., operaciones corrientes, la falta de ayudante no me es problema; lo hago solo perfectamente. Al principio, como en todo, hay dificultades, pero con la práctica se vencen. *Urgencia hace ley.*

El eminente cirujano Dr. Dargües, ha escrito en sus *Causas Chirúrgicas*: "El ideal de la cirugía es poder operar sin ayudante". {Refiriéndose a la operación propiamente dicha}. Después de unas consideraciones sobre el particular, relativas a los ayudantes que deberá improvisar el cirujano rural en múltiples ocasiones, añade: "este último, debe a menudo, pudiéramos decir con un poco de ironía, acercarse al ideal de la cirugía, que es operar solo....".

Esa es la estricta verdad en cirugía, axiomática: *Asepsia ri-*

gurosa, minimum de contactos con la herida.

Tal es la divisa del gran cirujano inglés, Sir Berkeley Moynihan, expresada en su frase: "In the craft of surgery, the master word, is simplicity".

Terminada la operación, aplico gasa empapada en alcohol sobre la herida, y aposito seco (Dr. Julio Ortiz Cano).

TRATAMIENTO POST-OPERATORIO.

Tan pronto el enfermo va pasando su anestesia, y puede tragarse, le indico te caliente y jugos.

Es un hecho real de observación fácil, que el enfermo que va a vomitar, lo mismo lo hace, tomando líquido que no tomándolo, antes, como después de la operación. Además, se facilita notablemente el vómito, y no se fatiga el paciente.

No existe fundamento científico para ese estado de casi inanimación pre-operatorio, ni para obligarlo a la sed, después de la operación,

El celo desmedido, dice Tarnowsky, que muestran algunos médicos y enfermeras, en la administración urgente de un purgante, en el período post-operatorio, sólo lo encuentro comparable con el novato que en Obstetricia, recurre festinadamente a la expresión de la placenta, sin indicación concreta para ello.

Desde luego, que me refiero aquí a la cirugía corriente, hernias, apendicitis, vaginalitis, etc., pues sabemos perfectamente que

en muchísimos casos, el éxito de una operación depende más de los cuidados *pre y post-operatorios*, que de la intervención misma.

EN RESUMEN

La técnica es uno de los medios auxiliares de la cirugía; no es un fin, y sus cualidades de precisión y habilidad, se hallan subordinadas rigurosamente a una alta cultura anatómica.

Por otra parte, los fines de la cirugía moderna, sintetizados en el doble concepto, *conservación y restauración anatómica y fisiológica de los órganos*, se vinculan estrictamente a la precisión en la observación clínica, y a la precisión en la aplicación a la cirugía, de las ciencias experimentales (Física, Química y Biológica). Aceptada por consiguiente en los momentos actuales, esta polarización de la cirugía contemporánea (como también -de la medicina) hacia el vasto y fertilísimo campo de

la biología general, deseo señalar el hecho, de que aquí en Cuba, en nuestros grandes centros quirúrgicos, lo mismo (Oficiales que privados, contrastan sus soberbios pabellones, magníficas y costosas instalaciones de Rayos X, laboratorios, etc. *con la falta de laboratorios de cirugía experimental e investigaciones*, los cuales, ocupan lugar preponderante ¿en todas las grandes instituciones quirúrgicas, escuelas de medicina, universidades, de los países más adelantados, por los grandes beneficios que a diario reportan a la Ciencia Médica.

La aplicación de los métodos y de la técnica quirúrgica a las experiencias fisiológicas, es decir, la organización de los laboratorios, de fisiología, así como el entrenamiento del cirujano en los métodos de la fisiología, tal como la han comprendido los americanos, son las bases que deben inspirar estos servicios, cuya creación urge en nuestra Universidad.

El tratamiento de la osteomielitis por las larvas de moscas [1]

Dos razones me deciden a publicar este trabajo, por el cual quiero prestar mi modesta contribución al tratamiento de una enfermedad que como la osteomielitis tanto ha preocupado siempre al médico y especialmente a los que nos dedicamos al estudio de la cirugía ósea. La primera de estas dos razones es la que pudiéramos decir barre justicia al gran profesor de ortopedia del Johns Hopkins, el ya desaparecido desgraciadamente del mundo de los que son aunque no de la memoria de los que como yo hemos tenido el grandísimo honor de conocerlo y apreciar de cerca sus grandes virtudes, pues señores, al doctor William Stevenson Baer, además de su gran talento y cultura lo acompañaba una caballería y hombría de bien, que como dije anteriormente nunca podemos olvidar los que tuvimos el gran honor de tratarlo. Yo recuerdo su acogida cordial y sus atenciones durante mi estancia en Baltimore como uno de los tiempos más a-

graciables de mi viaje de estudios por los Estados Unidos*.

Pues bien, en reconocimiento de los incalculables méritos del profesor Baer, deseo publicar este trabajo para contribuir a difundir su obra maestra entre nuestros queridos compañeros. La otra razón es la de poner en conocimiento de nuestros compañeros-- algo que probablemente ignoran muchos y lo cual confieso en bien de la medicina de nuestra patria y es, que creo corresponde a Cuba el honor de haber sido uno de los primeros países después de los Estados Unidos, donde se llevaron a efecto trabajos relacionados con este modernísimo tratamiento.

En enero de 1931, a mi regreso de los Estados Unidos, en colaboración con mi querido compañero el doctor Giraldo Insúa Cartaya. en los laboratorios de la Asociación Cubana de Beneficencia, iniciamos nuestros trabajos, los cuales tuvieron sus interrupciones por causas ajenas a nuestra voluntad, como verán más adelante. En primer lugar, nuestro empeño en usar larvas de moscas que se encontraban en el país, posiblemente la *Callipharia erythrocephala* y la *Pharmia Regina*, que eran las que yo había

(1) Este trabajo ha sido leído en la Sesión Científica de la Clínica "Joaquín Albarrán", 28 de marzo de 1932.

visto usar en el Children's Hospital School, lugar en que tiene su cuna este procedimiento por ser donde trabajaba el profesor Baer, de cuyo **hospital** era director y en cuya sala de recibo aparece el retrato que honra hoy las páginas de esta Revista. Teniendo en estudio este asunto con la **colaboración** de nuestro sabio naturalista, el doctor Carlos de la Torre, surgieron dificultades en nuestra Universidad, que impidieron la clasificación de nuestras moscas cubanas y con ello abandonamos la idea de trabajar con moscas cubanas y decidimos obtenerlas del mismo Children's Hospital, donde gracias a la amabilidad de la doctora Knight y del doctor Thompson, los dos eficaces auxiliares del profesor Baer y por mediación de los doctores, profesor Armando de Córdova y Ricardo Torres Uhrbach, llegaron a nuestro poder.

El tratamiento de los gusanos que es como se conocen vulgarmente y que yo propongo debe-

mos de designar siempre como el método del profesor Baer, al igual que hacemos con el de la vaselina que llamamos Tratamiento de **Orr**, para así honrar el nombre de la persona que con su talento y trabajo ha contribuido de una manera tan grande a una obra de tanta humanidad como es sin duda la cura de uno de las más terribles enfermedades.

Este tratamiento tiene su origen en la guerra europea, en cuyo campo de batalla el profesor Baer observó que los heridos que tenían larvas en sus heridas en lugar de serles perjudicial al contrario le eran **beneficiosas**. Desde entonces y con una constancia y tenacidad digna de iodo elogio, el profesor Baer ha estado trabajando hasta ver coronado con el mayor de los triunfos sus esfuerzos en bien de la humanidad, pues- ha hecho posible la aplicación científica de las larvas en las heridas con el fin de su curación.

Así él, ha obtenido las larvas y las ha podido esterilizar, evitando llevar el contagio de otras enfermedades como son el tétanos, etc. Señores, cuanto mi pluma pueda llevar a la mente de ustedes es poco en relación con lo sorprendente de este tratamiento, pues tanto su preparación o mejor dicho la obtención del medio terapéutico como el *modus operandi*, son cosas que llaman extraordinariamente la atención y si no fuera porque realmente en estos últimos tiempos el tratamiento de la osteomielitis y las heridas infectadas han cambiado de un modo tan notable y ha pasado por fases tan diametralmente opuestas como son la técnica de Carrell., de la cura diaria a la de Orr. en que hacemos el empaquetamiento de la herida con gasa y vaselina y la dejamos sin cambiar semanas, la técnica de Baer, o sea el tratamiento de la osteomielitis por la introducción de gusanos en la he-

rida nos parecería cosa de cualquier magia pero nunca el tratamiento de una enfermedad. Sin embargo es cosa sorprendente este tratamiento y nos quedamos admirados cómo, después de quitados los gusanos el aspecto de la herida es completamente distinto y su curación se consigue y se va viendo avanzar a medida que estas curas se van efectuando. Según el informe del doctor Baer al Bureau de Veteranos., por este procedimiento se curaban el 98 por ciento de los casos de osteomielitis tratados.

V para terminar repetiremos las palabras de Dean Lewis, profesor de cirugía del Johns Hopkins, que decía: "que el descubrimiento del profesor Baer él lo consideraba como uno de los más grandes en cirugía y lo comparaba al de Lord Lister y Banting".

Abril. 18 de 1932.

IMPRESIONES DE UN BECADO

Tratamiento de la osteomielitis por el uso de gusanos

Hace **aproximadamente** dos meses, en una **visita** que hicieran *al Hopkins Hospital*, cien **médicos**, procedentes de **Brooklyn**, tuve **oportunidad** de ver la **presentación** de dos **casos clínicos de osteomielitis**, tratado con el uso de **gusanos estériles**. Después he **seguido otros casos**, lo que me **permite establecer un** criterio personal **sobre este interesante** proceder.

El **asunto** no es de descubrimiento reciente» **pues** como hacen **notar livingston y Prince (III.)**. en su trabajo **publicado en él "Journal of the American Medical Association"**, de **abril 2, 1932** en la obra de Amhrose Paré se describe **ya la observación hecha** por ese genial cirujano, en el **siglo XVI**, con relación a la rápida curación de las heridas **supuradas** cuando ella era invadida **por gusanos**. **Malgaigne en 1947** y **W. W. Keene**, durante la guerra civil de este país, **hicieron la misma observación**. Pero el que realmente le dio un carácter **científico fue** el doctor William S. Baer. Este cirujano, durante la guerra mundial, **a donde acompañó las fuerzas expedicionarias**. notó, con sorpresa, que las **frac-**

turas infectadas que ingresaban en el Hospital, después de estar **varios días abandonados en el campo**. **presentaban un admirable aspecto de rosada granulación**, **—i los gusanos habían invadido la herida**. Lleva el hecho a la **experimentación en animales**; lo introduce después en su servicio de Ortopedia, del **Hopkins Hospital**, y **llega en su póstumo trabajo (julio, 1931)**, a las siguientes conclusiones:

1º.—**Con el uso de gusanos ha obtenido extraordinario éxito en el tratamiento de las osteomielitis crónicas**, muy superior a los otros medios por él usado.

2º.—**Los gusanos por su acción digestiva limpian la herida** fie **los pequeños fragmentos óseos y del tejido necrótico**. **resultado del traumatismo**.

3º.— Los gusanos **convierten las heridas en medio alcalino** impidiendo el crecimiento de las **bacterias patógenas**.

4º.— Cree que tienen una acción **bio-química** inicial sobre los tejidos, **que los hace reaccionar** confía el **desarrollo de las bacterias**.

5º.—**Esterilizando los gusanos**

no ofrecen peligro alguno para el organismo.

6o.—Con el uso de los gusanos hay menos absorción de sustancias tóxicas y como consecuencia, más favorable condición del paciente.

El interés por el original sistema de tratamiento parece crecer a diario, a juzgar por los trabajos que se están publicando en distintas partes de este país; En el ya citado de S. E. Livingston y L. H. Prince, basado en cien casos de osteomielitis crónica, ensaya con mareado éxito, ' ya aislado, ya asociado al empleo del gusano vivo, un principio activo aislado de este último, que inyecta por vía subcutánea en forma de vacuna, y pone directamente en la herida. Su estadística es de 88 por ciento de curación. Dice estarlo ensayando en casos de úlceras crónicas de la pierna y en las infecciones de la mastoides. Tal principio activo ya había sido presumido por Baer antes de su muerte.

Los siguientes datos son el resumen de lo que he visto en el "hopkins", y en el "Children's Hospital School", (donde su empleo es sistemático) y de lo que he leído sobre el particular.

Los gusanos se obtienen de la mosca perteneciente a las variedades: *Phormia Regina* *Sucilia Sericata*, *Lucilia Ceaesar* y *Galliphora erythrocephalia*. Se colocan en jaulas recubiertas de gasa humedecida con suero y conte-

niendo la siguiente fórmula como alimento:

Miel 30 c. c.

Levadura de Fleischmann's, 3 gramos.

Agua. 70 c. c.

Este alimento debe suministrarse diariamente.

En estas condiciones, la mosca empollada produce sus huevos en un período variable entre 4 y 7 días; los cuales se colocan en placas con agua estéril pan, que no se desecan. Si se quiere evitar su empollamiento basta mantenerlo a una temperatura de 40 grados F. (4o.4 C). en la que pueden permanecer 2-1 lloras sin ser injuriados.

Los tubos estériles donde serán colocados lo.- huevos deben esterilizarse a una temperatura de 160 grados F (71o.1 C), aire reo por una hora, antes de recibir aquellos, los rúales se colocarán en el fondo hasta una altura de una pulgada o pulgada inedia y después se le añade la solución estéril siguiente:

Bicloruro de mercurio al 1 por mil, y

Alcohol etílico al 50 por ciento, 50 c. c.

Acido clorhídrico, i c. c.

Los huevos M.H mantenidos en esta solución por espacio de 30 minutos, agitándolos gentilmente, varias veces, con la varilla de madera esterilizada con el tubo y que éste mantiene en su interior. Después de ese tiempo, con las condiciones de asepsia cono-

cidas, se extraen de los tubos, se lavan con agua estéril (aquí los colocan en un colador esterilizado para lavarlos) y en gasa estéril se llevan a depósitos de cristal de boca ancha que también han sido esterilizados; pero en ellos se le pone antes el alimento, constituido de hígado de puerco cortados en cubos de una pulgada aproximadamente, un *cake* de levadura Fleischmann's y un litro de agar semi-líquido. El hígado se esteriliza en agua hirviendo por 20 minutos y un trozo es suficiente para cada frasco. La levadura se añade al agar, batiéndola y una vez mezclada se vierte en los frascos hasta cubrir los trozos de hígados por **todas** sus partes excepto su **cuarto superior**. El todo se lleva al

autoclave por 35 minutos a 15 libras de presión; se le cultiva después por espacio de 36 horas a 37 grados C, sometiéndolos a una nueva esterilización al autoclave por igual tiempo y presión: **quedando** entonces en condiciones de recibir los huevos. El alimento así preparado puede ser conservado por varias semanas. Los huevos en ese favorable medio producen los gusanos en 8 a 24 horas, los que 48 horas más tarde están en condiciones de llevarse a la herida; pero antes es necesario cultivar la gasa que contenía los huevos para estar seguros que no contienen gérmenes (aerobios y anaerobios preferentemente).

La primera parte del tratamiento es quirúrgico, en la for-

ma en que todos conocemos, es decir, incisión amplia, abertura de los focos de infección a cincel y martillo, extracción de sequestro, lavado con suero, y gasa apretada durante 48 horas en que se hace el primer depósito de gusanos, después de quitar la gasa. Los bordes de la herida se recubren de esparadrapo, sobre el que descansa un cuadrado de goma aproximadamente de 2 centímetros de altura y que mantiene en su contorno superior una fina tela metálica que permite tener el campo aireado. Tiras de esparadrapo en sus contornos la mantienen al borde de la herida.

La cantidad de gusanos esta en relación con la extensión del proceso, siendo necesario-mayores cantidades en las primeras etapas (1), cada 3° ó 5° día de acuerdo con su período de maduración, en el cual, empiezan a abandonar la herida. Cada extracción va seguida de lavados con suero de la herida, que se deja descansar en gasa seca, por 24 horas, antes de la nueva instalación de gusanos. En algunas ocasiones es necesario usar alguna solución alcalina débil porque el gusano no vive en medio ácido. Debe evitarse la acumulación de pus, que impide que el gusano "prenda" en la heri-

da. Al final de la segunda implantación suelen verse las rosadas islas de tejido de granulación, que a los 25 ó 30 días ya ha cubierto toda la herida, quedando sólo la aproximación de la piel y tejido celular subcutáneo. Es necesario tener presente que la herida debe cerrar del fondo a la superficie: de lo contrario nos exponemos a que cierre en falso. Naturalmente que las dosis de gusanos irán disminuyendo, a medida que la herida va cerrando. Si quedara algún pequeño foco de infección producido por la presencia de bacilos proteus, de acuerdo con Baer, deben ser tocados con óxido de zinc.

En el niño la curación se hace con más rapidez que en el adulto y el viejo.

El tratamiento falla en aquellos casos en que todo el hueso es invadido por el proceso inflamatorio, en todo su contorno: y en aquellos casos en que no se ha establecido un buen drenaje.

Como conclusión, estimo que el uso de los gusanos estériles abre una nueva y muy interesante vía en el tratamiento de los osteomielitis crónicas, muy digna de ser seguida en nuestra patria.

(1) Se renueva cada.

Baltimore, abril

Mijo de un consejero de minas, Roberto Koch nació en Klaustal, (Alemania); en 11 de diciembre de 1843. De niño tenía gran afición a estudiar plantas, insectos y minerales. En 1862-66 cursó medicina en Gotinga, donde tuvo por maestro a Henle, quien creía con ardor de profeta en la Bacteriología y sin duda contribuyó a determinar la orientación de Koch. Este, después de breve práctica en el hospital general de Hamburgo, ejerció en Langenhagen (Hannover). Niemeck (Brandenburgo) y en Rakwitz (Posen). Voluntariamente, tomó parte como médico en la guerra franco-prusina (1870-71).

Nombrado, en 1871, titular de Wollstein (Posen), se posesionó del cargo en 1872. En Wollstein había carbunco; lo estudió, descubrió los esporos de la bacteria de Brauer, Davaine y Pouchter y, en 1876, asombró al mundo sabio con un trabajo sobre la etiología del carbunco bacteriano. En seguida investigó en animales las infecciones de las heridas y, en 1878 publicó sus descubrimientos, que con los

epocales de Semmelweis, Pasteur y Ussler, contribuyeron a desterrar la gangrena y la muerte de las clínicas operatorias.

Por aquel tiempo, perfeccionó de tal manera la técnica bacteriológica, que puso de manifiesto por primera vez, los cirros o pestañas de los microbios y a éstos en el seno de los tejidos. Y era tanta su fama en 1880 que fue llamado a formar parte del Negociado Imperial de Sanidad. En Berlín inventó los medios de cultivos sólidos o solidificables, que fueron un progreso colosal, pues permitieron aislar las colonias microbianas y facilitaron los cultivos puros. Entonces pudo consagrarse casi exclusivamente a las tareas de laboratorio. Dejó a sus compañeros Gaffky y Loeffler el estudio del tifus y de la difteria y él emprendió el de la tuberculosis. Y en la sesión del 24 de marzo de 1882 comunicó a la Sociedad de Fisiología de Berlín que había encontrado el bacilo tisiógeno hallazgo de gran mérito, por lo difícil y extraño de la coloración de dicho germen. Este descubrimien-

to le valió el premio Nobel en 1905.

En 1883, Europa temía la invasión del cólera, y Alemania envió a Koch, Gaffky y Fischer, primero a Egipto y, después, la India. Koch descubrió entonces el bacilo causante del cólera, y al regresar a su patria, en 1884, recibió del Estado cien mil marcos y del emperador Guillermo I, en persona, la orden de la corona de segunda clase, con banda negra y estrella, distinción rarísima, que Koch estimaba sobremanera. En Egipto halló el germen llamado bacilo de Koch-Week productor de una conjuntivitis purulenta, y, en unión de Kartulis, un amibo responsable de cierta disentería.

En 1885 fue nombrado profesor ordinario de Higiene de la Facultad de Medicina de Berlín y Director del Instituto de Higiene, recién fundado, después de declinar de Leipzig ofrecimiento análogo. A dicha cátedra, y sobre todo al laboratorio del Instituto, afluyeron médicos de todo el mundo, deseosos de aprender la bacteriología. Koch hizo entonces notables investigaciones acerca de la desinfección.

En la sesión inaugural del Congreso internacional de medicina de 1890, comunicó que había obtenido un remedio capaz de curar la tuberculosis incipiente. Cegó el entusiasmo al sabio y al auditorio, y la tuberulina empezó por fracasar estrepitosa-

mente, por no haberse usado en los casos apropiados, en las dosis debidas y con la prudencia necesaria. Mas no tardó en rehabilitarse como valiosísimo medio diagnóstico de las tuberculosis bovina y humana hasta como específico de la segunda.

En 1891 dejó la cátedra de higiene, para no perder un tiempo *que* quería consagrar a la investigación; y sólo aceptó la dirección del instituto prusiano para el estudio de las enfermedades infecciosas, fundado a sus instancias y frente del cual siguió hasta 1904. Sus investigaciones favoritas, que sólo dejaba transitoriamente- fueron siempre las relativas a la tuberculosis.

En 1896 fue llamado por el gobierno inglés para estudiar, en el África del Sur, la peste bovina, que hacía estragos en el ganado. Gracias a su método inmunizador, acabó con ella en pocos meses. De allí pasó a Bombay para investigar, bajo la dirección de Gaffky, la peste bubónica, de la que descubrió luego en África, en Kisiba, un foco permanente. Aquí vio también que las ratas eran las propagadoras de la plaga. Al propio tiempo iluminaba la naturaleza de la surra y de la fiebre de Texas y evidenciaba que las garrapatas eran transmisoras de los gérmenes de dichas zoonosis.

En los años inmediatos posteriores estudió el paludismo en Italia. Este de África y Nueva

Guinea, Descubrió entonces que la llamada "fiebre del agua negra" era una intoxicación producida por la quinina, y fue quien primero expuso la posibilidad de luchar eficazmente contra la difusión de la malaria, empleando concienzudamente la quinina. Enseñó también que los hematozoarios de Laverán son particularmente frecuentes en la sangre de los niños, e ideó su método de fijación del índice palúdico de una comarca por el examen de la sangre de los mismos. El y sus discípulos enseñaron a combatir el paludismo, tratando principalmente a las personas portadoras de parásitos. Independientemente de Ross, descubrió que los mosquitos transportaban e inoculaban los hematozoarios (Loeffler).

Preparó una nueva tuberculina; estudió la lepra del Este de Prusia; descubrió la eliminación

del agente leprógeno por la mucosa nasal, y, tras experimentos de inoculación de la tuberculosis del hombre al ganado bovino sostuvo, en 1901, en la Conferencia de tuberculosis, celebrada en Londres, que los bacilos tisiógenos bovinos, prácticamente, son inofensivos para nosotros. Este punto ha sido y es objeto de grandes discusiones, pero lo cierto es que, desde 1901, los bacilos de los bóvidos perdieron importancia en la etiología de la tisis humana.

Desde 1902 consagróse a combatir el tifus abdominal del Sudoeste de Prusia, estableciendo, de buenas a primeras, once laboratorios, que se dedicaban, singularmente, al estudio de los portadores de bacilos tíficos. Esta idea, fructífera, fecundísima, constituye hoy la principal profilaxis contra la fiebre tifoidea, y se puede aseverar que, conside-

rando a los portadores de bacilos como focos de infección, se acabará con el tifus para siempre, sin tener que recurrir a la vacunación antitífica, por lo menos en los países bien urbanizados y cultos.

En 1903, también a petición del gobierno inglés, marchó a Rhodesia, para luchar contra la más terrible de las piroplasmosis, la de la costa oriental, que mata el 95 por ciento de los bóvidos atacados. En 1905 estudia, en el África Oriental alemana, esta misma piroplasmosis, las fiebres recurrente y de Texas y las tripanosomiasis. Por último, en 1906 y 1907, junto con el médico militar Kleine y el consejero Beck, investigó la enfermedad del sueño e inició los experimentos por los cuales Kleine demostró, definitivamente, la intervención de la mosca tsé-tsé como vectora de los tripanosomas productores de dicha enfermedad. Contra ésta recomendó los campos de aislamiento, medida que, por su eficacia, se ha generalizado.

Fue maestro de bacteriólogos tan gloriosos como Loeffler, descubridor del microbio de la difteria; Gaffky, descubridor, con Eberth, del de la fiebre tifoidea; K. Pfeiffer, descubridor del de la gripe; Kitasato y Behring, descubridores, el primero, del bacilo de la peste y, ambos, de los sueros contra la difteria y contra el tétanos; H. Kossel,

Wassermann, Kleine, etc. No era orador, pero sus frases eran diáfanas, vigorosas y sugestivas. Odiaba las teorías y se complacía con los problemas científicos, filosóficos y aun astronómicos. Siempre tuvo entusiasmo por las ciencias naturales. V coleccionó minerales, animales y plantas. Estaba dotado de mucho espíritu de observación y de gran memoria, y era muy perseverante y comprensivo. Según Paul Ehrlich el genio de Koch era la sana razón elevada al cuadrado.

Por una ironía del destino, desde hacía mucho tiempo, era tuberculoso, y esto le hacía preferir los climas cálidos de África, en los que, sin embargo, exponía su vida sin cesar. El 9 de abril de 1910 tuvo señales evidentes de insuficiencia cardíaca. En 20 de mayo salía en busca de alivio para Baden-Baden, donde falleció de un ataque de angina de pecho el día 27, a las siete de la tarde. Y a las cuatro de la del 30 fue incinerado su cadáver en el cementerio de Baden-Baden, por haberlo dispuesto así en su testamento. ¡Digna última voluntad de uno de los higienistas más grandes de la historia!— P. Ferreras.

El día 25 de noviembre de 1910 se efectuaba en la ciudad de México un acontecimiento de Resonancia: la primera aplicación de-I remedio de Ehrlich y pata, el dioxidiamidoarsebenzol 0 "606", contra la sífilis. Y aún se creyó indispensable organizar una verdadera ceremonia, en tal forma, que en el anfiteatro de operaciones del Hospital General, en presencia del presidente del Superior Consejo de Salubridad, doctor don Eduardo Licéaga, promotor del suceso, y de concurrentes numerosos, se practicaron dos inyecciones subcutáneas. La técnica fue complicadísima y hasta exigió la colaboración de un químico, don Adolfo Castañares, encargado de efectuar la disolución del producto arsénical y la prueba de la reacción por la fenoltaleina. Todo un arsenal de irascos y probetas, pipetas graduadas, matraces y embudo-, ostentaba su límpido cristal sobre las mesas del anfiteatro. También fue necesario que un eminente cirujano, el doctor don Fernando López, director de la institución, aplicara cuidadosamente bajo la piel de la región escapular, el abundante

líquido de color amarillo, que dejó, según se comprende, enorme y doloroso abultamiento. Y fue todo. Porque del resultado de dichas inyecciones nada se publicó y muy poco supimos los que presenciemos la interesante ceremonia. Por fortuna la técnica actual *de* inyecciones intravenosas está sumamente simplificada.

Teníamos conocimiento de que el sabio alemán, tras estudios prolijo y experimentos incansables, relativos a la acción arsenical sobre algunas espirilosis, resolvió extender sus observaciones a la sífilis, padecimiento debido a la purulación de un protozario recientemente descubierto en aquella época por Fritz Schaudinn. La acción enérgica del compuesto sintético debía revelarse por el estado que Ehrlich denominaba de *therapia sterilisans magna*, no confirmado, por desgracia, como él en su entusiasmo científico lo imaginara.

Los trabajos de Ehrlich, guiados exclusivamente por inducción, lo llevaron al conocimiento de, que se podrían reemplazar ciertos grupos atómicos por otros, en forma tal. que conservando-

se las virtudes farmacodinámicas cié la substancia, se perdiera o atenuara, en cambio la propiedad tóxica.

Se había, pues, descubierto un medicamento de efectos superiores a los del clásico mercurio de los antiguos sifilógrafos. Además, en la Historia de la Medicina, quedaba permanentemente impreso el año de 1909.

Lo« trabajos de Ehrlich vinieron, en verdad, a completar los de Wassermann y Schaudinn, relacionados con la etiología y el diagnóstico de la sífilis. Schaudinn, lo sabemos, era un zoólogo distinguidísimo, especialista en conocimiento de los protozoarios. Ya se había hecho notar ventajosamente por su vasta obra acerca de la fauna ártica cuando su expedición a Spitzberg, a bordo del Heligoland; y puede afirmarse que los triunfos mayormente destacados en protozoología, con útiles y fecundas aplicaciones en la Medicina, débense a Schaudinn, arrebatado por desgracia a la vida cuando apenas contaba 35 años de edad.

Investigaciones dirigida» en persecución del microbio patógeno de la sífilis se venían realizando desde muchos años antes del hallazgo maravilloso de *Fritz Schaudinn*. Dice *Metchnikoff* que la microbiología de la sífilis data de un período muy anterior al de la microbiología misma; porque aun en tiempos en que nadie tuvo idea precisa res-

pecto a la intervención de los gérmenes en la fermentación, ya se suponía que la causa real del morbo gálico debía encontrarse en diminutos organismos que pululan en lesiones sifilíticas. En 1837 se describieron los gérmenes de *Donné*; en 1884 el bacilo de *Lutzgarten*. cuando ya el insigne *Pasteur* había sentado las bases de la ciencia *que* se ocupa de los infinitamente pequeños: más tarde, el protozoario de *Schüller*; y al fin, entre las especies mejor señaladas, el famoso *Cytoryctes luis*. *Bordet* y *Gengou*, en Bélgica, precursores en esta suerte de actividades, con la concepción hipotética del fenómeno que lleva su nombre, prepararon por otra parte la vía que condujo a *Wassermann* a la importante reacción diagnóstica que como síntoma fundamental de la dolencia, como testimonio biológico de la infección sifilítica, es revelador por su grado de la intensidad de ésta y de los efectos del tratamiento específico; reacción diagnóstica que tan fecundas enseñanzas ha traído, modificando completamente la noción etiológica y patogénica de sinnúmero de padecimientos, particularmente nerviosos, que desde remotos tiempos se han visto como serios problemas de clínica, *Bordet* y *Gengou*, por otro lado, observaron también finísimas espirales, en el año de 1903. en chancros sifilíticos ^Observarían, de hecho, el *treponema*?

El asunto parece no estar resuelto; mas las investigaciones de Schaudinn en relación con este germen y el *trypanosoma*, precedieron al conocimiento definitivo de] verdadero microbio generador de la sífilis. ¡Un protozoario, es decir, un germen ya bastante elevado en la escala de los seres, en relación con los demás infinitamente pequeños del mundo infrabiológico, y comensal del hombre en un padecimiento cuyos orígenes se pierden quizás en el del hombre mismo!

Schaudinn, zoólogo, y Hoffmann, médico, dirigidos por el profesor Franz Eilard Schulze, quedaron sabiamente enlazados en el descubrimiento del *treponema pálido*. El hallazgo de esta forma espirillar, forma de rasgos peculiares, pertenece a Schaudinn, para quien era imposible que pasaran inadvertidos ciertos caracteres de tal o cual protozoario en el campo del microscopio. A partir del año de 1905 se ha venido perfeccionando la técnica de coloración del *treponema* en todos los laboratorios del mundo, y tan acuciosamente se ahonda ya en el estudio de este germen, que muchos problemas insolubles durante largos años han quedado completa y admirablemente dilucidados, respecto al exacto conocimiento de este factor etiológico y de las aplicaciones que desde el punto de vista social han podido realizarse gracias a tal conocimiento. La

inoculación experimental de la sífilis, imposible para antiguos observadores, es ahora una conquista; así como la noción patogénica, merced a estos estudios, nos ha llevado a la resolución más satisfactoria de innumerables hechos clínicos. El venereólogo inglés, Hunter, había fracasado en sus experimentos de inoculación en los animales, y se limitaba a exclamar, decepcionado, cuando quería intentar inoculaciones en el simio: un piquete, una ligera irritación, luego nada, y los efectos tan volubles y rápidos como un gesto del animal. Pero Metchnikoff y Roux lograron posteriormente el prodigio del chancro y las lesiones secundarias de carácter experimental; y merced a la técnica minuciosa del gran japonés Hideyo Noguchi, que durante su viaje a Méjico, fue solemnemente recibido en esta Academia, ha podido encontrarse el *treponema* en la corteza cerebral de los paralíticos generales. Por último, el moderno concepto de las infecciones inaparentes y los ultravirus invisibles ya permite sospechar que la forma adulta del *treponema* no es la virulenta, sino que la acción infectiva propiamente dicha pertenece al virus en su forma granulosa e infravisible. El *treponema* dicen los que piensan en ciertos hechos observados en conejos con sífilis inaparente, "no es sino una de las fases del ciclo evolutivo

del virus sifilítico; cielo que debe entrañar otras formas invisibles o difíciles de determinar por nuestros medios actuales". Si estas investigaciones condujeran a rigurosa demostración, tal vez quedarían explicados los hasta hoy oscuros fenómenos biológicos de la transmisión congénita de la sífilis; y entonces, por una conquista de rigor científico, el nombre de Fritz Schaudinn se elevaría más aún en el recuerdo y la gratitud de todos los hombres.

Si no fuera por el nutrido acervo de trabajos del sapientísimo Ehrlich, una de las figuras más grandiosas en el pensamiento, el verdadero fundador de la hematología autor conspicuo de notables ideas acerca de inmunidad y sueroterapia; y de los estudios en protozoología de Schaudinn; y de los de Wassermann en cuestiones elevadas

de microbiología, cáncer \ sueroterapia antituberculosa; estos invictos a jemané.- serían acreedores a la admiración general tan sólo por los beneficios que con sus trabajos de sifilografía han procurado a la humanidad. Juzgo y alabo a estos sabios únicamente bajo tal concepto, porque sería imposible analizar y luego sintetizar filosóficamente el acumulo enorme de investigaciones con que pudieron afirmar en progreso trascendental en las ciencias médicas. Y dado que la sífilis, como azote milenario, es universal y ha obligado a los poderes públicos en todos los países a imponer rigurosos medios de profilaxis, y en varios pueblos aun a reglamentar el ejercicio de la prostitución por medios coercitivos que se van abandonando. ¿en qué actividades médicas, quirúrgicas, obstétricas de higiene y terapéutica, medicina legal.

pediatría, no existirán afortunadas ocasiones para recordar solemnemente los nombres radiosos de Waasermann, Ehrlich y Schaudinn?

"En el estudio de la naturaleza, en una constante investigación experimental, en la observación de todas las formas de vida, es donde los sabios de la primera época científica del siglo XIX encuentran la base indispensable de los trabajos; y en las pruebas de las observaciones objetivas buscan la solución de los problemas biológicos más complejos abandonando la hipótesis filosóficas". Así ha dicho un historiador contemporáneo. Y si Carlos Darwin y Claudio Bernard abrieron ancha vía en el concepto más puro de la *rien-fue* porque los prejuicios de una metafísica insustancial habían caído ruidosamente despené de la era revolucionaria, a fines del siglo XVII. para dejar libre al pensamiento hacia francos revuelos en pos de lo ignoto. El racionalismo al fin se impuso en el espíritu de los hombres, y el resultado fue inmediato, supuesto que de los comienzos del llamado "Siglo de las luces" datan los descubrimientos que sirvieron para preparar, dice el mismo historiador, todo el edificio de la biología y la patología celular, "conduciendo a los sabios al mejor conocimiento de los organismos inferiores y a la comprensión del papel que desempeñan en la

vida normal y patológica de los animales superiores". Así, hasta llegar al insigne fisiólogo y maestro del Colegio de Francia, que pudo aclarar el concepto grandioso cuanto fecundo del determinismo en los fenómenos biológicos y fundó en cimientos de la verdadera ciencia experimental; luego al coloso que se llamó Luis Pasteur, fundador incommovible de la ciencia microbiológica y le los principios científicos-que algunos años más tarde servirían para afianzar el concepto etiológico del morbo venéreo

¿Y qué nombres más florecientes no han venido sucediéndose en cada estelar hasta nuestros días Darwin, Lamarck y Weissmann, Helmholtz, Berthelot. Juan Müller, Lavoisier. Wurtz. Curie. Roentgen, Neisser. Koch Fournier, Noguchi \ cuántos más? Sobre todo, en la constelación brillan poderosamente Laennec, Claudio Bernard y Pasteur. , como precursores, y Ehrlich. Schaudinn y Wassermann. como efectivas señales en los senderos del progreso universal, hacia la extinción de una enfermedad que degenera a la raza.

Mas no, por fortuna, la obra de los tres sabios germanos es plausible y gloriosa porque suministraron elementos de acción individual para la clínica, en provecho utilitario de los médico. Sabemos que la sífilis proviene de la invasión de la san-

gre por un protozooario de aspectos hermosísimos bajo las disposiciones peculiares del ultramicroscopio; que el morbo napolitano puede revelarse en cualquier tubo de ensayo por la reacción de Wassermann; y que una vez identificada la sífilis, clínica y suerológicamente, la industria se encarga de vigorizar, poniéndolos a disposición del enfermo, en sentido práctico, los descubrimientos que realizan los sabios en el laboratorio, procurándonos en forma provechosa al medicamento con el cual debemos alcanzar la magna esterilización orgánica de Ehrlich. Hay algo mucho más elevado en medicina moderna, en medicina preventiva, que hace estimables en grado máximo a los tres varones cuyo recuerdo nos ha congregado felizmente en esta noche: los efectos sociales que en la vida del hombre se han alcanzado al aplicar las reglas que derivan del conocimiento etiológico, diagnóstico y terapéutico de la sífi-

lis. Y aquí menciono por tercera vez al historiador italiano señor Castiglioni, que ha sabido traducir el concepto relativo a la medicina social en la siguiente forma tan bella. "Es claro (dice), que no se podría imaginar ni un mejoramiento en el bienestar económico, ni un progreso civil, sin disminución de la mortalidad, aumento de la natalidad, mayor potencia de trabajo, determinada por una frecuencia menor de las enfermedades. Una vez establecido el principio de que debe ser considerada la enfermedad como una perturbación de la armonía y la eurritmia, y que para restablecer esta armonía y para crear las condiciones necesarias a su preparación; para mantenerla, defenderla cuando se ve amenazada, restituiría cuando ha sido afectada, todos los esfuerzos de la medicina moderna deben ser, esencialmente y sobre todo, una higiene y una medicina políticas". Los efectos sociales

de la obra de nuestros **sabios alemanes** se tradujeron, inmediatamente, en la acción profiláctica, como recurso de provecho social; y **por** la implantación de **los medios** profiláctico, en **la disminución de la virulencia del treponema**, el descenso de la mortalidad infantil por sífilis, y aun la **desaparición de la sífilis** adquirida en países que, como Bélgica, son **clarividentes y afañosos**.

El pensamiento médico **moderno**, orientado en gran parte bajo las tendencias fisiológicas, busca la naturaleza íntima de las desviaciones morbosas en las alteraciones **quimicobiológicas** de los humores en los cambios de estructura celular, tal vez en los movimientos apenas comprensibles del átomo, de todo lo cual resultan las perturbaciones funcionales que constituyen el carácter esencial del estado patológico. Y cuando se trata de alteraciones somáticas y trastornos funcionales como **consecuencia** de la **pululación de gérmenes** patógenos, el buen **conocimiento** del germen podrá satisfacer a muchos imperativos de la clínica, sobre todo cuando.

a la **vez** la ciencia pudo poner a nuestro alcance, como en el caso de la sífilis, el medicamento específico. Por otro lado, gracias al objetivo prepotente de la medicina social, combatido el mal en el individuo, resulta favorecida toda la especie. De aquí la **importancia** tan enorme de la acción preventiva contra la sífilis, según los fines del dispensario, y sobre cualesquiera desiderata. aquellos recursos que se proponen la propaganda y educación higiénicas.

En este último sentido y evolucionando antecedentes, la Academia Nacional de Medicina fue la iniciadora de una labor social de éste género, en Méjico, ya que en el año de 1908. después de conocidos los estragos **de** la sífilis **congénita** en la población infantil de nuestra capital, resolvió fundar, dándole autonomía, una sociedad de profilaxis antivenérea. Existe aún la corporación con su consultorio gratuito, que ahora lleva el nombre de su primer presidente el ilustre clínico **mejicano** don José Terres.

En este empeño de profilaxis contra los males venéreo?, par-;

ticulármente la **sífilis** por su acción nefasta sobre la despoblación; empeño en que **están** comprometidos absolutamente todos los países, la obra del gran clínico y **sociólogo Fournier** cuya autoridad de **sifilógrafo** es innegable, **quedó** coronada en forma benéfica para la edad **presente** y las futuras **generaciones** con los trabajos de tres eminentes alemanes investigadores, que sólo por este motivo, si no **tuvieren** otros **igualmente** justificados, se han hecho dignos de la admiración de **todos** los hombres. Merecen los sabios de nuestra apología el aplauso más clamoroso y el recuerdo más detenidamente grato. **Heroicos** y gloriosos bajo el concepto científico, son de la falange de los inmortales. de los positivamente acreedores al simbolismo de mármol, el bronce y el oro **para** sano ejemplo de los que **vivimos** y **estímulo ardiente** de cuantos **vendrán**. En nombres tan singulares y preciados ya quedaron **entretejidas las ramas impolutas**

del laurel que merecen los **triunfadores** y la encina que **reclaman** los esforzados. Y en **los muros** de este aposento augusto **vemos desde** ahora una lápida **conmemorativa** luciendo ante **las esfingies** de nuestros **predecesores** y la **serena** majestad de **Pasteur**, el sabio y bueno entre los buenos y sabios.

El espíritu **inmortal** de **Schau-dinn, Ehrlich y Wassermann** es el recuerdo que de ellos conservamos por la magnitud y **sus** obras; recuerdo que los consagra definitivamente bajo el título de benefactores de **la** humanidad en **grado** máximo.

¿y así. la trilogía apocalíptica de la sífilis aterradora: **ignorancia, miseria y muerte**, se ha trocado, **para** siempre, en los pueblos que bregamos **en** constante **marcha** evolutiva, por la otra del bienestar humano: **sabiduría, fortuna y vida**.

La etiología del cáncer, siempre tan oscura, a pesar de las recientes investigaciones de muchos sabios, se puede decir que no adelantó nada desde los tiempos de Hipócrates, en que se admitía la teoría humoral: a esta teoría no es contraria la hipótesis del profesor Fichera, con su oncolisis y ontogénesis; tampoco la hipótesis parasitaria es contraria a la teoría humoral y tal vez con ella misma se consilia la novedosa y última hipótesis del ritmo, del doctor Miguel J. Petty, que apareció en La Semana Médica, el 3 de diciembre de 1931. Y como desgraciadamente respecto a la etiología de esa grave y tan extensa enfermedad estamos siempre en la oscuridad, así también respecto a su tratamiento médico esta ^a ^ desprovistos de un rumbo bien determinado: en consecuencia de eso, los médicos hoy día están casi todos de acuerdo en que se debe extirpar precozmente el tumor maligno, operación esta que generalmente da mayores garantías de salvación para el enfermo.

El tratamiento médico del cáncer y de los tumores malignos ya no hace parte de la terapéutica: yo también he opinado siem-

pre que una buena operación hecha y tiempo es él único recurso curativo; pero hace *4c* dos meses, en una visita que hice u mi amigo el doctor Juan B. Ferreyra, este señor me puso entre manos un libro del doctor Leriche, miembro de la Sociedad internacional de Investigaciones contra la Tuberculosis y el *Cáncer*. Este libro lleva por título "Le cáncer Technique et thérapeutique medicale moderne".

Habiendo leído atentamente este libro, me pude dar cuenta que según el doctor Leriche, el cáncer y los tumores malignos serían curables por medio de medicamentos. El doctor Leriche publicó su libro *en* París en el año 1925. Su tratamiento consistiría en una medicación histolítica y en otra medicación que él llama de "süpléance". El primer tratamiento consistiría en inyecciones de ampollas de electro-selenio y ampollas de backerina. Si las inyecciones de electro setenio fueran poco eficaces, se le deben asociar inyecciones de electrocuprol o de cuprase de Gauber.

La medicación de "süpléance", que se haría consecutivamente, consiste en inyecciones *de* hierro coloidal y de una solu-

ción plasmática de calcio, potasio, sodio, magnesio y fósforo. Además. Leriche, en esta segunda fase de su terapéutica, suministra por vía gástrica sellos de physiobiose número, es decir, hemoglobina con un complejo mineral: además, da a tomar gotas hiperesténicas. es decir, hormonas subrenales, siempre que el riñón sea sano: da a tomar fosforo de terebentene y sellos de physiobiose número 2, (que consta de complejo mineral con fermento orgánico).

Después de una temporada, los medicamentos que se suministran son los siguientes: 1°, píldoras antitóxicas (lipoides y colestestina); 2°, osmorganols, es decir, hormonas esplénicas, hepáticas, tiroideas, orquídeas, y ováricas; 3°. se sigue empleando la physiobiose número 2. El tratamiento dura, más o menos, 80 días, durante los cuales debe el enfermo alimentarse prevalentemente de vegetales.

Esa terapéutica, bastante compleja y espaciada en varios períodos, habría dado grandes éxitos al doctor Leriche, el cual en su publicación "Le cáncer", refiere 10 casos de cáncer y tumores malignos que se curaron de todo o tuvieron una supervivencia muy larga. La historia clínica de esos casos y diagnóstico formulado por algún colega fue verdaderamente de cáncer o tumor maligno; pero no se pudo obtener la biopsia de ellos, tra-

tándose. la mayor parte, de tumores viscerales.

La lectura del libro del doctor Leriche, a pesar de mi escepticismo inmediato, me dejó perplejo; para disipar mi perplejidad, me pareció razonable escribirle al doctor Leriche para preguntarle si no tenía otros casos de la misma enfermedad que tratados con mi método por él o por otros colegas hubieran dado un éxito tan halagüeño. El doctor Leriche me contestó en seguida, con la carta que adjunta:

Joign (Yonne). le 22 février 1932.

Cher Monsieur el tres honoré confrère:

J'ai reçu ce matin. 22 février. votre aimable lettre du 2 courant et je m'empresse de vous repondre. Je commencerai par VOIR diré que je suis tres touché de l'intérêt que vous voulez bien témoigner á mes travaux sur la théiapeutique médicale des cancers, ce donl je vous remercie cordiaíement. J'ai beaucoup amélioré ma technique depuis trois ans et j'ai bien l'impression de tenir maintenant les grandes lignes de la solution du problème. A l'heure actuelle, j'obtiens des résultats excellents dans beaucoup de cas inoperables et complètement abandonnés par la chirurgie et les agerments physiques. Quant aux operes (sauf dans les cas d'anus artificiel, où je refuse systématiquement d'intervenir) la recidive ne se reproduit pour

ainsi diré jamais lorsque le traitement medical est institué après rintervention. Malgré cela, ma méthode esl encoré peu connue par ce que je me suis toujours tenu à l'écart des chapelles officielles, et je ne sortirai de ma retraite que quand j'aurai la certitude absolue de tenir la guérison dans tous les cas. Les cancers étendus de la face sont les plus rebelles et m'ont demandé beaucoup d'efforts. Cependant, j'ai actuellement plusieurs cas de ce genre en traitement, et je suis *en* mesure de pouvoir vous dire que, non seulement le processus est enrayé, mais la réparation suit une marche tout à fait normale et très satisfaisante. Ces résultats excellents ont été obtenus par la mise en oeuvre de nouveaux corps chimiques. J'ai tout lieu de penser que ces malades guériront, et lorsque le résultat sera atteint, Je me déciderai à faire des démonstrations dans les hôpitaux de Paris, comme on me la si souvent demandé. En ce qui con-

cerne les cancers profonds, je ne peux que vous confirmer l'excellence des résultats. Je ne crois pas à la spécificité d'un virus dans la genèse de cette maladie qui reste essentiellement cellulaire. Il se peut, à la rigueur, que certains microbes aient la propriété de faciliter la multiplication de la cellule par une action irritative directe sur le noyau dont ils provoquent la division et amorcent ainsi la multiplication de la cellule intéressée, comme le spermatozoïde par son action sur le noyau de foveole, mais j'estime que lorsque la prolifération cellulaire est déclenchée, le problème n'est plus microbien mais cellulaire et qu'alors nous ne pouvons en triompher que par les corps chimiques. Je me permets de vous adresser, par ce même courrier, le "Bulletin de la Société de Médecine de Paris", du 28 juin 1930, où vous trouverez exposée intégralement ma dernière communication. Vous serez infiniment

aimable de vouloir bien m'écri-re pour m en aceuseur receptionf lorsqu'i] vous sera parvenu.

Veillez agréer, je vous prie, Cher Monsieur el tres honorable confrère, l'expression de mes sentiments les meilleurs et tres cordialement dévoueés.

Dr. LER/CHE.

Como dice en su caria el doctor Leriche, me envió también el boletín de la Sociedad de Medicina de París, con la relación de la sesión del 28 de junio de 1930.

Como podrá ver cualquiera que consulte el boletín de esa fecha, en esa sesión de la Sociedad Médica de París (1) el doctor M. Dartigues presentó en nombre del doctor Leriche la relación de otros 6 casos de linfosarcoma. de cánceres y de mio-sarcomas que curaron con el método Leriche. A la relación del

(1) Debo hacer presente que en esa memorable sesión fueron referidos dos casos de cáncer rectocólico con amibiasis retro-cólica.

doctor Dartigues siguió una discusión bastante animada, con observaciones y apreciaciones de varia naturaleza, expresando dudas o aprobaciones hipotéticas: pero el método Leriche no fue del todo desechado, y el doctor Lavenant (presidente), que acabó la* discusión, dijo que todo trabajo siempre que sea verdaderamente científico y serio, debe ser tomado en consideración., y no se puede rechazar todo lo que es nuevo, sin haberse hecho previos estudios y experimentos por varios observadores.

La publicación de estas líneas tiene por fin invitar a los colegas argentinos que tienen ocasión de asistir enfermos de tumores malignos que no se pueden operar* a ensayar el método Leriche, consultando el libro "Le cáncer", publicado por Maloine et fils. París. 1925. Así los médicos argentinos podrán también contribuir a desechar o a probar una terapéutica que parece haber infundido muchas esperanzas en algunos enfermos y tal vez haber curado a otros

La Plata, 18 de marzo de 1932.

MEDICINA PRACTICA

Sobre interrupción terapéutica del embarazo

Es asunto del mayor cuidado para el cirujano al efectuar cualquier intervención quirúrgica, obtener el resultado propuesto con el mínimo de trauma operatorio. Pero en los casos de interrupción simple del embarazo o con esterilización simultánea o en un segundo tiempo, las precauciones se llevan al máximo, pues son operaciones requeridas generalmente por el estado deficiente de la paciente, ya se trate de una pulmonar, cardíaca. etc.

No entraré en detalles ni en la discusión sobre las ventajas o inconvenientes que tengan unos sobre otros, los diversos procedimientos, o si convenga la pequeña cesárea vaginal o la dilatación y raspado en un tiempo, bajo anestesia, o la dilatación lenta con laminaria y raspado posterior, etc.

Sólo quiero llamar la atención sobre un procedimiento bastante extendido en Alemania, de gran eficacia y absoluta inocuidad.

¿Qué puede opinarse de un preparado que consigue el abor-

to terapéutico sin requerir anestesia, dilatación previa del cuello uterino, ni intervención quirúrgica alguna (ni aún el mismo raspado) en la gran mayoría de los casos?

¿Qué puede opinarse, en fin del preparado *qua* interrumpe el embarazo y que al mismo tiempo actúa como poderoso antiséptico durante su permanencia en la cavidad uterina y que en los pocos casos en que se requiere el raspado, ha producido una dilatación de cuello suficiente como para poder efectuarlo sin anestesia?

Me refiero al "Interruptin", preparado por Kuttner y Starke, de Berlín, que en nuestro país no se usa corrientemente.

Entran en su composición principios activos del lóbulo posterior de hipófisis, Rosmarin, Canela Cassia, Eucaliptus, Mirra, Azafrán, Goma resina Galbán, Timol, Alcanfor, y Yodo incluidos en una pasta de Orozú.

Se expende en tubos-jeringas de 50 c. c, y también en grandes envases para uso de las clínicas.

Recordaré la conveniencia de eliminar el aire que pueda contener la jeringa, y de dejarla expuesta a la temperatura de la habitación por algún momento si hubiera estado guardada a baja temperatura. Dificultaría su aplicación si se calentara tanto como para hacer demasiada fluida la pasta.

Para su uso no se requieren mayores cuidados: intestino evacuado, posición de útero diagnosticada. Colóquese la enferma en posición ginecológica, a la vista el cuello uterino mediante *el* espéculum y fijado por pinza o gancho.

Es frecuente poder penetrar con la pieza A de la jeringa a través del cuello, pero si ello no fuera posible bastara con una dilatación Hegar TV.

Es necesario penetrar hasta la misma cavidad uterina, es decir, pasar el orificio interno del cuello. Se inyectará las siguientes dosis de acuerdo con la edad del embarazo.

Para el 1" y 2- mes: 20 c. c.
 Para el 3er mes: 30 o, c. Para el 4" mes: 40 c. c. Para el 5" mes: 50 c. c. Para el 6" mes: 60 c, c. Para el 7" mes: 70 c. c.

La inyección se efectuará lentamente, y en caso de que el canal cervical esté dilatado so colocará una tira de gasa impregnada con la misma pasta.

En algunos casos, en el mismo momento de la inyección aparecen pequeños dolores que ceden al cabo de pocos minutos. Entre las ocho y veinticuatro horas se producen dolores como de parto que en media a seis horas realizan el aborto, que se hace completo en la mayoría de los casos.

Las hemorragias secundarias son generalmente mínimas y después de un corto período de agotamiento de las enfermas, se encuentran tan bien, que cuesta conseguir que guarden cama.

A pesar de la inocuidad del tratamiento, será conveniente el reposo por algunos días.

Como coadyuvantes se administrarán dos o tres sellos de sulfato de quinina y café fuerte, colocándole botellas calientes.

Como muy bien dicen Hirsch y Lewin, sólo en muy pocos casos hay que eliminar algunos restos por raspado, siempre con la comodidad de un cuello ampliamente dilatado, y en los pocos casos en que han tenido temperatura hasta de 38 grados, desaparecían inmediatamente que se producía e3 aborto, atribuyéndola dichos autores exclusivamente a reabsorción.

En 32 abortos terapéuticos efectuados tuvieron la oportunidad de comprobar "a posteriori"* el estado perfecto del aparato genital después del empleo del "ínterruptin", haciendo constar, además, coincidiendo en ésto con

la opinión de otros, de que el uso de este preparado no está contraindicado en los procesos inflamatorios de anexos.

También se han efectuado radiografías con el objeto de comprobar el pasaje de la pasta a través de las trompas a la cavidad peritoneal sin haber conseguido hallarla.

El "interruptin", cuenta con entusiastas como Sellheim, de Leipzig, Leunbach, de Copenhague, Hirsch y Lewin, Levy-Lenz y Sachs, de Berlín.

He tenido oportunidad de asistir a la aplicación y observar los resultados del tratamiento en Alemania, pero muy especialmente en la Clínica de Mujeres

del profesor Doederlein, en Munich.

Alentado por esa experiencia, he utilizado los 5 tubos que traje para su ensayo. Los embarazos que tuve que interrumpir fueron: uno de tres meses, dos de cuatro meses y dos de cinco meses.

El resultado fue completamente satisfactorio, haciéndose el aborto completo en todos los casos sin haber requerido raspado ulterior. Las enfermas abandonaron el lecho al quinto día sin haber tenido temperatura.

Dado el escaso número de ensayos no me es posible formar una opinión definitiva que haré tan pronto como reciba nuevas muestras.

La Esplenectomía en los casos de paludismo crónico.--

Resultados durables.

N. E. Surbek, del Centra) Hospital Pajar Alam de Sumatra, da una estadística de diez casos de paludismo crónico con esplenomegalia, en los que ha intervenido por ablación del vaso.

Los enfermos indígenas eran jóvenes de 12 a 29 años. Después de las felices intervenciones ob-

servo regeneración sanguínea, pérdida de tinte terroso. A condición de operar sujetos de buena constitución no muy viejos se tiene un buen método para la curación de las anemias consecutivas al paludismo acompañadas de esplenomegalia.

S. P. P.

PIELOGRAFIA INTRAVENOSA

La **pielografía** intravenosa, o mejor descendente, en embrión desde 1906 y transformada en realidad con el descubrimiento de Uroselectán, de Binz y **Realth** en 1929, consiste en la introducción directa, por inyección intravenosa, o indirecta, por vía rectal, al torrente sanguíneo, de un producido (hasta ahora Uroselectán y **Abrodil**), que gracias a su riqueza en yodo, y a que es casi exclusivamente, eliminado por el riñón, permite radiografiar las vías de excreción de la orina.

La sencillez de la técnica que hay que seguir, la inocuidad casi absoluta de la substancia y los buenos resultados que con ella se han obtenido, son causa de la rápida vulgarización de este procedimiento, que da luces sobre algunas lesiones que sólo podían conocerse antiguamente con la ayuda del especialista, familiarizado con la técnica urológica.

Sin embargo, sólo el desconocimiento de esta técnica y de los resultados que *con* ella se obtienen, explica el error en que muchos incurrieron e incurren todavía, de querer ver en la pielografía descendente, el substituto absoluto de la ascendente. Aquella al introducirse como me-

dio de **exploración** en Urología no ha menguado en nada la importancia de ésta: es un procedimiento más, una nueva fuente de recursos para el diagnóstico en **Urología**, que se suma a la pielografía por cateterismo y en ocasiones la completa, revelándonos lo que aquella no pudo demostrar.

Mucho se ha escrito ya en el extranjero sobre el Uroselectán. desde los primeros trabajos de **Lichtenberg** y Swick y el objeto de éste, es sumar esta relativamente corta estadística, obtenida en el servicio de Urología del Hospital General, a las muy numerosas presentadas por autores extranjeros.. Esta contribución, aunque modesta, no deja de tener importancia ya que dos años de estudio son insuficientes para decir la última palabra sobre cualquier procedimiento de investigación científica, máxime cuando está, como éste, relacionado con asuntos tan oscuros como la fisiología renal y trata de ilustrarnos sobre problemas tan extensos y diversos como las lesiones renales llamadas quirúrgicas.

Para compensar en parte la deficiencia numérica- los sujetos estudiados fueron escogidos en-

tre los que tuvieran un estudio urológico tan completo como posible, y con padecimientos renales diversos, para poder, en lo que cabe, conocer el valor que deba atribuirse al Uroselectán.

Veinte fueron los casos estudiados. De estos:

Siete corresponden a tuberculosis renales, unas unilaterales bilaterales otras.

Dos a cálculos del uréter.

Cuatro a tumores prostáticos con función renal deficiente.

Uno a cáncer renal.

Y seis más a padecimientos diversos del riñón, ptosis, riñón poliquístico, síndrome entero-renal, etc.

Técnica

La preparación del Uroselectán se hace disolviendo el contenido de la ampolleta o sean 40 gramos en 100 c. c. de agua hi-destilada estéril, filtrando después dos veces y calentando la solución en baño de María a unos 20 grados aproximadamente.

La cantidad empleada por nosotros en el servicio de Urología, ha sido siempre, a pesar de las recomendaciones de algunos autores, la dosis total, con excepción de dos casos: uno de una enferma joven y en estado de profunda caquexia tuberculosa y otro de un niño de 8 años en el que se usaron sólo 20 gramos que se emplearon 15 gramos.

La inyección se ha hecho siempre lentamente en las venas del

pliegue del codo, exceptuando a la enferma citada anteriormente, en que tuvo que hacerse en la yugular externa.

En cuanto a los fenómenos -y complicaciones señalados por diversos autores, consecutivos a la inyección del Uroselectán (sensación de calor, sequedad en la garganta, sed, frío, vómitos, dolor en el trayecto de la vena, en la región precordial, excepcionalmente flebitis purulenta del brazo, colapso, síncope, choque, etc.) sólo hemos observado, y esto constantemente: la sensación de sed, el dolor en el trayecto del vaso, que en ocasiones se extiende hasta la región precordial y el frío intenso a los 30 ó 45 minutos de puesta la inyección. Esta es seguida de una diuresis abundante que se hace muy ostensible en enfermos con vejigas pequeñas, que se ven precisados a orinar apenas terminada la inyección y a hacerlo repetidas veces mientras dura la prueba.

La forma en que generalmente se prepara al enfermo al que se va a tomar una pielografía descendente; es fundamentalmente la misma en todos los casos y las pequeñas variaciones que cada autor introduce, tienden todas, para obtener mayor precisión en las sombras pielo-ureterales, a desalojar los gases del intestino por una parte y a provocar una estasis en las vías urinarias superiores por otra.

Para obtener la primera de estas condiciones se aconseja la administración de carbón por vía oral o rectal, de belladona y opio, dietas especiales uno o varios días antes de la prueba, etc. La estasis urinaria se busca con la posición de Trendelenburg, provocando una lordosis acentuada por medio de un cojín colado bajo la pelvis; llenando la vejiga, comprimiendo los uréteres por la vía inguinal, o por la vagina en la mujer y por el recto en el hombre.

En las pielografías tomadas por nosotros, hemos preparado al enfermo como para una pielografía ascendente; es decir, poniendo lavados evacuantes momentos *antes* de hacer la prueba, con lo que nos ha bastado para obtener buenas imágenes, pues sólo en dos casos las sombras de los gases intestinales han perjudicado a la radiografía. En cuanto a la estasis no la hemos provocado en ningún caso.

El momento aconsejado para tomar la impresión es a los 15,

45 y 75 minutos después de puesta la inyección; pero esto tiene que variar por fuerza según los casos. En un buen número de ellos, quizá la mayor parte, la radiografía más ilustrativa, con detalles más precisos, la hemos obtenido a los cinco minutos, técnica que hemos continuado a usar, dado que hay casos en que el Uroselectán, pasa tan rápidamente por el riñón que a los 15 minutos sólo se encuentra sombra vesical, y apenas huellas de sombras pieloureterales.

Indicaciones

No teniendo el Uroselectán más contraindicaciones que las graves insuficiencias renales y hepáticas, puede decirse que está indicado en todos los padecimientos quirúrgicos del riñón, Pero hay ocasiones en que su uso para tener un diagnóstico completo y exacto es imprescindible. Estas son:

1.º.—Todas las contraindicaciones de las cistoscopías: Uretra no franqueable al cistoscopio:

r capacidad vesical insuficiente; falta de transparencia del medio debido a pus o sangre, etc.

2º.—Incorformidad del enfermo a sujetarse a un examen cistoscópico.

3º.— Cateterismo imposible por estrechamiento infranqueables o por invisibilidad de los orificios.

4º.— Padecimientos quirúrgicos del riñón en los niños.

5º.— Peligro de llevar la infección de una vejiga séptica a la pelvis.

6º.— Falta de instrumental o competencia para hacer la pielografía ascendente.

7º.— Estudio de la función renal separada, cuando por cualquier motivo no ha podido hacerse por el cateterismo.

Como se ve, estas indicaciones derivan de la dificultad e imposibilidad de hacer un cateterismo ureteral.

Cuando sólo es dificultad con la que se tropieza, esta es generalmente vencible: Una uretra estrecha puede dilatarse en vejigas pequeñas, puede con un poco de costumbre practicarse el cateterismo; la falta de transparencia del medio, a más de no ser un escollo de gran importancia, puede corregirse con un tratamiento adecuado; la resistencia del enfermo puede vencerse, sobre todo, si se le propone la a-

nestesia. En cambio la indicación se precisa cuando el cateterismo es imposible. En cinco de los casos estudiados por nosotros, este fue sólo posible de un lado: el lado enfermo en tres de ellos, el sano en los dos restantes.

Se comprende queden los primeros la importancia del Uroselectán es incalculable: nos va a ilustrar sobre el estado anatómico y funcional del riñón que el cateterismo y la pielografía ascendente no nos pueden revelar. En cuanto a los segundos, la utilidad del Uroselectán se manifiesta al enseñarnos si el riñón enfermo es o no capaz de eliminar esta-substancia.

Hay ocasiones además en que puede y debe pensarse en el Uroselectán antes de saber si es o no posible hacer una pielografía ascendente: me refiero a los casos en que sin diagnóstico seguro o cuando menos muy probable se sospecha una alteración de la morfología o situación renales: Trastornos digestivos y nerviosos que hagan sospechar una hidronefrosis o una ptosis renal v. gr. En estos casos la pielografía intravenosa puede orientar el diagnóstico evitando al enfermo la dura prueba de la cistoscopia y la pielografía ascendente. Esta indicación la resume Dragonas diciendo: Sin diagnóstico empregar con Uroselectán, con diagnóstico terminar con él.

VALOR RADIOLOGICO DEL UROSELECTAN

Las pielografías descendentes y ascendentes comparadas

Si para calificar al Uroselectán como prueba radiológica, es decir, reveladora del estado anatómico del aparato urinario, tomamos como punto de comparación las pirografías obtenidas por medio del cateterismo, puede decirse que aquel aventaja a éste solamente en lo que asombra de la glándula se refiere, pero que es muy inferior en lo que se refiere al resto del aparato urinario, por mucho el más importante.

Debido a la baja concentración a que se encuentra el Uroselectán en las orinas, las sombras son mucho menos intensas y los contornos de los cálices, pelvillas y ureteros, mucho menos precisos que los que se obtienen con las soluciones comunmente empleadas en la pielografía ascendente. Esta desventaja no sería de importancia si no fuera que en ocasiones los gases del colon, que no hacen sino dañar la estética de una pielografía con yoduro, colargol o bromuro, dificulta y a veces imposibilita la correcta interpretación de una pielografía con Uroselectán. Con este es necesario ser menos exigente y contentarse con sus sombras débiles y poco contrastadas.

Más importante que esta falta

de intensidad de las sombras, es la irregularidad de su presencia.

No siempre se obtienen imágenes en ambos lados, y cuando así es casi nunca tienen la misma intensidad, cosa que se explica en los casos normales, por la desigualdad de la función renal en momentos distintos.

Otro de los inconvenientes del Uroselectán como prueba radiológica, está en lo engañoso de sus imágenes: Si las imágenes pielo-ureterales de ambos lados son visibles y normales, la interpretación de la radiografía no presenta ninguna dificultad; pero no sucede así en los casos en que un sólo lado es visible, pues puede ser difícil precisar a qué se debe la falta de imagen. La falta total de la sombra pielo-ureteral, es el principal inconveniente del Uroselectán, pues en la mayor parte de los casos en donde la apreciación de estos órganos se impone, la realización de su imagen es imposible.

En cuanto a las imágenes anormales, los escollos pueden ser aún mayores: Las pielografías con Uroselectán muestran a veces, en riñones enteramente sanos, dilataciones piélicas enormes, que no traducen sino un hiperfuncionamiento momentáneo, y es necesario conocer este inconveniente para no tomar por patológicas imágenes que no lo son y para no guiarse exclusivamente, al instituir un tratamiento, en

los datos suministrados por el Uroselectán.

Un inconveniente más hay que señalar, es la influencia que tiene en las pielografías intravenosas, los padecimientos renales y piélicos: En los primeros por falta, disminución o retardo de eliminación y en los segundos por hiperkinesia o incontinencia del esfínter pielo-ureteral. Su valor radiológico en cambio es inapreciable en los casos que anotamos como indicación urgente, en que la radiografía no es realizable.

Estas ventajas e inconvenientes son las que marcan los límites de las pielografías ascendente y descendente.

Esta necesita siempre una interpretación en que intervengan los datos suministrados por el estudio del enfermo en cambio que, cuando el cateterismo ha sido posible, la pielografía ascendente nos revela todo: nos da imágenes claras de la pelvis y de los cálices que llenados a presión, pueden revelar lesiones, las pequeñas dilataciones de los cálices en la tuberculosis renal incipiente, por ejemplo, que el Uroselectán dejaría en la obscuridad; nos enseña la totalidad del uréter, cosa que es raro observar con la pielografía descendente y por último permite radiografiar riñones de función nula, lo que no sólo tiene importancia diagnóstica, sino que puede servirnos para el acto operatorio.

Pero estas diferencias entre uno y otros procedimientos son precisamente las que dan valor al Uroselectán; si éste no fuera más que un nuevo procedimiento de pielografía, dada⁵ su inferioridad radiológica manifiesta, difícil o imposible de modificar, ya que no es a la substancia empleada, a la que esta inferioridad se debe y que podría corregirse con el descubrimiento de un nuevo producto, sino al estado funcional del riñón, no subsistiría, más que para los casos en que tuviera que sacrificarse la claridad de los datos, a la comodidad del enfermo. El Uroselectán no es una modificación a un procedimiento ya empleado, sino un procedimiento más, en la clínica Urológica, que viene a reforzar las armas que el especialista tiene para llegar a] diagnóstico.

Valor del Uroselectán como prueba funcional Hay dos maneras de considerar el Uroselectán como prueba de funcionamiento renal. Una química y la otra radiológica. La primera consiste, después de una inyección de Uroselectán, en la dosificación de yodo en la sangre y la orina y en la determinación de la densidad de varias muestras de esta última, estudio, que además de no haberse hecho en el servicio de Urología no presentan por el momento ninguna utilidad práctica, ni ven-

taja sobre los métodos actualmente empleados.

Respecto al segundo, es probablemente, el puesto más discutido de todo lo que a Uroselectán se refiere, y en donde más en desacuerdo *están* las opiniones. Frente a quién no le otorga ningún valor como prueba funcional, porque esté en desacuerdo con los procedimientos comúnmente empleados o por lo variable de sus resultados, hay quién parezca creer la más segura y más sensible que la urea sanguínea o la sulfofenoltaleína:

De Rom, cita el caso de un enfermo con un tumor vesical y funcionamiento renal correcto, en el que el Uroselectán no dio imagen alguna. Cuatro días después de operado, la urea sanguí-

nea sube a 2 gramos 75 y el enfermo muere al día siguiente. Esto hace sospechar a De Rom, que hubiera existido en este enfermo lo que Legueu llama fragilidad renal y relacionar la muerte por anuria a [a falta de sombra del Uroselectán.

Esta discusión no podrá naturalmente decidirse, más que cuando las observaciones se hayan hecho lo suficientemente numerosas para poder fijar reglas que, por el momento, ni Lichtenberg con sus 2.000 casos ha podido formular.

Los casos en que además del Uroselectán, hemos podido hacer pruebas de taleína separadas son Los siguientes:

Eliminación de taleína en media hora

	<i>R. D.</i>
	———
Caso número 1 L. M. S. . .	40%
Caso número 2 J. M. . . .	0%
Caso número 3 G. L. . . .	14%
Caso número 4 J. B. . . .	25%
Caso número 5 T. C. . . .	0%
Caso número 6 M. S. K. . .	40%
Caso número 7 J. S. . . .	50%
Caso número 8 O. M. O. . .	44%
Caso número 9 J. S. . . .	46%
Caso número 10 A. M. . . .	14%

R. I. Uroselectán

0%	Sombra sólo en R. D.
33%	Sombra sólo en R. í.
34	Sombra sólo en ambos riñones, pero más intensa en el R. I.
0%	Sombra sólo en R. D.
42/f	Sombra sólo en R. I.
0%	Sombra sólo en K, D.
0%	Sombra sólo en R. D.
30%	Sombra precisa en ambos riñones.
0%'	Sombra sólo en R. D.
9%	Sombra sólo en ambos riñones.

Entre los enfermos a los que se hizo prueba separada tenemos dos casos demostrativos del valor funcional del Uroselectán; estos son: J. L. T., con prueba global de taleína normal y en que se aprecian buenas imágenes bilaterales y J. F. L., con una eliminación de 11 por ciento de taleína en dos horas y en cuya

pielografía descendente apenas se perciben sombras muy vagas.

De lo anterior podemos concluir, por lo tanto, que la sulfofenoltaleína y el Uroselectán están de acuerdo, no sólo en lo que se refiere a localización, sino al grado de función; a pesar de lo cual, tenemos que seguir prefiriendo, por el momento, las pruebas separadas que dan una noción cuantitativa de la función renal.

Conclusiones

1a.— La pielografía descendente es un procedimiento que presta gran ayuda en Clínica Urológica.

2°.— El Uroselectán cuando no hay insuficiencia renal muy acentuada, da siempre una sombra más o meaos intensa, más o menos completa del árbol urinario.

3o.— Como procedimiento radiológico, revelador de lesiones anatómicas, el Uroselectán, es inferior a la pielografía por cateterismo.

4o.—La localización de las sombras o la intensidad de ellas, concuerdan siempre con el grado de función renal.

5o.— Esta relación entre la sombra del Uroselectán y la función renal, hace imposible obtener la imagen de un riñón funcionalmente nulo.

6o.— Por esta razón la Pielografía descendente no puede ni podrá substituir por completo a la pielografía ascendente.

MEDIOS INDIRECTOS DE LUCHA ANTITUBERCULOSA

Alimentación (1) El problema de la alimentación, en unión del de la vivienda, constituyen algunos de los factores más importantes de la lucha contra la tuberculosis, puesto que las deficiencias de una y otra, muchas veces en combinación con el alcohol, influyen extraordinariamente en la preparación y desarrollo del terreno tuberculizable.

La insuficiencia alimenticia, tanto en cantidad como en calidad, determina la ruptura del equilibrio entre los ingresos y los gastos del organismo, el favor de estos últimos, y como consecuencia, disminuyendo las resistencias orgánicas, favorece la acción patógena de los virus específicos.

El equilibrio nutritivo exige, pues, que la alimentación aparte todos los elementos capaces de mantener la integridad de las células en proporciones convenientes de cantidad y de calidad, y cuando uno de los elementos

esenciales para el mantenimiento de dicho equilibrio falta, la nutrición celular sufre, pues sabido que estas sustancias se prestan un mutuo apoyo y no dan su apropiada actividad más que reunidas. Así, pues, la deficiencia alimenticia, bien por hipoalimentación cuantitativa, bien cualitativa, y a veces las dos reunidas, tan frecuentes, determinan esa inanición lenta y progresiva favorecedora de enfermedades tan íntimamente a ella ligadas como la tuberculosis.

Son muy demostrativas de la importancia que la alimentación tiene en patología y del estado de menor resistencia en los más alimentados, algunas experiencias de laboratorio hechas en animales. las observaciones clínicas y bioquímicas y el estudio de las estadísticas de morbilidad y mortalidad por tuberculosis.

Muy a la ligera vamos a hacer referencia de algunos de estos datos.

Canalis y Morpurgo hicieron unas experiencias con pichones, cotí objeto de conocer la relación de la inmunidad con la alimentación. Primeramente sometieron

(1) Ponencia a la Asa mblea Médico-Social contra la **Tuberculosis**. Sección 2^a

diez y seis pichones al ayuno durante siete días, siendo posteriormente inoculados con un cultivo de bacteridia carbuncosa; contrajeron todos la infección y sucumbieron a consecuencia de la misma, encontrándose en la autopsia, tanto en la sangre como en las vísceras, abundantes bacterias. Otro lote de doce pichones fueron inoculados bajo la piel con esporos carbuncosos, los animales resistieron y al cabo de cuatro o cinco días se les privó de alimentación; los animales adquirieron la infección y murieron. Otro lote de pichones fue sometido a la inanición; se les inoculó, estaban destinados a perecer, pero inmediatamente después de la inyección de esporos carbuncosos, se les suministró la alimentación normal, y resistieron a la infección.

Lawrynomicz y Bohdanowicz, del Instituto Municipal de Varsovia, han hecho algunos experimentos en ratas, que demuestran también la influencia de la alimentación y principalmente la importancia de las vitaminas en el desarrollo de la tuberculosis experimental. Entre otros experimentos, vamos a referir los siguientes: A diez ratas alimentadas sin limitación con trigo y agua se les inoculó 0.1 mgs. de bacilos tuberculosos, quedando en observación durante seis meses, sin que se observase en ellas ninguna alteración. Al cabo de este tiempo fueron sacrificadas.

sin que en ellas se encontrase ninguna modificación en sus órganos. Otro lote de nueve ratas fueron alimentadas con trigo calentado a 130 grados durante cincuenta y una horas, con objeto de suministrarles un alimento sin vitaminas. Estas ratas murieron al cabo de doce a veinticinco días, habiendo perdido del quince al cincuenta por ciento de su peso. Otro grupo de ratas en número de veinte fue sometido a esta alimentación y fueron inoculadas con la misma dosis de bacilos de Koch anteriormente indicada; todas ellas perecieron, revelando la autopsia la presencia de tubérculos en el hígado y en los pulmones, comprobándose en los frotis preparados con estos órganos, la presencia de bacilos ácido-resistentes.

Mouriquand ha hecho observaciones y estudios muy interesantes, tales como los de que ciertas substancias, como por ejemplo el aceite de hígado de bacalao, que en un régimen normalmente equilibrado produce acentuadas y beneficiosas acciones terapéuticas, pueden resultar verdaderos venenos en un régimen desequilibrado, produciendo perturbaciones no sospechadas e imprevisibles, que a la larga determinan graves repercusiones en la economía humana.

La guerra europea ha suministrado un campo de observaciones tan amplio que permite

comprobar de un modo absoluto la influencia de la alimentación deficiente en el desarrollo de la tuberculosis.

En Alemania, la mortalidad por tuberculosis fue casi el doble durante la guerra, y según Arnoöld, la mortalidad alcanzó cifras más bajas en el campo que en la ciudad, siendo en el primero el aumento un cuarenta por ciento, mientras que en la ciudad, el aumento se elevó a un sesenta por ciento. Las mismas conclusiones se sacan del estudio de las estadísticas de mortalidad por tuberculosis en Austria, los países hermanos, las regiones invadidas de Francia, etc. Sin duda la escasez de alimentos se hacía sentir más en la ciudad, por las expediciones a los campos de batalla de las materias nutritivas, y esto contribuyó a que las formas evolutivas tuberculosas fuesen en mayor número en los centros de población, lo que aumentaba la cifra de la mortalidad.

En Lille, la mortalidad por tuberculosis, que en 1913 era de 3.06 por 1.000, subió a 5.78 en 1918; el aporte nutritivo en esta **población** rendía un total por término medio, de 1.460 calorías, con 39.2 grados de **albúmina** durante la época de la ocupación, pero la calidad de la albúmina era **tal**, que podía **considerarse** una pérdida de un 20 por 100 de la misma que no podía ser digerida, quedando por

tanto número total de calorías rebajada a 1.400.

En la cuenca minera del Rhur, que antes de la guerra tenía la mortalidad más baja de Alemania, siendo en 1910 de un 7.86 por 10.000, llegó en 1918 a 21.68 (20.2 para el conjunto de Alemania). En 1921 descendió en dicha comarca a 9.19 (11.50 para el resto del país). En 1922 y 1923, momentos de depreciación de la moneda alemana y de resistencia pasiva contra la ocupación de los ejércitos aliados, la mortalidad por tuberculosis en los mineros subió a 11.23 y "14.99 y por último, en 1924, la cifra descendió a 9.26 por 10 mil.

Estas variaciones en las cifras muestran la influencia notable que sobre el aumento o la disminución de la mortalidad tuberculosa tienen las condiciones mejores o peores de la alimentación, influidas por las condiciones económicas de los pueblos...

Appleton ha señalado que la tuberculosis es muy frecuente en los habitantes de Labrador y Terranova, a pesar de vivir en condiciones higiénicas bastante buenas, teniendo en cambio una alimentación deficiente por carencia parcial. Igualmente ha sido observado por Mac Collun en los habitantes de las islas Hébridias. En Noruega la deficiente alimentación, en unión del alcoholismo se debe que los casos de tuberculosis sean numerosos con

relación a la vasta lucha antituberculosa que allí se desarrolla.

En España, la zona más castigada por la tuberculosis corresponde a Andalucía, siendo Sevilla la cuarta capital del mundo, la primera de Europa, de mayor mortalidad por la infección tuberculosa, según las estadísticas de la Secretaría de Higiene de la Sociedad de Naciones. Sin duda el factor alimentación, influye de un modo extraordinario, puesto que de todos es conocida la pobre y carentísima alimentación del trabajador del campo.

Es, pues, bien patente que la alimentación inadecuada, el hacinamiento, la falta de sol y de aire puro, el estado de angustia y de ansiedad en momentos *tic* graves preocupaciones espirituales, físicas y económicas (guerra, paro, etc.) debilitan el terreno orgánico de tal forma, que hacen sumamente propicio para la germinación y propagación de la infección bacilar.

Pero aparte de estos factores existe otro social muy interesante. Este es la falta de educación y de preparación de la mujer para el desarrollo de las actividades necesarias para la perfecta administración y dirección del hogar. Son muy pocas las mujeres que saben preparar y presentar los alimentos en forma que no pierdan sus condiciones nutritivas y a la par excitan la apetencia para los mismos lo que

tanto interés tiene en los débiles y extenuados, en los que la infección bacilar pudiera desarrollarse. La elección de alimentos y selección **entre** las mismas es cosa también frecuentemente ignorada por las mujeres de clases **humildes**. Este problema se debe a la escasez de **instituciones** dedicadas a la educación de la mujer, en lo que respecta a la vida del hogar, **si** bien en España hemos de reconocer que aquélla se hace más intensamente que en otros países donde la **mujer**, por sus ocupaciones fuera de la casa y parte por hábito hace menos vida de familia y no puede realizar las funciones **domésticas**. **Esto explica las** frases del doctor Galli Valerio. Profesor de Higiene y Parasitología de la Universidad de La usarme, al dirigirse a la Asociación Suiza contra la tuberculosis, en su reunión del 29 de abril de 1923, en que textualmente decía: "La cuestión **alimentación** es capital en la inmunidad no específica de la tuberculosis, pues nosotros sabemos la influencia nefasta de la alimentación insuficiente mal comprendida, en la producción de anticuerpo? y de complementos. Pero si se quiere que la alimentación juegue un papel en la inmunidad no específica, es preciso combatir todos los exclusivismos, todos los regímenes uniformes, *crear verdaderas escuelas de cocina* para las **mujeres** de las clases obreras que en la

mayor parte de los casos gastan bastante (**relativamente**) para nutrirse muy mal ellas y sus familias".

Es, por tanto, volvemos a insistir, necesario hacer la educación de la mujer, hacerla aprender a "**cocinar**", es decir, a preparar y servir los alimentos.

Aun cuando existen algunas Escuelas del Hogar, su número **no** es suficiente. Es necesario ampliar éste a **tal** punto que una vez recibida *en las* Escuelas la enseñanza que obligatoriamente debe exigirse, las niñas vayan **obligatoriamente** a las Escuelas del Hogar para recibir las instrucciones necesarias en este aspecto.

Es necesario la organización de cursos de Higiene alimenticia. Si, como es de esperar, en España **se** organiza alguna vez la "Asistencia Social" o "Cuidado público" deberán organizarse cursos para las enfermeras visitadoras, de cocina razonada, de compra de alimentos, de cocina dietética, etc.. para que después estas enfermeras puedan difun-

dir estos conocimientos entre las clases dentro de las cuales desenvuelvan sus actividades.

Es preciso también que las asociaciones de **Beneficencia** que con carácter particular practican el bien público, sean organizadas y dirigidas por los **organismos** superiores de la Sanidad del Estado o región, con objeto de que sus beneficios bien dirigidos puedan remediar la hipo-alimentación, la miseria individual, facilitando los medios económicos necesarios, en tanto que una legislación social en su sentido más amplio vaya *hiriendo* desaparecer las causas tan variadas de la **alimentación** insuficiente y de la vivienda insalubre, las dos constituyentes de factores sociales que ocupan el primer rango entre las causas secundarias de **tuberculosis**.

CONCLUSIONES

1a.— Solicitar a lo; **Municipios** la puesta en práctica de medidas encaminadas a la **disminución** del precio de las subsistencias (municipalización de servi-

cios del ramo de alimentación, etc.), y que se exija el cumplimiento de las leyes municipales de higiene alimenticia.

2o.—Promulgación de leyes sociales que contribuyan al mejoramiento de las clases humildes menesterosos, etc.).

3a.—Creación de Escuelas del Hogar y legislación apropiada obligando a la asistencia a las mismas de todas las niñas, una vez concluida su instrucción escolar.

4a.—Organización de cursos especiales para obreras y mujeres de clase humilde, a horas compatibles con las obligaciones respectivas, en dichas Escuelas del Hogar.

5a.— Creación y organización de la "Asistencia Social." **que** eduque y amplíe la cultura de las clases humildes, en relación con la dirección y administración del hogar.

De Medicina.

¿Ocupa el Neumotórax el Lugar que le Corresponde en la Terapéutica?

Sin duda, a la mayoría de los lectores les parecerá capciosa la pregunta, y, sin embargo, más de una vez hemos oído a colegas dudar de los beneficios de la colapsoterapia, y considerar la práctica del neumotórax como un procedimiento asaz peligroso.

En una reunión de amigos, en la que se divagaba sobre el error en medicina, uno de los médicos presentes, con más de veinticinco años de práctica profesional, no vaciló en poner como ejemplo de los errores que a diario cometemos los médicos, la prác-

tica del neumotórax **artificial** en la tuberculosis pulmonar. Y no vaya a pensarse que se trataba de una "boutade", como al principio pudo creerse, sino que el colega se explayó en consideraciones que lo hacían aparecer como reafirmando en sus convicciones. Entonces pudimos ver que el que así pensaba no era el único, pues otro de los presentes, adhiriéndose a las conclusiones del colega, manifestó que como médico de cabecera *se* opondría siempre a un tal tratamiento, porque, a pesar del neumotórax, todos los días morían tuberculosos pulmonares!! . . .

Aun a salvo de disculpar a los que así hablaban, por no ser especialistas en enfermedades del pulmón, creemos, sin embargo, que sus conclusiones son erróneas, y que está en nuestro deber hacerles comprender que no es con oposiciones sistemáticas ni basándose en prejuicios malsanos cómo puede ser eficaz el papel del médico a la cabecera del enfermo.

Negar el beneficio del neumotórax porque todos los días fallezcan tuberculosos, es como reconocer la acción terapéutica de otros procedimientos curativos que a nadie se le ocurriría objetar. Todos los días mueren, también por apendicitis enfermos a quienes se les ha practicado la apendicectomía, y la difteria tiene aún un respetable porcentaje de muertes, a pesar del uso del ómero antidiftérico, y a ningún médico se le ocurriría oponerse a tales tratamientos en casos en que ellos están indicados

No desconocemos que antes de llegar al estado actual, el neumotorax fue cómplice de muchos fracasos terapéuticos en tuberculosos pulmonares. Todos hemos oído relatar a médicos especialistas sus primeros pasos con la colapsoterapia. Entonces la práctica de los rayos X no estaba generalizada, ni había alcanzado el grado de perfeccionamiento que hoy tiene. Muchos neumotórax se indicaban después de un simple examen clínico, es decir, de los

datos recogidos a la cabecera del enfermo, y fácil es suponer a cuántos fracasos no habrá conducido un tal procedimiento. Aun hoy mismo es necesario llenar ciertas condiciones de seguridad que dependen del estado del enfermo, y bajo las cuales el neumotórax adquiere toda la significación de un procedimiento terapéutico de eficacia indiscutible.

No está en nuestro ánimo señalar aquí las diferencias de los casos en que conviene la colapsoterapia y de los que se oponen a un neumotórax. La práctica se ha encargado ya de señalarlas, y en cualquier tratado pertinente se encontrará el capítulo, extensamente estudiado, de las indicaciones y contraindicaciones del neumotórax artificial. Lo que queremos significar aquí es que el neumotórax artificial tiene conquistado su puesto en terapéutica, y que si bien no siempre se obtienen con él los resultados beneficiosos deseados, ello se debe las más de las veces a que no se han sabido elegir los casos, pasando por alto una serie de detalles que, justamente, son los que constituyen las contraindicaciones del procedimiento.

Después de más de veinte años de práctica del neumotórax artificial, la experiencia recogida es unánime en su favor. Burnand, cuya autoridad en la materia nadie osaría discutir, en el Congreso de la Tuberculosis de

Burdeos del año 1931, como relator oficial del tema "Tratamiento de la tuberculosis pulmonar", se manifestó decididamente partidario de la colapsoterapia, declarando que era el único tratamiento que podía, hasta cierto punto, pretender substituir la cura sanatorial, y demostrando que el neumotórax artificial podía ser considerado como el único progreso real y fundamental de la terapéutica: antituberculosa en los últimos 30 años. Y León Bernard, en un artículo reciente, aparecido en "Le Monde Médical" (enero 1932), sobre el "Estado actual de los métodos colapsotérapicos", se expresa así respecto del neumotórax: "Muchas contradicciones, debidas unas a la inexperiencia o a un cierto escepticismo tradicional en materia de tisioterapia, y propagadas otras por impostores interesados en querer imponer sus remedios contra los tratamientos útiles, encontramos aún entre los médicos, todo lo cual se traduce por vacilaciones en detrimento de los enfermos. Conviene decir en voz alta, antes de entrar en su estudio, que el neumotórax artificial. a condición de ser empleado con sujeción a reglas determinadas.

constituye el método más eficaz de, tratamiento de la tuberculosis pulmonar conocido hasta la fecha; que ha transformado por completo el pronóstico de la enfermedad y cambiado el aspecto y la marcha de nuestros servicios hospitalarios,, hasta el punto de haber modificado el concepto y la organización misma de los establecimientos antituberculosos, dentro de unos límites sólo comparables a los beneficios terapéuticos con él conseguidos.- "

. Seguros estamos que en igual forma se expresarán los tisiólogos de todo el mundo que, en los diferentes países, constituyen autoridades en la materia. Y si no bastaran estos argumentos, ahí tenemos, como prueba irrefutable del puesto que el neumotórax ha adquirido en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, el gesto unánime de la familia médica mundial, al asociarse generosamente para rendir el homenaje de gratitud y justicia al verdadero propulsor de la colapsoterapia — Forlanini —, erigiéndole un monumento en su patria. (De "La Semana Médica" de Buenos Aires).

LA AUTOHEMOTERAPIA

Tratamiento muy eficaz del alcoholismo inveterado

Los resultados favorables obtenidos en una serie de casos de alcoholismo inveterado, tratados por la auto-hemoterapia nos han incitado a publicar este trabajo. Considero que es un deber difundir ese procedimiento.

El doctor Lhopitallier en 1924 y después otros autores, preconizaron las inyecciones de auto-suero puesto en ampollas y estérilizado, lo cual complica y encarece el tratamiento.

La técnica empleada por nosotros es la siguiente: tres veces por semana, inyección bajo la piel del vientre, de 10 a 12 c. c. de sangre del mismo paciente, retirada en el momento, y reinyectada sin ninguna preparación.

Hemos tratado 24 casos de los cuales damos a continuación las observaciones resumidas:

Caso I. — Luis M., 38 años. Padre alcoholista. Comenzó a tomar a los 17 años. Bebedor de caña, whisky, ginebra, a veces vino. Tomaba regularmente 10 a 15 cañas (1) por día. Varias veces por mes se embriagaba, para lo cual ingería alrededor de 40 cañas, *da* tenido accidentes de alcoholismo agudo. Desgano para

todo trabajo y pérdida importante de la memoria.

Recibió una serie de 10 inyecciones, habiendo abandonado por completo la ingestión de toda bebida alcohólica, a partir de la primera inyección.

Caso II. — José C., 33 años. Padre alcoholista. Ha bebido caña diariamente durante 13 años, habiendo sido hospitalizado una vez por alcoholismo agudo.

Recibió dos series de 10 inyecciones, habiendo dejado de tomar definitivamente desde la primera.

Caso III. — Eduardo J. F., 29 años. Bebedor de vino, cerveza en las comidas (un litro) y de unas 15 cañas diarias, tomando unas 40 para emborracharse. Idéntico tratamiento y resultado que el anterior.

Caso IV. — Luis D., 34 años. Bebedor de vino y de 10 a 20 cañas diarias desde la edad de 27 años. Una serie de 10 inyecciones

(1) Hemos conservado la expresión popular de "caña" que designa un vasito de dicha bebida de un contenido aproximado de 20 c. c.

nes: abandono «l alcohol desde la primera.

Caso V. — Antonio M., 35 años. Desde la edad de 18 años bebía diariamente de 20 a 25 cañas. Además tomaba vino y cerveza. Pituitas matinales desde muchos años atrás. Mismo tratamiento y mismo resultado que el anterior.

Caso VI. — Domingo S., 34 años. Padre alcoholista. A los 14 años comenzó a tomar vino y sobre todo caña. Acostumbraba a tomar diariamente de 20 a 50 cañas. Padecía de un temblor que desaparecía ingiriendo alcohol. Dejó de tomar desde la primera inyección.

Caso VII. — Lucio L., 43 años. Padre alcoholista. Durante 21 años tomó 10 a 15 cañas por día pero durante este último año su vicio se agravó considerablemente, pues tomaba diariamente 50 a 100 cañas. Sufría de calambres y pituitas matinales y de considerable pérdida de la memoria. Dejó de tomar desde la primera inyección.

Caso VIII. — Modesto L., 29 años. Hermano del anterior. Comenzó a los 15 años a tomar 8 y 10 cañas diarias. Hace tinos años tuvo una crisis de alcoholismo agudo. Mismo resultado que el anterior.

Caso IX. — Calixto Sé, 40 años. Comenzó a tomar a los 15 años, toda clase de bebidas alcohólicas pero caña de preferencia. Se alcoholizaba hasta embo-

rracharse durante tres o cuatro días dos veces por mes, necesitando para ello un litro de caña o más por día. Dos series, la primera de 10 y la segunda de 5 inyecciones con tres semanas de intervalo entre las series. Dejó de tomar desde la primera; inyección.

Caso X. — Trinidad S., 47 años. Desde los 18 años tomaba agüeno que dejó por la caña, única bebida que tomaba a razón de 6 a 10 cañas por día, emborrachándose cada 15 días. Crisis de delirio alcohólico. Recibió 15 inyecciones. Hasta la quinta siguió tomando 3 a 5 cañas diarias. Se bien tomaba por costumbre 'e que por el deseo que experimentaba. A partir de la quinta dejó de tomar hasta 15 días después de finalizar la serie. Después volvió a tomar, dejando de hacerlo a la segunda serie que terminó hace poco.

Caso XI. — Federico F., 39 años. Desde los 17 años tomaba regularmente 8 a 10 cañas por día, emborrachándose dos veces por semana con 40 a 60 cañas. Numerosas crisis de alcoholismo agudo. Recibió dos series como el caso IX. Idéntico resultado.

Caso XII. — Raúl M., 33 años. Desde 16 años tomaba 20 cañas y 4 litros diarios de vino. Para emborracharse ingería 30 a 40 cañas, y muchas veces repetía esa dosis diaria durante una semana. Recibió una serie de inyecciones con resultado perfecto desde la

primera inyección.

Caso XIII. — Andrés J. M., 39 años. Padre alcoholista. Comenzó a tomar a los 22 años. Durante los 6 últimos años tomó diariamente linas 50 cañas. Recibió una serie de 10 inyecciones, con el resultado acostumbrado.

Caso XIV. — Pedro M., 31 años. Padre Alcoholista. Tomaba desde los 17 años 3 a 4 cañas por día. necesitado para era!»¹ rrracha. ^e unas 20 o 30 (una vez por mes), sufriendo a continuación, de cefalea, somnolencia, palpitaciones y ¿eb'endo guardar cama durante 3 o- 4 días. Tratado con el mismo éxito que el anterior con una serie de inyecciones.

Caso XV. — Alfonso G. P., 41 años. Desde hace 23 años toma 10 cañas por día, llegando a veces hasta 80 por día. Tolera un litro de caña en las comidas, pero un solo vaso de vino lo alestarga. Se levantaba a las 5 de la mañana para buscar despachos de bebidas. Tratamiento y resultado como el caso IX.

Caso XVI. — Feliciano D., 37 años. Desde los 17 años, tomaba casi diariamente. Durante un año. en 1928, dejó de tomar, recomienza rtd o a hacerlo en 1929, hasta el mes de marzo en que fue tratado con una serie de 15 inyecciones, no habiendo desde entonces ingerido más alcohol bajo ninguna forma.

Caso XVII. — Alfredo D., 44 años. Alcoholista inveterado que

tratamos en 1923 por una conjuntivitis por medio de la autohemoterapia, y que con la consiguiente sorpresa de ambas partes, quedó radicalmente curado de su vicio por lo menos durante cinco años(habiéndolo perdido de vista entonces.

Caso XVIII. — Ricardo C. A., 32 años. Padre alcoholista. Tomaba desde los 18 años, vino de preferencia, aunque también tomaba hasta 20 cañas para emborracharse. Crisis de alcoholismo aguda. Una serie de inyecciones con el resultado acostumbrado.

Caso XIX. — José G. O., 30 años. Alcoholista desde los 17 años. Tomaba hasta emborracharse cerveza y **vermouth** de preferencia, una vez por semana. Tratado en 1924 con auto-suero tinalizado. Dejó la bebida durante un año y medio. Volvió a tomar hasta 1931, siendo tratado esta vez por la autohemoterapia con éxito hasta la fecha.

Caso XX. — N. G., 32 años. Tomador de caña consuetudinario, desde los 18 años. Recibió una sola inyección; al día siguiente tomó vino, lo que le produjo náuseas, fenómeno que nunca se había producido en él. A , continuación tomó caña, vomitando inmediatamente. Este caso es interesante porque, demuestra el estado de intolerancia al alcohol que es capaz de provocar desde ya, la primera inyección.

Caso XXI. — Néstor G., 29 años. Tomó solamente dos inyec-

ciones que provocaron el aborrecimiento del alcohol durante un mes y medio, cosa notable en él, que se emborrachaba regularmente varias veces por mes.

Caso XXII.—Juan Carlos G. Hermano del anterior, recibió como él, dos inyecciones hace cuatro meses y hasta la fecha no ha tomado más alcohol.

Caso XXIII. — Manuel A. S. D.. 52 años>. Tomador de caña consuetudinario desde la juventud. Recibió 15 inyecciones, con el resultado acostumbrado.

Caso XXIV. — Pedro C, 38 años. Bebedor de caña desde los 19 años. Se emborrachaba dos veces por semana, necesitando para ello 30 a 40 cañas. Una serie de 15 inyecciones. Dejó de tomar desde la primera.

Estos son los casos tratados. Tenemos varios más en tratamiento y estarnos convencidos que nos irán llegando otros, pues cada persona curada se convierte espontáneamente en propagandista del método.

*Electos de la
autohemoterapia en los
alcoholistas*

En varios cientos de inyecciones que hemos practicado no hemos observado ningún accidente. Hemos evitado el estado sincopal inmediato, acostando a los enfermos durante la inyección. Desde luego ese accidente se observa en la práctica diaria en ciertas

personas susceptibles, por el solo hecho de darles cualquier inyección. Al día siguiente de la primera inyección experimentan un deseo intenso de beber que resisten con relativa facilidad y se quejan de tristeza y ligero alegamiento, síntomas que no duran 24 horas. En un caso se produjo eritema de tipo urtica rio que duró cuatro días.

El fenómeno más constante es el aborrecimiento del alcohol, que se produce después de la tercera inyección, muchas veces .después de la primera, a veces después de la octava. El solo olor *de* la bebida, que antes era la preferida, le produce náuseas que incitan al enfermo a alejarse. Si no lo hace puede llegar el vómito. Ese aborrecimiento se produce lo mismo hacia otras bebidas alcohólicas que el enfermo no acostumbraba beber. Tal es el caso de un tomador de caña que ya había recibido ocho inyecciones y no había tomado más. *ya* días quiso apagar su sed. tomando cerveza y tuvo que desistir de su propósito por la repugnancia que le produjo.

Los enfermos en tratamiento experimentan sed. La mayoría se han hecho muy tomadores de mate, otros de leche, pero rehúsan o ven con indiferencia toda bebida alcohólica. Es corriente observar en ellos euforia, aumento en el peso, renacimiento de la voluntad, de la energía y del amor al trabajo. Hemos visto al-

gunos que han podido fundar un hogar, otros que han vuelto a hacer prosperar sus negocios.

Modo de acción de la autohemoterapia

La autosugestión queda descartada, pues dos de los enfermos fueron tratados con éxito a pesar de haberles ocultado la facilidad del tratamiento, y a los otros, todo se limitó a explicarles que durante los primeros días era mejor, para el resultado del tratamiento, que se esforzaran por no beber.

Se ha pensado que la autohemoterapia actúa por mi fenómeno de shock favorable en ciertas enfermedades infecciosas o hemorrágicas, o como un procedimiento de desensibilización en las dermatosis. En el caso particular que nos ocupa habría que pensar en una acción sensibilizante hacia el alcohol. Este punto, solamente podrá ser resuelto por medio de experiencias de laboratorio que quizás realicemos nosotros mismos en breve.

Esta hipótesis nos parece la más plausible por el hecho siguiente que hemos observado y sol Iré el cual llamamos la atención: los resultados mejores y más rápidos se obtienen en los grandes bebedores, que al recibir la primera inyección vienen, por decir así, impregnados de alcohol. Los casos más difíciles los constituyen los bebedores mode-

rados, como el de la observación 24 (Trinidad S.). Si este enfermo recayera nuevamente, como sucedió después de la primera serie, pensamos darle una serie más; pero esta vez, pidiéndole que durante los tres días anteriores y hasta el momento de la primera inyección beba más de lo acostumbrado. Creemos que la probabilidad de éxito del tratamiento es directamente proporcional al grado de alcoholización del organismo.

Conclusiones

En la práctica, creemos que el tratamiento del alcoholismo por la autohemoterapia tiene ventajas considerables sobre los otros que se han propuesto hasta ahora, por su simplicidad porque no necesita el prolongado aislamiento en un establecimiento especial y porque no implica la introducción en el organismo de ningún tóxico como por ejemplo en el procedimiento de Combemale de Lille (estricnina).

Creemos conveniente hacer una primera serie de "10 a 15 inyecciones y después de un intervalo de tres o cuatro semanas, repetir otra serie de 5 a 10 inyecciones.

Empleando exactamente la técnica que hemos seguido se obtiene resultados casi constantes y en caso de recaída todo se reduciría a repetir una serie de inyecciones.

Hormoglando tónico masculino

Es una experiencia muy antigua de la ciencia médica, que la función normal de los órganos enfermos puede ser restablecida por la administración de los mismos órganos tomados de animales.

Un tal órgano es también el testículo que produce además de la esperma, también hormonas (es decir materia que entra en la circulación de la sangre) y asegura por estas no solamente la función sexual normal, sino influyendo directamente e indirectamente sobre las otras glándulas endocrinas (glándula tiroidea, hipófisis, suprarrenal, timo, etc.) gobierna la fuerza corporal general, el tono normal del sistema nervioso y el curso normal del trabajo muscular.

Pero en la producción de la neurastenia sexual tienen papel, fuera de la función insuficiente de los testículos, también la insuficiencia de otras glándulas endocrinas. Ciertos síntomas semejantes a la neurastenia indican la función disminuida de la glándula suprarrenal, lo que es tanto más plausible, porque sabemos que la glándula suprarrenal no solamente regula el desarrollo sexual, sino tiene también papel en la función sexual. (Experimentos en perros de Biedl.) Por la misma causa tiene influencia en esta enfermedad la glándula tiroidea, cuya función disminuida, el llamado hipotiroidismo, va muchas veces junto con astenia y un síntoma frecuente de esta enfermedad, como se sabe desde las investigaciones de Stiller, es la función sexual debilitada y la impotencia.

Al capítulo más nuevo de la ciencia médica pertenecen los datos que demuestran la influencia de la hipófisis (especialmente del lóbulo anterior) sobre las funciones sexuales. Zondek y Aschheim demostraron que el ovario o testículo de ratas infantiles, desprovistas de su hipófisis, no se desarrolla y que estos animales no llegan nunca a la madurez sexual, el aparato genital de animales adultos hipofisectomizados se achica y las ratas envejecen pronto. Lo mismo se puede observar en el hombre, si la función de la hipófisis está* disminuida sea a base anatómica, sea por nerviosidad: la función de los testículos cesa y se puede presentar también atrofia.

Si pues deseamos curar los trastornos de la función sexual, la impotencia, las varias formas patológicas de la neurastenia sexual, debemos escoger un

preparado que contenga las materias que ayudan la función de los testículos.

EL HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO "RICHTER" contiene las hormonas activas de los órganos mencionados y se puede emplear con resultado excelente cuando la causa de la impotencia y de la consiguiente depresión mental es el trastorno de la función endocrina de los testículos, o el curso anormal de las irritaciones nerviosas (por onania, coitus interruptus o desperdicio del interés sexual, etc.) o la debilidad constitucional del organismo, astenia, caquexia general, excitabilidad y disminución del metabolismo. El efecto del HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO "RICHTER" se presenta ya en poco tiempo: las funciones sexuales se vuelven normales, la potencia se restablece, la eyaculación precoz (que es uno de los síntomas más frecuentes de la neurastenia sexual) desaparece; por el componente de timo y cerebro aumenta el tono muscular del corazón y del sistema sanguíneo, la fuerza corporal aumenta mucho, el cansancio, la somnolencia cesa y con la normalidad del metabolismo vuelve el apetito y se regulariza la digestión.

Excelentes resultados se observaron por la administración del HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO "RICHTER" en los casos de obesidad de origen endógeno y de enajenación mental maniaca-depresiva. Así empleó S3hiff, médico-jefe del Hospital de Budapest en 67 enfermos el HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO en casos que, a pesar de la recepción disminuida de calorías no presentaron adelgazamiento, es decir en los cuales la función alterada del aparato endocrino era la causa de la gordura. El tratamiento duró 6 a 10 semanas y consistió en la administración de inyecciones y de tabletas. El adelgazamiento fue en término medio 15 a 20 % y este resultado se podía aumentar todavía con la inyección simultánea de material heteroproteínicas (Protaven "Richter"). Debemos mencionar que durante la cura no se necesita dieta especial.

De los resultados excelentes obtenidos con el HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO en la psiquiatría da cuenta Bakody, profesor de la Universidad de Budapest, que a base de sus experimentos con inyecciones en cientos de enfermos de enajenación mental, ob-

servó la aclaración de la cara sin expresión, la normalización de la disposición del ánimo, la cesación de las **alucinaciones** y la vuelta de la **movilidad** y del buen humor.

La administración se hace durante largo tiempo, porque la correlación química defectuosa del organismo, que ya subsiste largo tiempo y el estado del equilibrio normal se puede restablecer **solamente** después de cierto tiempo. La cura dura 2 a 3 meses. De las ampollas

se administran según posibilidad diariamente una * acaso cada dos días una) por vía, intramuscular. "La dosis de las tabletas es 1 a 2 tabletas tres veces al día. Muchas veces es bueno dar las inyecciones y tabletas combinadas. ■

HORMOGLANDO TÓNICO MASULINO "RICHTER" se pone a la venta en frascos con 25 tabletas y en cajas con, 3 a 6 ampollas.,

Muy satisfechos de los estudios de perfeccionamiento realizados en Madrid, España, están nuestros queridos compatriotas los doctores M. Jesús Echeverría, J. Antonio **Peraza** y José Martínez. Así nos lo comunican en carta reciente.

Después de permanecer en la Policlínica por algunos días a causa de un fuerte ataque de paludismo, partió para Nicaragua en vía de descanso el Director de ésta Revista y Decano de la Facultad de Medicina, doctor Ricardo D. Alduvín.

En la sesión extraordinaria que celebrará la Asociación Médica Hondureña el primer sábado de agosto, disertará el doctor Miguel Sánchez sobre un síndrome grave de origen palúdico observado por él en la epidemia feroz; que azota actualmente esta capital,

—n—

Profesores de Higiene y Pediatría respectivamente, fueron nombrados en la Facultad de Medicina los doctores José Jorge Callejas y Arístides Girón Aguilar.

—o—

En los últimos días de julio hará su ingreso al país el doctor Miguel Paz Barahona, Socio Honorario de nuestra agrupación y es> Presidente de la República, después de una larga permanencia en París y Barcelona, por motivos de salud.

En viaje de paseo salió para Los Angeles, California, nuestro consocio el doctor Guillermo Pineda, de Santa Bárbara.

—Q-- - _

Fueron nombrados por la Asociación Médica Hondureña para manejar el Hospital General, en representación suya los doctores Salvador Paredes, Director; Ricardo D. Alduvín, Sub-director e Isidoro Mejía, Tesorero. .



Dr. Rubén Andino Aguilar