

PRIMER CONGRESO MEDICO ECUATORIANO



ACTAS Y TRABAJOS

DEL

PRIMER CONGRESO MEDICO ECUATORIANO

CONVOCADO POR EL ILUSTRE CONCEJO CANTONAL DE GUAYAQUIL

9-14 de Octubre de 1915

BIBLIOTECA NACIONAL	
QUITO - ECUADOR	
COLECCION GENERAL	
No 10015	AÑO 1993
P. T. N. A.	DENACION

GUAYAQUIL

VOL. II



000410-H.

PUBLICACION OFICIAL DE LA MESA DIRECTIVA

IMPRENTA MUNICIPAL

1917

Sesión del día martes 12 de Octubre

SUMARIO.—DR. CARLOS F. CUCALON I (Guayaquil): Apun-
taciones para la práctica de microscopía clínica.—DR.
WENCESLAO PAREJA (Guayaquil): Diarrea á tri-
chomonas y su tratamiento por la trementina.—Lige-
ras consideraciones sobre la fiebre amarilla.—DR. AL-
FREDO J. VALEN ZUELA V. (Guayaquil): Endocarditis
en la fiebre amarilla.—DR. FEDERICO GODING:
Insectos trasmisores de enfermedades.—DR. JOSE
DARIO MORAL (Guayaquil): Etiología y diagnósti-
co bacteriológico de la epidemia de fiebre tifoidea en
Guayaquil.—DR. SAMUEL MORA Y MARTINEZ
(Guayaquil): Deontología médica.—DR. CARLOS
V. COELLO (Guayaquil): Deontología médica. Pro-
yecto de Código que regule el ejercicio profesional.—
DR. VICENTE QUEVEDO M. (Latacunga): La tu-
berculosis pulmonar en el Ecuador.—DR. PIO V. CO-
RRAL J. (Cuenca): La tuberculosis. Su marcha y
evolución en la Costa.—DR. GABRIEL ROMAN G.
(Ambato): Asuntos controvertibles acerca de la tu-
berculosis.

Declaró instalada la sesión el Sr. Dr. Peñaherrera.



Apuntaciones para la práctica de microscopía clínica

POR EL

DR. CARLOS F. CUCALON I.

La importancia capital del diagnóstico bacteriológico en clínica ha adquirido en los modernos tiempos un desarrollo considerable; sabemos cómo, después de los clásicos trabajos que inmortalizaron los nombres de Davaine, Pasteur, Koch y los no menos interesantes descubrimientos de sus sucesores, Roux, Borrel, Yersin, se produjo una verdadera transformación en el dominio de la Medicina y Cirujía, tanto en el tratamiento, como en la evolución, etiología y profilaxis de las grandes infecciones,

Y conocido por todos los cirujanos del mundo también es, el inmenso progreso realizado en el vasto campo de la cirugía, gracias á los modernos procedimientos de asepsia y antisepsia, fundados en la microbiología é indispensables hoy á toda intervención por pequeña que sea.

Hoy, todo médico debe saber practicar el examen de un esputo, de un exudado faríngeo, de una gota de sangre, del líquido extraído á un ganglio sospechoso en tiempo de peste, porque de la rapidez y exactitud en el diagnóstico dependerá seguramente el éxito en el tratamiento y las salvadoras medidas adoptadas en pró de la colectividad: aislamiento y desinfección.

Sin embargo, por un error muy frecuente y extendido, se cree seguramente que para practicar estas investigaciones se necesita tener á disposición un laboratorio tan complicado como dispendioso, el mismo que absorberla por completo el tiempo y la atención del práctico, que por lo común dedicado á sus enfermos, las horas le resultan cortas.

Y existe también el prejuicio infundado que para llevar á cabo con éxito estos trabajos, se necesitan estudios especiales, por lo menos la permanencia de tres ó más años en laboratorios extranjeros.

Todas estas ideas encierran otras tantas exageraciones; indudablemente, ciertos trabajos de análisis, aislamiento de gérmenes, corte de órganos, ultra-microscopía, preparación de sueros y vacunas, no puede

hacerse sino en un laboratorio todo lo completo posible y, además, es necesario adquirir toda una técnica experimental complicada y larga que requiere especialización y algún tiempo de práctica.

Pero nuestras aspiraciones son más modestas, si bien no menos fecundas en resultados prácticos y aplicaciones que las anteriores: decimos que el médico debe verificar el mismo cierta clase de exámenes y aún, en caso de duda, controlar por sí los resultados obtenidos por ajenas manos.

Y esto auxiliado con una instalación simplificada á la que intencionalmente no daremos el nombre de laboratorio, por cuanto dista mucho de serlo, pero no por ello los resultados dejarán de ser ciertos á condición de poseer paciencia, destreza y hábito para las manipulaciones que requiere todo trabajo serio y concienzudo.

En realidad, muchas investigaciones del mayor interés y utilidad se pueden y se deben hacer lejos del laboratorio sin más recursos que los elementales, sin más aparatos que los estrictamente indispensables, los mismos que detallaremos en el curso del presente trabajo.

Este pequeño arsenal será, no lo dudamos, andando el tiempo, tan necesario al médico como lo es en la actualidad el termómetro para medir la temperatura á la cabecera del enfermo, la jeringuilla de inyecciones para la rápida administración de un remedio y el estuche de urgencia para los casos imprevistos.

Precisamente, los exámenes que á diario y con mayor frecuencia se ofrecen, son los más accesibles al médico de «clientela», al cual, entendiéndose bien, nos referiremos siempre y no al sabio que lejos del hospital, de la clínica y de la azarosa vida profesional hace del laboratorio su medio habitual, dedicado por completo á estudios experimentales en alta escala.

Todo médico debe saber descubrir el bacilo de la tuberculosis en un esputo para poner en guardia su enfermo y los que lo rodean, para hacer una terapéutica activa y oponer los recursos de la ciencia á los devastadores avances de la terrible peste blanca.

No menos útil resulta el pronto examen de un exudado ó falsa membrana en una angina sobrevenida en un niño, coexistiendo con elevación de temperatura: por banal que sea el primer aspecto, es de rigor el examen, sin éste, nada de suero cuya inyección podría no ser inocua.

Y qué decir ante el auge tomado en nuestros días, respecto al tratamiento tomado por las vacunas y auto-vacunas de ciertas infecciones, tales como la blenorragia y sus complicaciones á distancia, tampoco puede intentarse nada sin examen previo del flujo vaginal ó uretral.

En nuestro medio donde el paludismo en sus diversas modalidades clínicas hace numerosas víctimas ¿cómo evidenciar las formas larvadas sin el precioso recurso de un examen de sangre?

En una palabra, todo un importante grupo de enfermedades en las cuales el diagnóstico clínico debe ser confirmado por la presencia del agente patógeno, cae bajo el dominio y está á la mano del médico, quien sin recurrir al laboratorio debe y puede hacerlo personalmente, sin más auxilio que su instalación que pudiéramos llamar de primera necesidad, tan indispensable á todo práctico como el material que todos guardamos para los casos diarios.

En resumen: tuberculosis bacilar de los pulmones, difteria y anginas ú falsas membranas, blenorragia y sus complicaciones, peste bubónica, paludismo en sus distintas formas, disentería amebiana, investiga-

ción de parásitos intestinales en las heces y de ciertos elementos en la orina, tales como células de pus, glóbulos rojos, leucocitos, cilindros renales en las nefritis, examen morfológico de la sangre en las anemias y otras muchas investigaciones, son susceptibles de hacerse, corroborando el diagnóstico clínico con la investigación de sus agentes causales. Veamos en que condiciones.

(Pasamos por alto muchas otras enfermedades exóticas tales como la actinomicosis, aspergilosis, etc., cuya demostración del agente patógeno puede practicarse lejos del laboratorio).

LA INSTALACIÓN.—Gabinete con ventana orientada á luz norte y provista de un marco de vidrio opaco corriéndose verticalmente, para defender la vista del observador, dejando al propio tiempo inferiormente paso directo de la luz al espejo del microscopio; durante los trabajos de manipulación las ventanas deben estar cerradas á fin de evitar el polvo tan abundante en ciertas épocas.

Mesa de trabajo negra sin lustre con el objeto de evitar la reflexión luminosa.

Una llave de gas pudiendo conectarse por medio de manguera á un pico de Bunsen y para los trabajos nocturnos á un quemador de magnesio.

Llave de agua y filtro á bugias de porcelana, el líquido pasará del depósito del filtro á otro de cristal de suficiente capacidad, diez ó más litros; un armario provisto de repisas interiores de vidrio grueso para colocar los frascos de reactivos.

Dos ó más repisas igualmente de vidrio adosadas á la pared para colocar probetas, tubos, etc.

Un lavador en loza ó porcelana, cuyo tubo de escape puede terminar en un depósito inferior. (No es indispensable y puede reemplazarse con un balde en hierro enlozado, el zinc es atacado por las soluciones ácidas).

LOS APARATOS.—El microscopio resulta el más costoso de todos, su elección no es indiferente, debiendo elegirse uno de buena marca, aún cuando carezca de los últimos perfeccionamientos: para el trabajo diario son indispensables tres oculares y tres objetivos, uno de inmersión en aceite de cedro y los restantes á 300 y 800 diámetros de aumento respectivamente.

Portas y cubre objetos en cantidad suficiente, no se guardarán en seco por cuanto sufren una alteración particular que los torna inservibles opaciéndolos: se conservarán en dos bocales de vidrio bajo alcohol fuerte.

También se les puede colocar en una solución de ácido clorhídrico al tercio á condición de antes de usarse, lavarlos muy bien quitándolos por completo todo resto de acidez.

Toda observación de importancia requiere láminas y laminillas nuevas y escrupulosamente limpias, desengrasadas al éter, así la capa de sangre se extiende uniformemente; los porta objetos pueden volverse á utilizar tratándolos por un procedimiento detallado en las obras de técnica que no vamos á reproducir aquí.

Es menester, además: una lámpara de alcohol á mecha alargada, para ciertas temperaturas que no pueden obtenerse con el pico de Bunsen que da demasiado calórico.

Hilo de platino montado en una varilla de vidrio y cuya extremidad libre se aplastará en forma de espátula.

Un pequeño mortero de cristal fuerte.

Dos probetas gradudas (grande y pequeña).

Tres embudos de vidrio de poca capacidad, para filtrar sistemáticamente toda solución colorante antes de ponerla en contacto con cualquier preparación.

Dos cristalizadores ó cubetas de porcelana para lavar y quitar exceso de colorante á las preparaciones, sin exponerlas jamás al chorro directo del agua.

Media ó una docena de tubos de ensayo, unos cuantos graduados en centímetros cúbicos.

Tres vasos á fondo cónico para recolectar sedimentos.

Un soporte con cápsula de porcelana, para hervir ciertas soluciones que se emplean en caliente.

Pinza de Cornet para el manejo de las láminas.

Media docena de frascos gotadores necesarios para guardar ciertos reactivos.

Pipetas (son fáciles de fabricar en el pico de Bunsen).

REACTIVOS.—Alcohol absoluto etílico: es indispensable, siempre necesario y por desgracia difícil de conservar, particularmente en cierta época del año cuando la atmósfera está muy cargada de vapor acuoso; con un alcohol en malas condiciones las preparaciones de sangre dejan mucho que desear y mejor es no emplearlo.

Este reactivo aún en frascos de tapón esmerilado acaba por alterarse poco á poco, la mejor manera de conservarlo es en frascos muy bien obturados con tapón de corcho y luego barnizados con un pincel empapado en parafina fundida. Siempre que se tiña en azulino al contacto de un cristal de sulfato de cobre anhidro no debe usarse.

Cuando sea posible será mejor emplear alcohol proveniente de ampollas cerradas ó la lámpara de 10 ó 15 c. c. de contenido: alcohol absoluto y químicamente puro tal como lo expenden algunas casas de productos químicos para uso de los especialistas.

Alcohol metílico, las mismas observaciones que el anterior.

Xilol, sirve para disolver el bálsamo del Canadá, como aclarante y para limpiar los lentes del microscopio.

Bálsamo del Canadá y aceite de cedro: tienen los usos que todos sabemos, montaje de las preparaciones y medio de inmersión: el aceite de cedro debe conservarse al abrigo de la luz y de la atmósfera: siempre acaba por enturbiarse precipitándose.

Se ha recomendado para sustituirlo, la paroleine cuyo índice de refracción es cercano al de la esencia de cedro: además, la paroleine no se altera, merece ser ensayada.

Se necesita también:

Acido acético glacial.

id. fénico cristalizado,

id. nítrico químicamente puro (ó por lo menos exento de vapores nitrosos)

éter sulfúrico,

ácetona,

alcohol de cuarenta grados,

aceite de anilina,

solución yodo yodurada (Gram.)

borato de soda,

soda cáustica,

parafina,

papel de filtro.

COLORANTES.—Sabido es la dificultad para conservar las soluciones colorantes listas para el uso en un momento dado.

Esta dificultad ha sido en parte allanada con la introducción en la técnica de laboratorio, de los colorantes en forma de discos comprimidos fabricados con anilinas de primera calidad. Estas tabletas conocidas con el nombre de «soloids» son preparadas por la Casa Burroughs Wellcome & Co, de Londres, el peso de cada disco es conocido, son perfectamente solubles y factibles de preparar en cualquier instante.

Los resultados no pueden ser mejores, ahorran tiempo, tanteos y ensayos inútiles, desperdicio de reactivos, evitan el empleo de la balanza; bien guardados en sus tubos se conservan perfecta é indefinidamente en cualquier clima; no obstante ser de primera calidad su precio es moderado.

Para el trabajo usual bastan los siguientes colores:

Azul de metilo puro.

Fuchsina. (rojo de)

Eosina pura.

Violeta de genciana.

Colorante de Leishman (no es sino una modificación del Romanowsky).

Con este pequeño número de tintes pueden prepararse diversas soluciones, un comprimido sirve para cada solución, variando esta última se comprende se podrán tener diversos preparados: con el azul de metileno se pueden obtener el azul alcalino de Loeffler, el azul de Neisser, el azul horatado y las soluciones alcohólica y acuosa, esta última para la doble coloración del bacilo tuberculoso.

LAS PREPARACIONES.—No es nuestra intención detallar la técnica de los tratados sino únicamente insistir en unas pocas observaciones, las mismas que por ser muy triviales no se toman en cuenta en la práctica y son desatendidas, pero de cuya estricta observancia depende muchas veces la bondad de una preparación.

Para todo trabajo de importancia la placa debe de ser desembarazada por completo de todo resto de alcohol en el cual ha permanecido, evitando el roce de los dedos del operador en las caras del porta objeto, debiendo manejarse por sus bordes; si al mirarse contra la luz resultase opaco ó manchado se desechará, listas las láminas se colocarán verticalmente con el fin de evitar el polvo impalpable que siempre flota en la atmósfera, también se puede colocar en una superficie de cristal en situación horizontal, una varilla interpuesta evitará el contacto de las dos superficies. Otro proceder fácil y sencillo consiste en proteger las láminas ya preparadas dentro de un bocal suficientemente ancho, cuya entrada basta obturar con una rondalla de cristal.

La fijación cuando se hace intervenir el calor, debe hacerse en la llama proveniente de la mecha alargada de la lámpara de alcohol, evitar en general toda llama directa ó excesiva, que irremediablemente deforma los elementos anatómicos, tornándolos desconocibles y formando vacuolas: interponer una lámina de cobre niquelada entre el porta y la llama, cuando empiezan á desprenderse ligeros vapores la operación es terminada, no llegar á la ebullición.

Las preparaciones de sangre, aún cuando en muchas obras se indica la manera de fijarlas al calor, cuando no se disponga de estufa, vale

más no emplearla, pues á la llama no resultan en buenas condiciones para el examen.

En la investigación del bacilo de Koch se tendrá cuidado:

1.—En no colocar demasiada parte del esputo sobre la lámina, pues la preparación resultaría opaca y los bacilos no resultarían claramente: esta toma resulta repugnante y difícil, pues la materia de examen no se adhiere al hilo de platino, este pequeño inconveniente es fácil de subsanar, para ello se lleva al rojo el hilo de platino y rápidamente se lleva al esputo, el sitio tocado se carboniza y adhiere al platino, retirando este se tiene la cantidad necesaria para el examen.

2.—La pequeña partícula así retirada de la porción más purulenta, muy bien extendida en la lámina, se malaxará con un segundo porta-objeto, lo suficiente para obtener una pequeña película igual y transparente.

3.—El baño en la solución nítrica al tercio no se prolongará demasiado pues el bacilo ácido resistente acabaría mismo por declararse; el mejor proceder es ir por tanteos al salir del baño ácido inmersión en agua destilada, observar la preparación sobre un fondo blanco, un muy débil tinte rosáceo indica que no se debe decolorar más.

4.—Las últimas operaciones son la doble coloración, el secado en la platina, aclaración y montaje, es preferible enjuagar al salir del azul y secar solamente por agitación al aire ó acelerar la evaporación soplando con una pera de caucho.

La investigación del bacilo de Koch podría intentarse en cualquier otra producción patológica del organismo: pús pleural ó de un trayecto fistuloso, líquido de una artritis sospechosa; pero el examen frecuentemente es negativo y se debe recurrir á la inoculación; el líquido céfalorraquídeo y la orina requieren centrifugación previa, la orina extracción con sonda, en tales casos vale más enviar el examen á un laboratorio.

Dada la contagiosidad de la tuberculosis es menester precaución para el manejo, traslación y destrucción de los esputos así que termine la investigación; cualquier herida de los dedos será protegida y desinfectada evitando cuidadosamente una inoculación accidental.

La materia á examinar se depositará en un frasco ancho y largo, de antemano hervido ó pasado por la llama, este hocel se obturará fuertemente con algodón en rama recubierto con un capuchón de papel grueso en el cual puede hacerse cualquier anotación; terminado el análisis se añadirá una solución de sulfato de cobre hirviente, kresol ó formal del comercio. No arrojar nunca el frasco á la calle ni á ningún lugar traficado, al romperse sus fragmentos resultarían doblemente peligrosos.

La manipulación y traslado de una falsa membrana ó exudación faríngea sospechosa de difteria, requiere asimismo cierto cuidado, tanto más si se deben después examinar ó visitar otros niños. El procedimiento de la torunda de algodón montada en una pinza larga y fuerte con la cual se hace la toma de la materia á examinar es excelente, se puede, acto seguido y á la cabecera del enfermo, preparar los porta-objetos, para luego en la mesa de trabajo concluir el examen, la pinza se pasará por la llama y la torunda empapada en alcohol se destruirá por el fuego. Es criticable y expuesto el guardar en los bolsillos los porta-objetos preparados envueltos en una hoja de papel, sea cual fuese el germen que se trata de estudiar, sangre, pús ó falsa membrana; el color de la fijación no torna ofensivos ciertos gérmenes resistentes, tanto más si se trata de otros peligrosos por su contagiosidad especial: tuberculó-

sis, peste, difteria, bacteridia carbonosa. Las placas cuidadosamente cubiertas en papel, donde se hará la anotación según el caso, se guardarán en un estuche metálico, el mismo que, después de cada operación, será desinfectado.

El bacilo de Yersin se tñe fácilmente por la fushina ó el violeta de genciana fenicado, la preparación en los casos positivos resulta muy clara y demostrativa, predominando en ocasiones el coco-bacilo casi puro, sin asociación con los piógenos conocidos de la supuración. Aun cuando este gérmen pasa por muy sensible a los antisépticos, la aguja con la que se puncionó el ganglio se llevará á la llama al rojo incandescente y la geringa se hará hervir en solución fenicada al 5.%, no se utilizará este aparato sino exclusivamente para estas observaciones, iguales precauciones si se tratase de la bacteria carbonosa. La persistencia del bacilo pestoso en las personas que padecieron la infección, autoriza a investigar el gérmen en las complicaciones que pueden sobrevenir en la convalescencia; en una enferma atacada de una otitis constatamos el coco-bacilo de Yersin en el pus que fluía del conducto auditivo: esta joven hacía un mes había salido del Lazareto deapestados, había presentado un ganglio no supurado del triángulo de Scarpa. La existencia de estos portadores temporales del bacilo de la peste es probable y resta averiguar el papel que ellos desempeñan en la trasmisión, recrudescencia y contagiosidad de esta tan temible epidemia.

Ninguna advertencia especial para la preparación del gonococo en las uretritis del hombre, el microbio de Neisser se colora bien por los colores de anilina (azul metilo en solución alcoholizada, violeta genciana, etc); en la mujer ya es mas delicado establecer la presencia del gonococo y su diferenciación con los otros gérmenes que normalmente habitan la vagina, no habiendo faltado bacteriologistas y ginecólogos que han dudado de la especificidad del coco de Neisser, sosteniendo es un saprofito vulgar de las vías genitales, susceptible sí, como el pneumococo, de exaltar su virulencia.

Mientras esto no se pruebe, y creemos no lo ha sido hasta la fecha, la presencia del gonococo en las uretritis y sus complicaciones á distancia conserva todo su valor.

La prueba del Gram es indispensable y debe quedar negativa, recuérdese la tendencia del gonococo á ser intracelular, á no formar nunca cadenas, etc.

La toma del pus sospechoso se efectuará en la mujer á nivel del cuello uterino, con un histerómetro ó bujía estéril; colocar siempre el espéculum.

En las vulvitis, vulvo-vaginitis, anexitis, metritis, la demostración del gonococo tiene para el diagnóstico, tratamiento y aún bajo el punto de vista médico legal en los casos de violación, importancia de primer orden. (Si nuestra legislación fuese más racional, pues los atentados al pudor no son materia de reconocimiento facultativo, sino de profesoras de Obstetricia).

SANGRE.—Tratamos al empezar estas líneas y en el curso de las mismas, de la importancia de un examen de sangre en clínica y tanto que en la actualidad, esta parte de la medicina ha llegado casi á constituir una especialidad: la Hematología

«La Hematología puede practicarla el médico» escriben en una moderna obra de Clínica Terapéutica, dos maestros de la medicina francesa.

Solo que la anterior proposición dista mucho de ser absoluta como alguien equivocadamente pudiera suponerlo: la Hematología es difícil y complicada, como toda ciencia ó arte; los comienzos, en especial, no son satisfactorios, nadie nace maestro, más, repetimos, que es cuestión de paciencia y hábito.

Así es que dejamos a nuestros hombres de laboratorio las difíciles y largas determinaciones del índice opsonico, fórmulas leucocitarias en el diagnóstico y pronóstico de ciertas entidades patológicas, y otras tantas investigaciones tan importantes como necesarias; nosotros carecemos de tiempo y de laboratorio para emprenderlas, pero juzgamos indispensable recurrir muchas veces á un examen somero de sangre.

Esta práctica es de tanto valor que hasta se ha llegado á afirmar que sin microscopio es imposible tratar y conocer el paludismo; hay aquí una exageración de aquellas tan frecuentes en la historia de la medicina; solo que para conocer algunas modalidades que afecta el paludismo se necesita ser un virtuoso de la clinica ó proceder por un tratamiento de ensayo ó prueba que al ser negativo hará perder un tiempo precioso al enfermo, exponiendo á no pocos fracasos.

Sin pretender enumerar los múltiples casos en los cuales se encuentra indicado un examen de sangre, nos limitaremos á ligeros detalles técnicos, poniéndonos en las circunstancias mas frecuentes que ocurren en nuestro medio, por ejemplo, el ataque del paludismo.

Dos eventualidades pueden suceder: el enfermo en pleno escalofrío ó en estadio febril, sin haber estado sometido al tratamiento por la quinina, el examen es demostrativo y sin lugar a dudas. En el contrario, enfermo en apirexia y tomando quinina el examen puede resultar y resulta de hecho muchas veces negativo, es necesario esperar una nueva crisis. La mayor parte de los métodos conocidos y descritos para la coloración en un examen de sangre, son buenos, A CONDICIÓN DE ESTAR SUFICIENTEMENTE EJERCITADOS EN LA PRÁCTICA. El principiante que empezara por ensayarlos todos a fin de elegir el mas demostrativo y fácil, quedaría decepcionado sin encontrar ninguno que lo satisficiera. Después de algunos ensayos hemos adoptado el clásico procedimiento por la doble coloración eosina y azul de metileno en solución de alcohol metílico; bien manejado este método produce resultados constantes y seguros (no es sinó una derivación modificada ó mejor dicho simplificada del Romanowsky, este procedimiento es recomendado por el eminente Pr. P. Manson en su obra sobre enfermedades de los Países Cálidos)

Técnica.—Placa lavada al éter y seca, punción ya conocida, cuando se desearan hacer varias preparaciones, se puede extraer la sangre de la vena mediana cefálica, operación sin ningún inconveniente á condición de ejecutarse asépticamente.

Preparación: La gota de sangre se deposita al extremo de un primer porta objeto y luego con un segundo á borde romo y sin asperezas se pone en contacto con la gota, ésta por capilaridad se extiende acto seguido á las dos superficies tangenciales, con un suave movimiento se desliza el porta á borde romo sobre el primero.

El procedimiento americano de extender la sangre con una aguja o tarjeta es poco recomendable, secado rápido al aire por agitación, no soplar ni menos calentar,

A un «soloid» de eosina-azul de metileno «Leishman's Powder» muy bien pulverizado en el mortero de cristal se añade el contenido de un tubo de alcohol metílico «absoluto y químicamente puro» agitando rápida-



mente; el todo se vierte en un filtro pequeño, así que empieza á gotear el colorante se recoge en las placas ya preparadas como expusimos.

Déjese actuar el colorante minuto y medio, al cabo de este tiempo se añadirá doble cantidad de agua destilada: un ligero precipitado debe producirse (cuando no tiene lugar, la preparación será defectuosa por impureza de reactivo) después de cinco minutos de reposo, lavado en un cristallizador por suave agitación; secado al aire, aclarar con xilol. La preparación está lista para el examen con el objetivo á inmersión, no montar en bálsamo cuando se desea conservar la muestra, pues se decolora rápidamente, sinó bordear el cubre objeto con un pincel que lleve una pequeña cantidad de parafina en fusión.

El procedimiento tal como lo hemos descrito es muy ilustrativo: los glóbulos rojos se coloran en rosa pálido, los leucocitos uninucleares presentan este núcleo marcadamente rojo y el protoplasma azul, los polinucleares presentan sus núcleos en rubí y el protoplasma incoloro; el hematozoario se colora en azul.

No se espere encontrar en las preparaciones el hematozoario con la claridad y abundancia que detallan las láminas, los fotografados mismo, si bien se acercan mas a la realidad, son retocados y por lo tanto no rigurosamente exactos.

El examen sin coloración se practica en dos laminillas, para ello una gotita de sangre se deposita en el centro de un cubre-objeto y luego con un segundo cuyos bordes serán untados de vaselina se cubre entre dos hojas de papel ejerciendo una muy suave presión, (evitar el empleo de los dedos y ejercer fuerza).

La preparación bien hecha vista al microscopio presenta tres zonas: una primera central poco abundante en hematíes, otra media donde se debe concentrar la atención principalmente y la última periférica, formada por un conglomerado de glóbulos rojos.

El examen se hará á fuerte aumento, recordando, sin embargo, la ley fundamental de óptica que todo aumento excesivo se hace á expensas de una disminución de claridad, es mejor quitar el concentrador ó el iluminador ó cerrar suficientemente el fris diafragma. espejo pleno. En estas condiciones para una visita habituada, el examen de la zona media es concluyente en los casos de paludismo, el hematozoario de Laverán no puede confundirse con ningún otro cuerpo extraño, tales como nucleolos, granulaciones, vacuolas, granos de polvo; éstos demasiado grandes, las vacuolas con sus contornos definidos, inmóviles, en ocasiones brillantes etc. El hematozoario por lo regular es intraglobular, opaco, de contornos imprecisos y mal delimitados, sus granulaciones son morenas; en las formas crónicas, el valor diagnóstico de los leucocitos melanóforos es concluyente.

La predominancia de determinadas formas de leucocitos, nos enseñará, además, para orientarnos en un diagnóstico incierto ó para solicitar á un laboratorio la determinación exacta de la fórmula leucocitaria: siendo innecesaria, se habrá ahorrado al enfermo el gasto consiguiente.

Suprimimos, para no alargar demasiado estas ligeras apuntes, otros muchos exámenes factibles á los recursos del médico en su instalación, no solo bajo el punto de vista bacteriológico, sinó aún en el terreno de la anatomía patológica, de la parasitología, de la química biológica y de la Medicina Legal.

Nada nuevo ni original pretendemos haber comunicado; al contrario, siempre que emprendemos un trabajo práctico, lo hacemos de acuerdo con las reglas ya establecidas por la ciencia; nosotros no hemos inventa-

do ni desorito en el curso de nuestras investigaciones ningún procedimiento, recorremos un camino conocido para llegar á la verdad de un diagnóstico.

Y hoy, la verdad no es patrimonio exclusivo de ningún cerebro, es herencia común á todos los hombres de buena voluntad que trabajan y estudian siguiendo á diario é incesantemente el admirable progreso y desenvolvimiento de las ciencias, que luego la prensa, esa incansable propagadora del pensamiento humano, hará llegar á todos nosotros en el libro, el folleto, la revista y el periódico.

Diarrea á *Trichomonas* y su tratamiento por la trementina

POL EL

DOCTOR WENCESLAO PAREJA

Entre los variados organismos causantes de las entero—colitis y rectitis propias de nuestro clima, parece que uno de los que con más frecuencia puede comprobarse es el *trichomonas intestinalis* (Leuckart 1879) ó *cercomonas hominis* (Grassi 1882). Largas y rebeldes diarreas, con ó sin efusión sanguínea, acompañadas de dolor en el hipogastrio, tenesmo. &c: son debidas á este parásito.

Nuestro distinguido colega el doctor Moral me comunica haber encontrado gran cantidad de estos microorganismos en el agua potable de Guayaquil y que, por otra parte, ha comprobado su presencia en numerosos exámenes coprológicos, tanto en los adultos, como en los niños, que padecen de enteritis crónicas.

Ultimamente vimos en compañía de un colega, un caso de enteritis aguda con fuerte rección dolorosa en el hipogastrio, tanto que nos hizo temer una repercusión apendicular. Enviamos las materias frescas al doctor Moral, el cual nos informó de la presencia de abundantes *trichomonas*. Convenimos entonces en el siguiente tratamiento:

1o. Dieta láctea.

2o. El primer día un purgante de calomel y ricino y una inyección de 0'04 centigramos de emetina.

Los días subsiguientes, sulfato de sodio ó dosis decrecientes y una inyección diaria de emetina.

Este tratamiento fué continuado durante 8 dias, al cabo de los cuales, si bien el enfermo había mejorado un poco, la diarrea y el tenesmo persistían.

Un segundo examen coprológico reveló igual persistencia de los *trichomonas*.

Entonces me decidí a emplear el tratamiento aconsejado por el doctor Escomel (de Arequipa) y que parece ser el recomendado también por los doctores Derrieu y Laymond.

He aquí el tratamiento tal como lo expone el doctor Escomel:

Se administrará durante tres días la poción siguiente, por cucharadas cada dos horas:

Rp.

Esencia de trementina	de 2 á 4 gramos
Elixir paregórico	de 6 á 8 “
Emulsión de Franck	120 “
Jarabe de goma	30 “

M. S. A.

Adminístrase al mismo tiempo, noche y mañana, dos enemas, el primero evacuador de un litro de hidrolado de eucaliptus, que se devuelve inmediatamente y el segundo compuesto de cuatro cucharadas de agua hervida, una yema de huevo batida, para emulsionar, 10, 15 ó 20 gotas de esencia de trementina y 5, 10 ó 15 gotas de láudano, cuyo enema se retiene, si es posible, durante 12 horas.

Por lo regular, al cabo de tres días ya no existen al examen microscópico ni tricomonas ni sus quistes; en caso de haberlos, se continúa el tratamiento hasta su desaparición.

Alimentación lactea, hidrocarbonada, &.

Dice, además, el doctor Escobel, que este tratamiento «solo tiene una contraindicación: la nefritis aguda».

«No obstante, agrega, en este caso se puede suprimir la administración bucal de la esencia de trementina y contentarse con la rectal que en veces ha bastado para obtener la curación».

Ahora bien, en mi enfermo seguí, lo más estrictamente posible, las anteriores prescripciones. Al cabo de tres días los trichomonas eran muy raros y á los seis días habían desaparecido por completo.

Ligeras consideraciones sobre la fiebre amarilla

POR EL

DOCTOR WENCESLAO PAREJA

Las cifras publicadas por la Dirección de Sanidad son bastante demostrativas. La fiebre amarilla se va, nos abandona—sin que nos haya costado muchos millones como en otros países.—Y lo mismo que está sucediendo aquí, pasa en los demás focos epidémiales del globo. Basta ver los resúmenes estadísticos publicados por las oficinas especiales de Nueva York y de Liverpool, para convencerse de que este mal terrible, no permanecerá mucho tiempo en la superficie terrestre. En el Brazil, en Venezuela, en Méjico, en la costa occidental del Africa, &, se nota una disminución rápida de todas las cifras.

¿A qué se debe la disminución rápida de la fiebre amarilla? ¿Serán influencias cósmicas, imposibles de medir, u otras causas desconocidas, las que han provocado la muerte de los gérmenes? Lo último, según creen muchos autores, es decir, causas naturales desconocidas, han

hecho desaparecer ciertas enfermedades que debieron de existir en tiempos remotos; pero en el presente caso, en la fiebre amarilla, creo mas bien en el esfuerzo humano, creo que es la acción consciente, científica, del hombre que ha vencido al mal. Lo propio pasó hace poco con la viruela, lo mismo pasará dentro de algunos años con la fiebre tifoidea y con otros flagelos no menos temibles.

En nuestra pequeña esfera de acción, tenemos un hecho que puede considerarse como una prueba de la eficacia de la acción sanitaria y es el siguiente: Desde que se hizo cargo de la Dirección de Sanidad el doctor Cornejo Gómez, á fines del año de 1909, comenzó la verdadera campaña sanitaria contra la fiebre amarilla. Se notó, desde luego, la disminución rápida del número de casos, y ya se abrigaba la esperanza de una pronta victoria, cuando la desgraciada conmoción política del año 1911, vino á hechar por tierra todo el edificio cuidadosamente trabajado. Se dejaron de aislar los casos, se multiplicaron los casos en la población, añadiéndose un enorme contingente de personas no inmunes, —tropas naturales del interior de la República, que permanecieron en esta ciudad sin ninguna precaución— y quedamos en el mismo estado que dos años antes. Hubo que volver á empezar. Se inició una segunda campaña, continuada brillantemente bajo la del actual Director de Sanidad y que ha dado los resultados que todos conocen.

De los medios empleados en esta lucha, ha dado detallada cuenta la Dirección de Sanidad en los informes anuales que presenta al Ministerio respectivo; pero, de entre estos medios, dos me han parecido especialmente eficaces: 1º; el aislamiento de los casos sospechosos y 2º, la destrucción, por la fumigación, de los mosquitos infectados. En efecto, los otros medios, como son la destrucción de las larvas, la protección de los depósitos de agua para impedir la formación de criaderos, la protección de las habitaciones por la tela metálica, &, seguramente que habrán contribuido á la disminución del número de *Stegomyas*; pero han quedado lejos de producir su resultado total, que es la desaparición absoluta de los *Stegomyas*. A todos nos consta que hay en la ciudad una cantidad de estos insectos suficiente para reproducir la epidemia en caso de que existieran algunos enfermos en la población. A este respecto debo de hacer una rectificación: El señor O. Brien, que estuvo en esta ciudad el año pasado, asegura en un folleto publicado en Liverpool, que durante su permanencia aquí, debieron de existir muchos casos de fiebre amarilla diseminados en la población, unos desconocidos ó con otro diagnóstico y otros tratados ocultamente. Tal aseveración no tiene otro fundamento que un mero supuesto del señor O. Brien, queda destruida por los hechos. El mismo autor del folleto asegura en otra línea, que la fiebre amarilla es tan conocida para los médicos guayaquileños, como es la bronco—neumonia para los prácticos de Londres. Ahora bien, si tan conocida nos es, en algún momento la hubiéramos descubierto, puesto que los tantos casos en la población, se habrían fatalmente reproducido con abundancia y nos encontraríamos actualmente en plena epidemia, lo cual tampoco es cierto, y apelo al leal testimonio de todo el cuerpo médico de esta ciudad, el cual, hace muchos meses que no declara un solo caso sospechoso de esta enfermedad.

Dejando á un lado la anterior digresión, quedamos, en que hay en Guayaquil todavía muchos *Stegomyas*, pero no hay casos de fiebre amarilla.

Se ha resuelto, pues, entre nosotros prácticamente el siguiente

problema: Es posible hacer desaparecer la fiebre amarilla de una localidad, sin que sea necesario la desaparición completa de los *Stegomyas*. Esa es la situación; pero esta situación, como se comprenderá fácilmente, es por demás peligrosa. El día en que, por una causa cualquiera, ingresen en la ciudad algunos enfermos de fiebre amarilla, y queden sin las debidas precauciones, expuestos á las picaduras de los *Stegomyas*, la epidemia se reproducirá con tanta ó con mayor violencia que las anteriores, puesto que algo de la inmunidad general se irá perdiendo.

Urge, pues, desterrar definitivamente toda probabilidad de un nuevo ataque de este aciago mal y eso solamente puede conseguirse con el saneamiento completo de la ciudad.

CONSIDERACIONES CLÍNICAS

Nada de nuevo hay que añadir á las descripciones clásicas de esta enfermedad; apenas si pueden hacerse consideraciones sobre los síntomas ya bien observados y descritos.

Después de seis años de práctica en esta infección, he llegado á las siguientes conclusiones, que podrían calificarse talvez de negativas.

1^a.—La marcha general de la infección no tiene nada de característica.

2^a.—Nada más variable que la epigastralgia y los vómitos. Estos signos me parece que están mucho en relación con la emotividad individual y dependen directamente de una mayor excitabilidad del plexo solar. Este conjunto sintomático, al cual algunos le dan el nombre de emetismo, es mucho más intenso en los individuos conscientes de su gravedad que en los que ignoran lo que es la fiebre amarilla.

3^a.—La albuminuria aumenta á medida que avanza la enfermedad, sin que su grado agrave necesariamente el pronóstico de la enfermedad. En plena convalecencia, pueden encontrarse enfermos que eliminen 8, 10 y 12 gramos de albúmina por 1000.

4^a.—La bradicardia, que en los primeros días es relativa, se hace después absoluta, pues llega á 40, 50 ó menos pulsaciones por minuto. Este síntoma no está en relación con la ictericia, pues en muchos casos falta esta última persistiendo una notable bradicardia. Este fenómeno me parece que debe de estar más en relación con la toxemia especial de la fiebre amarilla.

5^a.—Nada, ó muy poco dicen los autores sobre la sintomatología del corazón en esta enfermedad. Creo, sin embargo, que el estudio de las alteraciones cardiacas en la fiebre amarilla, es de mayor importancia. Auscultando cuidadosamente la región precordial, se encuentra casi siempre un relaminto, una prolongación del primer ruido, más acentuada en el foco pulmonar. Algunas veces es un verdadero soplo, sobre el cual, nuestro distinguido colega el doctor Valenzuela, ha sido el primero en insistir. Cree el expresado clínico, que ese soplo es de origen endocárdico y que en esta enfermedad, las lesiones valvulares son frecuentes. Cierto es, que en una autopsia que practicamos juntos, encontramos ulceración de las sigmoideas aórticas; pero en cambio, en muchos otros casos no he podido encontrar semejantes lesiones.

Bien sabido es, por lo demás, que en muchas otras infecciones graves, se encuentra el mismo soplo cardiaco, sobre todo, cuando hay cierto grado de insuficiencia renal.

Los signos estetoscópicos antedichos, la bradicardia y la hipotensión que se encuentran á partir del 3.º día, me parece, que hablan más en favor de una intoxicación de la fibra miocárdica.

Un hecho de simple observación, pero difícil de comprobar, vendría, talvez, en apoyo de la profunda intoxicación cardíaca en la fiebre amarilla. He creído observar que los enfermos de esta infección, se agravan notablemente cuando se les traslada de un lugar á otro, aun cuando sea con muchas precauciones. La mortalidad de los hospitalizados es mayor que la de aquellos individuos que pueden tratarse en sus domicilios.

6.º.—Examinando la sangre de los amarillos, se observa con frecuencia leucopenia. Sin ser esto absolutamente constante, puede servir para el diagnóstico, pues, en la mayoría de las infecciones agudas se encuentra leucocitosis.

7.º.—Los signos cardinales sobre los que se puede sustentar el diagnóstico de la fiebre amarilla son: fiebre, bradicardia relativa, oliguria, albuminuria, leucopenia y, secundariamente, ictericia y hemorragias. Sin embargo, nadie puede negar las graves dificultades que tiene este diagnóstico, de modo que creo urgente investigar una reacción biológica que sea característica.

A este respecto, el señor O. Brien, que ya he citado, en su folleto publicado en Liverpool, después de consignar algunos datos clínicos que recogió en nuestro Lazareto, señala como característica una alteración cromática de los polinucleares y la ausencia de eosinófilos. Incurre en el error de creer, que en la generalidad de los habitantes de Guayaquil, hay aneosinofilia, cuando justamente sucede lo contrario, pues los parásitos intestinales determinan constantemente un aumento de los eosinófilos.

8.º.—Por lo que respecta al tratamiento, debo declarar que los casos benignos curan solos, y en estos casos es preferible no dar ninguna medicación que pueda provocar el vómito ó congestionar el riñón (quina, compuestos salicilicos) y contentarse con ligeras bebidas alcalinas.

En los casos graves, el mejor tratamiento del período congestivo es la autohematoterapia. A no ser esta posible, la simple sangría es bastante favorable.

En el estado hemorrágico, el mejor medicamento es el cloruro de calcio, á altas dosis en enemas (8, 10 ó 12 gramos en solución gomosa).

Estas simples afirmaciones, son el resultado de la observación de 1600 casos.

DISCUSION:

DR. DE ROUX.—Es muy digno de elogio el trabajo del Dr. Pareja.

El puede servir de base para sucesivas investigaciones, pues tócanos á los sud-americanos que aún tenemos esa epidemia en nuestros países, estudiarla satisfactoriamente hasta descubrir su agente causal; debiendo darse todo género de facilidades á fin de que puedan hacerse las investigaciones necesarias, ya que ellas honrarían al país que así da muestras de su cultura,

DR. PEÑAHERRERA.—Aplaudo el trabajo del DR. PAREJA. Creo que dentro del voto general aprobado en la sesión de ayer, están englobados los estudios que requiere la amplitud del tema presentado.

Insectos trasmisores de enfermedades

POR

FEDERICO W. GODING, M. D., PH. D.

Desde los tiempos muy remotos, los insectos constituyeron, en su mayoría, un fastidio para la especie humana; pero es sólo desde época reciente que se les ha reconocido como trasmisores de algunas de las más serias dolencias que afligen á la humanidad y que el hombre en su lucha por la vida está obligado á combatir. Las causas probables de muchas enfermedades, han sido vastamente discutidas en numerosas teorías constantes en tratados con los cuales estamos más ó menos familiarizados; pero, la verdad misma ha sido finalmente alcanzada, sólo al travez de observación directa, de experimentos repetidos, de sacrificios ajenos á todo egoísmo y á la labor persistente y abnegada, característica que ha de acompañar la noble profesión médica.

Por muchos años, paludismo y fiebre amarilla fueron azote de los países tropicales y, como en muchas otras entidades patológicas, su etiología y su manera de trasmisión fueron enteramente desconocidas ó erróneamente estimadas; observaciones aisladas y distantes fueron reunidas, un criterio pertinente fué aplicado, y problemas, antes de obscuridad inextricable fueron claramente resueltos. Un esfuerzo para completar la historia de estos grandes descubrimientos constitutivos de una época en la historia del arte de curar, traspasa los límites de este pequeño trabajo; siendo su objeto tan sólo rememorar unos pocos hechos conocidos ya por vosotros, y relacionados simplemente con el estudio de los insectos como portadores de la infección.

Tres bien conocidas condiciones mórbidas, la etiología de las cuales ha torturado por largo tiempo al investigador médico: las fiebres palúdicas, tifoidea y amarilla, son trasmitadas por insectos, y pueden ser evitadas, excluyendo á éstos de la proximidad del hombre.

El Plasmodium Malariae, protozooario cuya presencia en la sangre determina el paludismo en sus múltiples manifestaciones, es inoculado por el probóscide de cierto anofeles que lanzándolo dentro del torrente circulatorio, de manera no bien conocida aún, causa los trastornos distintivos de la peligrosa enfermedad. Por este descubrimiento la humanidad debe su gratitud á Manson, Ross, Shipley y Theobald de la Gran Bretaña; á Grassi y Celli de Italia; á Laveran, Blanchard y Sergent de Francia; y Nuttall

de los Estados Unidos ahora profesor en la Universidad de Cambridge, Inglaterra.

El germen de la tifoidea (*Bacillus Typhosus*) es llevado dentro del sistema humano (aparte de otras maneras) por medio de la mosca común, que trasportando en sus patas partículas imperceptibles contamina al posarse, alimentos y bebidas, dejando tras ella por decirlo así, una estela tenebrosa de padecimientos y muerte.

Aunque el germen de la fiebre amarilla no ha sido aislado aún, mucho se ha obtenido para los efectos preventivos de la tremenda enfermedad, con el descubrimiento de su agente intermediario, el *Aedes Calopus*, antiguamente conocido como *Stegomyia Fasciata*, y por los trabajos previos á tan valioso hallazgo, merecen nuestro solícito homenaje Marchoux y Simond de Francia, Concalvez—Cruz, Lutz y Goldi del Brazil; Liceaga de Mejico; Findlay y Agramonte de Cuba; y King, Reed, Carrol, Lazaer, Wite y Gorgas de los Estados Unidos.

La peste bubónica, una de las mayores calamidades del hombre en todo tiempo, la que ha exterminado millones tras millones de seres en su historia, es trasmitida de las ratas y otros roedores, al hombre por medio de diversas clases de pulgas, especialmente el *pulex fasciatus* y *pulex cheopis*. Enumerar los nombres de médicos y otros hombres de ciencia que contribuyeron á la solución de este problema, llenaría talvez un volumen; pero reconocimiento debe hacerse por lo menos de los pacientes, delicadas y profundas investigaciones de Hankin de la India; Simond de Francia y Ham de Australia, quienes fueron los primeros en determinar fuera de toda discrepancia, la comunicabilidad del germen de la peste bubónica (*Bacillus pestis*) por medio de las ratas y de éstas al hombre.

Bacillus—Leprae, causante de esa enfermedad tan tremenda, tan conocida en los trópicos y sub-trópicos, ha demostrado recientemente, según experimentación digna de crédito, ser trasmitida por la ubiqua chinche (*Cimex lectularis*).

Elefantiasis, debida á varias formas del nematodo filiaría sanguinis hominis, no tiene como los anteriores, portador conocido del germen. (Manson cree al mosquito portador probable). Vinjando entre las islas del Pacífico Meridional, en 1898, el que esto escribe, fué informado por naturales de la Polinesia afectados del mal, que éste era debido á la picadura de una mosca negra, el nombre técnico de la cual no puede precisarse, por no haber sido posible la obtención de ningún ejemplar de la misma. Los nativos aseguran que aquéllos protegidos contra la picadura de mosca, nunca contraen enfermedad.

Filiarasis. Entidad patológica peculiar á los trópicos que reconoce por factor etiológico al mismo que la anterior (*Filiaría Sanguinis Hominis*), entra en el sistema con la picadura de los mosquitos *Culex Albomaculatus* y *Culex Procox*. El suscrito ha tenido ocasión de observarlo personalmente durante su permanencia en Australia, disecando mosquitos recién nacidos á los que se había permitido picar, previamente, un enfermo de Filiarasis, y extrayendo de sus cuerpos Filiarasis vivas; experimento confirmado luego con reproducciones repetidas del mismo en otros mosquitos.

Muchas otras enfermedades se conoce son trasmitidas por insectos. La fiebre tífus lo es por el piojo común (*Pediculus Vestimentis*); en Africa y en las islas de Oceanía existe condición oftálmica de efectos desastrosos, trasmitida por una mosca común; la justamente tomada en-

fermedad del sueño es debida á variedades del *Trypanosoma Gambiense* que se introduce en la corriente circulatoria con la picadura de la mosca Tsetse, (*Glossin Palpes*) y (*Glossina Morsitans*). Antrax' cuyo gémen (*Bacillus Antracis*) se trasmite al hombre por la mosca Tábano (especie *Tabadinae*); la fiebre del ganado causada por el *Ixodes Bovis* [garrapata]: la *Uncinariasis*, tan extendida entre nosotros, debido al *Necator americanus* y al *Ankylostoma Duodenalis*, que penetran por excoriaciones de los pies descalzos. *Trichinosis* producida por la ingestión de carne de cerdo mal cocida conteniendo otro nematodo (*Trichina Spiralis*); no faltando, por último, opiniones que atribuyen á nematodos la causa del cáncer, y de ciertas inflamaciones del apéndice vermiforme, ya que se les ha encontrado alojados en el mismo.

Nematodos abundan en las ardientes arenas del árido desierto; han sido hallados en los hielos antárticos, (expedición científica de Shackleton 1908), ocurren en las aguas saladas como en las dulces, y se ha demostrado su presencia en la sangre de aves y de peces, en cereales y en legumbres, en una palabra, en todas partes, siendo la ubiqüidad su aspecto más culminante. La pérdida de animales domésticos y otros, por causas relacionadas con los nematodos, es superior á todo cómputo, mientras el sacrificio de vidas humanas por la misma causa es enorme.

Podríase continuar por horas la referencia á este modo de transmisión de enfermedades y al daño causado por los insectos y sus aliados, referencia que no carecería de provecho ó interés; pero el límite permitido á estas líneas lo prohíbe. Cuatro palabras, no obstante, sobre profilaxis especial en la materia, tendrán su oportunidad.

He aquí los puntos en que debiéramos de insistir: conveniencia de impresionar al público con el conocimiento de que la fiebre amarilla, el paludismo, la tifoidea y muchas otras enfermedades, pueden evitarse ó reducir su ocurrencia y propagación á un mínimum, por el uso generalizado de tela de alambre, y medidas análogas que impidan el contacto del mosquito sano con el hombre enfermo, á fin de evitar el contagio de aquél, y con los sanos en la posibilidad de su infección: las fuentes de provisión de agua potable deben de ser igualmente protegidas; los pantanos deben de ser desagüados ó terraplenados; las aguas estancadas cuyo drenaje no sea posible, serán tratadas con petróleo ó substancias análogas que exterminen las larvas y se opongan á la germinación de los huevos; lagunas, pilas, excusados, desagües, etc. deben de hacerse inocuos; y en una palabra, toda medida tendiente al exterminio de mosquitos, moscas, ratas, pulgas, chinches etc., deberá de ponerse en ejecución, así como también, sostener y proclamar la necesidad de calzado en la población rural especialmente, donde los hacendados se hallan en la obligación de extender y facilitar su uso, y hacerlo, cuando posible, compulsorio.

Alimentos expuestos en mercados públicos, tiendas, etc., deberán estar siempre debidamente protegidos por tela de alambre y el pueblo instruído sobre la necesidad de cocción completa de ellos.

Para concluir: un gran porcentaje de enfermedades puede ser eliminado de la larga lista de las que hoy alligen á la especie humana, ejercitando una acción constante contra los insectos y sus aliados y sobre los lugares donde ellos se crían, manteniendo una limpieza estricta, y una eterna vigilancia.

DISCUSION:

DR. CARLOS V. COELLO.—EL DR FEDERICO GODING, Agente Consular Norteamericano en este Puerto, ha querido demostrar su deferencia y simpatía al país presentando á este Congreso Médico. al cual ha sido invitado, un trabajo que, me encarga declarar, no tiene la pretensión de ser alguna obra científica de mérito notable, sino un pequeño resúmen sobre el estado actual de una cuestión científica.

Etiología y diagnóstico bacteriológico de la fiebre tifoidea en Guayaquil

POR EL

DR. JOSE D. MORAL.

INTRODUCCIÓN.

En la evolución de los conocimientos médicos en esta ciudad, quizás no se haya tratado de una entidad morbosa que mayores discusiones mantuviera durante muchos años, como la fiebre tifoidea. Primero, la duda y los temores de que existiera ó nó; luego, las apreciaciones sobre su origen; después, es decir, actualmente, ya bastante unificadas las opiniones sobre los primeros respectos, las experimentaciones sobre su terapéutica y sobre su profilaxia. En este pequeño trabajo, que aspiramos á hacer lo más reasumido y conciso posible, nos proponemos estudiar la etiología y diagnóstico bacteriológico de los estados tíficos en Guayaquil, dejando para colegas más autorizados y expertos, los no menos interesantes asuntos de la clínica y de la terapéutica. Aspiramos á conseguir la unificación de las opiniones médicas sobre este asunto tan importante, al someterlo á la consideración del Primer Congreso Médico Ecuatoriano, inclinandonos respetuosos, ante el fallo de tan docta Corporación.

CUATRO PALABRAS DE HISTORIA.

El origen de las fiebres tíficas se confunde con los antecedentes tradicionales de nuestro principal puerto. Nuestros antiguos colegas y maestros que ya peinan canas, recuerdan haber visto desde sus primeros pasos profesionales, á enfermos de las entouces llamadas fiebres infecciosas; y recuerdan, también, haber oído, de labios de sus padres y maes-



tros, el recuerdo de historias muy antiguas de otras enfermedades semejantes. ¿De donde vino el primer caso? ¿Fue del interior de la República, arrastrando la pesadez de los primeros días de la evolución tífica, en los históricos tambos del antiguo y principal camino ecuatoriano, tan gallardamente descritos por el profesor Valenzuela en su importante conferencia sobre fiebre tifoidea en la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas? ¿O vino en uno de esos veleros del Viejo Continente, dentro de la sangre ardorosa de algún aventurero español, que al mismo tiempo que descendencia humana belicosa y soñadora, nos trajera también cultivos de bacilos arrogantes y mortíferos? El averiguarlo resulta labor poco práctica y creo que nos podría bastar esto de saber que se ha venido desarrollando progresivamente la semilla, hasta llegar a la difusión que hoy lamentamos.

ANTIGUAS OPINIONES.

Así es que, las fiebres infecciosas, las gastro-intestinales, las de tipo prolongado ó de setenarios, han formado una antigua endemia en Guayaquil, sin que se mencione exacerbaciones epidémicas que hayan dejado recuerdos, siendo por ese entonces raro y muy desdichado el médico que lograra encontrarle semejanzas con la fiebre tifoidea, pues se ganaba no sólo la crítica, sino aún, la acre censura de los prácticos porteños, muchos de ellos hombres de talento y notables conocimientos para esa época, pero que en este asunto no daban su brazo á torcer. Y así se acostumbró al público y se transmitió de generación en generación médica esta creencia, hasta que, hace poco, siguiendo la corriente evolutiva que se impone, ha sustituido á las hipótesis clínicas la verdad científica experimentalmente demostrada. Y sería de admirar que todavía existiera dudas y vacilaciones al respecto, aunque una pequeña minoría de la profesión médica, sinó fuera cierto que en el Ecuador recién estamos dando los primeros pasos en la senda de la medicina científica experimental.

PRIMOS TRABAJOS EXPERIMENTALES.

En la mente de nuestros viejos maestros, que formaron el núcleo del cual se han desprendido las nuevas ideas de la joven generación médica adopta y comprueba experimentalmente, se fué agrandando la sospecha por el sendero de la verdad, hasta que, en 1916, las observaciones clínicas se comprobaron por el hallazgo en las necropsias de las lesiones anatomo-patológicas macroscópicas características, hecho por el actual Profesor de Anatomía Patológica de nuestra Universidad, doctor José M. Estrada Coello. En 1917, cuando ya el Hospital General contaba con un pequeño Laboratorio, el doctor Espinosa Tamayo aislaba el bacilo de Eberth de los atacados y luego de las aguas de bebida de la ciudad. Ya antes había empezado la lucha del doctor Valenzuela y los de su época, por implantar la balneoterapia y los regímenes dietéticos y terapéuticos modernos, en un ambiente completamente desfavorable y hostil para la reforma.

ESTUDIOS DEL DOCTOR ESPINOSA.

En un trabajo de resumen, escrito cuatro años después por el doctor Espinosa, el primer trabajo de su género en Guayaquil, en el que



tuvimos el honor de colaborar y que fué presentado por nosotros á la Sección de Ciencias Médicas del Congreso de Estudiantes de Caracas, se hacía la historia y la descripción de la enfermedad, llamando la atención del público y de las autoridades sobre los peligros que traería su mayor difusión. Al publicar este trabajo, el notable higienista doctor

OPINIÓN DEL DOCTOR L. BECERRA.

León Becerra, actual Director de Sanidad Pública, con una de esas clarovidencias proféticas que tan frecuentemente suelen tener los hombres de ciencia, anunciaba la proximidad de la epidemia: "El agua es, indudablemente, escribía, la principal vía de trasmisión de la fiebre tifoidea, como lo han probado científicamente todos los higienistas. El agua es también entre nosotros el principal agente encargado de llevar el contagio á todas partes".....&: y en otro lugar: «Ojalá que el Municipio y los encargados de velar por la salud pública se preocupen seriamente de este punto de higiene y pongan en práctica las medidas conducentes á impedir que esta terrible enfermedad siga aumentando el número de las víctimas que diariamente viene haciendo entre nosotros».....Y la Sociedad Médico—Quirúrgica del Guayas, felicitó oficialmente al doctor Espinosa Tamayo, resolviendo aprobar las conclusiones de los análisis de agua verificados por este Bacteriólogo, con los que demostraba la contaminación profunda del agua potable; pero el Municipio no dió ni un solo paso para proteger la salud de los consumidores de su agua, que á más de ser cara, resultaba mortífera; sino que, al contrario, abrió campaña defensiva por medio de su Laboratorio, declarando que su agua es una de las más puras y salubres del mundo! Luego, cuando arreciaba la epidemia, en años subsiguientes, se limitaba á hacer practicar nuevos análisis de agua; unos bacteriólogos la encontraban polucionada, pero siempre se encontraba forma de discutir y de negar su conclusión, causando hasta incidentes vergonzosos para alguna docta corporación local, cuyo lamentable error de apreciación se ha puesto en evidencia hoy, cuando, aunque tarde, el público sabe ya quienes han tenido la razón y de qué lado estaban las resistencias más ó menos interesadas.

Hasta aquí cuatro frases de historia. Ahora entremos al estudio objeto principal de este trabajo.

ETIOLOGIA

Siguiendo el método del doctor Rodríguez Méndez en su estudio general y de aplicación sobre la epidemia de fiebre tifoidea de Barcelona, trataremos del medio cósmico, del medio social y del gérmen determinante de la epidemia tífica de Guayaquil.

EL MEDIO CÓSMICO

Recordando como se ha formado y extinguido este populoso centro comercial, encontraremos algunos factores importantes para el estudio de su endemo—epidemia tífica. Los fundadores de la villa de Santiago de Guayaquil, eligieron sabiamente las partes de terreno más alto y seco para construir las primeras habitaciones; pero á medida que la población crecía, se iba aumentando el perímetro fabricado, ocupando sitios que habían sido levantados de nivel por el hacinamiento de toda clase de desperdicios. Además, la altura del suelo sobre el nivel del agua es pequenísimas, y, por consiguiente, la capa de agua subterrá-

nea, especialmente en la estación lluviosa, está casi á raíz del suelo, llevando el elemento humedad á esa mezcla heterogénea de multitud de desperdicios, calentada exteriormente por los ardientes rayos de nuestro sol tropical. El agua de alimentación se traía antes en depósitos desaseados desde muy lejos del río; había siempre muchas enfermedades y el clima del puerto tenía fama de mortífero. Después, la implantación del agua potable, traída por cañerías metálicas desde las altas breñas de la cordillera andina, marcó el comienzo de su higienización. ¿Mejóro el estado epidémico por esta causa? La falta de estadística nos impide constatar con seguridad á esta pregunta, pero creemos que sería

LA CONTAMINACIÓN DEL AGUA POTABLE.

naturalmente así. Indudablemente que en su principio, descontando la contaminación posible del agua en las fuentes de origen, ésta no era contaminada durante su distribución, porque las tuberías nuevas podían llevar el agua pura aún atravezando un terreno muy contaminado; pero después, á medida que la materia orgánica del suelo, corrola la tubería de hierro de pequeño diámetro que reposa sobre un lecho de perenne humedad, el agua pudo ser contaminada por las poluciones del terreno, y esta es la opinión que tiene mayor número de partidarios al respecto de la forma de contaminación de nuestra agua de bebida. Tres hechos contribuyen á demostrarlo, los dos primeros de observación y de hipóte-

PRIMER ARGUMENTO.

sis, el último de experimentación concluyente. Se recordará que durante muchos años se creyó en Guayaquil que el clima del barrio llamado del artillero, era beneficioso para hacer terminar rápidamente las fiebres del tipo largo ó infecciosas, y allí se llevaba á los enfermos, siendo sus excretas arrojados al suelo, sin canalizar, del mencionado barrio; pues bien, es lógico creer que el suelo quedó contaminado con cultivos de bacilos tíficos, los que durante tres ó cuatro años, estando intactas las tuberías de distribución de agua, no pudieron penetrar á su interior, pero que al fin, corroidas éstas, pudieron contaminar el agua; y de aquí la epidemia tífica del Astillero, de hace tres años. Un hecho contrario al anterior es la falta casi absoluta de casos de fiebre tifoidea en los barrios de Las Peñas, Cerro, Santo Domingo y sus alrededores, donde el terreno es alto y las tuberías de agua potable casi no se corroen nun-

SEGUNDO Y TERCERO.

ca. Pero el hecho seguro, científico y experimental, que no deja lugar á duda, es el aislamiento del bacilo de Eberth del agua potable, verificado primero por el doctor Espinosa Tamayo y luego por el doctor I. Carbo Cevalón, experimentación que está siendo ampliamente confirmada por los actuales trabajos del Laboratorio Bacteriológico de la Junta de Sanidad, donde el Director del Laboratorio y el Licenciado Tomás Larrea, autor de este estudio, estamos obteniendo el mismo resultado en el

OPINIÓN CUERPO MÉDICO.

agua y el terreno de muchos lugares de la ciudad. Aún sin estos últimos trabajos de confirmación, ya la opinión del cuerpo médico guayaquileño se había manifestado inclinada resueltamente hacia este modo de sentir, cuando en una de las últimas sesiones de la Sociedad Médico-Qui-

rúrgica del Guayas, aprobó las conclusiones del trabajo del profesor Valenzuela, en el que manifestó que las conclusiones de los bacteriólogos que afirmaron la polución de las aguas potables de Guayaquil, por los bacilos tíficos, son de un valor científico concluyente.

RECIENTES PRUEBAS VISUALES.

Además, si se quería una prueba visual, las escavaciones que se vienen haciendo con motivo de la instalación de la nueva red distribuidora del agua potable, ha puesto de manifiesto que la casi totalidad de las cañerías secundarias ó guías se encuentran dislocadas, oxidadas y perforadas en muchos puntos, pudiendo así penetrar á su interior el agua del subsuelo cargada de gérmenes, á veneficio del vacío que en élla se forma durante las horas en que no circula el agua que se distribuye á la ciudad. Esta polución se hace más fácilmente en los años de muy fuerte invierno, porque aumentando la capa de agua subterránea, ésta se pone más fácilmente en contacto con las cañerías, después de haber lixiviado los terrenos y los desagües en malas condiciones que los atraviesan. Se ha observado ejemplos de esta naturaleza por los encargados de las aperturas de las zanjas, y ha llevado tanto la convicción al ánimo, que el propio señor Comisario Fiscal de la obra del agua potable, se creyó obligado á llamar la atención del Concejo Cantonal en nota de última fecha.

Al atribuir á la agua potable un principal papel en la difusión de las fiebres tíficas en Guayaquil, estamos lejos de considerar imposible la contaminación directa de enfermo ó sano ó por intermedio de insectos, &; las observaciones de contagio familiar, lejos de echar por tierra este concepto, contribuyen, al contrario, á asegurarlo, como veremos mas adelante.

POR QUÉ LA EPIDEMIA NO ES MÁS CONSIDERABLE.

Los opuestos al origen hídrico de la epidemia, alegan generalmente una razón á primera vista poderosa é incontrovertible á su favor, pensando que en caso de que el agua estuviera contaminada, la morbilidad epidémica debiera ser enorme, y la ciudad convertirse en un solo hospital. Pero este argumento es muy fácil de destruir, atendiendo á que se ha demostrado que puede un gran número de personas tomar agua potable de fuentes contaminadas sin infestarse; primero, porque, habiendo sido endémica en la ciudad, durante tantos años, son pocas, relativamente, las personas que no recuerden haber sufrido antes una fiebre infecciosa más ó menos larga, con el tipo clínico de las de ahora, en las cuales la bacteriología comprueba la presencia de algún bacilo tífico, y por tanto, la cifra de los inmunes debe ser también considerable; segundo, porque los bacilos se encuentran en el agua potable en una gran dilución y desaparecen de ella con gran rapidez, destruidos por los saprofitos; tercero, porque un gran número de familias de la localidad, acostumbran á usar agua hervida ó filtrada en la alimentación, siguiendo los consejos de la Dirección de Sanidad; y, cuarto, indudablemente, porque la penetración de los bacilos tíficos al tubo digestivo no es condición única y suficiente para la declaración de la fiebre, pudiendo quedar algún tiempo como simple saprofito y ser luego destruido sin que pase á la circulación. A estas condiciones se agregará en lo futuro la inmunización artificial producida en al-

unos miles de habitantes, por medio de las vacunas profilácticas, entre las cuales, indudablemente, la preparada en Quito por el ilustrado profesor Cousin, es la que, científica y prácticamente, merece la mayor suma de confianza.

OTRAS CAUSAS AGRAVANTES.

Ahora bien, si á las malas condiciones apuntadas añadimos la aglomeración de habitantes en locales sucios, estrechos y completamente desamparados á las condiciones higiénicas elementales, se completará el triste cuadro del fácil desarrollo de cualquier epidemia. En resumen, el medio cósmico de Guayaquil es esencialmente tífogeno, sin que haya esperanzas de que, abandonado á sí mismo, se modifique favorablemente hacia su esterilización, sinó que, al contrario, creciendo el número de portadores crónicos de bacilos, un terreno sin pavimentación ni alcantarillado, continuará cada vez en peor condición, si no se toman las urgentes medidas que la higiene actual aconseja.

EL MEDIO SOCIAL.

Por otra parte, el medio social, aunque generalmente culto, es veleidoso y difícil de manejar en estas cuestiones de higiene. Hasta la Prensa, muchas veces, aunque de manera inocente, por falta de colaboración técnica adecuada, ayuda á empeorar situaciones alarmantes y dificulta las labores profilácticas al acoger artículos casi siempre inspirados más por errores que por malas intenciones, con los cuales forman cátedra que llega á contar bien pronto con muchos adeptos, los que se encargan de discutir procedimientos é infundir temores sobre cuestiones ya universalmente aclaradas y experimentos científicamente ad-

MALA LABOR DE LA PRENSA.

mitidos. Si á esto agregamos la carencia casi absoluta de conocimientos aún elementales de higiene en la gran mayoría de nuestro pueblo, y la escasa protección del Estado á las instituciones llamadas á velar por la salud pública, la falta de baños y de excusados higiénicos en los grandes hacimientos de menesterosos, así como la de asistencia pública para ellos, nos veremos precisados á declarar que nuestro medio social reúne todas las condiciones para que en él eche raíces una epidemia como la de que nos ocupamos.

EL GÉRME DETERMINANTE.

Los caracteres bacteriológicos del microbio determinante han correspondido á los del bacilo de Eberth en la mayor parte de los casos, aunque también se ha encontrado numerosos de paratíficos. La falta de laboratorios de higiene que hasta hace poco se dejaba notar entre nosotros, hace que hayamos carecido antes de las necesarias comprobaciones bacteriológicas de las aguas y del terreno, pero ya es un hecho demostrado que también aquí es posible que los microbios del grupo tífico pasen de éste á aquella, ya por medio de infiltraciones del suelo á la tubería corroída y porosa, ya por contaminaciones directas de la tubería

con desagües ó letrinas, cuya constatación se ha hecho frecuentemente, como ya dijimos antes, es lógico suponer, por deducción, que así los bacilos tíficos han venido contaminando el suelo durante muchos años y

INFECCIÓN HÍDRICA.

de allí pasando á las aguas más ó menos abundantemente. Este medio de propagación de la fiebre tifoidea es admitido como posible, si quiera en el origen de nuestra endemia—epidemia, ya por muchos profesionales que antes no se querían avenir con el origen hídrico de élla.

CONTAGIO DIRECTO.

Indudablemente que el contagio directo de enfermo á sano, la trasmisión por los insectos proveniente de los excreta de los enfermos ó de los portadores crónicos y aún de muchos casos traídos en incubación desde el interior de la República, formarán un considerable número de entre los atacados; pero si á consecuencia se va á concluir que no es posible tomar la fiebre tifoidea por medio del agua, después de constataciones bacteriológicas concluyentes, sería irse contra toda razón.

PREDOMINIO DE LA FORMA SEPTICÉMICA.

Los bacilos tíficos han producido la epidemia infectando la sangre de los atacados. Tanto por la sintomatología como por la constante presencia de los gérmenes en el torrente circulatorio, podemos declarar que la epidemia es de septicemias tíficas. En su desarrollo se ha podido notar, en relación con idénticas especies bacilares halladas, estados de gravedad y de evolución tan diferentes, que parecen causados, más que por maneras orgánicas especiales de reacción, por estados de virulencia bacteriana más ó menos distinta.

FORMAS FOSTRADAS Y RECAIDAS.

Muchas veces nos sorprendió encontrar bacilo de Eberth en la sangre de enfermos que después de ocho ó diez días de fiebre dejaban la cama por haberse sanado completamente al parecer; y cuando con las dudas que hace despertar estas aparentes contradicciones entre la Bacteriología y la Clínica, pensábamos que pudiera haber existido algún error en nuestro examen, una nueva subida de la curva térmica del paciente, instalándose un cuadro tífico más característico que la anterior, venía á demostrarnos que habíamos estado en lo cierto. Los estudios clínicos que se hayan hecho nos manifestarán las distinciones dominantes entre estos estados tíficos claramente septicémicos, que han sido los más frecuentes y las dotienterias verdaderas, mucho mas escasas. Nuestras constataciones bacteriológicas se han dirigido comunmente á la sangre, y sólo en un pequeño número de casos, también sobre las heces de los mismos enfermos, para poder demostrar que en los casos septicémicos se encuentra el microbio en las heces, así como en los dotientericos, puede también haber septicemia.

DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO

Al tratar a cerca del diagnóstico de las fiebres tíficas, nos atenderemos á todo cuanto se refiere á las constataciones de Laboratorio, dejando para colegas autorizados el estudio de todos aquellos síntomas

que puedan servir para la formación del diagnóstico clínico, especialmente, cuando no se encuentra en posibilidad de recurrir al primero, ya que es universal la preferencia que en la medicina moderna se le otorga.

En nuestra práctica hemos formado opinión de que dos son los recursos más importantes para el diagnóstico de las infecciones tíficas: el cultivo de la sangre y la reacción de Widal; aquí nos proponemos manifestar, aunque ligeramente, todo cuanto se refiere al estado actual de estas cuestiones y las observaciones que hemos podido hacer con ellas en la epidemia que nos ocupa.

HEMOCLTURA.

Tomando como fundamento el hecho demostrado experimentalmente, de que un gran número de enfermedades infecciosas, á lo menos en los primeros días de la evolución, se caracterizan por estados septicémicos, el diagnóstico bacteriológico moderno, se ha dirigido á perfeccionar los métodos de cultivo de la sangre, con el fin de llegar á un pronto diagnóstico, especialmente dedicado á poder inaugurar precozmente los modernos tratamientos biológicos. En nuestra práctica corriente, este método adoptado por primera vez entre nosotros por el doctor Espinosa Tamayo, tiene cada día mayor incremento, al extremo de haberse convertido en trabajo diario de nuestro Laboratorio del Hospital General y de nuestra clínica particular, donde nunca nos faltan los suficientes medios de cultivo, listos para el momento deseado.

REGLAS GENERALES.

De una manera general, para hacer la investigación minuciosa de un gérmen que esté produciendo una infección, por el examen bacteriológico de la sangre valiéndose del método de los cultivos, se recomienda hacer, cuando menos, sembríos sobre tres medios diferentes, que contengan suero, azúcar y glicerina, respectivamente y en condiciones aerobias y anaerobias. Además, hay que tomar en cuenta la mayor y menor dilución en que el gérmen puede hallarse en la sangre del enfermo, para calcular la cantidad que debe sembrarse, y el poder antiséptico del suero para estimar la cantidad del medio de cultivo. Tales son las operaciones generales en la práctica experimental, para un trabajo de esta naturaleza; para el uso diario de las clínicas ó de los hospitales, sería poco práctico, especialmente, cuando uno se dirige á buscar microbios de propiedades biológicas bien conocidas, y así es posible y conveniente simplificarlo, sin que por eso sus conclusiones pierdan importancia y utilidad alguna.

MÉTODO ADOPTADO.

Teniendo en cuenta que en nuestro medio las infecciones que pueden originar septicemias son conocidas, hemos adoptado un método de cultivo de la sangre por medio del cual podemos descubrir cualquiera de ellas en condiciones iguales de experimentación: Es el cultivo en medio líquido abundante, de la mayor cantidad posible de sangre. El medio está constituido por fioles ó balones conteniendo de 350 á 500 cen-

límetros cúbicos de caldo de buey peptonizado ó simplemente, agua de peptona, y el sembrío se verifica tomando quince ó veinte centímetros cúbicos, cuando menos, de sangre extraída por punción venosa rigurosamente aséptica. De esta manera, con la propia sangre del paciente, formamos un caldo—sangre, que es uno de los medios de cultivo más sensibles y adecuados para gran número de los microbios patógenos del hombre, en el cual, la gran dilución, reduce al mínimum el poder antiséptico del plasma, y la cantidad considerable de sangre es una garantía de éxito, aún en los casos de septicemias muy moderadas.

LES CULTIVOS Y LAS ESTUFAS.

Aunque en nuestro clima cálido no son indispensables las estufas de cultivo, sin embargo, generalmente acostumbramos mantener las hemoculturas en ella, á una temperatura constante de 37 grados, habiendo notado que, en orden á una más pronta polución, la temperatura óptima del desarrollo de los microbios no es el factor principal, sino, quizás, el mayor grado de septicemia en relación con un poder menos de antiseptia del suero, pues, en condiciones de identidad de medio de cultivo y de cantidad de sangre sembrada, algunos sembríos conservados al calor ambiente, se desarrollan antes que dentro de la estufa.

IMPORTANCIA DE LA CANTIDAD DE SANGRE SEMBRADA

Creemos que se le debe dar mucha importancia á la cantidad de sangre sembrada. En las infecciones tíficas, al comienzo de nuestros trabajos, hace seis años, con el doctor Espinosa Tamayo, sembrábamos sólo dos ó tres centímetros cúbicos y el porcentaje de cultivos era muy reducido, no encontrando, por consiguiente, gérmenes en un gran tanto por ciento de casos que evolucionaban clínicamente como fiebre tifoidea, y en los cuales la reacción Widal era positiva, aunque tardíamente; luego, más instruidos, adoptamos la costumbre de hacer grandes sembríos, y el éxito no se hizo esperar. En la septicemia pestosa, al contrario, basta unas pocas gotas, en los casos graves, desgraciadamente, fatales siempre, para producir una abundante cultura. En las septicemias gonocócica y puerperal, se necesita recurrir, también, á veinte ó veinticinco centímetros cúbicos de sangre, para que las probabilidades de obtención del cultivo sean mayores.

EL GRADO DE SEPTICEMIA

Es nuestra opinión personal que, respecto al cultivo de la sangre en la fiebre tifoidea, el grado de septicemia es el que juega el papel más interesante en la mayor ó menor facilidad, de obtener cultivos, y no las variaciones de los medios ni el poder antiséptico del suero. Por esta razón, en nuestra práctica, no hemos adoptado el medio á base de bilis ó de taurocolato de soda, tan recomendado actualmente, y sólo nos proponemos ensayarlo en primera oportunidad en comparación con nuestro método ya explicado.

HIPÓTESIS AL RESPECTO

Teóricamente concebimos la cuestión en esta forma: supongamos que, en un caso de septicemia tífica de mediana intensidad, en el momento en que el bacteriólogo hace la punción venosa, están los baci-

los vivos en proporción de un mínimun de cincuenta por litro de sangre; en este caso, para que haya probabilidad suficiente de tomar siquiera un gérmen, se necesita extraer cuando menos veinte centímetros cúbicos de sangre, pues, aunque no por esto se puede negar la probabilidad de que en una gota que se extraiga se encuentre alguna vez uno ó más bacilos, esto sería la excepción, y de lo que se trata es de ponerse en las condiciones más ventajosas para aislar siquiera un gérmen. Pues bien, supongamos que se ha conseguido obtener un gérmen en el seno de los veinte centímetros cúbicos de sangre y que, siguiendo una técnica recomendada, sembramos dos centímetros cúbicos de sangre en cada uno de cinco tubos con un medio á base de bilis, teóricamente para evitar así el poder antiséptico del plasma. Entonces, en uno solo de los tubos habrá cultivo, no porque en los otros este poder haya vencido, sino, simplemente, porque sólo á uno de los tubos llegó la semilla. Creemos que la cultura puede retardarse, pero no esterilizar la siembra por el poder antiséptico del plasma sembrado en un medio de cultivo tal ó cual. Merece este asunto estudiarse para simplificar estas experimentaciones que diariamente tenemos necesidad de poner en práctica.

MOMENTO EN QUE DEBE ORDENARSE EL EXAMEN

Otro factor importante en el diagnóstico de laboratorio de la fiebre tifoidea, que debe ser tenido muy en cuenta siempre por el médico práctico, tanto para ordenar como para interpretar los exámenes, es el período de duración de la enfermedad durante el cual se practica el ensa-

VALIOSAS OPINIONES

yo. Este factor nos enseña que al principio se debe recurrir á la hemocultura, y después, á la reacción de Widal. En una serie de casos referidos por Kaiser, Weil y Peabody, la hemocultura se practica en 85 enfermos durante la primera semana, habiendo obtenido resultado positivo sobre 92 %; sobre 212 casos durante la segunda semana, se obtenía un 66 % y sobre 124 casos de la tercera á la cuarta semana, un 39 %. Coleman y Buxtri, usando medios líquidos á base de hiel de buey, obtuvieron 100% de culturas durante la segunda semana. Charles E. Simon, en su tratado de diagnóstico clínico por medio de los métodos de laboratorio, conviene en que, durante la segunda semana, ambos métodos, la hemocultura y la reacción Widal, tienen igual valor y que la elección debe depender de las circunstancias, è insiste en que, si durante la primera toma no se obtiene cultivo, se debe practicar luego otras subsiguientemente. El profesor Vincent, en sus trabajos al respecto, encuentra un resultado completamente semejante á los anteriores.

NECESIDAD DEL ESTUDIO DIFERENCIAL DE LOS BACILOS TÍFICOS.

Una vez obtenido un cultivo de un bacilo con el aspecto morfológico del de Ebetth, su diferenciación dentro del grupo tífico se impone, especialmente cuando, por la gran variabilidad del aspecto clínico de los casos en una misma época epidémica, se sospecha diferencia de especies microbianas. Esta diferenciación es sencilla y rápida cuan-

do se dispone en el laboratorio de los medios de cultivos necesarios listos, y se usa el método apropiado. Nosotros lo hemos venido haciendo desde hace tres años cuantas veces hemos podido, y sobre doscientos treinta y cinco casos de hemoculturas positivas con microbios del grupo tífico; entre los clientes del Laboratorio del Hospital General, hemos obtenido el siguiente resultado:

ESTADÍSTICA PERSONAL.

Bacilo de Eberth	125. veces.
Paratífico A.	73 >
B.	34 >
Bacterium coli	3 >

Esta estadística puede darnos, aunque en esquema, una idea de la proporción relativa de las diferentes septicemias tíficas en nuestra endemo-epidemia.

REACCIÓN DE WIDAL.

Respecto á la reacción de aglutinación, hemos tenido oportunidad de practicarla en considerable número de veces, siguiendo el método o-

PRIMEROS ENSAYOS.

original del descubridor y muchas modificaciones. En primer lugar recordamos haber presenciado los ensayos del doctor Espinosa Tamayo sobre los aglutinómetros venidos de Europa y los E. E. U. U., cuando este bacteriólogo hacía las primeras constataciones bacteriológicas de la epidemia tífica en Guayaquil, ensayos que dieron resultado totalmente negativo en comparación con los resultados positivos obtenidos sirviéndose de cultivo vivos y muertos extraídos de la sangre de los epidémiados. Tal vez este resultado totalmente negativo se debió á alteraciones de la susceptibilidad bacteriana por envejecimiento, porque posteriormente, hemos obtenido algunos resultados, aunque muy inconstantes é inciertos, en muestras recientes de aglutinómetros provenientes de casas del extran-

TÉCNICA ACTUAL.

gero. Todos estos ensayos los hemos hecho por simple deseo de experimentación, mientras se formara nuestro criterio al respecto; pero después, desde hace mucho tiempo, usamos solamente materia aglutinable aislada y preparada por nosotros, sobre cuya actividad tenemos suficiente confianza, por ser de las especies bacterianas que están causando la epidemia y por experimentarlas constantemente.

Hace algún tiempo que la hemocultura tiene todas las preferencias en el diagnóstico, pero, cuando se solicita, practicamos la reacción de aglutinación sobre bacilos vivos, cuando menos, de las dos especies principales, Eberth y Paratífico A, en cultivo separado ó en mezclas, sobre diluciones no inferiores al 50%.

De manera general, en nuestra epidemia, la reacción aglutinante se manifiesta débil y tardía, observándose, también, que la terapéutica coloidal, aun por el coloide de oro intravenoso, no contribuye á elevar el valor de la reacción aglutinante.

PRECAUCIÓN NECESARIA.

En la práctica actual, ahora que felizmente tiende á generalizarse entre nosotros el uso de la vacunación antitífica profiláctica, conviene averiguar si el paciente no ha sido recientemente inmunizado, los pacientes pueden presentar un Widal positivo hasta diez y seis meses para algunos autores y conviene evitar esta causa de error y dirigirse entonces á la hemocultura.

DIAZO—REACCIÓN.

Hasta aquí las constataciones de laboratorio más importantes y más generalmente usadas en la actualidad para el diagnóstico de las fiebres tíficas. La diazo—reacción de Ehrlich en las orinas se usa poco y, contrariamente de lo que de ella se esperaba en sus comienzos, hoy sirve más para distinguir las tuberculosis miliares de la fiebre tifoidea, que para separar ésta de otras infecciones de tipo clínico semejante.

FINAL.

Los distinguidos colegas del Congreso disimularán las muchas omisiones de un trabajo intencionalmente corto y reasumido, hecho solo con el aliento de contribuir con un significativo grano de arena al éxito de esta primera reunión de los médicos ecuatorianos descosos del progreso de nuestra ciencia.

CONCLUSIONES

Aunque creemos que de nuestro trabajo no merece nada que se tome como voto del Congreso, sin embargo, por cumplir con la disposición del reglamento general, presentamos las siguientes conclusiones:

Primera:—Las llamadas fiebres infecciosas en Guayaquil, son septicemias causadas por bacilos del grupo tífico.

Segunda:—La gran fuente de su origen consiste en el subsuelo infectado de la ciudad, que contamina secundariamente algunas cañerías averiadas de distribución del agua potable.

Tercera:—El agua potable, si bien el principal, i. o es, sin embargo, el único medio de propagación.

Cuarta:—El gérmen determinante más común es el bacilo de Eberth, después siguen, en orden decreciente, el paratífico A, el paratífico B y el bacterium coli.

Quinta:—Para el diagnóstico bacteriológico, el cultivo de la

sangre y la reacción de aglutinación con cultivos de las razas de bacilos que están causando la epidemia, son los mejores medios.

DISCUSION:

DR. PEÑAHERRERA.— Es lástima que tengamos tan corto tiempo para discutir y hacer las consideraciones á que se presenta el bien documentado trabajo del DR. MORAL, cuyas conclusiones deben ser aprobadas por la sección.

Se aceptó la indicación del DR. PEÑAHERRERA.

DEONTOLOGIA MEDICA

Proyecto de código que regule el ejercicio profesional

POR EL

DR. CARLOS V. COELLO.

Pocas profesiones habrá como la médica que por razón de su misma complejidad estén más expuestas á peligros de carácter diverso; pocas se prestarán tanto á incurrir en error, así en lo técnico como en lo administrativo, digamos; pocas tan combatidas, tan deprimidas, y que tantos esfuerzos hubieron de requerir por su lento y penoso desenvolvimiento y para triunfar sobre los obstáculos y amarguras que en todo tiempo ha encontrado en su camino.

Es de suponer, pues, que siendo tan variado el aspecto de ella, tan accidentada su senda, tan múltiples las dificultades halladas en su curso, haya muchas ocasiones de incurrir en transgresión involuntaria de preceptos no siempre escritos aunque existentes; ocasiones que se reducirían á un mínimum cuando se tuviera algo como un código, que aunque fuera de modo incompleto, contuviese resueltas las cuestiones más frecuentes, por entidad autorizada, y que contase con el asentimiento de una respetable, fuerte mayoría: que fuere, sino una norma á la que hubiesen de ajustarse los procedimientos en la práctica, por lo menos, algo así como una fuente de referencia reconocida y aceptada.

Muchas agrupaciones antiguas y modernas cuentan, en efecto, con códigos simplificados cuando es posible, que contienen en forma concisa, las reglas más importantes para el ejercicio profesional. Desde los tiempos prehistóricos de la medicina, existió tendencia á dar forma concreta á los deberes de quienes la ejercían; desde entonces, en forma más ó menos vaga é indecisa hemos visto en diferentes épocas y países manifes-



taciones de tal propósito exteriorizadas en juramentos, máximas, sentencias etc., tendientes á reglar la actuación del médico en su triple relación, sea con el público, con el enfermo y con la profesión misma.

No sería propio cansar la atención de los H. H. Miembros de esta Sección con citas y alusiones á diversos documentos de esta especie que pudiéramos recordar; pero uno solo, sin embargo, nos será permitido reproducir, pues tal es su belleza que no hemos resistido á la tentación de copiarlo; nos referimos á la exposición de la moral de Hipócrates, ó sea los preceptos que consagró aquel divino anciano; hélos aquí:

«Sea la práctica del bien una ley que desde luego se imponga en tu alma sensible y generosa.

Experimente un placer nuevo tu espíritu en perfeccionarse para la felicidad de tus semejantes, porque el que no ama á su arte no ama á los hombres.

Penétrate de respeto hacia el carácter sagrado de la desdicha y muéstrate compasivo y generoso.

Aplica un bálsamo consolador á las llagas del alma; procura al menos enjugar las lágrimas cuando no puedas estancarlas.

Si la esperanza te abandona, no dejes de disputar la vida á los últimos golpes de la muerte y aleja todo cuanto pueda anticipar las largas horas de una cruel agonía.

La dignidad de tu sacerdocio debe realizarle á tus propios ojos: trata á tus semejante con aquella familiaridad noble y atractiva que á un mismo tiempo infunde respeto y se granjea confianza.

Guarda fielmente el secreto á quien abiertamente te haya confiado los secretos vergonzosos de sus flaquezas y pasiones.

Ni el sórdido interés ni el oprobio de la vanidad profanen la excelencia de tu profesión: aspira á las bendiciones y no al oro: lleva la esperanza y el consuelo lo mismo á la cabaña del pobre como al palacio del rico: confiesa tus errores con candor; y respeta, en fin, á los dioses cuya bondad y omnipotencia demuestra á cada instante tu arte».

La mayor parte de tales principios sustanciales, felizmente están en el corazón de todos nuestros médicos, y no es á este respecto que necesitamos se nos llame la atención, sino á cuestiones de accidente, no de esencia, si se permíese. Cuantas veces por una sola palabra proferida á destiempo, más por descuido que por maldad, aumentamos el sufrir de un paciente ó minamos la reputación de un colega!

Hoy que la medicina ecuatoriana efectúa un movimiento nacional, primero de tal género en su historia, encontramos oportuno que junto con tanto problema de interés científico que se debate, se tome en consideración el proyecto que presentamos á la benevolencia de esta Sección, modesto trabajo calcado sobre análogos que nos ha sido dado conocer, que no persigue el mérito de la originalidad ni de la suficiencia; producto de selecciones adaptadas en nuestro ambiente profesional y que pretende sólo servir de base, de fundamento ó punto de partida para otros más completos.

He aquí el trabajo, el cual, con las modificaciones que la Sección tuviere á bien introducir, me permito solicitar sea resuelto con voto del Congreso;

El Primer Congreso Médico Ecuatoriano

Insinúa á los señores Facultativos de la República la observancia de los siguientes preceptos de Dcontología Médica:

CAPITULO I.

DEBERES PARA CON EL PÚBLICO EN GENERAL

Art. 1º.—El ejercicio de la medicina tiene por primordial objeto alta mira humanitaria: aliviar los sufrimientos físicos del hombre y prolongar su vida. Y si bien es indiscutible el derecho del médico á la justa compensación de sus servicios, no obstante, consideraciones de carácter económico deben ser subordinadas al ideal primero. Por tanto, quien adopta la profesión médica ha de proceder de acuerdo con esta declaración, asumiendo los deberes y responsabilidades consiguientes. «Paciente y sobrio, pronto sin rayar en precipitación, piadoso sin incurrir en superstición, exacto y propio en todos los actos de su vida pública y privada». (Hipócrates)

Art. 2º.—Es deber, pues, del médico para llenar propiamente sus altas funciones y cumplir los deberes asumidos al adoptar su profesión, mantener y profundizar su instrucción, evitando rezagarse en la marcha del progreso moderno, manteniéndose al corriente del movimiento evolutivo del arte de curar, por medio de constante estudio y de incesante labor, no pudiendo nada libertarle de la obligación en que se halla de seguir la marcha de la ciencia.

Art. 3º.—A fin de que la majestad de la profesión sea mantenida al nivel que le corresponde, su prestigio exaltado y la esfera de su utilidad dilatada, así como la inclinación á los debates y á la investigación estimulada, todo médico debe pertenecer á sociedades de índole relacionada con su profesión, y á cuyo desarrollo ha de dedicar parte de su tiempo y energías.

Art. 4º.—Como buen ciudadano que hay que suponerle y por razón de las condiciones en que sus estudios y su experiencia le colocan, tiene especiales facilidades para cooperar con los Poderes Públicos á la difusión y cumplimiento de las disposiciones sanitarias y médico-legales, prestando aconsejar sobre la materia en cualquiera ocasión, divulgando tales conocimientos entre las clases populares, y sobre todo, dando ejemplo de docilidad y de observancia de las leyes pertinentes, en cuyo conocimiento debe estar familiarizado.

Art. 5º.—Profesionales especialmente interesados en labores de higiene pública deben divulgar el conocimiento de los reglamentos de cuarentena, hospitales, asilos ó instituciones análogas y de cuanto concierne á la prevención de enfermedades contagiosas y epidémicas, no reduciéndose á su labor oficial sino ejercitando sus esfuerzos privados. Las epidemias constituyen ocasión de que el médico imprima mayor interés á sus funciones, sin permitir que la idea del peligro para su vida ó intereses atenúe el entusiasmo por su noble labor. En todo caso, es su deber imprescindible dar ejemplo en el cumplimiento riguroso de las

leyes sanitarias, especialmente las relativas á notificación y denuncia de los casos que lo requieran, pues cualquiera omisión á esta respecto constituiría una postergación de los intereses públicos por los privados, y un ataque á la seguridad de la comunidad.

Art. 6º.—Por razón de la relación íntima del ejercicio de la medicina con la farmacia, los médicos están llamados á prestar su cooperación y ayuda á los farmacéuticos, quienes, subordinados en lo profesional á aquéllos, han de ajustar su proceder y actitud consiguientemente. Pero tal ayuda y protección por parte del médico cesará respecto al farmacéutico que invadiendo campo extraño á él, emprenda el tratamiento de enfermos por sí mismos, incurra en alteración de fórmulas presoritas, en venta de sustancias alteradas ó cualquiera irregularidad análoga; no sólo evitando solidaridad en la materia sinó contribuyendo á su represión.

Art. 9º.—Existiendo parecida condición entre médicos y obstetrices, las relaciones entre éstas y aquéllos han de regularse sobre las mismas bases de ayuda y compañerismo, así como de subordinación profesional y restricción de sus funciones al círculo que las encierra.

Art. 8º.—Es obligación del médico prevenir al público acerca del peligro constituido por el empirismo irresponsable elevado á la categoría de competidor de la profesión diplomada, y con el cual no le es permitido fraternizar.

Art. 9º.—Es contrario al espíritu de la profesión:

Avisarse de manera distinta de la generalmente empleada, que se aparte de una forma discreta y seria.

Costear ó inspirar publicaciones de curas portentosas, éxitos brillantes, etc., ignorando ú olvidando que el mejor aviso es un cliente agradecido.

Ofrecer servicios por precio menor que el generalmente establecido, haciendo así imposible una competencia razonable entre los médicos del lugar.

Acordar comisiones ó estipendio por consecución de clientes.

Prometer curaciones radicales, y en lo general, garantizar el resultado del tratamiento.

Blasonar de poseer métodos ó sustancias secretas.

Prescribir drogas nuevas de composición ignorada, excepto cuando lo aceptado de la preparación y su comprobada inocuidad hacen de ella un agente más ó menos digno de confianza.

Contribuir á evadir las disposiciones legales proporcionando certificados que no correspondan exactamente á la condición del interesado.

Extender informes sobre la bondad de productos terapéuticos, más por condescendencia que por convencimiento.

Art. 10.—Siendo el exclusivismo de métodos y sistemas contrario á la índole liberal y progresista de la medicina moderna, ningún médico basará su ejercicio profesional en principios dogmáticos ó sectarios, pudiendo utilizar, cuando las circunstancias lo aconseje, sistemas de cualquier escuela.

Art. 11.—Las consideraciones y deberes de confraternidad entre facultativos no obstan en manera alguna á la libertad y energía que han de emplearse en la denuncia y prosecución de accidentes delictuosos, si por desgracia ocurrieron en el seno de la profesión; pues, antes que el indiyiduo, están el honor de aquélla y los intereses del público.

CAPITULO II

DEBERES PARA CON EL ENFERMO

Art. 12.—Suavidad, paciencia y discreción deben caracterizar los actos del médico. La necesidad de recordar todo lo relativo á la observancia del secreto profesional es imperativa; así como la delicadeza en la actitud y maneras, y la benevolencia que ha de ejercitar en casos de intemperancia de carácter ó deficiencia de educación social que encuentre en el enfermo ó su familia.

Art. 13.—Pero cuando los intereses ajenos estén amenazados, y por guardar reserva sobre enfermedad secreta que afecte á un individuo, se pone en peligro la vida ó la salud de otra persona, talvez de una familia, es deber del médico revelar en la forma debida y sólo ante quien corresponda, el peligro existente, procurando tener en cuenta las disposiciones legales sobre la materia.

Art. 14.—Un médico está en libertad de prestar ó no sus servicios á quien lo solicite siempre que haya otros facultativos al alcance del interesado. Pero tal libertad desaparece si él es el único en la localidad, en cuyo caso, está obligado moralmente á prestarlos, salvo imposibilidad material insubsanable.

Art. 15.—Una vez hecho cargo del caso no lo descuidará ni abandonará por considerarlo incurable, menos aún por no reportarle compensación económica, hasta que haya alcanzado un término cualquiera ó hasta haber sido reemplazado por voluntad expresa del enfermo ó de su familia, ó por propia iniciativa.

Art. 16.—Los honorarios á que el profesional tiene derecho por sus servicios han de guardar proporción no sólo con el tiempo y el trabajo invertidos, sino, así mismo, con la aptitud pecuniaria del enfermo y con la importancia relativa de la curación; es decir, con lo que al enfermo le signifique la recuperación de su salud en un orden económico.

Art. 17.—Individuos de pobreza reconocida que por circunstancias especiales no puedan atenderse en asilos de caridad, las congregaciones religiosas regulares de ambos sexos, los otros médicos y sus parientes y servidores íntimos dependientes de ellos, tienen derecho á servicios gratuitos; no estando incluidas, naturalmente, en esta categoría, las sociedades de beneficencia con rentas propias y las sociedades cooperativas.

Art. 18.—Casos de enfermedad dudosa ó grave ó aquellos que requieran opinión de especialista, indican la necesidad de juntas que, si no solicitadas por la familia, será exigida por el médico de cabecera, al mismo á quien toca presidirlas.

Art. 19.—Para que las juntas llenen su objeto, cual es, la investigación de condiciones existentes y la adopción del plan curativo más conveniente para la salvación del enfermo, se hace preciso que la mayor independencia de opiniones prevalezca. Todo médico miembro de ellas deberá, pues, ser sincero en sus opiniones, franco en la expresión de las mismas; sin que prejuicios, sentimientos de sumisión profesional ó espíritu de rivalidad influyeran de manera alguna la libertad de que han de estar provistos.

Art. 20.—Pronóstico en la práctica médica es una de las cuestiones que envuelven mayor importancia y requieren mayor tino. Cuando una convicción al respecto es formada y es preciso manifestarla, conviene tener en cuenta su oportunidad y su forma; si fatal ó grave, ha de ser expresado á los deudos más íntimos tan pronto como los signos del peligro se observen y sin atenuar ni exagerar la verdad de las circunstancias.

CAPITULO III

DEBERES PARA CON LOS OTROS MEDICOS

Art. 21.—Consideraciones y estimación recíprocas son la base de las relaciones entre individuos de una misma profesión. La exactitud, factor de éxito y reputación, es particularmente necesaria en compromisos entre colegas; la puntualidad, que es una de las formas de la exactitud, ha de ser estrictamente observada, especialmente en ocasiones de juntas y otras análogas, pues a parte del ahorro de tiempo que significa, constituye una cortesía á que el compañero tiene derecho. Cuando, sin embargo, por razones imprevistas, no raras en la profesión, un retardo es inevitable, deberá prevenirse por mensaje escrito, verbal ó telefónico á fin de que una espera razonable se efectúe; pero si efectuada ésta la concurrencia del ausente no ha sido posible, el caso es urgente y no hay facilidad de volverse á reunir, ó simplemente tal es el deseo del enfermo ó de su familia, los médicos presentes pueden proceder al examen y discusión del caso, aun cuando el médico ausente sea el de cabecera, comunicándole después el resultado por escrito ó verbalmente. En caso tal, tacto especial ha de ejercitarse, pues para la deliberación no contribuye el informe y opinión de quien observó el curso de la enfermedad.

Art. 22.—Cuando él ó los médicos llamados en consulta han completado el examen del enfermo, procederán, previo informe del de cabecera, á discutir las circunstancias del caso, usando de la palabra en orden inverso á su antigüedad, hasta llegar á un acuerdo sobre diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Tal conferencia se efectuará en condiciones de reserva que aseguren su libertad ó independencia. Ni discusión ni declaración alguna se verificará ante el enfermo ó su familia, excepto por resolución expresa de la misma junta; y ni opinión ni pronóstico se anunciará que no sea el adoptado por ella.

Art. 23.—La antigüedad de un facultativo se computará por la fecha de su diploma de doctor, ó sea por la de su graduación.

Art. 24.—Cuando ocurra diversidad de opiniones tras debate prudencialmente prolongado, prevalecerá la mayoría, para lo cual debe procurarse que la junta se constituya por número impar.

Art. 25.—El médico de cabecera es el responsable del caso á su cargo; por consiguiente, tiene así como los deberes, los derechos que emanan de tal responsabilidad. Es su atribución prescribir y modificar el tratamiento, omitiendo ó reformando disposiciones, así en lo relativo á medicación como á dieta ú otras medidas terapéuticas ó profilácticas,

aunque hayan sido acordadas por la junta, (cuerpo consultivo cuya actuación se reduce á ilustrar el criterio de aquél), si el curso de los acontecimientos justifica su acción, cuidando sí de comunicarlo á la junta siguiente con los motivos que lo indujeron á apartarse de las decisiones de la anterior.

Art. 26.—El médico que ha concurrido á una junta como consultor, no se hará cargo del caso reemplazando al de cabecera; excepto por excusa previa de éste, con su conocimiento, y á pedido del enfermo ó su familia.

Art. 27.—Si en ausencia del médico de cabecera ocurriere algún incidente que exija atención inmediata, cualquier médico cuyo curso se solicite debe ocurrir al llamamiento; pero su actuación se reducirá simplemente á combatir la novedad que causó su llamada, sin intervenir en el tratamiento principal y retirándose al arribo del de cabecera, salvo que éste y la familia lo inviten á continuar en asocio, en cuyo caso le es potestativo de hacerlo.

Art. 28.—Cuando un enfermo es enviado al especialista por su médico, es lo propio que aquél lo devuelva con su opinión, (escrita al ser posible), sin asumir el tratamiento.

Art. 29.—Ningún médico sin incurrir en grave violación de los deberes para con sus compañeros de profesión, asumirá el tratamiento del enfermo bajo cuidado de otro médico, sino con el asentimiento de éste y después de asegurarse de que por una razón ú otra ha cesado en sus funciones y se halla desligado del caso.

Art. 30.—El médico que reemplaza á otro en el tratamiento de un enfermo se cuidará de todo comentario que en manera alguna pueda deprimir al sabiente. Tales comentarios y censuras, aunque simplemente insinuados ó vagos, tienden á deprimir ante el concepto del enfermo y sus allegados no sólo la persona sobre quien van dirigidos, sino también la profesión en general y por consiguiente, al autor de los comentarios.

Art. 31.—Cuando varios médicos son llamados por enfermedad súbita, el primero en llegar es quien de acuerdo con la práctica constante queda de cabecera; pero si hay médico de familia que aunque no estuvo en los primeros momentos, arriba después, y el deseo del enfermo ó sus deudos se trasluce en tal forma, será éste quien tome á su cargo el caso, debiendo el primero cederle su puesto, sin que ello le signifique la menor postergación.

Art. 32.—Cuando durante ausencia temporal un médico deja á otro al cuidado de su clientela, es deber del reemplazante extremar su solicitud cual si se tratara de sus propios clientes, y continuar en lo posible el tratamiento instituido por el principal, sin alterarlo ni modificarlo sino cuando fuere imperiosamente exigido por algún cambio en la condición del enfermo; sin incurrir en el prurito de recetar, y procurando mantener la autoridad y prestigio del dueño del caso.

Art. 33.—El médico en sus relaciones sociales con el enfermo bajo el cuidado de otro facultativo, observará la mayor cautela y reserva al expresar cualquiera observación relacionada con la enfermedad en curso. Se abstendrá cuidadosamente de cualquier reticencia alusiva á diagnóstico ó tratamiento, de expresar cualquier discrepancia que pudiera abrigar al respecto, evitando, en una palabra, disminuir aunque sea en mínima porción, el prestigio del médico á cargo del caso y la confianza en él depositada.

Art. 34.—Todo médico evitará en lo posible, posiciones de delicadeza profesional y social, hacer visitas amistosas á enfermos que no se hallen bajo su cuidado; pero si tales visitas se efectuaren, procurará con su porte y conversación imprimirles su verdadero carácter, apartándose de todo tópicó médico, absteniéndose de inquirir pormenores sobre la enfermedad, etc, y menos aún, de sugerir puntos de tratamiento, y actuando en lo general con prescindencia del carácter profesional del visitante.

Art. 35.—Cuando por ausencia del médico de la familia, otro cualquiera ha sido llamado, cumple á la delicadeza de éste entregarle el caso á su llegada, y después de informar respecto á las condiciones y tratamiento, retirarse.

Art. 36.—La comunidad de propósitos, de labores y de ambiente que constituyen los lazos de fraternidad entre médicos, mayores aún entre los de determinada localidad, deben traducirse no sólo por consideraciones recíprocas, sino también, por servicios con el mismo carácter. La prudencia y la experiencia, por otra parte, aconsejan no tratarse así mismo ni á su propia familia, siendo por ello lo acertado y lo establecido, acudir á los servicios de un colega, quien ha de corresponder solícito á la demanda prestándolos esforzados y gratuitos; pero los servicios en tal forma no han de hacerse extensivos sinó á personas que dependan pecuniariamente del colega.

Art. 37.—Diferencias entre médicos por asuntos profesionales serán dirimidas por un tercero cuya honorabilidad y competencia general merezcan la confianza de ambos,

DISCUSION:

DR. MORAL.—Considerando como muy útil y acertado el trabajo del DR. COELLO; propono se someta á la oprobación de la Asamblea General.

Deontología Médica

POR EL

DR. SAMUEL MORA Y MARTINEZ

Este vocablo derivado del griego, significa Deber; sólo se ha usado en Francia por Littré; pero la última edición (14—1914) del Diccionario de la Academia Española ya lo trae y dice así: «ciencia ó tratado de los deberes» única acepción. Dechambre (1) lo define de esta manera: «La deontología médica es la parte de la medicina que se ocupa de los deberes del médico.» En rigor ella no debería comprender sino los

[1] Traducido del Diccionario Usual de Ciencias Médicas por Dechambre, Mathias Duval. Lereboullet, 3ª edición, París, 1897.

deberes de los médicos entre sí, hacia sus compañeros ó hacia sus clientes; pero se tiene la costumbre de comprender las diversas obligaciones impuestas al médico por las leyes y los reglamentos. En este sentido se aplica á las condiciones requeridas para ejercer la medicina, al papel del médico como perito, á su responsabilidad delante de los tribunales y de las familias, á sus relaciones con la justicia, &c. En cuanto á los deberes morales del médico, ellos se refieren sobre todo á su educación, á sus costumbres, á su buen porte en el vestido, á su instrucción, á su concurso en la obra de la ciencia, á los sentimientos que deben guiarle en su vida profesional, á las reglas de una terapéutica honrada y concienzuda, á la conducta que debe observar en ciertas circunstancias delicadas, á lo que respecta á los honorarios, á las relaciones de los médicos entre sí, á las consultas, á la acción moral que el médico puede y debe ejercer sobre la sociedad, &c.*

Littre lo define así: «Parte de la medicina que trata de los deberes (y según alguno, de los derechos) de los médicos». Pero Dechambre reserva, por lo que respecta á los derechos de los médicos, este otro vocablo, también francés, y derivado del griego: Diceología». (1)

Esta asignatura ni siquiera figura en los programas de enseñanza médica, no obstante su importancia social, pues es el código de honor del médico. Es dolencia de la época, sobre instrucción y falta educación; alguien dijo: el mundo se pierde por falta de lógica; yo no digo eso; yo digo: el mundo se va á acabar por falta de educación social, moral y religiosa; nadie hoy se preocupa de estas pequeñeces; todo bicho tira utilidades, lo que prueba que la doctrina de Jeremías Bentham es la sola doctrina que pruba hoy en el mundo; ejemplo como un mundo: la actual guerra europea.

Concretaré mi tema á los siguientes prediados:

INSTRUCCIÓN, CIENCIA.—El médico no solo debe escribir claro y con ortografía, sin enmendaturas, sin abreviaturas y siempre que pueda, con tinta, todas sus fórmulas, direcciones y regímenes, hablar correctamente, gramaticalmente el lenguaje y nomenclatura de su arte, sin vulgarismos, anglicismos, galicisms, latinismos, germanismos, helenisismos, ni grecizar, forjando vocablos ó neologismos greco—latinos bárbaramente contruidos, como los que transcribo á continuación y que usamos muy campantes:

DECIMOS:	DEBE DECIRSE:
Abraquia.	Lipobraquia.
Abraquiocefalia.	Lipobraquionocefalia.
Acinesia.	Dyscinesia.
Actynomicosis.	Actynomycetosis.
Aeromegalia.	Megalacria.
Amyotrofia.	Myatrofia.
Amyataxia.	Myataxia.
Amyastenfa.	Myastenfa.
Anoftalmfa.	Monoftalmfa.
Anemia.	Oliguemia.
Anorquidia.	Anorquia.
Asystolia.	Disystolia.

[1] Diccionario de los términos técnicos usados en medicina, por M. Gardner y V. Delamare, 3ª edición, Madrid, 1915.

Atetosis.	Atesia.
Bacilemia.	Bacteriemia.
Braquiotomía.	Braquisotomía.
Diplocefalia.	Dicefalia.
Diplosomía.	Disomía.
Esplenomegalía.	Megalosplenía.
Fobia.	Fobus.
Fagocytosis.	Celulofagia.
Gastroptosis.	Gastroptosis.
Hemostasia.	Hemostasis.
Histolisis.	Histolisis.
Hypacoasia.	Dysecofa.
Hiperacusia.	Euecofa.
Microbio (Sédillot)	Bacteria ó bacilo.
Profilaxia.	Profilaxis.
Polakiuria (Dieulafoy)	Sychnuria.
Quiromegalia.	Megalquiria.
Radiografía.	Actinografía.
Radioscopia.	Actinoscopia.
Radioterapia.	Actinoterapia.
Scribomania.	Grafomanía.
Stercoremia.	Copremía.
Tenotomía.	Tenontomía.
Tenorrafía.	Tenontorrafía. (1)

Esto no es más que un epítome del millón de neologismos que usa hoy nuestro arte, cuya enumeración necesitaría cuatro volúmenes en 4º mayor, por lo menos. Sus autores apenas han pisado los umbrales de las cátedras de griego y de latín y esa la razón de cometer á cada rato tantos barbarismos y solecismos, haciendo pésimas construcciones greco—latinas, griegas ó latinas solamente, entorpeciendo el Verbo de los grandes maestros.

¡Ojalá mis honorables colegas que honran la sede del Congreso Médico, soliciten de la actual Legislatura la enseñanza obligatoria del griego y del latín, raíces de nuestro idioma, á todo alumno que se matricule en las Universidades de la República, para no seguir hablando en griego, en patois, en caló, en germanía y en quechua. A propósito: revisando á la ligera la última edición de nuestro léxico, he visto con sorpresa que es este augusto tribunal de la Academia Española está tocado también del modernismo, trayendo de las greñas muchos vocablos franceses y americanos y sentándolos en los sitios donde todavía viven otros de ce pa netamente castellana. Al vivir don Marcelino y don Rufino José, he-lenistas consumados, y filólogos de verdad, no estarían ahí molinos de vergueza, hotel, microbio, altruismo, neceser, ayaca, chicha, arepa, y qué sé yo cuántos más babrán en él. No sé por qué no les han abierto la puerta á control y controlar, constatar, cock—tail, suaré, lunch, menú y más que todos ellos á nuestro popular abolengo, el insigne, el onomatopéyico Viscaino, cuando allí está con todas sus letras la barragana de él, quizás más vieja que él, es verdad, y otro que teniendo nombre propio de etimología latina, está allí tan campante, como si nada. Culpa de

(1) Cómo se deben formar los neologismos médicos derivados del griego. La Semana Médica, N° 52, 1906, Pág. 614. Por el doctor M. Sakorrophos, médico atenense.

este descaeto es de los académicos de número, faltos de carácter, pará negar la hospitalidad á algunos de los correspondientes, atrevidos, hartos de pretensión, por semejantes ahijados. En tan augusto tribunal ni están todos los que son, ni son todos los que están. Algunos de ellos co-nozco que apenas si sabrán declinar el sujeto «quis vel qui.» Ya les saldrá Valbuena al frente, si es que aún vive, por esta adehala de ripios. En resúmen: el médico no solo debe ser instruído en su arte, sino saberlo hablar y escribir, y no seguir usando dispensario, consultorio, morgue, médico y cirujano, obstetrix, etc.

TERAPÉUTICA HONRADA.—Transcribiré íntegro mi artículo titulado «Contravenciones Profesionales» publicado en la Gaceta Médica, N.º. 1.º. año 1.º. de 15 de Junio de 1893, que dice así:

CONTRAVENCIONES PROFESIONALES

Entre las muchas que se cometen en el sagrado ministerio que ejer-cemos, nos permitimos, hoy por hoy, poner reparo en la que por pura cos tumbre delinquimos sobre el arte de formular.

El horror es patrimonio de la humanidad, y la moda, cuya suges-tión nos ha alcanzado, salva toda valla por insuperable que sea,

Dujardin-Beaumetz y Dorvault, maestros cuya sabiduría los ha hecho acreedores al aplauso universal en el mundo médico y farmacéu-tico, nos han enseñado á formular según la ciencia; y sin embargo, es-tamos olvidando sus lecciones, nada más que por indolencia y fascina-ción. Preferimos lo fácil y anónimo del Diario y el Almanaque, cuya en-señanza es como la luz de los fuegos fatuos, que apenas ilumina y por un instante.

Escuchemos, pues, lo que el gran clínico terapéutico nos dice en su primera lección sobre la materia: «La tolerancia ha dado alas á la espe-culación, cuyo incremento es ya espantoso, pero en ninguna manera ú-til, ni científico, ni económico para el público doliente, quien autorizado por el médico y engañado por los prospectos que cubren las preparacio-nes, se rinde á discreción á tomar las drogas privilegiadas.» Rechazad, pues, sin restricción alguna, la mayor parte de las especialidades mo-dernas que inundan el campo de la Terapéutica».

«Os aconsejo, pues, que formuléis siempre, pero bien: dejad la fac-tura á los comerciantes y pulperos, si no queréis ser empíricos».

«Pero no formuléis muchos medicamentos á la vez; abandonad esa terapéutica escandalosa que inconscientemente acumula para un solo pro-ceso patológico, medicamentos ó medicaciones las más opuestas; sed lo más sobrios posible, es decir, limitaos á recetar sólo lo útil, sin que por esto dejéis de arreglar vuestras fórmulas, lo más agradablemente para el paladar de los enfermos; pero sin comprometer la acción de la base prescrita».

«Tampoco os dejéis arrastrar por las exigencias del paciente, de la familia y de los amigos: siendo dueño de vuestro diagnóstico, no es-cuechéis los clamores sin fundamento, contra tal ó cual medicina, sino queréis caer en el error de una medicación sintomática; esta conducta es funesta y contraria á la práctica de un buen clínico—terapéutico. Te-

ned confianza en vuestras fuerzas terapéuticas y el triunfo será vuestro, salvo casos excepcionales».

Hasta aquí los consejos del Comendador de la Legión de Honor, merecida distinción que la Gran República Francesa acaba de discernirle por su sabiduría, prudencia y humanidad.

Escuchemos ahora los del anciano maestro Dorvault, cuya muerte deplora la ciencia: «La aplicación de los conocimientos adquiridos en química, física, farmacia, historia natural y terapéutica, el empleo en fin, de los medicamentos, constituye el arte de formular. Además, se necesitan cualidades que no se enseñan, es decir: un tacto perfecto y un discernimiento á toda prueba. El Arte de Formular es el criterium de la medicina: ars medica est id quod est propter therapeuticeen».

«En la Fórmula vienen á concentrarse todos los conocimientos médicos: por ella se juzga el verdadero saber del práctico: un hábil anatómico, un gran fisiólogo, un buen patólogo, en una palabra, un hombre profundamente versado en la mayor parte de los conocimientos médicos, si no sabe aplicar estos conocimientos, es decir, formular, será un sabio, pero nunca un médico. Por eso el vulgo dice: el verdadero médico es aquel que cura».

«Hay una gran diferencia entre una fórmula y una ordenanza: la primera constituye lo que en Francia se llaman Preparaciones Magistrales; la segunda, Preparaciones Oficiales, prescritas por el Códex y las Farmacopeas, como también por algunos médicos; estas últimas, no por estar publicadas en el Dispensario, son todas buenas».

«No prescribáis jamás á la vez gran cantidad de medicamentos fácilmente alterables; formulad sólo para el tiempo de doce ó veinte y cuatro horas, según el clima, como por ejemplo: las emulsiones, paciones, etc.»

«Evitad formular medicamentos nuevos, sin averiguar antes con los farmacéuticos si los tienen en su oficina, su procelerecía y su valor; sin que conozcáis bien su materia médica y su acción fisiológica y terapéutica, sancionada por los grandes prácticos».

Antes de formular, tened en cuenta la fortuna del cliente, pues hay drogas á las cuales la forma farmacéutica hace subir el precio, sin que por esto se altere ó debilite su acción terapéutica. Mientras á un cliente acomodado podéis sin escrúpulo formularle como purgante una botella de agua de Sedlitz, no podrías hacer lo mismo con el pobre, á quien sin perjuicio le prescribiréis bajo otra forma igual sustancia. Al contrario, hay otros medicamentos que son demasiado caros para recetarlos á los pobres; pero para obviar esta necesidad, la terapéutica cuenta en su arsenal con los sucedáneos; pero esta sustitución sólo debe hacerla el médico y de ninguna manera el farmacéutico».

«El diagnóstico ha alcanzado la cumbre en muchas enfermedades, debido á la semeyótica, química y microscopía. La clínica terapéutica ha adelantado también; pero no todo lo que debiera, porque los médicos se han preocupado más del diagnóstico que del tratamiento, cuando ambos estudios son paralelos, son hermanos gemelos que deben marchar juntos sin atrasarse una línea en su camino. De este descuido nacen los escépticos que no creen en la acción curativa de los medicamentos; rechazan como absurdo todo problema terapéutico difícil de resolver».

«Quién hay que ignore la acción maravillosa y matemática de la atropina, de la eserina, y de la cocaína en la medicina y cirugía ocular?»

«¿Quién niega hoy la acción calmante de todos los alcaloides del



opio y la acción antiperiódica de los de la quina? Y así como el opio, la quina, el mercurio, el hierro, el tártaro, hay una infinidad de sustancias cuya acción terapéutica está científicamente demostrada. Negar estos hechos, sería negar la luz y el movimiento».

«Ciertamente que hay aún sustancias cuyo uso es todavía empírico para el médico; pero esto no quiere decir que no sean útiles ni que deba estudiarse menos».

«Para los escépticos basta siempre el esfuerzo de la naturaleza; todos estamos de acuerdo en que los médicos no son en algunas ocasiones sino ayudantes de la naturaleza, pero de esto no debemos concluir que la terapéutica no exista; esto sería un absurdo, ignorancia y mala fe; la práctica desmiente á cada paso, semejante aserción».

«Abandonad, pues, la medicación expectante, que os hace sistemáticos. En fin, un buen médico debe ser eclético».

«La medicina es un sacerdocio que exige profunda convicción. Sacerdote que no cree, es un mal ministro del altar; del mismo modo, el médico que no cree en su ciencia, es también un enemigo de la humanidad».

Hasta aquí, las reflexiones del sabio anciano de «La Oficina».

Ahora seguiremos nosotros considerando el Arte de Formular desde el punto de vista económico para la clientela y para los farmacéuticos. Hablando sobre las especialidades expondremos primero el proyecto que ideó Mr. Rouvier, Ministro de Finanzas en Francia, para completar el Presupuesto, pues faltaban 15.000.000 de francos. Buscando cual ramo mercantil podía afectar sin gravamen, halló el de la industria de las especialidades. Siendo el número de fabricantes de esta pingue especulación, numerosa, pues llega á 6000, cada uno pagará sin esfuerzo alguno la suma de 2,500 francos. Tengamos presente que quien indirectamente paga el impuesto son los consumidores, y de preferencia los extranjeros; pues la Francia no es su mercado, porque su consumo, salvo raras excepciones, no está autorizado ni por la Academia, ni por los hospitales, que son los jueces natos en el asunto; el jurado de las exposiciones rara vez es imparcial y acertado. Tananónima mercancía sólo está reservada para nosotros que la pagamos á precio de oro, por la falta de competencia nacional en esta ciudad, por el cambio y por los derechos de aduana.

Volvamos á Mr. Rouvier y preguntémosle qué motivo tuvo para tal impuesto? El nos contesta con los siguientes:

1°.—Las especialidades son producto del lujo.

2°.—Su venta ha hecho ilusorio el uso del Laboratorio en las Oficinas de Farmacia, convirtiendo al farmacéutico en simple pulpero.

3°.—Los médicos, alocados por las especialidades, han abandonado el estudio de la Materia Médica y Terapéutica y por consiguiente, han olvidado el Arte de Formular.

Excusado es decir que el gremio especulador ha puesto el grito en el cielo é incrimina á las Escuelas de Medicina y de Farmacia de haber sido las informadoras oficiales del señor Ministro de Finanzas de Francia. Si así hubiese sucedido, las felicitamos desde acá por tan pa-

tróticamente proceder, que si bien no remedian el mal de raíz, á lo menos, han dado la voz de alerta al mundo entero sobre la intemperancia mercantil de las especialidades.

Suben á cuarenta y uno las casas francesas que exportan sus especialidades farmacéuticas para Guayaquil, cuatro las inglesas y doce las americanas.

Por el Anuario de Estadística Comercial de la República del Ecuador del año 1891, sabemos que la importación de drogas á esta ciudad, de Europa y Estados Unidos, monta á la suma de \$ 108,657, 84; por informes tomados de los mismos farmacéuticos, la mitad de esta suma corresponde á las especialidades. Estos nuestros compañeros y eficaces cooperadores en el arte de curar, no sólo no ganan nada, sino que pierden, pues muchas de ellas se alteran. Perseguidos para vender las preparaciones oficiales y magistrales y atender á los pedidos del público y de las provincias, sacrifican sus ahorros y hasta su crédito para importar dichas especialidades. Respecto á la propaganda y al reclamo que hacen los especuladores, sería digno de mejor causa.

Ellos procuran fascinarnos, obsequiándonos con el periódico, la agenda, la muestra, la cartilla terapéutica, el almanaque y otras fruslerías de la laya, ni más ni menos como si fuéramos salvajes, á quienes los explotadores engañan, dándoles brujerías, por pieles, plumas, minerales y plantas.

Ahora preguntamos nosotros: ¿quién tiene la culpa de semejante comercio, cuya víctima es el enfermo?

Nosotros los médicos, que no queremos formular como lo mandan nuestros grandes maestros.

Si no queremos merecer el dictámen de empíricos, tornemos nuestro pensamiento á la ciencia, que ella nos dará, sino siempre la victoria, á lo menos una derrota honrosa.

Entre estas especialidades hay muchas falsificadas, otras que se alteran por el largo viaje, y el resto que sin ser falsificadas ni alteradas, son infieles en su acción.

Sea este el momento de hacer honrosas excepciones de algunas casas respetables por su ciencia y buena fe, como también, de algunas especialidades.

Toca á nosotros los médicos indicar á nuestros clientes las que han merecido el pase de la Academia de Medicina y aquellas que no es fácil preparar aquí, ya por no saber las cantidades de la fórmula, ya por falta de aparatos y especies necesarias para la fabricación.

Júzguese ahora de la diferencia de precios entre París, New York y Guayaquil, y si á los clientes, inclusive los acomodados, no les dolerá pagar un precio tan exagerado: toda especialidad que en París cuesta 2 francos, aquí vale 10, debido al cambio, gastos y derechos, pues cada kilogramo de peso bruto en drogas, cuesta \$/ 0.25.

Siendo por nosotros conocida la competencia de nuestros farmacéuticos, quienes á poco costo pueden adquirir las sustancias primas, ¿por qué no formulamos los jarabes, vinos, extractos, soluciones, según el Códex y la clínica terapéutica contemporánea? De esta manera ahorramos el sacrificio que tenga que hacer el cliente, quien algunas veces, en fuerza del curso que tome la enfermedad, tiene que abandonar la preparación formulada la víspera: conoceremos la acción diaria del medicamento; su reciente preparación y el conocimiento de su procedencia, nos garantizarán su eficacia: gana el médico, gana el farmacéutico y gana el

enfermo; desaparecerán los reproches y burlas, las más de las veces injustas, de unos y otros.

El hecho de tener cada caja, frasco ó botella, advertencia y señales que indican las falsificaciones ¿no nos está diciendo la existencia del fraude ó adulteración?

En casos urgentes ¿quién nos garantizará la legitimidad y pureza de tal ó cual especialidad?

Con tan posibles eventualidades, se impone la necesidad de que médicos y farmacéuticos nos pongamos de acuerdo para una convención que resguarde en lo sucesivo nuestros derechos y dignidad, conculcados á cada rato, por la ignorancia, la maledicencia y la ingratitud.

Si todos los farmacéuticos de Francia fueran como Mr. Limousin, nada tendríamos que decir ni que temer con respecto á especialidades. El, entre muchas cosas buenas de su ingenio, ha introducido en la Terapéutica y Farmacia una innovación que, aunque conocida desde tiempo atrás, le faltaba mucho para ser perfecta. Queremos hablar de las obleas, cuyo descubrimiento data desde hace veinte años, pero nosotros sólo las usamos hace 8 años. Esta preciosa forma farmacéutica ha echado por tierra la de las píldoras, tomas, cápsulas, etc., cuya repugnancia, infidelidad y alteración la hemos comprobado en nuestra práctica. Ella reúne todas las cualidades apetecibles; es decente, es elegante, es agradable y es inofensiva.

Ahora, para corroborar nuestros justos temores, traduciremos algunos apartes de las «Lecciones sobre los Alcaloides» por el doctor G. Bardet, quien al hablar de las aconitinas, dice así: «es necesario tener presente que bajo el nombre de aconitina amorfa, el comercio farmacéutico expende productos absolutamente indefinidos, de efectos inseguros en principios realmente activos. Sin compasión debemos borrar de la Terapéutica estos productos peligrosos que pueden dar ideas erróneas sobre la actividad de un medicamento muy energético».....

«Cuando prescribamos aconitina, formulemos nitrato de aconitina cristalizada. Así estaremos seguros de que el farmacéutico nos despachará un producto puro, muy activo y no un cuerpo indefinido».....

«Ojalá que de todos los alcaloides activos y peligrosos se prepararan cortas porciones de tinturas oficiales para evitar su alteración. El nitrato de aconitina cristalizada es activo á la dosis de un cuarto de miligramo y nunca debemos pasar de esta dosis; si no logramos sus efectos es porque el producto empleado es sospechoso, sobre todo, cuando no lleva una buena marca conocida. En semejante caso hay que desechar el medicamento».....

Es por esta razón que muchos médicos al formular productos semejantes, prefieren emplear gránulos (1) creyendo que así se libran de un mal medicamento. Pero deben saber que todos los fabricantes de gránulos no son abonados; hay procedencias sospechosas que debemos evitar; el lucro inmoderado del fabricante, cuando el medicamento es caro, y una división imperfecta, hace toda preparación defectuosa y peli-

(1) Hace unos diez años que usamos con éxito los gránulos impresos de L. Frere farmacéutico de París, en cuya casa fabrican desde la dosis de un $\frac{1}{2}$ de miligramo hasta 0.01 centigramo.

grosa. Escojamos una buena marca si queremos garantizar nuestras prescripciones».....

«Sería de desear que la química municipal, ensayara los alcaloides y todos los medicamentos nuevos y activos, antes de permitir su venta al por mayor, y cada frasco llevara una estampilla que garantizara la actividad á una dosis normal. ¿Los joyeros no titulan las alhajas? ¿Por qué no titular también la actividad de los medicamentos?»

Para terminar nuestro trabajo, recomendamos encarecidamente á nuestros farmacéuticos el estudio detenido de la farmacología y posología de todos los nuevos remedios y sobre todo el de los alcaloides: es decir, las formas bajo las cuales los preferimos en nuestra práctica y su dosis inicial en el niño y en el adulto».

Hace 22 años que me permití hacer estos reproches y á pesar de ellos, hoy nos hallamos en peores condiciones que en aquella época remota.

Léase ahora lo que dice René Gorbelaud: (1)

«La vehemencia y el esfuerzo de la industria no reconoce límites hoy; es necesario, en nuestros días, producir pronto y sin cesar, presentar al público algo nuevo.

Los farmacéuticos, como los perfumistas modernos, no admiten ya el viejo axioma:

NATURA NON FACIT SALTUS.

Ellos quieren, al contrario, fabricar en pocas horas, productos que la naturaleza gasta meses y hasta años para elaborar lentamente. Es la razón por la cual medicamentos de origen animal ó vegetal ceden cada día la plaza á los productos sintéticos. Ejemplo: todos los derivados de la serie aromática en perfumería. Igual caso sucede con las industrias que han tomado nacimiento en los elementos del arte farmacéutico, que modifican esencialmente las fórmulas conocidas.

Al mismo tiempo las especialidades, siguen paso á paso el gusto del público; el peligro de esta propaganda mercantil está en que no hay un farmacéutico práctico que indique su composición.

Hoy más que nunca es indispensable, desde todo punto de vista, conocer las fórmulas de las especialidades ó por lo menos las dosis de sus principios activos: pues muchas son puestas al despacho por gentes que no son farmacéuticos, ni médicos, ni químicos, y que se han apoderado de ciertos productos que pueden ser peligrosos entre sus manos.

La mayor parte de las especialidades son remedios secretos, no inscritos en el Códex, ni recomendados en ninguna obra de consulta en el tratamiento de las enfermedades, ni en terapéutica, ni en formulario.

Otras especialidades no deben sus propiedades sino á un reclamo desvergonzado; ejemplo: los polvos para curar la embriaguez, no están compuestos sino de bicarbonato de soda en la proporción de 98 á 99 % y polvos vegetales, como licopodio, todos inertes, son vendidos á precios fabulosos.

Desde el año de 1840, decía el profesor Bouchardat, en el prefacio de su nuevo formulario magistral, respecto de las especialidades:

[2] Formulario de las principales especialidades, París, 1900.

«Para contribuir en cuanto me sea posible á extirpar esta lepra de remedios secretos que deshonra y arruina el arte de curar, me he esforzado en establecer fórmulas que permitirán á los médicos reemplazar de una manera conveniente los principales arcanos, y al farmacéutico prepararlos».

En el Formulario (Edición de 1896) de los profesores J. y M. Jeanne, cuya autoridad científica hace fe, se lee esto:

«Las especialidades farmacéuticas son medicamentos cuyos fórmulas son publicadas y en ciertas farmacias se esfuerzan en monopolizar la preparación y la venta en su provecho con gran bombo de anuncios y reclamos.

El médico honrado é instruido no prescribe jamás remedios cuya composición ignora, y al hacerlo deja de ser médico para ser empirico. Después de la institución de la Academia de Medicina, el Gobierno no ha comprado ningún remedio secreto».

En el notable tratado de Terapéutica y de Farmacología por A. Richaud, se lee en la página 912:

«Sean mil veces malditas las asociaciones comerciales que con frecuencia existen entre médicos y farmacéuticos, asociaciones infames, por las cuales el enfermo es la víctima.

Sería de desear ver prohibir de una manera absoluta la venta de Especialidades? Sí. Por qué? Porque ninguna especialidad es indispensable; porque la Especialidad ha sido la causa principal, única, talvez, de la decadencia de la farmacia, y ella será en época no lejana la de la decadencia de la medicina.»

Y el gran filósofo y ético Grasset acaba de decir: «La abundancia, la profusión de Especialidades es el verdadero termómetro que mide la ignorancia de los médicos en el arte de prescribir.

Prescribir una Especialidad es para todos los médicos, hacer prueba de ignorancia, es para muchos, querer sustraerse á las responsabilidades, es para algunos, querer sacar del pobre enfermo un beneficio suplementario, ilegítimo é inmoral.

Prescribir Especialidades es dar pábulo al ejercicio ilegal de la medicina. Es animar al enfermo hallarse bien sin los consejos del médico.» (1)

En las grandes ciudades la Especialidad forma el cuarto, el tercio y aun la mitad de su cifra de negocios.

Las hermosas palabras de humanidad, de filantropía, lucen en sus prospectos; ellas curan todos los males, la intervención del médico es inútil. Los dueños anónimos todos, ofrecen volver el dinero si el resultado no correspondiere á las esperanzas. Las píldoras Z, el jarabe X, el polvo Y, ofrecido al público doliente por una Sociedad que tiene su asiento en el extranjero y al abrigo de la ley francesa, anuncian por medio de los diarios, la curación de la Tuberculosis, del Cáncer, de la Sífilis. Y sin embargo, la Tuberculosis sola, mata 250.000 franceses por año!

Y por qué huyen estos viles mercaderes, de la honrada inquisición de los Pasteur, de los Roux, de los Chamberland ó de los dignos discípulos de éstos?

Respecto de los sueros y vacunas que preparan y dan á la venta, sin examen previo de la Comisión nombrada por el Gobierno y sin ninguna autorización de parte de éste, es todavía más peligroso el tráfico vil,

(1) Richaud, tratado de terapéutica, 1908, París.

desvergonzado. ¿A qué fué debido las numerosas inoculaciones de sfilis en uno de los primeros puertos de guerra, y los todavía más numerosos casos de difteria comunicados en Italia? A virus y sueros insuficientemente atenuados.

Otros accidentes de igual género obligaron al Gobierno á intervenir: muchos laboratorios fueron clausurados, y desde entonces no permite el libre tráfico de extractos orgánicos, sin previo examen y autorización oficial de una comisión competente, sin perjuicio de llevar estampada en el prospecto ó dirección la siguiente sentencia:

«Esta autorización no garantiza la eficacia del producto» (1)

¡Qué reproche más terrible y abrumador que el que acaba de dar el Gobierno francés contra las Especialidades, con la expedición de estos Decretos!»

Hasta aquí las transcripciones quitadas al Formulario publicado por Mr. René Gerbelaud y puesto á la venta en París, Casa R. Gerbelaud, 89, Avenida Wagram, precio: 14 francos, 1909. París, 17.

Casi todas las preparaciones farmacéuticas traen en el rótulo esta clave: S. G. D. G. que quiere decir: Sin garantía del Gobierno.

Recomiendo con ahínco la lectura de este importante libro á los colegas que no lo conozcan.

Hay otro librito por ahí, titulado «El Mentor» (2) que contiene las fórmulas secretas de más de 1.000 especialidades, de las cuales hay una muy popular entre los viejos verdes y libertinos agotados, titulada: «Elixir (Godineau),» cuya fórmula secreta es: jarabe de azúcar adicionado de extracto de carne de caballos viejos. Se vende en París, calle de San Lázaro á 20 fr. frasco; esta misma se explota desde el año de 1890, y los tontos dan hasta ¡quince sures! por frasco.

Muy útil es la lectura de este librito, puesto que denuncia tanta superchería y mala fe.

Síguele en igualdad literaria este otro: «Anales de E. Merck,» año 26, 1912 y 1913. Léase también.

De toda esta enciclopedia de Especialidades, sólo el 5X1000 de ellas es apenas aceptable. El resto bien puede barse y echarlo al fondo de la ría, sin más quebranto que el nimio que sufrirían los charlatanes que las confeccionan.

Fuera de Alemania, Inglaterra, Francia, Italia y España, hay otro monstruoso mercader de todas estas porquerías que es el peor de todos, por su activa propaganda en nuestro pueblo y el favor que la presta la actual guerra europea, el acortamiento de la distancia por el canal de Panamá y nuestra candorosa estulticia para comprar á precio de oro y al contado toda mercadería yanqui. Desde luego, se comprende que trato de las especialidades yanquis, inclusive los sueros y vacunas.

Estos y estas son de procedencia y de factura tan sospechosas que la misma Farmacopea (3) les niega la hospitalidad, salvo el suero anti-

(1) Véase el Decreto de fecha 8 de marzo del año de 1907, artículo «Sueros terapéuticos y sustancias inyectables de origen orgánico» y léase el principio del artículo «Soluciones inyectables».

(2) El Mentor, para los nombres de los Nuevos Medicamentos, publicados por J. D. Riedel, Berlín, 1908, en francés.

(3) Libro de 700 hojas, de las cuales la mitad están en blanco e intercadas entre las Impresas; de estas la 10ª parte la llena una literatura fofa y engañante. Se necesita atril para hojearlo por lo voluminoso y pesado. La forma es yanqui legítima; es decir: antiestética. Es la 5ª edición, año 1907.

diférico y los dos productos animales *Glandulae Thyroideae*, *Siccae*, y *Glandulae Suprarenales Siccae*, son los únicos productos que hallan cabida en ella. Este criterio es un apóstrofe más contra toda especialidad, dada la psicología yanqui, ya oficial ó particular, que no pára mientes para el logro de sus rapaces especulaciones.

Con excepción honrosa hecha de los veinte millones de católicos, el resto del pueblo americano es netamente amoral, á pesar de su sabiduría muy discutible.

«La ciencia sin conciencia
es la ruina del alma.»

Ha dicho Armando Dauget en su importante librito «*Les Mortifoles*» sentencia que aplico á los viles traficantes yanquis.

Y otro filósofo cristiano al hablar del humanismo, derivado del modernismo, ha dicho:

«Es la expresión genuina del carácter utilitario de los norteamericanos, que no gustan de especulaciones abstractas.»

Voy á poner sólo dos ejemplos que abonan estos juicios: el robo de Panamá, violando y abrogando un tratado público; el escándalo de las conservas de Chicago; (1) y la fabricación de las balas Dum-Dum y su venta en grandes cantidades á los aliados contra Alemania.

«Los norte-americanos en tiempos más ilustrados, en la guerra contra sus indios, fingieron dejarse sorprender en un campamento donde de propósito habían dejado tercios de frazadas de violentos, las cuales llevadas por los indios fueron la causa de su muerte.» [2]

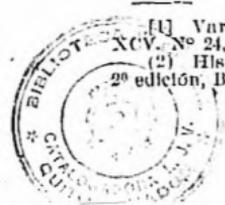
Ahora decidme señores miembros del Congreso Médico Ecuatoriano, un pueblo que comete á sangre fría semejantes salvajeces ¿qué podrá esperarse de él?

Y sin embargo, nosotros hacemos uso intemperante de todas sus especialidades y hasta de sus sueros y vacunas que ni siquiera llevan las ordenanzas del Códex respecto á su morfología y composición, que manda que no se emplee ningún antiséptico, que sean claros, inodoros y autorizados por una Comisión científica nombrada por el Gobierno. Conocida es la indiosmeracia expansiva y utilitaria de este pueblo que no desea sino la usurpación de todo el continente y el aniquilamiento de toda otra raza que no sea la de él.

RELACIONES DE LOS MÉDICOS ENTRE SÍ Y SU ACCIÓN MORAL SOBRE LA SOCIEDAD.—Mucho pudiera decir sobre esta tesis deontológica, pero no es esta la oportunidad para hacer reparos; me limitaré solamente á indicar la medida capital para salvar al gremio de la anarquía en que se halla hoy, por falta de rumbo, pues estamos al garete, como ovejas sin pastor. Providencial ha sido para nosotros la celebración de este certamen promovido por el patriotismo del M. I. C. C. sugerido, desde luego, por algunos honorables colegas, que hace dos años fueron también miembros del Concejo, y ¡quién sabe! si movidos por la triste impresión del desbarajuste en que nos hallamos y en previsión de un desastre completo. ¿Cuál es esa medida? La fundación de la Academia de Medicina, no libre, como lo fue

[1] Varín.—El escándalo de Chicago. La Semana Médica, página XCV, N.º 24, 13 de Junio de 1909.—París.

[2] Historia de la Nueva Granada, por José Manuel Groot, tomo I, 2.ª edición, Bogotá, 1880.



la instalada el día 1.º de enero de 1894, debido á la administración pública de aquella época, sino oficial, creada por Ley expresa del Congreso que actualmente está reunido; si algunos de nuestros dignos colegas de esta localidad estuvieren en él, autorizarlos para que presenten y defiendan como buenos el proyecto aludido, que si se realiza será honra y prez de una de sus mejores labores.

«El médico de los centros civilizados de alguna importancia como es ya Guayaquil, no debe ni puede limitar su acción al mero ejercicio del arte de curar, ni circunscribirla al estrecho círculo de los intereses personales. La medicina ejerce hoy en el mundo una acción mucho más vasta, una acción social. Y el médico que es el factor inteligente de esta influencia, busca, como por instinto, á su alrededor, elementos similares para ejercerlo firme y eficazmente. Tiene que obrar en la sociedad y buscar la asociación. Sila encuentra, centuplica sus facultades, y halla, en la unión, la fuerza.» (1)

En mi discurso de despedida pronunciado en el primer Concurso Médico Nacional, dije yo esto en uno de sus apartes: «Sea esta la oportunidad de hacer un acto de justicia y de reconocimiento.» «Sabéis á quién debemos el estar aquí en familiar esparcimiento, honrando á Dios y á la Patria, como también á la digna profesión que por ventura ejercemos?»

Al estar aquí presente, mi interpelación sería directa á él; pero por desgracia nuestra, está muy lejos, luciendo como siempre su impaciencia intelectual que agita su espíritu y facultades en donde quiera que se halle: hablo del señor doctor César Borja.

Antes de su civilizadora iniciativa, estábamos dispersos como los meteoros del cometa de Biela; á tal extremo llegamos con nuestro cisma federal, que no había comunión profesional, ni indicios sensibles de nuestros latentes esfuerzos.

A él, cabe la gloria de la prioridad en levantar el estandarte de una reacción favorable, cuyos triunfos acabáis de ver: él fué quien solicitó nuestra humilde cooperación para fundar un periódico médico; él, el primero, que presentó el laudable proyecto para la fundación de una Academia libre de medicina y ciencias accesorias; y él también el primero para organizar y convocar el Concurso Médico Nacional que acabáis de honrar con vuestra amable asistencia. Sean nuestros votos por su felicidad y pronto regreso á esta su Patria querida, como también al seno de esta honorable corporación.»

He hecho estas alusiones para probar la pronta fundación de Academias de Medicina en Quito, Cuenca y aquí. Ellas son en todas partes nuestro único Tribunal de apelación en última instancia, cuyo fallo es inapelable; ellas dirimen nuestras diferencias, que tanto daño hacen al gremio, á los clientes y á la sociedad; ellas oyen nuestras consultas y resuelven nuestras dudas; ellas nos unirán y harán que el gremio sea respetable y respetado, y no el proverbio de las gentes.

La sede del inclito maestro Borja está vacante todavía y pasará algún tiempo para que haya quien la llene.

La política nos lo robó y lo mató; la política nos resta siempre nuevas mejores energías.

[4] Editorial de la Gaceta Médica, N.º 8, de 15 de enero de 1894, con motivo de la instalación de la Academia Libre de Medicina de Guayaquil, llevada á cabo el primero de enero del mismo año, y suscrita por el señor doctor César Borja, Director de la Gaceta Médica.

Por esta razón puse como texto de mi tesis de incorporación en Quito esta sentencia del economista Bastiat:

«La ciencia es una reina cuya marcha debe ser desembarazada y libre; la atmósfera de la bandería la mata».

La cruel Dysecofia de que soy víctima, me priva del honor de estar con vosotros, honorables colegas; pero allá va eso que es mi cascado verbo para que haga acto de presencia en tan lucido certamen, nada más que como un ripio patriótico de mi buena voluntad.



EPILOGO

DEONTOLOGIA

No se enseña ya esta asignatura, está borrada del programa, porque no se usa; pasa con ella lo que con la urbanidad, que tampoco se enseña y si se enseña, no se practica; todos alegan derechos pero nadie cumple con sus deberes. De allí que el mundo marcha tan mal y que la moral médica esté tan relajada.

Instrucción, Ciencia.—Sobra la primera, pero falta educación; es la dolencia de la época. En cuanto á la segunda, hay mucha, es una olla de grillos que aturde, pero en cuanto á terapéutica, murió con el maestro; hemos olvidado completamente las grandes medicaciones de Trousseau, como nuestros colegas, los farmacéuticos, el Códex. Las farmacias no son sino pulperías, ni siquiera de drogas, sino de especialidades, las más de ellas hijas de la química sintética que los especuladores bautizan con los nombres de productos similares, imitación, es decir: falsificaciones, fraudes, engaños.

Nuestras fórmulas ya no son oficiales, ni siquiera magistrales, sino facturas de porquerías que no conocemos su composición, ni sus dosis, ni su acción terapéutica. Vivimos en plena farsalia.

En las farmacias ya no hay agua destilada, ni alcohol, ni jarabes (1) como lo ordena el Códex. Los jarabes los preparan á

[1] «Considerando los textos legales, y el Códex actualmente en vigencia, la Sociedad de Farmacia de París, unida á la Asociación General de Farmacéuticos de Francia, protesta contra la tolerancia propuesta para las preparaciones de las fórmulas del Códex contra extractos fluidos».

la minuta, con extractos fluidos, (1) sin que pasen por el aparato de percolación, ni usau frascos esterilizados por tyndalización; los procedimientos puestos en uso son condenados por el Codex y como consecuencia de esta infracción, viene presto la fermentación, y con mayor razón si usan azúcar de tercera clase y sacarina. Este producto último que usan tanto hoy los industriales de mala fe, lo expenden en las farmacias, sin prescripción facultativa que ordena el Codex. No me refiero precisamente á las farmacias de aquí, sino también á las de Quito, Lima, Bogotá, Caracas, Santiago de Chile, etc., donde se hace lo mismo: víctimas de estas contravenciones, son los pobres pacientes y el médico cuya reputación se menoscaba.

Ya dejo anotada grandes autoridades médicas y farmacéuticas que condenan el uso de especialidades y la polifarmacia de ellas con elementos incompatibles, y peligrosos, sobre todo para los niños.

Academia de medicina.—Urge la creación de ella para mejor disciplina del gremio: es necesario que renunciemos al culto de Cagliostro y cambiemos el coche—Simón y frac del charlatán de feria, por el sitial y toga académicas.

(1) Estos extractos de Invenclón yanqui, por bien preparados que sean, nunca quedan los jarabes preparados con ellos, como cuando se hacen por fabricación directa.

La tuberculosis pulmonar en el Ecuador

POR EL

DR. VICENTE QUEVEDO M.

Honrado con el llamamiento á la participación de las labores en que se ocupará el Congreso Médico, cuyas funciones se efectuarán próximamente en esa ciudad, me es satisfactorio corresponder á él con la presentación de este corto é imperfecto trabajo, contraído á disertar acerca de las medidas cuya adopción en este país serían parte conducente á contener el avance en él de la tisis pulmonar tuberculosa. Esta labor es insuficiente, ya por lo escabroso de la materia, ya por no haber sido cultivada especialmente en el Ecuador, y, finalmente porque he abandonado de tiempos atrás el ejercicio profesional médico.

En orden á la segunda de las circunstancias invocadas, nadie que yo sepa se ha consagrado á estudiar de manera especial la tisis pulmonar tuberculosa en nuestro país; á averiguar si esa individualidad patológica ha adquirido una forma peculiar que pudiera atribuirse á las condiciones telúrico—climatéricas locales. Quizá la literatura científica sobre la materia se reduzca en el Ecuador á labores de periódico, publicaciones aisladas sobre casos concretos; comienzos de un trabajo que con el andar de los tiempos pudiera reflejar el aspecto propio de la enfermedad en estos territorios tropicales, si él se ofreciere á la observación. Labores de esa índole serían á no dudarlo, proffucos para la ciencia nacional, puesto que aquel es un trastorno patológico difundido en casi todos los puntos habitados del globo, en donde su resistencia á los recursos terapéuticos pone á prueba la pericia de los profesores especialistas y la firmeza del paciente en su sujeción á los regimenes medicinal é higiénico más molestos y esclavizadores. Y por cuanto los dominios de esa enfermedad se extienden á todos los grados de la escala social; por lo mismo que sus efectos devastadores se hacen sentir en todos los climas, en todas

las latitudes, en todas las edades y condiciones del hombre, reduciendo á sus víctimas al estado de miserables parias, cuya desmembración del cuerpo colectivo se impone, toda labor encaminada á cooperar al funcionamiento de una liga antituberculosa, debe aceptarse como elemento de espíritu humanitario y factor de adelanto social.

Cuando se trata de determinar la forma, las variantes fisonómicas de un trastorno morbozo bacteriano en señalada región geográfica, esa labor debe versar sobre los dos siguientes puntos generales: primero, la naturaleza y las condiciones peculiares del medio exterior, y, segundo, las del medio interno, ó sea del terreno en que actúa el gérmen infeccioso. Naturalmente, las condiciones biológicas de este, por el hecho de que representa una individualidad perfecta, un organismo autónomo, tiene de variar en su ropaje accidental con las varias condiciones anexas al medio exterior, condiciones telúricas y climáticas, que ofrecen diverso aspecto en cada una de las zonas geográficas, y en cada cual de las regiones en que esas zonas se dividen por razones de la conformación del territorio. En cuanto al influjo que el medio interno ejerce en el grado de vitalidad del gérmen infectante, natural es que las condiciones que presidieron á la evolución de las energías orgánicas del sujeto, resultante esa de la unión del medio doméstico y social en cuyo seno se desarrollaron esas energías, ejerce indudablemente influjo en el constitutivo del terreno orgánico.

Limitando mis consideraciones al influjo del bacilo tuberculoso sobre el tejido pulmonar dentro de los límites del territorio ecuatoriano, ábrese el campo á la determinación de si las condiciones telúrico-climáticas de ese territorio favorecen, ó, al contrario, hostilizan, la propagación del gérmen de que hablo, y en segundo lugar, si las condiciones étnicas de costumbres y sociales de la población ecuatoriana, representan ó no, terreno favorable á la difusión del expresado gérmen.

Ese estudio abarca manifiestamente, un campo vastísimo de inquisiciones. Por una parte, las necesarias para llegar al conocimiento del ser climatérico del Ecuador en las diversas zonas determinadas por la altura relativa de cada uno de los lugares en ellas comprendidos sobre el nivel del océano. Por otra, la accidentación del constitutivo orgánico del sujeto.

Cuanto al desarrollo que ha alcanzado el estudio de la naturaleza ecuatoriana, triste es decirlo, hállase casi en pañales, pues lo poco que en esa materia se ha hecho, se debe á naturalistas extranjeros. Aquí en la juventud del país, hay felicísimas disposiciones para el efecto, virtualidades que entrarían en acción con un pequeño apoyo, con manifestaciones de estímulo de parte de los poderes públicos. Pero ¡ah! somos el pueblo más desventurado de la tierra!

Por lo que hace á la forma dominante que ofrece entre nosotros el terreno orgánico, como medio de resistencia á la acción de los agentes perturbadores, no hemos conseguido avanzar más en este estudio, que lo hemos hecho en lo relativo al anterior. El del sociologismo ecuatoriano considerado en la esfera de las costumbres nacionales, tiene de ser la base para la determinación de ese factor de reconocida importancia. El agregado social ecuatoriano consta de grupos asaz eterogéneos; el aborigen ha descendido tanto del nivel del especificismo humano, cuanto se ha consolidado el caudal de sus energías orgánicas. Bajo este último respecto, el indio rivaliza con las razas más privilegiadas; soporta en grado sumo los rigores de la intemperie y las privaciones del alimento y bebida; sos-

tiene el trabajo material en grande escala, y resiste notablemente la integridad de su constitutivo orgánico ante los agentes perturbadores. En las crestas de la cordillera, esto es, á una temperatura media de cuatro grados centígrados, el indio vive en pleno goce de salud.

Aplazando la exposición de otras consideraciones acerca del espíritu social ecuatoriano, considerado como fondo de receptividad de los agentes morbosos de forma infecciosa, comenzaré por reflexionar que por desgracia no ha dado todavía hasta aquí el Ecuador los pasos conducentes á su educación médica, con la observación de las condiciones, que, bajo ese respecto, se prestan á la observación. Por consiguiente, respecto de la tisis pulmonar los puntos que pudieran adoptarse como tema de ese género de estudios, podrían, quizá, ser los siguientes: primero ¿existe la tuberculosis pulmonar en el Ecuador?

Segunda: en caso afirmativo, ofrece la enfermedad el mismo aspecto fisonómico en todos los puntos invadidos de la República?

Tercera: la autoridad pública se halla severamente obligada á proteger la salubridad del país, procurando extirpar de él los gérmenes morbíficos, tarea que naturalmente, debe ser dirigida por el médico en cuya pericia se apoya la mejor dirección posible del establecimiento y dirección de esas obras de salubridad. Consiguientemente, ¿el Ecuador ha cumplido con ese deber, con especialidad en la parte relativa á la acción del germen infeccioso más perjudicial para el hombre y los animales superiores, cual es el bacilo tuberculoso?

Cuarta: en caso afirmativo, esto es, en el supuesto de que el Ecuador haya dado algunos pasos en la ruta del cumplimiento de su deber, los medios de defensa estatuidos corresponden á las exigencias de la higiene y la terapéutica, considerada la tuberculosis pulmonar bajo un punto de vista general y bajo el peculiar que pudiera depender de las condiciones fisico-climáticas de nuestro territorio?

I

¿Existe la tuberculosis pulmonar en el Ecuador?

Nadie duda que esa enfermedad ha invadido todos los puntos de la parte civilizada del país; pero cuanto á la existencia del bacilo en algunos de los lugares del antiguo reino de Quito, el historiador es algún tanto omiso, pues no expone si dicho principio infeccioso fué conocido en la época incaica. La observación acerca de los efectos causados por ese principio en los tiempos que alcanzamos, manifiesta que este no es indígena, pues apenas hace poco más de medio siglo que las poblaciones andinas, las más apartadas del puerto principal, han sufrido sus estragos, lo que manifiesta que la invasión de dicho agente se ha verificado en forma sucesiva, desde el puerto á las poblaciones del litoral, y después, de estas, á las de la meseta de los Andes. En las regiones del Oriente, el germen morbífico se ha extendido en la parte del territorio visitada por los naturales de las serranías. Por el suroeste, penetran los aventureros peruanos, ricos en contingentes bacilares, que los difunden en esa región del suelo ecuatoriano, en donde avanzan incesantemente.

II

¿Ofrece la enfermedad igual aspecto fisonómico en todos los puntos invadidos de la República?

La contestación á esa pregunta debe partir del conocimiento de la

física del globo terrestre, en la parte relativa á nuestro territorio, pues sobre esa base podría apreciarse la razón de las diferencias climatéricas en las diversas zonas del suelo ecuatorial, siendo cosa averiguada que las diferencias climatéricas entre dos ó más lugares, traen consigo diverso tinte fisonómico, diverso tipo formal, en los casos de la tuberculosis pulmonar que en ellos se desarrollan.

En el territorio del Ecuador obsérvanse tres zonas principales, en orden al diverso grado de la temperatura reinante, y en consecuencia, y por las diferentes condiciones respectivas geognósticas y mineralógicas, cambian la flora y la fauna en cada una de dichas zonas. De éstas, la superior, fría, corresponde á la meseta y las crestas de la cordillera de los Andes; la cálida pertenece á las pampas extrandinias del Oriente y el Occidente, y la templada, es intermedia y corresponde á los declivios de la cordillera. El principal factor del clima, es el grado de la temperatura, la cual, uniforme en la zona cálida, ofrece variaciones notables en los lugares poco distantes entre sí, en la meseta andina, obsérvase frecuentemente en esta una circunstancia que parece constituir excepción de la ley climatológicas según la que, la temperatura de un lugar guarda relación con la altura relativa á la del océano. Dicha excepción, aparente, consiste en que de dos lugares de la meseta, poco distantes entre sí, el más elevado sobre el océano es menos frío que el menos elevado. Ese fenómeno se debe al capricho en las condiciones corográficas del suelo en la meseta andina.

De la zona cálida á la fría disminuyen proporcionalmente á la elevación sobre el océano, la temperatura, el grado de la presión atmosférica, la humedad del aire; y aumentan en igual proporción la vivacidad de la luz, la agitación de las masas aéreas, el desequilibrio entre el estado eléctrico de la tierra y el de la atmósfera, elementos, los primeros, que favorecen la vitalidad del bacilo de Koch, y los segundos la hostilizan.

Admítase que al rededor de 26 centígrados, se conserva en su máximo de energía la vitalidad del bacilo tuberculoso, esto es, en el promedio de la temperatura de nuestras regiones litorales en la estación lluviosa y uno que otro valle interandino, como el Chota. En los lugares pertenecientes á la zona templada y la fría, esa vitalidad se conserva en estado como latente, en especial, si obran otras circunstancias climatéricas que, conservando esa latencia por algunos días, destruyen definitivamente la vitalidad del bacilo. Por esas razones, la adquisición de la tisis pulmonar en las alturas de los Andes encuentra por lo regular obstáculos muy de cuenta, como expresaré después.

Los demás factores climatéricos favorecen la pululación y la energía de los gérmenes en la zona cálida, y son adversos á ellos en la zona fría. En la banda occidental, especialmente, la población del país, por su roce con la extranjera inmigrante y transeunte, recibe frecuentemente la transmisión de la enfermedad, de manera que en esa zona territorial, el bacilo de Koch ha tomado carta de naturaleza. Allí encontró temperatura favorable á su propagación, y las demás condiciones climatéricas que fomentan el ejercicio de las operaciones orgánicas, especialmente las que se ejercen en la órbita inmensa del orden microbiótico.

En las alturas andinas, los vientos hostilizan la propagación del bacilo tuberculoso. Efectivamente, ora porque depriman el grado enérgico del lugar por donde atraviesan, pues esas corrientes proceden constantemente de las regiones atmosféricas en que se levantan los fríos nevados de los Andes, ora porque arrastran lejos de los centros urbanos las

masas bacilares que encuentran en los estratos inferiores de la atmósfera, es lo cierto que contribuyen eficazmente á sostener la salubridad de los lugares por donde atraviezan.

La acción del estado eléctrico de la tierra en relación con el de la atmósfera, sobre la vitalidad, y, por ende, la virulencia del bacilo de Koch, es punto que debiera estudiarse, porque á mi entender, ofrece condiciones peculiares á la situación geográfica de nuestro país, y á sus condiciones corográficas, dependientes del levantamiento en él de la cordillera de los Andes. Por punto general, el equilibrio en el estado eléctrico del suelo y el de la atmósfera, favorecen el sostenimiento y el desarrollo de las operaciones del viviente en su esfera orgánica, en especial, considerados los organismos jóvenes y de testura delicada del reino vegetal. En las pampas litorales, por lo regular, es permanente el equilibrio de esos fluidos aéreos y terrestres, pues cuando aumenta la carga eléctrica de la atmósfera en la estación lluviosa por la gran cantidad de los vapores acuosos que las mareas aéreas contienen, el suelo se electriza proporcionalmente, y subsiste el equilibrio.

En las regiones serraniegas, el equilibrio en el referido estado eléctrico altera en días casi determinados del año solar. Entonces, los escasos cirrus que vagan en la atmósfera se disipan completamente, dejando á ésta depurada de vapores acuosos. En tal caso, la carga eléctrica del aire es insuficiente para equilibrar la tierra, y, llevada esta á un punto elevadísimo de tensión, compromete la vitalidad de los organismos tiernos y delicados, asociados á esa acción la del enfriamiento del ambiente, que determina la congelación del vehiculo acuoso de la savia, y la consiguiente ruptura de la red vascular (1)

El hecho de que algunos lugares de clima aparentemente favorable á la propagación de la tisis pulmonar, como madera, caliente y húmedo, gozen de inmunidad, pudiera explicarse, quizá, por el desequilibrio en su estado eléctrico y la atmósfera.

(1) La acción del estado eléctrico telúrico—atmosférico en la muerte de los vegetales tiernos y delicados, adquiere visos de probabilidad con la observación del curso de los fenómenos consiguientes a la helada. Efectivamente, cuando por la noche desaparecen los vapores acuosos de la atmósfera constitutivos de las nubes, la irradiación del calórico que recibió la tierra del sol durante el día, causa un enfriamiento gradual de la atmósfera, la que desciende á 0° centígrado, y más todavía. Al amanecer del día siguiente, á pocas horas después de él, nótase el desastre causado por la helada; «pero ese desastre no aparece en los terrenos inclinados, declivos de alguna eminencia, aun cuando estos puntos ocupen una altura igual á la de los terrenos planos.» Sospechase desde luego, que á la causa generalmente admitida como generador de ese fenómeno, se añade otra de naturaleza eléctrica, quizá, puesto que las elevaciones del suelo protegen á las plantas de los efectos de la helada, pudiera admitirse que por su configuración obren al igual que los órganos terminados en punta, de las máquinas eléctricas, los cuales favorecen el desprendimiento del fluido en exceso de tensión. Esa opinión se acerca á la verdad por el resultado de un experimento que consiste en colocar vistagos de madera provistos en su longitud de un alambre que por uno de sus cabos penetra en el suelo, y el otro sobresale un poco de la extremidad de la estaca. Pudiera comprobarse así que los desastres consiguientes á esta, menguan notablemente.

En las alturas de la cordillera, es así mismo manifiesto el efecto de la renovación de la luna en el desarrollo de las plantas, cuando la siembra se hace en día de la luna nueva, lo mismo que en objetos que se someten á ciertas manipulaciones en ese día, como la corta de los árboles, el lavado de la ropa, &c. La atmósfera entonces se carga de vapores acuosos, y de un exceso de fluido eléctrico positivo. Aun cuando esos fenómenos son contrarios á mi tema, los invoco aquí con el fin de notar que la economía del fenomenismo eléctrico, es materia á la par que intacta, muy importante por sus relaciones estrechas con la modisma y las crónicas naturales, especialmente, en su aspecto de aplicación á nuestro suelo.

.....
Partiendo, pues, del hecho probable de que en las regiones andinas existe frecuentemente desequilibrio en el estado eléctrico telúrico—atmosférico, pudiéramos concluir que esa circunstancia es de todo punto adversa á la propagación del bacilo de Koch. Al respecto pudiéramos citar una nómina nutrida de observadores que, atribuyendo la hostilidad que ese fluido ejerce sobre la vitalidad del bacilo, menos á un influjo directo, como á perturbaciones químicas que ocasionase en esos organismos microscópicos, sostienen que dichos efectos son más notables cuando obra el fluido positivo y por tiempo determinado. Por ejemplo, la intensidad de 50 mili—amperes por veinte minutos, es suficiente para comprometer la vitalidad de algunos organismos.

Debo considerar aun la diferencia que separa la acción de los rayos luminicos en las alturas de la cordillera, de la que ejercen los mismos en las pampas litorales consideradas como agentes que influyen en la propagación del bacilo de Koch. Sin duda, dichas condiciones en la primera de esas zonas, son hostiles á la mentada propagación, porque, aun cuando la luz es elemento necesario al desarrollo y funcionamiento del viviente, labores experimentales de observadores especialistas, como Duclaux, demuestran que la luz directa del sol es hostil á la vitalidad de los microorganismos, y como esa acción adversa aumenta en razón directa de la elevación relativa del lugar sobre el océano, es más pronunciada en la meseta andina que en la zona litoral. A la acción de los rayos directos del sol, se añaden en aquella, la que ejercen los rayos luminosos que reflejan en la tersa superficie de los picos nevados.

El balance de los factores de las dos zonas extremas de temperatura y los demás elementos climatéricos (abstracción hecha del intermedio, porque como tal, representa el promedio de sus elementos contrapuestos), en lo que mira á la acción respectiva que ejercen en la propagación del germen tuberculoso, da por resultado que la cálida posee medios favorables á dicha propagación. En efecto, esta zona por su temperatura media, el grado de la humedad atmosférica, la quietud relativa de las masas aéreas y los otros elementos del todo climatéricos, ha acogido al germen tuberculoso, ofreciéndole pasto abundante para su propagación. En la zona fría, ese principio infeccioso se trasmite de persona á persona, por punto general, y por aspiración del aire que contiene el bacilo, con menos frecuencia que en las zonas cálidas.

Expondré á continuación, de manera superficial siquiera, la diversidad que ofrece la tisis pulmonar tuberculosa, en lo relativo á la forma que afecta respectivamente en la zona litoral, y en la zona fría.

En aquella, la enfermedad se presenta bajo una forma lenta esencialmente crónica; por lo regular, se presta á un pronóstico relativamente favorable, cuanto puede serlo en un campo abundoso en elementos adver-

sos. En el primer período, la enfermedad desaparece con frecuencia cuando el paciente puede someterse á un régimen higiénico y medicinal favorables; en una palabra, la actividad del bacilo se halla notablemente mitigada. En las alturas de los Andes, la dolencia ofrece forma diferente; es una tuberculosis pulmonar de forma aguda, una tifo—bacilosis, granulosa, ó tisis galopante; de todos modos, una enfermedad que desarrolla el curso de sus períodos rápidamente, que estalla en medio de las condiciones más favorables de salud, sin hacerse anunciar por antecedentes sospechosos; en una palabra, un enemigo que se presenta á las puertas de manera inesperada, y que desarrolla sus estragos rápida y desesperadamente.

Da de sí la observación que las causas de la forma atenuada de la tuberculosis pulmonar, forma ordinaria en el litoral, pudieran reducirse á las siguientes: la situación favorable higiénica del paciente, el cual, sometido á un medio nutrido de elementos sanos, lucha victoriosamente con la acción del agente infeccioso; el vigor orgánico, suficiente para triunfar en la lucha empeñada con este; la escasa energía del mismo en su tendencia á acantonarse en los tejidos orgánicos que ordinariamente le dan acogida, y, principalmente, para el objeto en que se apoya el desarrollo de mi tema, el estado de salud de los antecesores del sujeto, en orden á la invasión del bacilo tuberculoso y á la extensión del dominio que hubiere abierto en ese campo de familia, el artrismo.

Cúmpleme determinar, previas esas consideraciones, las formas que reviste la tisis pulmonar, respectivamente en cada una de nuestras principales zonas climatéricas. Para el efecto, recordaré que en nuestros puertos marítimos obró primitivamente el contagio; el gérmen tuberculoso, transmitido á nuestra población, por la extranjera, y habiendo encontrado en esa zona un medio favorable á su propagación, se aclimató en ella, como expresé antes, y allí se halla firmemente establecido. Por otra parte, en esos climas ardientes, las energías orgánicas sufren notable menoscabo cuando en ese medio obra alguna causa tendente á traer ese efecto. Los estados anémicos y cloróticos, las deficiencias de orden vital, y otras formas de decadencia, son fondo favorable al establecimiento y desarrollo del bacilo de Koch. En virtud del antedicho influjo que los emigrantes y transeúntes enfermos ejercen sobre nuestros pobladores de los puertos marítimos, el número de los que reciben ese influjo morboso es relativamente considerable; el genio maléfico invade grupos de individuos pertenecientes á otros tantos núcleos domésticos; pero en los descendientes de las primitivas víctimas del contagio, la enfermedad se ofrece bajo una forma relativamente benigna, una forma lenta, esencialmente crónica, muchas veces curable, especialmente en el primer período; de marcha interrumpida por frecuentes remisiones. Diariamente acuden al interior de la República, esto es, á la zona serraniega, enfermos de la costa y de las poblaciones situadas al pie de las primeras elevaciones de los Andes; enfermos gastados ya por la enfermedad de algún tiempo de duración, pero en medio de un tren de síntomas que caracterizan bien la dolencia, descúbrense un fondo de resistencia orgánica que pone á raya los avances de ella, y, si el paciente se somete á un régimen higiénico y medicinal convenientes, en un medio climatérico favorable, la enfermedad se estaciona, se diría que el paciente vuelve á la salud.

Esa evolución favorable es efecto de que en el ascendiente, el fondo en que ella se realiza fué algo así como esterilizada, á la manera que el terreno orgánico que experimente la acción de una tuberculina queda has-

ta cierto punto inmunizada, al beneficio de la elaboración de anticuerpos que obran en ese sentido. Si es dudosa la trasmisión de la tuberculosis por herencia, es indudable la de elementos que confieran á la enfermedad pneumónica tuberculosa una forma netamente atenuada.

El bacilo de Koch obra de distinto modo en los organismos virgenes de antecedentes tuberculosos. En los climas serranicos, el individuo goza de las ventajas anexas á esa temperatura fresca, la renovaci3n constante de las masas aéreas: las energías orgánicas alcanzan el máximo posible de desarrollo. Prende el bacilo tuberculoso, y desarrolla bajo una forma rápida y violenta las manifestaciones de su poder infeccioso. Ya es una granulía, una tifo—bacilosis, ó una tisis galopante: es el hecho que la enfermedad precipita al paciente en la tumba con inesperada violencia.

En los países extratropicales, la actividad orgánica toma incremento en las estaciones calorificas: entonces la propagaci3n del trastorno tuberculoso encuentra medios altamente favorables. En el invierno, esa energía decae notablemente, de manera que durante esa etapa de la evolucion del año solar, el gérmen queda limitado en su actividad á una forma latente.

Dedúcese de lo expuesto, que en las alturas andinas, la enfermedad se trasmite ordinariamente por vía de contagio. En las regiones cálidas, la trasmisi3n de la enfermedad se hace por contagio y por aspiraci3n de las masas bacilíferas atmosféricas.

Estudiados los factores correspondientes al medio exterior, tocaré lo relativo á los pertenecientes al medio interno.

ALCOHOLISMO.

Las pampas orientales y occidentales del territorio ecuatoriano y los valles de la meseta, producen la caña de azúcar, así es que esa especie vegetal puede ser cultivado en las 8/10 de ese territorio. Proporcionalmente á esa producci3n, la del azúcar es pequeña, de manera que la mayor parte de ese producto pasa á ser aguardiente. Pudiera apreciarse aproximadamente la produccion de este tóxico que se consume en el Ecuador, considerando que en una pequeñísima parte del territorio, en la provincia de León, desaparece dentro de ese pequeño perímetro, al rededor de 12.000 barriles cada año. A esa cifra horripilante ańadamos la de los licores extranjeros, la de otras bebidas alcohólicas elaboradas en el país, la chicha, el pulque &, la del aguardiente que se propaga por contrabando, y nos encontraremos frente de la causa que determina la degeneraci3n de nuestras capas sociales inferiores, y aún de buena parte de las superiores. Y ese triste espectáculo no es parte para exitar la acci3n de nuestros poderes públicos, el Legislativo sobre todo, á quien compete tomarlo muy á cuenta!

Todos los observadores á cerca de la materia, los especialistas todos, se hallan de acuerdo en colocar al hábito en el uso de las bebidas etílicas, á la cabeza de los agentes más eficaces en favorecer la incrustaci3n, el desarrollo y la propagaci3n del bacilo Kochero, por donde se echa de ver la necesidad inaplazable de coartar la difusi3n de ese hábito nefando á virtud de una reglamentaci3n á cerca del consumo de los produc-



tos étlicos, y, sobre todo, de la creación de medios de temperancia que obran eficazmente en el seno de las masas sociales.

CONDICIONES SOCIALES.

El estado incipiente del Ecuador en el camino de la civilización, se refleja en las costumbres de sus moradores, reflejo que es transmitido de un estado social dependiente del concurso de elementos asaz heterogéneos. El factor aborígen y la clase media manifiestan en el rol de sus costumbres, el punible descuido de la autoridad pública en el cumplimiento de sus deberes. El indio difiere del bruto únicamente en el uso de la palabra y la estación bípeda, y esa locución lastimosamente restringida, corresponde á una esfera psicológica igualmente acondicionada. Se abriga en cabañas en las que los medios antihigiénicos constituyen regla obligada; vive el indio sumergido en el fango del desaseo, y en pugna siempre con los miramientos y consideraciones á que la dignidad humana es acreedora. Al contemplar ese cuadro de miserias, que descubre el nivel á que puede descender la condición del hombre, apoyada por la indiferencia de quien tiene á su cargo el levantamiento del espíritu social, apréciase suficientemente la magnitud de los obstáculos que las condiciones telúricas y climatéricas de la meseta andina oponen á la vitalidad, y, por ende, á la propagación de los gérmenes morbíficos que requieren para este medio diferente, pues á no dudarlo, esa atmósfera en que el indio se halla sumergido en su miserable vivienda, ese régimen de costumbres, esa falta absoluta de hábitos, de higiene, &c. serían pasto copiosísimo á la propagación del germen tuberculoso, si la temperatura favoreciese ese resultado.

En menores proporciones, el tren de costumbres del sujeto de nuestras clases medias es lamentable. Los hábitos étlicos, el desaseo, la deficiencia de los medios de trabajo, la falta de estímulo hacia situaciones más ventajosas..... comprometen paulatinamente el factor específico de la individualidad; relinándose las energías psíquicas, aquellas en especial, que representan integridad del carácter, constituyendo ese conjunto de elementos retrógrados, terreno fecundo para la alimentación de micro-organismos infecciosos.

En los países muy poblados, apoya la acción del contagio y la absorción de las masas bacilíferas de la atmósfera, el acúmulo de los habitantes; los hábitos antihigiénicos, la miseria, y todo cuanto se encamina á deprimir las energías orgánicas, y, consiguientemente la integridad psíquica. En el Ecuador, á beneficio de la escasez de la población, de las facilidades en procurarse en el sustento cotidiano, y otras condiciones anexas á la incipiente en el ejercicio de la vida pública, ese tren de causas influye en pequeña escala. De las poblaciones serraniegas, Quito es quizá la única en que pudiera comprobarse la propagación de la tisis pulmonar tuberculosa por aspiración del bacilo que vaga en la atmósfera. Efectivamente, siendo muy difícil encarrilar á todas las masas sociales de esa población por la vía de una higiene severa y sostenida, y no habiendo sido posible hasta hoy llevar á término las obras de canalización y otras de absoluta necesidad para higienizarla debidamente, no se ha conseguido realizar el ideal sobre la materia. Son constantes los casos de obreros, principalmente los indios de la población de Simbiza, que han sido atacados de la tuberculosis pulmonar por haber manejado

masas y deyecciones infestas de los pobladores á cuyo servicio de aseo han debido atender.

III

¿La autoridad ha cumplido el deber de procurar la extirpación del bacilo tuberculoso pulmonar del territorio de la República?

Apoyado el médico en la dolorosa verdad de que su acción en busca del específico contra la tuberculosis pulmonar, no ha dado hasta hoy el resultado apetecido, tiene de limitarse á combatir la enfermedad mediante el desarrollo de un régimen higiénico, que conceda al organismo el acopio de las fuerzas necesarias para oponer un dique al desarrollo del principio infeccioso. Tal es el origen y la base en que se apoya el establecimiento de sanatorios, los cuales, por consiguiente, deben reunir las condiciones necesarias para el efecto, condiciones anexas al clima de la localidad, en relaciones con la forma del mal que se pretende combatir, y condiciones de orden interno, esto es, dependientes de la construcción del edificio, y de la organización que en él reciba el régimen disciplinario.

Para colocar á un enfermo de tuberculosis en un sanatorio, lo primero que debe efectuar el médico, es determinar la forma general de la enfermedad, y á continuación, resolver si el grado de la temperatura del lugar es conveniente para la expresada forma.

Al efecto, recordaré que, bajo el expresado punto de vista, el clima pudiera ser muy excitante, medianamente excitante, y sedante. Los casos de tisis pulmonar tórpida, atónica, aquellos que se distinguen por la gran depresión de las fuerzas: las que se acompañan de un fondo asmático ó dispnéptico, requieren la acción de clima muy excitante, el clima de las alturas de la cordillera, por ejemplo, con asocio de otras condiciones anexas al medio externo. En los casos de tisis febriles y ligeramente congestivos, debe buscarse el clima ligeramente excitante, y por fin, los casos de tuberculosis pulmonar aguda, los que recaen en sujetos nerviosos, excitables, los casos crónicos y congestivos, son favorablemente modificados por el clima sedante.

Considerado el clima, las otras condiciones de orden higiénico, anexas al medio atmosférico, quedan formuladas por sí. Es menester que la atmósfera que rodea al edificio, sea pura, exenta de emanaciones infectas, que este no se halle próximo á ningún otro cuerpo de viviendas ó caseríos &. Lo relativo á la buena calidad de las aguas que han de gastarse en el servicio de los enfermos, lo callo por baladí, &. &.

Aún relativamente al estado atmosférico, es menester evitar las grandes variaciones higrométricas, y la invasión de corrientes muy frías de aire.

Es indudable que de los grados de temperatura arriba enumerados, el primero, esto es, el muy excitante, determina las modificaciones más favorables sobre la tisis pulmonar. Como exprese oportunamente, el aire de las alturas es pobre en gérmenes: nótese que en virtud de la escasa densidad de él, la acción pulmonar se esfuerza por acomodarse á su poder hematógeno, por consiguiente, ese ejercicio gimnástico es beneficioso para el enfermo, pues nótese que los movimientos respiratorios se hacen más completos, más profundos, y así el estado local y el general manifiestan penetrar en una faz regresiva, &.

IV

¿Las obras realizadas en el Ecuador para acoger á los tuberculosos pulmonares, corresponden en sus condiciones á lo prescrito sobre la materia por la ciencia?

Hará cosa de diez á quince años, se dió principio, en un punto de los suburbios del norte de Quito, á la construcción de un sanatorio. Según juzgo, esa obra que no ha llegado todavía á término, pertenece á personas particulares de Guayaquil, y con un esfuerzo relativamente pequeño, llegaría á prestar los servicios á que está destinado, aunque bajo una forma notablemente deficiente. Sé que en un punto próximo á la ciudad de Guayaquil, existe otro sanatorio, á cerca del cual, me limitaré á hablar superficialmente, porque apenas he recibido pocos informes á cerca de él.

Procuraré examinar las condiciones del primero, á fin de resolver si favorecen la utilidad que se creyó y se cree pudiera prestar.

La atmósfera que rodea el sanatorio es notablemente impura. En sus cercanías existen caceros de los suburbios de la ciudad, que desprenden las emanaciones del servicio doméstico, cargadas, por consiguiente, de agentes dañosos á la salud; pero más que todo, el sanatorio se halla situado en dirección de los vientos reinantes en la ciudad, de manera que ellos arrastran al edificio los desechos gaseosos de esta, rodeando á él de una masa gaseosa cargada de principios deletéreos.

¿Qué juzgar de las condiciones internas del edificio? ¿Del sistema realizado en la adopción de sus diversas partes?

Para ello es necesario tener en consideración que uno de los agentes más poderosos del medio higiénico, es la masa atmosférica que debe rodear al paciente. Ese medio debe proveerle de elementos hematógenos conducentes á la reparación posible de las fuerzas, y recibir las masas de la expectoración del enfermo, en condiciones de que pudiesen ser destruidas prontamente. La primera de esas condiciones se realiza mediante la separación de los diversos departamentos destinados á alojar á los enfermos, separación, no solo entre los que son ocupados por pacientes afectados del mal en sus diversos periodos, sino aún entre los que alojan á los enfermos que se hallan en el mismo período. Lo primero, porque la proximidad de un paciente en el primer período de la tisis pulmonar, esto es, en condiciones de aspirar á un restablecimiento completo de su salud, á otro que hubiera alcanzado las últimas etapas del mal, redundaría en perjuicio manifiesto del primero, en quien la evolución patológica continuaría en su curso progresivamente.

Aún es indispensable la separación de los departamentos que reciben á los enfermos en el mismo período de la dolencia, mediante espacios de terreno que contengan plantaciones de árboles balsámicos y otras plantas que difundan en la atmósfera emanaciones béquicas.

¿Habránse realizado esas condiciones en el Sanatorio construído en Quito? Este consta de varios departamentos, salones adaptados casi en sentido paralelo y que abocan á una sección que corre perpendicularmente á ellos, los cuales se hallan separados por intervalos estrechos, no solo para proteger á los enfermos incipientes del influjo de los avanzados, pero ni siquiera para separar convenientemente á los que se hallan en el mismo período de la enfermedad.

Además, es indudable que la acción del clima muy exitante se halla eficazmente apoyada por la uniformidad en la cantidad relativa de va-

por acuoso en la atmósfera, siendo más eficaz para contener los progresos de la enfermedad un grado remiso de ese elemento accidental atmosférico. El clima de la ciudad de Quito ofrece cambios bruscos en la cantidad de ese elemento: cuando cesan las lluvias baja al mínimum de la cantidad ordinaria, y en la estación lluviosa, sube á su grado elevadísimo; pero lo notable es que esos cambios ocurran en el intervalo de días y aún de horas.

Nada diré por ahora del inmenso perjuicio que el Sanatorio causaría á la población de sus cercanías, á la que se ha acercado en la parte de la población llamada la «Ciudadela Larrea». La brisa más ligera pudiera arrastrar masas de bacilos del Sanatorio á esa parte de la ciudad, en donde se desarrollarían los estragos que causasen tan importantes huéspedes. Nada diré tampoco de las dificultades en el desagüe, anexas á la situación del sanatorio, obra que exigiria una canalización perfecta, irrealizable, á fuer de costosa, porque la construcción de la cañería habria de extenderse desde el edificio hasta los declivios de la hoya de Guápulo. Arrojar los desechos del servicio doméstico del Sanatorio directamente á la parte correspondiente de la ciudad, á cielo abierto, sería acumular sobre ésta medios de contagio cierto.

En Cotacollao y Sábiza, poblaciones poco distantes de la Capital, encontramos condiciones las más favorables para la creación de sanatorios en clima muy exitante. Se cuenta en ellos con las ventajas que para el objeto ofrece el clima de Quito sin los inconvenientes que quedan enumerados.

En los últimos tiempos base llevado á término una obra de ornamentación en el Sanatorio de Quito notablemente opuesta á las exigencias de la higiene. Me refiero á la incrustación, en la cara exterior de las paredes del edificio, de pedrezuelas ó vales que penetran hasta la parte media de su longitud, en el sentido del eje. Es evidente que esa anfractuosidad comunicada á la superficie de los muros, favorecería inmensamente el asidero de los gérmenes infecciosos que procediesen del interior del edificio.

Juzgo que el clima de Huigra es notablemente apropiado para instalar en él un sanatorio con las condiciones propias de un clima sedante. Allí, el tuberculoso exitante, nervioso, los casos congestivos y críticos, los ejemplares de la forma aguda é inflamatorios, obtendrían seguro beneficio.

Los casos de tisis pulmonar febril, con tendencias congestivas, obtendrían favorable efecto de la acción de los climas poco exitantes, propio de los numerosos valles que encontramos en la meseta de los Andes.

Me permito observar que el Sanatorio creado en las cercanías de Guayaquil, no corresponde á las esperanzas que en él se fundaron. Si el principal propósito, en tratándose de combatir una tisis pulmonar lenta y en un clima que tiende á menoscabar las energías orgánicas, comprometidas ya por el agente infeccioso, es separar al enfermo de ese medio, trasladándole á un clima fresco, la permanencia del paciente en un clima cálido le será notablemente perjudicial.

Las estaciones climatéricas marinas representan un auxiliar poderoso para los enfermos de tisis pulmonar, en especial, para los que exigen la acción de un clima muy exitante. En la estación marina, á las condiciones que ofrece el clima terrestre muy exitante, únense otras muy favorables para la obtención del fin apetecido, como la tenencia del aire atmosférico en cloro, yodo, ozono y aún silice. Poseemos una extensa zona marítima en donde pudieran crearse sanatorios de clima exitante.

Concluiré esta corta exposición acerca del tema que he adoptado, tocando un punto de inmensa importancia en el campo de nuestros intereses sociales. Refiérese aquel á la necesidad de recluir á los tuberculosos pulmonares de manera de impedir su contacto con las personas sanas.

Ahora que la transmisión de la tisis pulmonar tuberculosa es verdad al alcance de todo el mundo, es menester proceder en obsequio de los intereses públicos: en el orden de su salubridad, sin contempORIZACIONES. La autoridad pública debe formular un sistema de reclusión de esos enfermos, al igual que lo ha hecho respecto de otros, cuya presencia en el seno de la colectividad entrañaría serio peligro para la integridad de esta. Es inexplicable, es de todo punto injustificable la lenidad de los representantes de los poderes de policía en esta materia. En la calle, en los corrillos, en el templo, en el teatro, en los paseos, el tísico es aceptado por los demás, sin que éstos se percaten del peligro á que la presencia del enfermo les somete. La tisis es inmensamente más frecuente que otras enfermedades contagiosas crónicas, que no exigen la quietud de la cama, la elefantiasis de los griegos, por ejemplo. Al tísico se le acepta en todos los círculos sociales, porque su enfermedad no se revela en alteración ninguna específica del semblante; al elefantiásico, se le mira con horror, como execrecencia de la humana especie. Para llevar á término la obra profusa del aislamiento de los tísicos, es menester organizar acertadamente la reglamentación de ella; es necesario estatuir inspección periódica de las familias y de los establecimientos de educación, á fin de conseguir ese resultado de manera constante y enérgica, sin consideración de las condiciones sociales de las personas sospechosas.

Pero el ejercicio de ese espíritu correctivo descansa, naturalmente, en una base: el diagnóstico del trastorno bacilar tuberculoso. Cada una de las cabeceras de provincia, debiera hallarse dotada, en subhospital, de los útiles del laboratorio bacteriológico, necesarios para el efecto, obra que debiera realizarse en el hombre y los animales superiores, sobre cuya base la autoridad competente debiera desempeñar su cometido siguiendo la ruta que trazare el médico designado para el efecto, á fin de proteger á la porción sana del cuerpo colectivo, de la contaminación del germen tuberculoso.

Al círculo gubernativo corresponde iniciar el movimiento organizador de una liga antituberculosa en nuestro país, y ese movimiento debe comenzar por la construcción de cuatro establecimientos, por lo menos, para recluir á los tuberculosos pulmonares: uno en cada cual de las tres zonas climáticas propias del territorio ecuatoriano, y otra, en la margen del Pacífico. Con el andar de los tiempos, se establecería otra á orillas del Amazonas, cuyas condiciones serían grandemente favorables. En esas casas de reclusión podríamos ejecutar los medios modernos de tratamiento: la medicación específica, la fisioterapia, el tratamiento por los agentes medicinales de orden químico, la intervención quirúrgica, & c. Además, si no me ciega el amor propio nacional, juzgo que el Ecuador es el país más copiosamente favorecido en sus productos pertenecientes á los tres reinos naturales. Si los bosques de la zona occidental se hallan algún tanto explotados, los de las regiones orientales se encuentran casi en las condiciones primitivas. Allí la naturaleza conserva, probablemente, tesoros de inestimable importancia para el progreso de la ciencia práctica, de las ciencias aplicadas, y en una de ellas, la medicina, encontraría pasto abundante á la realización de sus ideales, el día en que resolviere estudiar prolijamente ese tesoro de productos naturales.

Propongo: organizar un centro de operaciones de investigación científica en la capital de la República, con ramificaciones en las provincias, tendente á estudiar las existencias histórico—naturales en las respectivas secciones del territorio. Más todavía: propagada la labor de las provincias andinas hacia el Ecuador oriental, á virtud del apoyo de los poderes seccionales, hacia ese océano de perenne verdura, en que la naturaleza se queja en melancólicos arpeggios del abandono de los propios y de la codicia de los extraños: veríamos abrirse campo anchuroso al porvenir científico del país. Crearíase un repertorio en que sucesiva y constantemente fueren registrándose los descubrimientos que hicieren en nuestro territorio, profluenos, así para el objeto que me he ocupado; la investigación del campo de acción posible contra la tuberculosis pulmonar, como para los demás que representan el ideal de las ciencias médico—quirúrgicas.

¡ Ah! que olvidásemos las rencillas de nuestra turbulenta vida política, y procurásemos fomentar los intereses de nuestra incipiente vida industrial y económica; que nos consagrásemos al cultivo de la medicina y las ciencias naturales, aprovechando así las dotes felices del intelectual ecuatoriano, y al volver de poco tiempo veríamos levantarse ardiente y majestuoso en esta desventurada República, el genio de la prosperidad nacional!

La tuberculosis

Su marcha y evolución en la costa

POR EL

DR. PIO VICENTE CORRAL J.

Al presentar este pequeño trabajo ante el Cuerpo Médico Ecuatoriano, al cual tengo el honor de pertenecer, reunido por primera vez en Congreso, ruego se vea en él, tan sólo la buena voluntad que me anima por contribuir de esta manera, á la reunión de tan noble y generoso concurso, y dar una pálida nota de la evolución y marcha de una de las enfermedades más propagada y que, por desgracia, tanta mortalidad causa en nuestra querida Patria.

No trataré en esta pequeña nota, de la anatomía patológica, ni de la clínica terapéutica de la tuberculosis, por cuanto no es este mi propósito, á mas de ser ya sabidas y estudiadas magistralmente, por varios colegas nacionales, y perfeccionados por medio de la bacteriología y radiografía. Tampoco será mi tema las distintas formas y evoluciones de esta enfermedad que tantos estragos causa en nuestras costas y litoral eua-

toriano; voy, pues, á concretarme solamente á dar una voz de alerta al médico que ejerza su profesión en la zona que más abajo describo, y al Cuerpo Médico en general, para cuando se encuentre al frente de un individuo tuberculoso procedente de esa misma zona.

En mi pequeña práctica profesional de ocho años en el litoral y costas ecuatorianas y en parte de la que hoy todavía se halla bajo el pabellón peruano, ha sido el campo de mis observaciones, comenzando en la provincia del Guayas, desde el río Balao, pasando por la costa y litoral de la provincia de El Oro y atravesando la frontera ecuatoriana, hasta el río Tumbes, en la provincia litoral del mismo nombre.

He permanecido, también, por algún tiempo en la provincia de Los Ríos, y esta es la causa para poder afirmar que en ninguna otra zona de nuestro litoral y costa ecuatoriana, la tuberculosis se presenta de una manera tan brusca y con una marcha más rápida, que en la zona arriba nombrada.

Sucede que en esta zona, la tuberculosis es tan fuerte, la infección tan aguda, el bacilo de Koch reviste tal virulencia, que todos los estudios clínicos descritos magistralmente y que dividen la marcha de la tuberculosis en cuatro ó tres períodos propiamente tales, desde que la enfermedad se presenta, fallan por completo.

Prescindiré, desde luego, de la tuberculosis galopante, cuya marcha terriblemente rápida, no nos llama la atención, porque su nombre la justifica. Por lo tanto, me limitaré á demostrar la marcha de la tuberculosis pulmonar común, si me es permitida esa clasificación, y que creo poderla optar y ser comprendido, por ser la más propagada, la que mas mortalidad causa y para la cual, en cualquiera otro lugar, que no sea el señalado por mí, se tiene la esperanza y aún se consigue la curación del enfermo ó por lo menos, el paro del proceso tuberculoso y la supervivencia del paciente.

Citar en este pequeño boceto todos los casos por los cuales he venido en conocimiento de la marcha y evolución de esta enfermedad, sería demasiado prolijo, y más que prolijo, cansado. De las múltiples monografías que poseo y los infinitos casos que tengo anotados, sólo apuntaré tres o cuatro, de los más comunes y generales, de los distintos puntos de la zona en la que he adquirido mi pequeña práctica.

La zona á que aludo está comprendida entre los dos grados 40 minutos y tres grados 46 minutos latitud sur, ocupa una extensión lineal de doscientos cincuenta á trescientos kilómetros y puede denominarse también, la costa sur de la República del Ecuador.

A excepción de la zona de Tumbes, toda la demás es montañosa y húmeda; su principal agricultura: el cacao y la caña de azúcar, pero ésta en pequeña escala. Las estaciones son dos: la lluviosa y la seca, denominadas invierno y verano, respectivamente. Pero la estación seca ó verano, viene á ser sólo una pequeña tregua de la primera, por cuanto con mucha frecuencia y sobre todo, en los cambios de la luna, caen verdaderos aguaceros, pero que no los califican de tales y los dominan guarías; indispensables por otra parte, para la buena agricultura del cacao y al mismo tiempo contribuyen á hacer estos lugares esencialmente palúdicos y malsanos.

La alimentación es escasa y mala, limitándose principalmente al arroz y al plátano, con muy pocos granos; la carne poca y mala.

Los hombres se dedican al cultivo y cosecha del cacao y caña de azúcar. Las mujeres á sus pequeños quehaceres domésticos. Las cos-

tumbres de vida son del todo antihigiénicas, por cuanto las habitaciones son demasiado reducidas y á pesar de esto, con ventanas estrechas y las más sin éllas: en tres ó cuatro metros cuadrados que tienen los cuartos dormitorios, entra toda la familia, que no deja de ser numerosa y por lo general desaseada y enteramente pobres. De estas costumbres y género de vida, hay que excluir necesariamente á las familias principales y acomodadas, las cuales viven en la comodidad y holgura, pero que son enteramente escasas.

La costumbre que todas las familias la practican uniformemente, es la de jamás salir de las casas y llevar casi una vida monástica; causando verdadera admiración, encontrar colores sonrosados que demuestran salud y vida, y más sorpresa todavía, el que una familia salga de paseo. Baste saber que las compras al comercio las hacen por medio de muestras, que el comerciante les envía á las casas con los sirvientes. No se crea que esta costumbre es solamente de las familias de elevada posición y ricas, cuyo principal tono es jamás salir, pues la practica hasta la gente pobre del pueblo.

Me he detenido en estas descripciones porque no hay duda, son los únicos factores para que la enfermedad de que vengo hablando, tome un curso tan rápido y siempre por siempre, el fin sea trágico; por falta de luz, sol, aire, buena alimentación y añadiendo á todas estas causas, el paludismo del cual nadie se ve ó encuentra libre.

Con estas consideraciones entro en materia. El médico es llamado para examinar un enfermo que ha principado á toser, pero que por lo demás está bueno y sano, según le aseguran, pues, come bien, duerme mejor, trabaja admirablemente, si es hombre; que si es una mujer la que tose, nada le duele, las reglas están buenas, las digestiones admirables, pero solo tose. He aquí, más ó menos, lo que al médico le dicen, tanto la familia del enfermo como éste. Y es tal el convencimiento con que le hablan, que de aquí el que sea muy difícil ya que no imposible, el convencerles de la verdad, hasta que la familia la palpa, pero ya con el cadáver por delante.

Después de haber descrito la zona, la alimentación y género de vida, voy á manifestar lo que me propongo, es decir, que la tuberculosis pulmonar en estos lugares, tiene un curso, demasiado rápido, sin ser galopante, y que el médico debe tener presente para arreglar su conducta á este conocimiento.

Es llamado el médico, como ya lo he dicho, á examinar un enfermo que tose, según la expresión de la que generalmente se valen en esos lugares, y el médico, naturalmente, después de un minucioso interrogatorio tanto al paciente como á la familia de éste, viene en conocimiento de todos los antecedentes y etiología de la causa de la tos, lo mismo que de las herencias patológicas recibidas de sus antecesores y todas las demás circunstancias que á ningún clínico se le escapan.

Por lo regular y generalmente, no hay familia que no tenga la tara hereditaria de la tuberculosis ó haya convivido con ellos. Esta herencia y clase de vida, ya le ponen al médico con aquel recelillo propio que infunde esta clase de antecedentes. Pero á veces sucede que del interrogatorio no se saca nada, porque niegan todo, por sistema, al extremo que esperan que el médico les diga hasta lo que les duele; resulta que más tarde, por medio de los relacionados con esta familia y las más de las veces, cuando ya el enfermo ha muerto, dando lugar á los comentarios de los pueblos chicos, descubre el médico que padres, hermanos, tíos

ó parientes, han muerto de tuberculosis ó tísicos, como los llaman, ó por lo menos, han vivido y habitado en casas de tuberculosos.

Procedo al examen clínico y encuentro en la ZONA DE ALARMA localizada por Sergent, hábil y claramente descrita por Chauvet, esto es, en la fosa supraespinosa, alterado el murmullo vesicular, unas veces en el pulmón derecho, otras en el izquierdo y las más, en ambos á la vez: notando gran mayoría de casos en el lado derecho, pero los progresos más rápidos de la enfermedad, cuando el pulmón amenazado es el izquierdo ó ambos á la par. Es decir, se notan estas alteraciones que no son otra cosa que signos iniciales de la tuberculosis del vértice y no lesiones del mismo, pudiendo resultar, como muchos clínicos suponen y aún se ha comprobado por la radiografía, que cuando los signos iniciales se perciben en la zona de alarma, ya puede estar afectado de tuberculosis la parte media del lóbulo medio, pero que por lo difícil de la exploración en esa región, pasa, las más de las veces, desapercibida y la tuberculosis del vértice viene á ser por propagación. Sea de ésto lo que fuere, voy á manifestaros que, como acabo de exponer, examinada la persona que tose, se encuentran los primeros indicios de tuberculosis, no puede decirse de tuberculización, por cuanto ya para los primeros anuncios en la zona de alarma, es preciso que ya haya pasado este período podrómico ó sea la debilitación general del organismo ó la parcial de los pulmones. En vista de este estado pulmonar, uno se arma de todas las armas, pero siendo la primera, la principal y la mejor, en mi concepto, el inmediato cambio del clima, es decir, abandonar prontamente la costa ó el litoral, y elevarse á la sierra, de una elevación de tres á cinco mil metros de altura.

Hecho el diagnóstico y prescrito el tratamiento, que no es ni debe ser otro que el viaje á la sierra; no hacen, ni el enfermo ni la familia de él, el menor caso y lo único que quieren es algún remedio para calmar la tos. ¿Qué remedio se dará en estos casos, cuando el origen de la tos es la metamorfosis que se está operando en el pulmón á causa de la infección bacilar tuberculosa? ¡Aquí el explicar del médico y procurar convencerles de que el único remedio eficaz, justo y honrado es la altura! Se les manifiesta que bajo el tratamiento terapéutico, cederá, sí, la tos, pero la enfermedad, á causa de este mismo tratamiento, tomará mayores proporciones, al extremo que en el lapso de dos ó tres meses, la permanencia en la sierra tendrá que ser indefinida, y que, lo que más le conviene es aprovechar la presente oportunidad ó estado y que realice cuanto antes el viaje, porque en el presente estado, con seis meses ó un año de vivir en altura, puede regresar bueno y sano y verse libre, para siempre, de su enfermedad, como con muchísimas personas ha sucedido y sucede todos los días. Pero esto es imposible y no se creen que se niega sólo la gente del pueblo, no señor, se niegan todos los de esos lugares, sean pobres ó ricos, chicos ó grandes. Lo primero que hacen es variar de médico porque quedan molestos y descontentos por el diagnóstico y pronóstico y sobre todo por la prescripción de viajar. ¿Suponerse, dicen, que sólo por la pequeña tos he de ir á la sierra? ¡Vaya qué doctor éste! veamos, mas bien, á otro médico ó hagamos el viaje á tal lugar, donde tal doctor que es muy bueno. En este tiempo, que lo menos es el de uno ó dos meses, de discusiones familiares y de distintos pareceres, han perdido un tiempo preciosísimo, y han dado oportunidad á que el mal se propague á todo el pulmón, se arruine el organismo, para que se verifiquen las primeras hemoptisis, para que se suspendan las reglas, se atrofien las

mamas y por último, las cavernas y las fiebres. Al cabo de estos dos meses, de hecho, nos encontramos en el tercer período de la tuberculosis; es decir, las cavernas son inmensas, las fiebres vespertinas diurnas y elevadas, las vómitas abundantes y por último, la consunción completa y acentuada. Y hé aquí un físico consumado. Y este físico sigue en medio de su familia y en vida común con todos los habitantes, hasta que, sino es una hemoptisis la que pone fin á su vida, en la vía pública, en medio de la consternación de la sociedad, es la asixia la que consume el cuadro; de modo que á los cuatro ó seis meses, ú más tardar, del período inicial, ó sea de los primeros signos revelados en la zona de alarma, todo ha terminado, por no seguir las prescripciones del médico.

Hé aquí algunos casos:

Sr. D. R. C. de cuarenta y ocho años de edad. Propietario agricultor.—Un día sin antecedentes de ninguna clase, según él aseguraba, salvo el que la madre murió tísica hace cosa de veinte años, le vino en media calle un golpe de tos acompañado de una abundante hemoptisis. Acudió á mi consultorio, situado á dos cuadras del suceso. Pude calmar la hemorragia con una poción opiada con adrenalina. Examinado al día siguiente este enfermo, vine en conocimiento que, los pulmones casi no respiraban y anulado el murmullo vesicular, en la zona de alarma completamente. Le ordené salir inmediatamente á la sierra; más me manifestó que el arreglo de sus negocios no le permitía realizar tan pronto el viaje, y que lo haría después de uno ó dos meses. Al mes completo de la primera hemoptisis, fué llamado para atenderle otra, pero más abundante que la primera y encontré tan avanzado el mal, que me asombró un progreso tan rápido. Insistí en el viaje á la sierra, pero el mismo pretexto de los negocios, impedían éste. Después de esta segunda hemoptisis, el mal tomó tanto incremento, que el hombre desmejoraba á ojos vistos, á pesar de la alimentación, medicamentos y cuidados de la familia. A los cuatro meses de la primera hemoptisis, ó sea, de que se le declaró la enfermedad, le comenzó una disnea espantosa, que varias veces creí que terminaba con la vida del enfermo. Con todo, las fuerzas morales de este señor, los cuidados de la familia y la sugestión que obraba sobre él, de que en la sierra se sanaría, daban mejor resultado que los medicamentos. En este calamitoso estado orgánico, se le ocurrió verificar su viaje á Riobamba y lo realizó. En Huigra permaneció ocho días, en Riobamba catorce y murió.

He apuntado este caso intencionalmente, por la edad y circunstancias del enfermo; para que no se crea que la poca edad del siguiente caso, ha influido poderosamente. M. T. mujer de diez y seis años de edad, soltera, de ocupación en sus quehaceres domésticos. Fué llamado á examinarla porque tosía. Encontré alterado el murmullo vesicular en la zona de alarma del pulmón derecho y el estado general bastante debilitado; las reglas no habían sufrido ninguna alteración, conservaba buen apetito; en fin, se creía buena. Indiqué al padre de la enferma, que inmediatamente la llevara á la sierra, como en efecto lo hizo; pero por desgracia, en una ciudad del tránsito, un médico examinó á la enferma, negó mi diagnóstico y ofreció curarla en dos meses, y obstaculizó el viaje. Resultado: á los tres meses se regresaban de esa ciudad con la enferma en agonía, agotados los recursos y á los ocho días, la sepultaban en el panteón de sus mayores. Se repitieron dos casos más en esta misma familia y lo notable aquí es de que volvieron donde este mismo facultativo, el que repitió de una manera idéntica su procedimiento. Estos eran

dos niños menores, la una, de diez años y el otro de seis años de edad. La primera la enterraron en la ciudad de la consulta y al otro en el mismo cementerio de la hacienda donde residían. Estos enfermos hubieran salvado si llegan á la sierra y este médico no les retiene en el litoral.

J. P. Armador. De treinta años de edad, de estatura elevada y robusta. Un día, á las ocho de la mañana, tuvo un acceso de tos y arrojó sangre. Fué llamado inmediatamente y pude contener la hemoptisis. Procedí al examen del enfermo y encontré anulado el murmullo vesicular en la zona de alarma y congestionado todo el vértice y el lóbulo anterior del pulmón derecho. Indiqué el cambio inmediato de clima, de lo cual protestó el enfermo á pesar de la insinuación de los padres. Este enfermo era un poco «palangana» y hacía alarde de su robustez y fuerzas. Pasó cosa de mes y medio de este accidente, durante el cual hacía fisga de mi orden; para su mal, un día que andaba enseñando unos cuadros que le habían mandado, fué donde una familia que sabia la orden que yo le había dado y llegó á decir que el médico era el que debfa salir á la sierra. ¡Pobre fanfarrón! A la hora escasa de estos dichos, fuí llamado apresuradamente, acudí al momento, pero ya fué tarde, me encontré con el cadáver en los brazos de su anciano padre y el pobre viejo abrazado de él, lloraba exclamando ¡la sangre le ha ahogado á mi hijo!

Señorita M. O. de treinta y cinco años de edad, de ocupación su casa. Vino á mi consultorio porque llevaba algunos días de toser. Examinada, encontré alterados y casi nulos los murmullos vesiculares de la zona de alarma del pulmón izquierdo. Le manifesté lo prudente y oportuno que sería el que saliera á la sierra. Me consultó si no sería mejor irse á Lima. Le manifesté que Lima era peor para la tuberculosis que el lugar donde se encontraba, y que si quería sanarse, era á la sierra á donde debía irse. No la volví á ver más y supuse que se había ausentado del lugar. A los cinco meses de esta consulta fuí llamado por una señora diciéndome que haga la caridad de ver una enferma que se moría. Fué en seguida y cual mi sorpresa al reconocer á aquella señorita de mi consulta de hacía cinco meses. ¡Le interrogué qué era lo que había pasado y me manifestó que varias circunstancias no le habían permitido realizar ningún viaje y que había permanecido en su casa, y que élla quería morirse. Pobre señorita, era un espectro: la mirada inquieta y brillante, la disnea espantosa y la fiebre la devoraba! Quise persuadirle que tomara algunos medicamentos, pero fué imposible. Me suplicaba que por Dios, no quiera prolongar su tormento, y negándose así rotundamente á todo alivio y medicación, murió al cabo de una hora.

Como dije al principio, citar más casos sería prolijo y cansado y necesitaría un volumen para relatar, así, sucintamente, todos los casos que he presenciado en enfermos de toda edad, condición y sexo, por lo que aquí suspendo y paso al resumen y conclusión.

RESUMEN.

La tuberculosis en el litoral y costa sur ecuatorianos, tiene una marcha enteramente rápida y fallan por completo los tres períodos propios de esta enfermedad, viniéndose á condensar en dos: el inicial y el terminal, faltando en lo absoluto el período de estado, sobre todo, el segundo ó intermedio, por cuanto no se deja notar, por la rapidez del proceso, viniéndose á resumir en el tercero, es decir, pasado el período congestivo,

viene en seguida el cavernoso y hemorrágico, el cual termina con la vida del paciente, por medio de la fiebre, consunción y asfixia. Esta marcha es tan rápida, en mi concepto, por el género de vida, mala alimentación, el paludismo que contribuye á la debilitación del organismo y la temperatura húmeda de treinta grados centígrados, como mínima, alcanzando en la estación lluviosa, hasta los treinta y cinco grados.

CONCLUSION.

Cuando un médico se halle en presencia de uno de estos enfermos, ya sea en la zona arriba mencionada, ya sea en cualquier otro lugar, debe, lo primero, informarse, en este segundo caso, de la procedencia del paciente y ordenarle inmediatamente el clima de altura, porque la enfermedad no admite esperas ni demoras en su marcha y á los cuatro ó seis meses todo está concluido y debe el médico, con toda delicadeza, pero francamente, instruirles en el estado en que se encuentran, de las condiciones excepcionales de su enfermedad y declinar toda responsabilidad en caso de que no sigan inmediatamente y al pie de la letra sus prescripciones, que no deben ser otras, que el cambio de clima con la permanencia, según el estado del enfermo y de la enfermedad, en la sierra, de una altura, no menor de tres mil, ni mayor de cinco mil metros.

Asuntos controvertibles acerca de la tuberculosis

POR EL

DR. GABRIEL ROMERO G.

La organización del primer Congreso Médico Ecuatoriano, ya no es un ideal solamente, pues la realidad está manifestando al mundo civilizado que la noble y elevada iniciativa ha tenido entusiasta acogida por todo el Cuerpo Médico del país.

Gracias á esta asociación temporal, podremos vivir en constante comunicación de ideas y contribuir á dar mayor desarrollo á la corriente de intelectualidad despierta de algún tiempo á esta parte: trataremos de demostrar el papel importante que desempeña el médico como civilizador, sustentando su influencia social, y procurando se le considere como un verdadero misionero en el mundo de la ciencia, de la verdad; probaremos que el médico posee las virtudes de abnegación y sacrificio, sin las que nada puede hacerse en bien de la humanidad en su constante evolución.

Parece, al fin, que nos hemos compenetrado de que no pueden existir regionalismos entre hijos de la misma Patria, y más aún, entre los médicos á los que nos liga la comunidad de principios científicos. Na-

tural era que ningún profesional permaneciera indiferente ó extraño al formidable esfuerzo de los colegas del litoral, y todos debemos de hoy para siempre romper el silencio que por tanto tiempo nos ha mantenido alejados é indiferentes.

Ahora, cada cual tiene á mano los medios que su inteligencia le sugiera, para declararse participe en el paso gigantesco que el Cuerpo Médico Ecuatoriano se ha propuesto dar en el camino del progreso. Desde hoy, podemos decirlo, existe la solidaridad de ideas, existe la unión, palanca poderosa que todo lo puede, con más razón si el fin al que va encaminado, es noble y altruista.

El breve trabajo que presento al Congreso Médico no significa otra cosa que el fruto de una constante observación, á medida de los escasos elementos con que cuenta el médico en provincia, y va dedicado especialmente á la clase obrera. á la olvidada de la fortuna, á aquella de los que muchos no se preocupan, y vive abandonada de su propia suerte sin otro apoyo que su propia energía para luchar en el complejo y desigual combate de la vida.

No creo necesario insistir sobre la etiología de la tuberculosis, por ser asunto demasiado conocido y que no puede despertar ningún interés, como también, porque algunos de mis colegas habrán disertado con gran acierto acerca de este punto. Mi propósito es solamente someter á la consideración del Congreso Médico algunos asuntos de vital importancia, en mi humilde concepto, relacionados con la tuberculosis, enfermedad que debe preocuparnos seriamente, debido al incremento que va tomando día á día.

He tomado como temas para mi modesto trabajo, los siguientes:

1º.—Considerada la tuberculosis como enfermedad eminentemente contagiosa, ¿debe ser declarada una vez diagnosticada?

A este respecto creo que la cuestión antes de ser resuelta, necesita ser estudiada y discutida con suma detención.

Recordaré lo que decía Letulle en su informe ante la Academia de medicina de París, el 23 de Abril de 1912: «La tuberculosis bacilar abierta, debe ser declarada, una vez diagnosticada». «La declaración obligatoria de la tuberculosis antes ó después de la defunción, reclamará indispensablemente la aplicación de las medidas profilácticas necesarias, y especialmente, de una desinfección rigurosa».

Después de las frases de Letulle, oigamos la opinión de otros eminentes profesores: dice Grancher: «La declaración continúa siendo facultativa-----quizá la opinión pública no aceptaría sin protestar la idea, la palabra y el hecho».

Brouardel dice á este respecto: «Afirmar que una persona está afectada de tisis, equivale, según el modo de pensar actual, á causarle un grave perjuicio capaz de entorpecer el curso regular del porvenir de aquella persona».

Tenemos, pues, opiniones contrapuestas.

Ahora bien, todo individuo sano, ó que presume serlo, teme contraer la tuberculosis, y el que conoce la gravedad del mal, consulta inme-

diatamente á su médico como á consejero seguro ó infalible, acerca de los medios que ha de emplear para evitar el contagio, sobre todo, cuando se cree expuesto á él. El hecho es evidente. Los que vivimos en una región verdaderamente privilegiada por las condiciones de su clima y sanidad natural, tenemos ocasión de observar muy á menudo la mala impresión que causa en el ánimo de los individuos sanos la presencia de un desgraciado tuberculoso, al extremo de que se le niega asilo, ó si se le concede es á condición de llevar una vida de reclusión, por decir lo menos, y de aislamiento absoluto. La sociedad toda teme el contagio, así que, cuando un sujeto sospechoso de tuberculosis busca albergue, primero se llama al médico para que lo examine y certifique de que no está afectado del mal que los vuelve repulsivos. ¿Qué hace entonces el médico? Esto me parece lo más delicado de resolver. Esto es poner al facultativo entre dos extremos, ó la delación, faltando al deber profesional, ó el peligro de la responsabilidad que se acarrea al falsear la verdad ante los miembros de una sociedad que, como antes lo he dicho, ha puesto su confianza en él y cree en su palabra y en sus afirmaciones como infalibles.

En pocas palabras planteada una cuestión trascendental, que pudiéramos decir de moralidad profesional por una parte, y de importancia social por otra.

Podría obviarse estas dificultades adoptando la declaración obligatoria de la tuberculosis?

Hay razones en pro y en contra, que creo deben ser tomadas muy en cuenta. Dice el profesor Robin á este respecto: «Ya nos dirijamos á las clases menesterosas, ya á las acomodadas, siempre observaremos una repugnancia muy legítima á confesar á otros su propia enfermedad. Las personas acomodadas ocultan la tuberculosis de sus deudos como una tara; exigen del médico el secreto más absoluto».

Sucede siempre y donde quiera, lo que afirma Robin, la exigencia del secreto profesional, el que una vez violado, deja á los enfermos con ese estigma imborrable, ó como dice el mismo profesor, con la «etiqueta de tuberculosos» que hace que se le cierre las puertas de casas y talleres y se huya de ellos como de portadores de gérmenes fatales. La declaración obligatoria, según lo antes dicho, relegaría á los desgraciados afectados de tan temido flagelo á la calidad de parias, casi sin esperanza de rehabilitación.

En una encuesta abierta por el «Journal des Praticiens» acerca de este punto, y entre más de mil repuestas recibidas, solamente diez y seis fueron absolutamente favorables al proyecto y diez lo admitían pero con algunas restricciones.

Sin embargo de estas razones en contra de la declaración obligatoria, basadas en un principio de humanidad; sin embargo de la oposición de eminencias médicas quienes alegan que el papel del facultativo degenera en el de denunciador, en Francia, Alemania y en otras naciones se ha sancionado la declaración obligatoria, y en 1913, la sociedad de medicina de Vaud, en Suiza, aprobó por unanimidad las conclusiones de uno de sus miembros, resumidas así: «La declaración de la tuberculosis abierta debe ser adoptada:

1.º.—En caso de fallecimiento.

2.º.—En caso de cambio de domicilio.

3.º.—Cada vez que el enfermo constituya un peligro de contagio para los que le rodean.»

Reflexionemos, por otra parte, en los peligros que acarrea consigo

el ocultar la enfermedad, en los peligros de contagio á que están expuestos todos los individuos que rodean al enfermo.

Uno ó varios tuberculosos constituyen indudablemente una seria amenaza para el lugar en que viven. Estos enfermos arrojan sus esputos en la casa, en la calle, en el restaurant, en el teatro &c. Estos esputos que llegan á desecarse se levantan con el polvo cuando se hace el barrido de casa &c, y puede ser absorbido por las vías respiratorias de individuos sanos, como lo afirman Courmont, Sergent y otros, ó va á depositarse sobre los alimentos, muchos de los cuales son ingeridos crudos, según Villemín, Chauveau y otros. Los enfermos hacen uso de objetos que luego pueden ser empleados por individuos sanos, objetos tales como vasos, cucharas y otros de uso constante. No podemos negar que esto constituye un peligro que es preciso evitarlo.

Se me dirá que en estas afirmaciones hay exageración, y que de ser así, en lugares donde hay gran número de tuberculosos que hacen vida común con personas sanas, la enfermedad se propagaría rápidamente y las estadísticas nos darían enormes cifras positivas.

También se me observará que es preciso tener en cuenta el terreno.

A una y otra observación podría responder que entre nosotros, que lo sepa, no ha existido jamás estadística alguna que nos haga luz acerca de punto tan importante, de la cual podríamos deducir la influencia del terreno, por los antecedentes del enfermo.

Una vez admitida la condición del terreno, de la predisposición, si me es permitido emplear este término, predisposición debida á la herencia, á la sobrecarga del trabajo, á la miseria fisiológica, al alcoholismo, sobre todo á este último, que en el concepto de eminentes fisiólogos ocupa puesto en primera línea entre las causas etiológicas de la tuberculosis, se podría afirmar que individuos que no se encuentran bajo la influencia de ninguna de las causas ya anotadas, no serían aptos para contraer la enfermedad. Más la experiencia nos está probando que todo individuo es tuberculizable, y con sobra de hechos nos prueba también que el contagio se efectúa en toda clase de personas por robustas que sean y aún cuando no tengan ningún antecedente hereditario, ni de ninguna otra índole.

A este respecto, estudiando con detención la más escrupulosa, los antecedentes de muchos de los enfermos de tuberculosis que han venido á consultarme, he podido recoger algunos datos de entre los cuales anoto los siguientes por ser los más notables: Un sujeto de 26 años de edad, sin ningún antecedente hereditario ni de ninguna otra clase, contrajo la tuberculosis por haber habitado el cuarto que un enfermo tuberculoso dejó tres meses antes, y en el que el nuevo ocupante no tomó ninguna precaución para desinfectar ni la habitación misma, menos los muebles y demás enseres usados por el enfermo.

Una niña de 11 á 12 años de edad, sin antecedentes, de padres absolutamente sanos, disfrutando de toda clase de comodidades, contrajo la enfermedad por haber habitado en la misma casa en que habitaba un tuberculoso hemoptísico, el que arrojaba sus esputos y sangre en los corredores y demás dependencias de la misma casa, sin el menor escrupulo.

Otro individuo, de 34 años de edad, de oficio agricultor y que vivía en el campo, y sin ningún antecedente, sano, fuerte, recibió en su casa á un miembro de su familia llegado de otro lugar, afecto de tuber-

culosis comprobada; ambos individuos hicieron uso de los mismos vasos, cucharas &c. El individuo contrajo también la enfermedad.

Podría enumerar muchos casos más, que prueban lo fatalmente peligrosas que resultan aquellas promiscuidades, á veces inevitables, de personas sanas con enfermos tuberculosos, y manifiestan una vez más la necesidad de tomar las medidas indispensables para evitar su propagación.

Frecuentemente acontece que el médico es llamado á asistir á un enfermo. La familia ó los que asisten al enfermo ignoran de si se trata de enfermedad contagiosa ó no: pero el paciente que muchas veces ha sido examinado reservadamente y con anterioridad por otro facultativo, y conoce la gravedad de su mal, pide al médico que no comunique á la familia la enfermedad de que se trata, alegando que será aislado y talvez repudiado, si los que le rodean se dan cuenta del peligro que constituye su permanencia en el seno de la misma. El médico en tales casos, y por satisfacer el pedido del paciente, se contenta con advertir á los allegados del mismo que tomen alguna que otra medida conducente á ponerles en guardia contra el peligro que les rodea; pero tan vagamente les indicó el facultativo los medios que deben emplear en cuanto á la desinfección de uso común: tan sin ningún interés fueron acogidas sus someras indicaciones, que no reputaron de gran importancia las advertencias del médico, y á la salida de éste ya no se acuerdan de éllas. Entretanto, el enfermo, seguro de que los que le rodean ignoran su enfermedad, continúa haciendo vida común, usa de los mismos objetos que los demás, escupe en las habitaciones, en los corredores, hasta en las paredes (como consta al suserito), dejando por todas partes las repugnantes huellas de su malsanidad. Pero llega un momento en que por cualquier medio los que rodean á un enfermo de esta naturaleza se dan cuenta del peligro que les envuelve, de que pueden contraer la enfermedad, entonces recriminan al médico por no haberles hablado la verdad. ¿Qué hace entonces el facultativo? Alega que no pudo decirles el verdadero estado del enfermo por no contrariar su voluntad, y no podía por lo mismo quebrantar el secreto profesional.

Por otra parte, aún cuando se diga la verdad en toda su desnudez, aún cuando se hagan las indicaciones hasta las más minuciosas y detalladas tocantes á desinfección de las escupideras, de vasos y otros trastos de uso diario del enfermo, debe preguntar, ¿se llevan en el mayor número de casos, siquiera rutinariamente, á la práctica las indicaciones del médico? Fuerza es confesar que no. Casi es imposible obtener el que se practiquen esas indicaciones por muchas causas; ó es la falta de recursos que impiden á muchas personas la adquisición de objetos adecuados, de desinfectantes que aún cuando no sean costosos, necesitan una renovación frecuente, ó ya por la ninguna práctica en el manejo de esos mismos medicamentos, ó lo que es más frecuente, porque aún cuando haya sobra de recursos pecuniaros, llega un momento en que los encargados de la custodia del enfermo se cansan de lo que califican de exigencias del médico y desechan sus indicaciones porque las creen exageradas, cuando nó inútiles.

Así tratada aunque someramente la cuestión, debemos adoptar la declaración de la tuberculosis, y dicha declaración debe ser obligatoria ó simplemente facultativa?

20. — *La conveniencia del establecimiento de sanatorios.*

Un sanatorio, dicen algunos médicos franceses, es lo que un leproso, es decir, á donde son reclusos los individuos á quienes la sociedad, la familia misma los repudian por peligrosos. Así que, según este modo de pensar, el sanatorio sería para el tuberculoso lo que el presidio para el delincuente; el que una vez entró allí lleva como el presidiario el anatema.

Importa recordar lo que sabiamente decía el profesor Courmont cuando se propuso probar la necesidad del establecimiento de sanatorios en Francia, á ejemplo de Alemania que en 1900 edificó 80 sanatorios con 20.000 camas, y dice: «Muchos médicos franceses hablan sonrientes de los sanatorios alemanes. A veces la sonrisa es solo la máscara de la ignorancia». Y continúa planteando la cuestión bajo un punto de vista más importante quizá, probando que si el sanatorio no es un lugar en el que han de curarse las tuberculosis avanzadas, son en cambio establecimientos de gran importancia y necesidad, son establecimientos preventivos, si se me permite la palabra, en los que, por decirlo así, se concentra todo cuanto puede constituir un peligro para la comunidad, y en los que se puede disponer de toda clase de elementos para salvaguardar la salud pública, y aún obtener la restauración de los enfermos.

La opinión del eminente profesor ya aludido, la experiencia, los éxitos obtenidos en otros lugares, deben convencernos de la necesidad del establecimiento de los sanatorios, y esta necesidad que se impone, debia preocupar seriamente al Estado, á la sociedad y especialmente al Cuerpo Médico, y todos contribuir á medida de sus fuerzas á la realización de una obra humanitaria y de importancia común. En países más felices que el nuestro, en donde los gobernantes, los dirigentes, se preocupan no solo del bienestar aparente de los asociados, esos gobernantes han creado ó por lo menos han apoyado eficazmente la fundación de corporaciones consagradas á la lucha antituberculosa, facilitando los medios efectivos y prácticos para la creación de sanatorios donde esos desgraciados enfermos, en su mayor parte proletarios, encuentran alivio; se han creado locales adecuados, en plena campiña, en donde el obrero, el menesteroso, vá á descansar al aire libre, va á gozar de la luz, del calor del sol, de todo lo que de hermoso tiene la naturaleza, y de lo mismo que antes se vió privado, porque no parece sino que esos dones universales han sido creados tan solo para ciertas clases privilegiadas. Más todavía, y perdóneseme esta digresión, esas mismas asociaciones humanitarias sostienen á la familia del enfermo, lo que naturalmente constituye un alivio práctico para el padre, por ejemplo, que se vió obligado á abandonar su trabajo por imposibilidad, y así no tiene la constante y penosa preocupación del pan para sus hijos.

Tal sucede en Alemania que en 1883 estableció la ley del «Seguro obligatorio» y en 1891 la de «Contra la ancianidad ó invalidez». Junto con esta última se decretó también la fundación de «Sanatorios populares para tuberculosos», y si en verdad, al principio casi fué un desastre por los ingentes gastos que demandaban su sostenimiento, luego se modificó su marcha y pudo llegarse á un resultado positivo obligando al patrón y al obrero á contribuir al sostenimiento de dichos establecimientos, imponiéndole á cada cual un subsidio tan pequeño que no era gravoso en manera alguna; muy al contrario, pronto se dejaron sentir sus bené-

ficos resultados y se llegó al convencimiento de la enorme utilidad que reportaba para la sociedad toda tales instituciones.

Hacía más de treinta años que Alemania inició su obra humanitaria y sublime, y á ejemplo de ella, otras naciones han ido convenciéndose de la necesidad de estas reformas. En Francia se han fundado también muchos sanatorios, pero es fuerza confesar que han sido establecidos más bien para la clase acomodada, para los que pueden pagar los gastos que demandan su atención. No quiero decir por esto que se haya olvidado á la clase desvalida, que no se hayan tomado las medidas más energicas para la lucha antituberculosa: Calmette fundó los dispensarios, que si no llegan á la perfección y eficacia de los sanatorios alemanes, no dejan por esto de ser un poderoso auxilium para prevenir y curar.

3o.—*Colonias escolares.*

La creación de estos establecimientos ha sido otro de los puntos que han preocupado á los higienistas que han encausado sus miras á evitar el desarrollo de la tuberculosis en el individuo y el posible contagio para los que le rodean. En la Argentina, hacen algunos años, se fundaron establecimientos de esta índole, á los cuales son enviados los niños que presentan signos, ó que por antecedentes hereditarios pueden calificárseles de candidatos para la tuberculosis. Se han creado las «Comisiones permanentes de preservación contra la tuberculosis» á ejemplo de las establecidas en Francia, y cuyo iniciador, podemos decir, fué León Bourgeois; estas comisiones, de las que se derivan las «Comisiones escolares», se ocupan de manera asidua en buscar los medios más oportunos para evitar la propagación de la tuberculosis. Estas mismas comisiones examinan lo más frecuentemente posible á los niños que concurren á las escuelas, y al notar un signo suficiente para creerle sospechoso á un individuo, se lo aísla y se lo envía á la colonia en donde encuentra todo el confort necesario, se le enseña cual ha de ser el medio más eficaz y adecuado para impedir el desarrollo de su incipiente mal, acostumbrándole á los deportes que asegurarán su desarrollo físico y lo pondrán en condiciones ventajosas para vencer en la lucha. Niños que aún no presentan signos estefos, cópicos manifiestos, que no tosen ni espantan todavía, pero que tienen las «gotitas de Flugge», son inmediatamente transportados á la colonia y allí perfectamente atendidos, poniéndoles en guardia contra males inevitablemente fatales. Sucede siempre que estos individuos pertenecen á las clases pobres en las que la lucha por la vida es el problema irresoluto aún, mientras no sea sino un idealismo el principio universalmente admitido de la igualdad social, y mientras no se establezca el equilibrio entre el trabajo y el salario. Estos infortunados, desde su nacimiento han sufrido, sin duda, todo género de privaciones, mal alimentados, viviendo en completa estrechez, en habitaciones faltas de aire, de luz, de ventilación; sus vicios orgánicos progresan gracias al encadenamiento de la miseria, y les pone en condiciones imposibles de defensa; estos individuos son arrancados de las garras de terribles males por esas comisiones creadas para fines tan humanitarios. En las colonias escolares se les educa, se les enseña los medios que se deben emplear para precaverse contra todo género de enfermedades, inculcándoles ideas de higiene, de profilaxis, &c. El individuo después de algún tiempo, no solo sale vigoroso y apto para una lucha de éxito seguro, sino que

conoce, además, los deberes que el principio de asociación y el de humanidad le imponen. Es una cura física y moral.

Hasta aquí los principales puntos sobre los que me he propuesto tratar.

Toca ahora estudiar, á manera de conclusiones, los medios que deberíamos emplear para poder llevar á la práctica dentro de los límites de lo posible, las reformas de que antes he hablado, teniendo en cuenta al propio tiempo, nuestras condiciones individuales, sociales y económicas.

El plan está bosquejado; su desarrollo, comprendo que peca de deficiente, pero llevo el convencimiento de que será acogido con benevolencia, y de ser aceptado, inteligencias superiores talvez se ocuparán de él para suplir sus imperfecciones.

No dejaré de anotar, aunque de manera ligera, algunas de las medidas profilácticas que deberían adoptarse para evitar la propagación de la enfermedad que me ocupa.

Antes de establecer de hecho la declaración obligatoria de la tuberculosis, deberíamos empezar por buscar los elementos, por lo menos los más indispensables, consagrados á evitar el desarrollo de la enfermedad en todas sus formas, sin descuidar de aquello que se relaciona con los individuos afectados de tuberculosis, de los que me ocuparé en otro lugar.

Establezcamos en principio los medios profilácticos.

¿Cuáles son éstos?: Tenemos los siguientes, según que estudiemos el germen y el terreno. Es esta una distinción adoptada por los mejores fisiólogos, la que no puede sufrir modificaciones esenciales.

DESTRUIR LA SEMILLA.

Si esto fuera posible completa, perfectamente, dice un célebre autor, estaría el problema resuelto. Ya que no es posible totalmente, por lo menos hemos de tender á destruir el mayor número de elementos morbosos, hemos de procurar una constante lucha á fin de que nuestros esfuerzos resulten eficaces, en la esfera de lo posible.

1º.—Destruir los bacilos de origen humano.—Es sabido que el tísico emite gran número de bacilos, muchos millones por día y por enfermo, según Sergent, en los esputos. Esta emisión, es muy anterior en tiempo, á la declaración franca de la enfermedad, á la aparición de los síntomas que llamen la atención no solo del médico si que también de los legos, antes, mucho antes de que el enfermo sea un tísico y quede postrado definitivamente. De aquí la necesidad absoluta de precisar el diagnóstico oportunamente, valiéndonos de todos los medios que la ciencia actualmente nos ofrece.

El análisis microscópico de los esputos es innegable, aún cuando según Sergent, «la comprobación de los bacilos ácido—alcohólicos resistentes no es característica», pues según dicho autor, Auclair ha encon-

trado bacilos presentando esos mismos caracteres, en individuos no afectados de tuberculosis: por el contrario, afirma que aún suponiendo el mayor cuidado en la homogeneización de los esputos, no cabe encontrar bacilos en físcos confirmados. De todas maneras, aún cuando la afirmación de Sergent tiene por fundamento la experiencia y una observación minuciosa y concienzuda, no por esto hemos de juzgar de poca importancia el análisis microscópico que sin disputa es el medio más positivo y seguro de diagnóstico como lo ha probado Lutembacher entre otros.

En mi limitada práctica profesional he podido obtener algunos resultados positivos auxiliado por el microscopio, aún en individuos cuyo diagnóstico, anterior al mío, no indicaba la existencia de la tuberculosis.

Hay personas afectas de tuberculosis que pueden pasar desapercibidas y por tanto no es posible tomar precaución alguna contra ellas. Estas escupen en todas partes, en las calles, en el mercado, en el teatro & c., y si la cuestión del polvo está íntimamente ligada á la de los esputos, como se ha comprobado, puede suceder que en los lugares públicos y privados ordinariamente frecuentados por ellos, llegue á contraer la enfermedad un individuo sano. De aquí la necesidad de establecer disposiciones conducentes á impedir la repugnante costumbre de escupir en el suelo, sobre todo en los lugares más frecuentados.

En los carros del ferrocarril y en los tranvías, por ejemplo, constantemente tropieza, hasta el menos preocupado, con esputos de aspecto repugnante que hacen pensar al médico en el infinito número de bacilos peligrosos que estarán alojados en él. La prohibición de escupir en ellos debe ser severa y terminante; pero fijando más nuestra atención en estos detalles, cabe preguntar si nuestros carros de ferrocarril están provistos siquiera de una escupidera colectiva en la que hayan de recogerse los esputos. Además ¿cómo se hace la limpieza de esos carros, cómo se efectúa el barrido de los mismos? ¿Hay siquiera la prolijidad de regarlos para evitar que se levante el polvo?

2º.—Hablaré de lo que se relaciona con el terreno.—La defensa de la tuberculosis considerada como mal social, dice el profesor Robin en dos hermosísimos capítulos, comprende: «El medio individual» y «El medio colectivo».

EL MEDIO INDIVIDUAL.

Esta defensa individual comprende, según el citado autor, la resistencia para dos clases de peligros: los que dependen del individuo y los que proceden del exterior.

MEDIOS QUE DEPENDEN DEL INDIVIDUO.

Estos están clasificados entre los de incumbencia casi exclusivamente del médico, por manera que, no reclama ayuda ninguna de la comunidad, ni ocasiona ningún gasto. El médico, si quiere desempeñar el papel que le está encomendado, ó como antes lo he dicho, si se compenetra de que su profesión es un verdadero sacerdocio, debe velar por la salud de los que se confian á él, con abnegación é interés, y en carrillarles en la senda de una vida higiénica racional. Debe vigilar á los que están dispuestos por la ley fatal de la herencia á contraer la

enfermedad. Nunca olvidaré lo que uno de mis distinguidos profesores nos decía: «Más segura es la herencia de las enfermedades, que la de los bienes de fortuna».

Le incumbe combatir todas aquellas causas que tienden á retardar el crecimiento y desarrollo perfecto de los niños; inculcarles ideas de higiene, hacerles comprender la necesidad de los ejercicios al aire libre, de la gimnasia respiratoria, de una limpieza meticulosa; no debe abandonar á su propia suerte los convalecientes de enfermedades que pueden dejarles secuelas favorables para contraer el mal.

No hay que olvidar tampoco á los individuos sanos por ser sanos; es preciso manifestarles la maléfica influencia que ejercen en el organismo los excesos de toda clase, como vigiliias prolongadas, las fatigas y el alcoholismo, que en opinión de muchos fisiólogos, ejerce nefasta influencia en el desarrollo de este terrible mal, por desgracia hasta ahora indomitable.

LOS QUE PROCEDEN DEL EXTERIOR.

He dicho anteriormente que el médico debe enseñar el carácter profiláctico de una limpieza rigurosa, debe hacer notar que las causas de contagio dependen de muchas que pueden pasar desapercibidas para quienes no las conocen, tales como, el vivir en habitaciones insalubres que hayan podido estar ocupadas con anterioridad por individuos de dudosa buena salud, la posibilidad de que los alimentos hayan podido estar expuestos á la contaminación en las calles, en los lugares de expendio, en los mercados casi nunca vigilados por un médico higienista; el cuidado de no hacer uso libremente de objetos de uso personal, sobre todo en los colegios y escuelas, tales como pañuelos, vasos, cucharas, & c. & prohibir toda clase de familiaridades malsanas y peligrosas aún entre parientes. La costumbre de besarse al saludar y despedirse, generalizada por desgracia entre nosotros, constituye un evidente peligro, y en otros lugares hay prohibición de esas promiscuidades aún entre miembros de una misma familia.

Es necesario, resumiendo, EDUCAR, educar al pueblo desde el niño y el adulto, en esto debemos de insistir en la escuela, en el colegio, en el taller & aún cuando se nos tache de severamente escrupulosos. Esta escrupulosidad ha sido tan importantemente acogida en Francia sobre todo, que la Facultad de Medicina de París, en 1913, votó la suma de un millón quinientos mil francos del legado Valencourt para la fundación de una cátedra en la que especialmente se enseña la educación antituberculosa, por decirlo así.

EL MEDIO COLECTIVO.

La mayor parte de la actuación para defender á la colectividad toca á la sociedad, sin prescindir desde luego del médico, quien debe ilustrar á las masas señalándoles la ruta más fácil para llegar al fin práctico deseado. Para realizar esto, es necesario tener en cuenta, según las acertadas indicaciones de Robin, tres condiciones esenciales:

1°.—Preservar á los individuos sanos contra todo lo que tiende á disminuir su integridad de resistencia,

2º.—Defender á los individuos sanos de los que se encuentran afectos de tuberculosis y de las causas de contagio.

3º.—Poner en práctica los deberes que la colectividad, en cierta manera, ha contraído para con el tuberculoso.

He ahí las condiciones que deben llenarse, si se quiere hacer práctica la defensa social.

La preservación y defensa de los individuos sanos comprende no sólo á los ya existentes, sino que es indispensable velar por los que están por nacer; es decir, que esta defensa debe ejercitarse en el individuo desde antes de su nacimiento. Por tanto, es necesaria la protección á la mujer embarazada. Esta protección no puede hacerse efectiva si el Estado no coadyuva ni apoya la iniciativa social: la cooperación pecuniaria debe ser la ayuda más eficaz, y luego la sanción de leyes especiales á este respecto.

¿Como se puede llevar á la práctica tanta reforma indispensable para prevenir la despoblación, la degeneración de la raza?

Fundando, aun que fuera en pequeño por lo pronto, Sociedades de caridad materna, establecimientos de educación y asilos para madres nodrizas, en los que deben dárseles nociones de puericultura.

En lo referente á la infancia, casas—cunas, dispensarios gratuitos para niños de teta, gotas de leche, y si posible fuera, escuelas al aire y las colonias escolares de que antes he hablado.

En Francia, en Alemania &, la fundación de estas colonias ha dado resultados innegables, y el incremento tomado ha sido tal, que en 1910, llegaron en la primera, á 639 colonias con 72.800 colonos.

A Grancher le debe en gran parte la Francia, la fundación de estas obras salvadoras; en uno de estos establecimientos fundados por él, ingresaron en 1903, 1.183 niños, entre los cuales, según estadística, se observaron tan solo ocho casos de tuberculosis y dos defunciones, en tanto que la propagación de la enfermedad entre los niños de las familias que no supieron aprovechar del beneficio ofrecido, dió la enorme y alarmante cifra de un sesenta por ciento.

Como antes tengo anunciado, hay varios otros factores que desempeñan papel preponderante en el desarrollo de la tuberculosis, y que merecen especial atención por parte de la colectividad, y son los siguientes: la miseria, la falta de habitaciones higiénicas, la sobrecarga de trabajo y el alcoholismo.

En cuanto á la primera, la lucha parece difícil por no decir imposible; ¿qué medios emplear para arrancar de la miseria á tanto infortunado, víctima, la mayor parte de las veces, de la injusticia social? Parece evidente que la sociedad no puede tener la pretensión de hacerla desaparecer, pero es un deber atenuarla en lo posible, para lo cual es preciso fomentar el desarrollo de las mutualidades, de las instituciones de previsión, de las sociedades cooperativas &. Cuestión es ésta por demás vasta y árdua para ser tratada en un trabajo de esta índole.

En cuanto á la segunda; no es posible la vigilancia de las habitaciones por medio de las juntas de sanidad, las que deberán emplear los medios precisos para obtener la higienización de aquellas. Entre otros, la desinfección obligatoria me parece de gran importancia, sobre todo después de toda defunción por tuberculosis, excepto en los casos que el médico certifique su inutilidad. Honnorat, quiere que se aplique la desinfección al mueblaje, á los objetos de cama, ropas &, que en muchos

casos, como he podido comprobarlo, salen á la venta pública ó son usados por individuos de la familia ó por los sirvientes del fallecido.

Estimo que la cuestión de vigilancia y mejora de las habitaciones, es de gran trascendencia. Las estadísticas de Juillerat, Director de la Oficina Sanitaria de París, lo han probado.

En 1904, en 5.263 casas señaladas como nocivas por falta de aire, de luz, por el hacinamiento, había un 38 por ciento del total de defunciones por tuberculosis. En 1911 bajó la cifra á un 26 por ciento, debido á las medidas tomadas por la comisión permanente de preservación contra la tuberculosis, de acuerdo con la Oficina de Juillerat, que en el citado año inspeccionó 2.000 casas, de las cuales, 1.012 fueron saneadas, y 42 demolidas por constituir focos evidentes de tuberculosis.

Respecto á la tercera; debo ser vigilada, pudiendo ser contrarrestada. Hablaré primero del niño. A éste, no se le debe exigir, bajo ningún punto de vista, un exceso de trabajo, no se debe pedir que agote sus energías físicas ni intelectuales, y sin embargo, es la corriente actual. Al niño se le obliga concurrir á la escuela desde muy temprano, y se le exige ejercer funciones que no le corresponden. El afán, el pretendido afán de una educación precoz, hace que los padres de familia, que los preceptores, quieran aprovechar de las dotes del niño antes que estas se manifiesten. ¿Es provechoso, es positivo el resultado? Creo que todo lo contrario. Someter al niño á una serie de fatigas á las que no ha estado habituado, fatigas que se repiten á diario, al fin tienen que producir su efecto poniendo al niño en camino de una verdadera degeneración física. Tengamos en cuenta, además, que en muchos establecimientos de educación se constriñe al educando al cumplimiento del deber con amenazas y castigos que hacen de él un ser pusilánime.

Debemos, pues, velar por la niñez, reglamentar la enseñanza, no por nosotros mismos, sino excitando á los encargados de su dirección, se preocupen de exigir de los maestros pongan en práctica los medios que la pedagogía moderna pone al alcance de todos, á fin de que conozcan el papel importante que están llamados á desempeñar en el desarrollo físico é intelectual de los individuos encomendados á su cuidado. Puede que se diga que en un trabajo de ésta índole no deba tocar de este asunto, pero lo he hecho, porque este asunto se encuentra íntimamente ligado con el porvenir de la infancia, y debe por tanto merecer nuestra especial atención.

Ahora en lo tocante al adulto. Es evidente que el trabajo debe estar en relación con la constitución del individuo, debe consultarse su resistencia; así, á un individuo débil, agotado, no debemos imponerle un trabajo el que haya de acabar por consumirlo, sin embargo, es lo corriente, pues diariamente vemos á seres infortunados, muchos de ellos afectados de enfermedades consuntivas, luchando tenazmente por ganarse el mísero mendrugo que no ha de ser suficiente para mitigar su hambre, menos ha de servirle de elemento reparador de sus desfallecientes energías. A nadie se le oculta que el trabajo desmedido llega á agotar al individuo siendo joven todavía, poniéndolo muy pronto en el número de tantos desgraciados imposibilitados para ganarse el sustento.

Es, pues, necesario evitar la degeneración física del individuo, la que en muchas ocasiones es causa de su degeneración moral, reglamentando las horas que debe emplear en trabajar, haciendo comprender á las masas que no viven para trabajar, sino que trabajan para vivir; aconsejando á los individuos para que adopten otra clase de ocupación, cuando la

que practican constituye una amenaza para su salud, de manera evidente.

Por último, refiriéndome al alcoholismo, recordaré las palabras de lord Rosebery que datan de 23 años más ó menos: «Si el Estado no se apresura á hacerse dueño del comercio de licores, el comercio de licores se hará dueño del Estado». No es necesario ser un observador perspicaz, para darse cuenta que esa profecía casi se ha cumplido entre nosotros.

Siendo unánimemente admitida la influencia del alcoholismo en el desarrollo de la tuberculosis, natural es que nos preocupemos por combatirlo, empleando los medios más adecuados á la vez que enérgicos.

¿Se puede evitar el uso y el abuso del alcohol?

Entre nosotros no está severamente reglamentada la fabricación de bebidas alcohólicas, cargadas muchas de ellas, de sustancias venenosas, ni tampoco se ha limitado el número de los bebedores como medida profiláctica antialcohólica, y por ende antituberculosa.

El bebedor está considerado como un verdadero enfermo, y la ciencia ha venido preocupándose de tiempo atrás en ensayar un tratamiento adecuado para curar al alcohólico, al que se le compara con el morfínmano, imposible de curarse por sí solo.

Como primera medida para combatir el alcoholismo, Benjamin Russell preconizó en los Estados Unidos, hacen muchos años, un siglo talvez, la reclusión más ó menos larga del alcohólico; después se crearon asilos para los mismos, y el primero que se fundó, gracias á la iniciativa de Engelbert, fué en Lintorf; siguieron este ejemplo muchas naciones tales como Escocia, Suiza &c. Estos establecimientos, primero asilos, fueron después hospitales para alcohólicos.

Sin hablar de la secuestración voluntaria y de la de oficio establecida en muchos países, pasaré á enunciar los medios que se deberían emplear para combatir el alcoholismo. Pero surge una dificultad y es la siguiente: el higienista que procure la lucha antialcohólica, tendrá siempre al Estado y á gran parte de la sociedad contra él, por cuanto la fabricación y expendio del alcohol bajo todas sus formas, constituye una gran fuente de riqueza para el Estado, y éste no miraría con agrado la disminución de sus rentas; por otra parte, muchos miembros y á veces los más influyentes de la sociedad, son negociantes en alcohol, lo que les deja pingües utilidades, siendo, por tanto, excusado contar con el apoyo de éstos para emprender la árdua tarea de la lucha antialcohólica.

Crear en la eficacia de una prohibición absoluta de toda bebida alcohólica, es imposible, absurdo; pero sí puede prohibirse por lo menos las bebidas cargadas de esencias, que están reputadas como verdaderos venenos; limitense, como se ha hecho en otros países, el número de los bebedores; créense asilos para alcohólicos, y una de las más importantes reformas, pero por desgracia casi impracticable entre nosotros, por lo pronto, es el monopolio completo del alcohol por el Estado.

En países en donde han llegado á ponerse en planta las medidas anteriormente enunciadas, las cifras de mortalidad por tuberculosis han disminuído enormemente, si nos atenemos á las estadísticas, sobre todo á las alemanas é inglesas.

Mientras sea factible la práctica de esas medidas entre nosotros, apelemos á lo que no demanda sacrificios, apelemos á la propaganda antialcohólica por medio de conferencias en los Centros de obreros ya existentes &, á la educación antialcohólica en escuelas y colegios, y á

la propaganda por medio de la prensa, que no nos negará su valiosa cooperación.

La defensa de los individuos sanos, comprende otro grupo de circunstancias que creo indispensable me ocupe de ellas, sin embargo de que, muchas veces y en todos los tonos, se ha hablado al respecto. Me limitaré á una ligera exposición, y de preferencia haré alusión á ciertos lugares públicos muy frecuentados por personas de toda clase y condición. Estos son los siguientes: escuelas, colegios é internados, hospitales, mercados y puestos de expendio de toda clase de alimentos, hoteles, restaurants y lavaderos.

ESCUELAS, COLEGIOS É INTERNADOS.

Verdad que de cierto tiempo á esta parte se ha progresado notablemente en lo tocante á la higienización de estos planteles, siendo preciso confesar que en muchos de ellos, se ha dado especial importancia á todo lo relacionado con ella no solo en lo tocante al edificio mismo, sino á lo que se relaciona con la higiene individual. Se ha llegado, pues, á un grado de mejoramiento recomendable, sobre todo en lo que respecta á colegios de enseñanza secundaria. Lo que acabo de decir, no es por desgracia, aplicable á todo el país, ni á todos los planteles de educación, hasta en las poblaciones de menor orden. Conozco edificios de dichas escuelas, que no merecen tan honroso significativo, que deberían llamarse más bien focos de infección, y signárseles de locales peligrosos. Algunos son verdaderos antros, sin luz, sin ventilación, en los cuales, para entrar á una aula, es preciso prevenirse y taparse boca y narices para no respirar ese aire viciado; aulas de 25 á 30 metros cuadrados que apenas tienen un solo ventanal cerrado con vidrios en alguna que otra, y por puertas de madera las más, que impiden la penetración del aire y de la luz, vidrios que nunca se limpian. En estas el haciamiento es completo y no puede distinguirse á las personas por estar en la oscuridad. En muchas de esas escuelas los pavimentos son de ladrillo, cuando no es simplemente la tierra la que los forma, por tanto se hace imposible practicar ni el barrido, menos una limpieza más racional por medio del lavado de los pisos. Los alumnos escupen en el suelo, y dadas las condiciones del mismo, constantemente se levanta el polvo que puede ser peligroso para los concurrentes.

Ahora en lo tocante á internados. Conozco algunos, que los he visto muy de cerca, que debieran despertar fundada alarma en el ánimo de los padres de familia si llegaran á percatarse lo que allí sucede. Si acogieran los consejos del médico para disuadirles de condenar á ese peligroso encierro á sus hijos, muchos no tendrían, que deplorar las consecuencias de su obstinación. En esos internados, la higiene apenas es conocida de nombre, más nunca se la practica. Los dormitorios son espacios cerrados que albergan á ciento y más personas, donde apenas pueden caber cincuenta; si existen ventanas, se les cierra herméticamente á pretexto de que el aire hace daño á los concurrentes, por tanto, no se lo renueva de ninguna manera; añadamos á esto que en el mismo local se asisten enfermos, cualquiera que sea la enfermedad de que se tra-

te. En esos internados se acepta á toda clase de personas, sin consultar para nada su estado de salud. La alimentación escasa y de mala calidad. En suma, puede decirse que allí se observa el hacinamiento, completa promiscuidad de sanos y enfermos, y á veces de enfermedades contagiosas, como he podido comprobarlo, mala alimentación, &.

Preguntaré si en muchos lugares, las autoridades, los encargados de la vigilancia de esos planteles, han visitado detenidamente esos internados, si se han dado cuenta de cómo se vive en ellos y se han preocupado de dar instrucciones acerca de los medios conducentes á impedir la propagación de las enfermedades. No he sabido, por lo menos, en los lugares en los que he vivido. Estos establecimientos han marchado y continuarán de la misma defectuosa manera, mientras no haya quien los vigile de cerca. Y no se crea que exagero, si añado que muchos de ellos han dado cabida y por mucho tiempo, á enfermos de tuberculosis que hacían vida común con los demás pensionistas.

Estimo necesario la vigilancia de estos locales, dictar las medidas conducentes á obtener la higienización y mejoramiento de los mismos, poniéndolos bajo la inmediata inspección de las juntas de sanidad donde éstas existan, y donde no, debe encargarse de ello á un facultativo, y de no obtener la reforma de esos planteles, pedir su clausura por considerárselos peligrosos.

HOSPITALES.

Estos establecimientos, indudablemente deben dar una buena cifra de contagios de la tuberculosis. En muchos lugares he visto como se asiste á estos enfermos en las mismas salas de clínica general, sin escrúpulo alguno, y si bien estos enfermos no arrojan sus esputos en la sala misma, en cambio lo hacen en los corredores, en los patios, en los jardines y demás dependencias de la casa. Luego después, los demás enfermos hacen uso de las mismas cucharas, jarros &, y esos trastos de uso diario no se los lava separadamente, ni hay el cuidado de desinfectarlos de ninguna manera. De allí que, individuos que ingresan al hospital, afectados de una enfermedad curable, después de un tiempo más ó menos corto hayan contraído la enfermedad, nultándose para siempre y llegando á ser una amenaza para los que le rodean. Estoy seguro de que en la República, en los lugares donde hay un hospital, no existen cuatro que dispongan de salas especiales donde pueda tenerse aislados á los tuberculosos. Y no se acuse á incurrir de los Directores de estos establecimientos, acúcese á la falta de apoyo por parte de las autoridades encargadas de velar por las necesidades de que adolecen dichos establecimientos, acúcese á la falta de recursos pecuniarios que no permiten el arreglo de esos locales tan indispensables: tan cierto es esto, que por varias ocasiones, han estado á punto de cerrarse algunos hospitales en el interior de la República, por falta de fondos para hacer frente á las necesidades las más premiosas. Cabe confesar que á pesar de esos inconvenientes económicos, en este lugar se ha podido arreglar dos salas para tuberculosos, gracias á los esfuerzos del médico Director del hospital, pero con todo, esto solo no basta para asegurar inmunidad á los demás enfermos, puesto que los tuberculosos invaden diariamente y á toda hora todas las dependencias del establecimiento, sus calles adyacentes &, y escupen donde se les antoja, sin pensar en el peligro que en-

traña el arrojar esos esputos indistintamente. Lo que pasa aquí pasa en otras partes en donde van los desgraciados afectos de tan temido mal, en busca de su salud. Y tengamos en cuenta que la enfermedad es casi siempre importada, sobre todo á lugares como éste, que por sus condiciones climáticas es el lugar preferido por los enfermos, y en mi concepto, el más adecuado sino para una perfecta curación, por lo menos, para obtener una mejoría notabilísima, como he podido observar en mi práctica.

MERCADOS Y PUESTOS DE EXPENDIO DE ALIMENTOS DE TODA CLASE.

Desde hace mucho tiempo se ha evidenciado la contagiosidad de la tuberculosis por medio de los alimentos contaminados. Chaveau realizó experimentalmente, haciendo ingerir á varios animales materia tuberculosa mezclada con los alimentos. Es, pues, necesario ponerse en guardia contra estos elementos de contagio.

En cuanto á las carnes que pueden proceder de animales tuberculosos, nada podemos decir por cuanto, para ello sería preciso haber verificado su comprobación, cosa que excepcionalmente talvez se habrá ejecutado entre nosotros.

En cuanto á la leche, merece especial atención, sobre todo, en lo tocante á la manera como se la expende. He podido observar con alguna frecuencia la manera por demás reprochable como infinidad de personas concurren á los lugares en donde se vende leche recientemente ordeñada y el ningún cuidado que se toman los consumidores de exigir, por lo menos, un poco de aseo. Los vasos en que se sirve son comunes á todos los concurrentes, si éstos no tienen la precaución de llevar consigo uno que ha de ser exclusivamente personal. Esos vasos las más de las veces no se los lava para servir á varias personas, y si se hace el lavado, es tan á la ligera y en agua estancada y sucia, que no garantiza su limpieza. Las personas encargadas de extraer la leche son repugnantes por la suciedad, las manos de esas mismas personas son inmundas. Añadamos á esto, que muchos de los concurrentes á estos puestos de venta de leche, son tuberculosos, como he podido constatarlo por más de una ocasión, y tendremos para pensar en una seria reglamentación de dichos lugares.

En el interior de la República, salvo en uno que otro lugar de importancia, puede decirse que no se vigilan los mercados, y en la mayor parte no existe un médico que examine siquiera brevemente la calidad de los alimentos, los trastos en los que se depositan, ni si están resguardados del polvo y de todo otro peligro de contaminación. He visto sacar á la venta, el pan por ejemplo, en sábanas de dudosa procedencia, sábanas que indudablemente ocuparon, hasta el momento de la salida á desempeñar el papel de depósitos del pan, un lecho mugriento.

Y así podría ir analizando cada puesto de los mercados, pero sería por demás largo y cansado.

HOTEL Y RESTAURANTS.

Sin embargo que, de algún tiempo á esta parte ha mejorado notablemente el servicio en los primeros, con todo, no podemos afirmar que esa mejoría sea absolutamente satisfactoria, ni menos podemos decir esto de todos los hoteles. Cae de suyo la necesidad de la vigilancia, sobre

todo, en lo que se relaciona con el servicio de camas, que muchas veces pueden haber sido ocupadas por personas de dudosa buena salud.

En cuanto á los restaurants, diré que hay muchos de segundo orden, que de haber severidad en lo tocante á limpieza, merecerían ser clausurados y reputados de peligrosos. Allí concurre toda clase de personas, los objetos de uso diario son comunes á todos, tales como vasos, cucharas, servilletas & y es preciso haber observado intencionadamente y de manera escrupulosa, para darse cuenta del peligro que entrañan tales establecimientos. Los trastos antes enumerados, no se los lava para que sirvan á distintas personas, se los limpia simplemente con un lienzo sucio, y el objeto está listo para ser usado. Las servilletas no se las renueva sino cuando están perfectamente sucias, y hasta los residuos de comiões y bebidas tales como leche, se vuelve á utilizar cuando hace falta. A nadie se le oculta el peligro que entraña esta mezcla de objetos, usados muchas veces por tuberculosos confirmados, como he podido comprobarlo. Y para decir verdad, acaece lo propio aún en hoteles dichos de primer orden.

LAVADEROS.

Por último, pasaré revista ligeramente á estos lugares. Las personas que se ocupan del lavado de ropa, recibenla no de una sola persona sino de muchas á la vez. Muchas veces reciben ropas tales como pañuelos, sábanas, toallas & en las que escupió un tuberculoso ó en las que se recibieron los productos de un hemoptísico. Estas ropas se las adjunta á la de las personas sanas, antes y después del lavado. Esto entraña dos peligros: para la persona encargada del lavado y para aquellas cuyas ropas fueron mezcladas á las del enfermo. Además, el lavado en muchas partes se hace en agua estancada, la que retiene todas las inmundicias que contuvieron dichas ropas. Es, pues, indudable que esto constituye un peligro para los individuos sanos, peligro que es necesario evitarlo.

Deberes que la colectividad ha contraído para con el tuberculoso.

Un eminente médico francés ha dicho: «que la tuberculosis puede ser considerada como consecuencia del imperfecto estado social». De creer así, es natural que la sociedad debe cumplir con algunos deberes para con los infortunados que han sido heridos por aquella enemiga implacable.

Este trascendental y delicado asunto merece un estudio y desarrollo del que no me considero capaz. Con todo, me atreveré á apuntar algo de lo que se debiera hacer en beneficio de esos enfermos.

Aliviarles en lo posible, teniendo en cuenta su condición; alentarlos á fin de que su ánimo moral no sucumba, haciéndoles concebir esperanza de una reacción favorable que le garantizará una supervivencia con salud; procurarles trabajo que no sea fatigoso ni demande demasiada contracción, á fin de no dejarles en inercia absoluta, y pueda servirles á la vez de distracción que les hará olvidar momentáneamente sus dolencias; al facilitarles trabajo, proporcionarles salario suficiente pa-

ra que con él puedan hacer frente á sus necesidades. No es esto todo, sería necesario encargarse de los incurables é inútiles para todo trabajo, procurando hacer su vida lo más llevadera posible, al mismo tiempo que contribuir á aliviar las necesidades de su familia.

Estos son, en síntesis, los deberes de la sociedad para con el tuberculoso, y si la sociedad está compenetrada de los deberes de moral social y de los de humanidad, creo que si no se resolviera de hecho este problema, por lo menos sería acogida la idea para ser practicada poco á poco. Para esto será preciso llamar á las puertas de los poderosos en auxilio de los olvidados de la fortuna, haciendo todos labor común, como común y universal es el derecho á la vida, pero no á una vida que sea un encadenamiento de miserias, sino á una vida racional y en condiciones pasables aunque humildes. Para lograr este fin es indudable que debemos exigir la cooperación del Estado, la que será eficaz apoyo á la iniciativa privada.

¿Con qué medios puede y debe contribuir el Estado al apoyo de la acción social? Cae de su peso el conocimiento de esos medios, con los que ha de cooperar á la estabilidad y relativa comodidad de los asociados. En primer término, debe dictar leyes especiales al respecto, para lo cual se empezará por crear una «Comisión permanente de preservación contra la tuberculosis» compuesta de facultativos de notoria competencia en el asunto, comisión que formulará los proyectos respectivos. De esta comisión permanente se derivarán otras de igual carácter, que serán provinciales, sujetas á aquella.

El apoyo pecuniario será el más práctico indudablemente, y no hará otra cosa que invertir en algo muy necesario lo que acumula, gracias al mismo pueblo contribuyente. Por tanto, debe apoyar la creación de Sanatorios, de escuelas al aire libre, colonias de vacaciones &c. En estas últimas los niños podrían reposar de las fatigas del tiempo de trabajo, y dejar temporalmente la población; y sobre todo, los que pertenecen á la clase obrera y no obrera que no cuentan con suficientes recursos para llevar una vida de relativa comodidad por lo menos y son esclavos de las malas condiciones higiénicas, encontrarían allí aunque por poco tiempo, elementos para reparar sus energías.

Debe presupuestar los gastos más indispensables para verificar el saneamiento de las poblaciones, y excitar al propio tiempo á los Municipios á contribuir á medida de los recursos con que cuentan, á la realización de esta obra.

Puede objetarse que no es posible llevar á la práctica tanta reforma indispensable, por los enormes gastos que demandaría su ejecución. Sería descabellado propósito exigir de contado todo cuanto hace falta para hacer práctica la preservación de la tuberculosis, enfermedad que por desgracia se propaga más rápidamente de lo que se cree. Imposible, dadas nuestras condiciones pecuniarias, atender á tanta obra verdaderamente necesaria, pero puede subsanarse la dificultad atendiendo por el pronto á lo más urgente y que no demande gasto muy crecido. Puede empezarse por construir pequeños Sanatorios, bien consultados en cuanto se relaciona con sus condiciones sanitarias y su costo, y no enormes edificios que nunca acaban de construirse y que absorben ingentes sumas. No hay para qué construir monumentales edificios que talvez no lleguen á llenar el objeto para el cual fué levantado. En la capital tenemos un ejemplo práctico. Hace más de veinte años se empezó la construcción del Sanatorio «Rocafuerte», se han invertido enormes sumas, y se ha

perdido un tiempo precioso. ¿Servirá ese edificio para el objeto á que se lo destinaba? En el concepto de personas idóneas, puede servir para hospital, para cuartel, puede servir de fortaleza, menos para Sanatorio. Construido á la antigua, en una excavación de Peña húmeda, mal emplazado, á merced de helados vientos, en las faldas del Pichincha por decirlo así, de ahí el monumental edificio que después de tantos años de trabajo y de tanto costo, no llegará á servir para el fin humanitario á que iba destinado.

Queda por último, por dilucidarse lo relacionado con la región más apropiada para la fundación de un Sanatorio. Indudablemente es punto de capital importancia, y de el que en su mayor parte depende el éxito.

Me permitiré emitir opinión á este respecto, la que si merece el honor de ser tomada en cuenta, lo sea para el caso de que llegue á tratarse de la construcción de un Sanatorio. Desde agosto de 1910 me propuse observar con minuciosidad la influencia que sobre los tuberculosos ejercía el clima de esta localidad, y con gran satisfacción he podido deducir que dicha influencia es absolutamente favorable, sobre todo para las tuberculosis que empiezan y aún para las avanzadas. Puedo afirmar sin escrúpulo, que un noventa por ciento de los enfermos tratados en ésta han obtenido una notabilísima mejoría, tanto que muchísimas personas afectas de tal enfermedad, se hallan, como ellas mismas lo dicen, completamente sanas, á pesar de haber abandonado desde hace mucho tiempo todo tratamiento médico y de que muchas observan una vida no muy reglamentada. Pues bien, estos enfermos no experimentan ninguna alteración, ni presentan signo alguno que haga creer en la persistencia, menos en una recrudescencia de la enfermedad.

Adjunto un cuadro estadístico detallado, de algunas observaciones que he podido tomar, entendiéndose que se refieren á las personas á quienes he atendido de cerca y á las que he podido seguir con perseverancia. Si el número no es muy crecido, obedece á que muchos de los pacientes han cambiado de residencia, y de otros no he podido obtener todos los datos deseados, y muchos me lo han pedido no los tome en cuenta, creyendo sin duda que daría su nombre en la observación.

Para no entrar en detalle acerca del clima de la localidad de que me ocupo, de Ambato y sus alrededores, me ha parecido más práctico acompañar un cuadro en el que se podrá apreciar sus condiciones climáticas.

Puede objetarse que no á todos los tuberculosos les conviene el clima de altura: verdad, y mucha verdad, y si nos atuviésemos á lo que dice el doctor Revillet (de Cannes) en un precioso informe leído por el doctor Debove en la Academia de Medicina de París, tendríamos que convenir en que el clima de altura no conviene á ningún tuberculoso, más la experiencia y la observación están probando que dicho clima conviene á la mayor parte de los tuberculosos, como lo han demostrado ROLLIER (de Leysin), Roblin, Landouzy, Malgat &, quienes sostienen el haber obtenido brillantes resultados con lo que llamamos la cura de altura, sin



hablar desde luego de otros factores no menos importantes asociados á aquella.

El Profesor Robin, en un largo artículo, trató ya de asunto tan importante y dedujo como conclusiones las siguientes, entre otras: 1°. El clima marino no es conveniente, salvo algunas excepciones, á la mayoría de los tuberculosos pulmonares. 2°. Está formalmente indicado en las tuberculosis óseas, articulares y ganglionares, cuando sus pulmones no están afectados. En esto están conformes muchos otros eminentes médicos como Laffite, Berger &.

Esto no significa que todo tuberculoso debe forzosamente permanecer en lugares cuya altitud pueda perjudicarle en vez de serle beneficioso, es natural que estará sujeto al juicio del médico, el que debe indicar su conveniencia ó no; pero sí creo que las tuberculosis que empiezan, y aún las relativamente avanzadas, mejoran de una manera notabilísima y digna de tenerse en cuenta, en regiones como la de que me he ocupado.

Para terminar, resumiré en breves palabras lo anteriormente expuesto, resumen que tiene el valor de conclusiones:

1°.—La declaración de la tuberculosis no puede hacerse obligatoria por el momento, por cuanto carecemos de medios necesarios para el aislamiento de los enfermos y su asistencia en lugares adecuados; pero creo debe ser facultativa para el caso que un enfermo constituya evidente peligro para los que le rodean, especializando el caso en que el enfermo desoche las indicaciones del médico, tendentes á evitar la propagación de la enfermedad, imponiéndose la desinfección obligatoria después de toda defunción.

2°.—Se impone la construcción de Sanatorios en lugares comprobadamente adecuados para el objeto, y mientras esto se realice, es necesario dotar á los hospitales de los lugares más frecuentados por tuberculosos, de salas adecuadas para el aislamiento de esos enfermos, así como de elementos, por lo menos los más indispensables, para combatir con éxito mediano la propagación de la enfermedad. Una comisión especial se ocupará de estudiar y resolver estos puntos.

3°.—Debe crearse una «Comisión permanente de preservación contra la tuberculosis», la que laborará de común acuerdo con las Juntas de Sanidad. Esta Comisión se denominará «Central» de la que se derivarán las «Comisiones provinciales» dependientes de ella.

4°.—Para la consecución de algunas de las reformas ya enunciadas, solicítese la cooperación del Gobierno, de las Municipalidades, de las Sociedades de Beneficencia, de los filántropos y de todos los individuos capaces de prestar su ayuda en la forma práctica que cada cual pueda hacerlo, especialmente la del Cuerpo Médico que es el llamado á desempeñar importante papel en tan laboriosa empresa.

Ojalá este modesto trabajo sea juzgado benévolutamente, y si la realización de los proyectos que él entraña no puede llevarse á cabo por el momento, quede por lo menos constancia, no diré de la iniciativa, pero sí

de mi bien intencionado anhelo por mejorar en lo posible, la casi siempre triste situación de los afectos de tuberculosis, y por ver de prevenir á las presentes generaciones como á las venideras, de un mal que por desgracia toma mayor incremento día á día. .

No me hago ilusiones, hay muchos obstáculos en el camino para llegar á la meta, pero desearía alcanzar siquiera á la probabilidad del éxito, ya que no á la realidad, que probaría la utilidad de nuestros esfuerzos.



Sesión del día 13 de Octubre

SUMARIO.—DR. JOSE RAMON BOLOÑA R. (Guayaquil); ¿Existen la Blastomicosis y la Leishmaniasis en el Ecuador?—DR. JOSE DARIO MORAL.—Primera observación de una hemogregarina en el Ecuador.—DR. NICANOR MERCHAN (Cuenca); Amibiasis en el Azuay.—DR. GONZALO CORDERO DAVILA (Cuenca); La fasciola hepática en el Ecuador.—DR. CARLOS R. SANCHEZ; La lepra.—DR. ALFREDO VAREA Q. (Latacunga); La lepra en la Provincia de León.—DR. MARIANO PEÑAHERRERA E. (Quito); Estudio sobre Legislación Ecuatoriana y Medicina Legal.—DR. NICANOR MERCHAN (Cuenca); ¿Debería restablecerse la pena de muerte en el Ecuador?

Declaró instalada la sesión el Sr. Dr. Peñaherrera.

¿Existen la Blastomycosis y la Leishmaniasis en el Ecuador?

POR EL

DR. JOSE RAMON BOLOÑA.

Profesor de Parasitología y Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guayaquil-Médico del Asilo Mann.

El parasitismo intestinal, en las regiones litorales del territorio ecuatoriano, es materia de estudios y contemplación, para los profesionales que practicamos en estos lugares. Desde el advenimiento de la doctrina parasitaria se restringe mas y mas el concepto, anteriormente exagerado de la Bacteriología, y se comprende que ella no debió pasar de los límites que la hizo franquear el gran impulso de la Escuela Pasteuriana. El mundo entero verifica una revolución en tal sentido y crecen por momentos de modo ilimitado las conquistas de la moderna Parasitología. Es necesario, pues, que nosotros demos á este estudio toda la importancia que merece.

Vivos están en nuestro ambiente los recuerdos de la teoría clínica, que cargaba en el activo al paludismo, estados nosológicos hoy diferenciados: freseos los movimientos de resistencia que produjeron las primeras palabras en su contra, ya que siempre ha sucedido que destruir prejuicios es más difícil que fundarlos.

Muy reciente, de ayer apenas, los trabajos que se han hecho entre nosotros, y sin embargo, el campo de la Parasitología ecuatoriana tiene hoy capítulos enteros: la anquilostomiasis, la amibiosis, la tricocefalosis, la ascariidiosis, la tricomonasis, la lambliosis, las variadas entidades que hemos ido, poco á poco, descubriendo y restando al caos de conceptos erróneos en que estaban englobadas, nos prueba que iremos todavía refiriendo á ellas, nuevas formas patológicas.

El último Congreso médico Pan-Americano, que funcionó en Lima, y cuyos trabajos han sido recientemente publicados, nos hace entrever un punto más, que es conveniente precisar entre nosotros, me refiero á las Leishmaniasis y á la Blastomycosis, que abundan en los pueblos del Perú y habían sido hasta ahora confundidas con enfermedades de nomenclatura nacional: Quepo, Espundia, Jucuya, Tiace, Araña, Uta, etc. Desconocidas y no sospechadas, por lo menos que yo sepa, estas enfermedades en el Ecuador, convendría que ellas sean determinadas en las regiones de los Andes, pues es precisamente en tales sitios donde más se les observa.

La Leishmaniasis es una afección de los climas tropicales, y parece, por lo mismo, que en nuestra costa debiera conocerse. He dicho sin

embargo, que conviene investigarla en las regiones de los Andes, porque allí como sabemos, existen también países tropicales con temperaturas elevadas; y son ellos, los macizos orientales, las partes altas de los ríos, las montañas, las cabeceras de los afluentes ecuatorianos y colombianos del gran Amazonas, terrenos cuya constitución orográfica favorece el elemento tropical, uno de sus focos más temidos, á juzgar por quienes se han ocupado de este asunto. En las zonas sub—trópicas y frías no se la encuentra.

Como las dos modalidades clínicas de esta lesión: cutáneas y mucosas, tienen en las partes infectadas, predominio por determinada región geográfica, y como las segundas son más numerosas cuanto más cálido es el sitio, y por último, como en los terrenos de las costas se haría preciso remontar hasta los afluentes transversales de sus ríos, para encontrarla, no es raro que ella haya pasado desconocida entre nosotros, ó quizá mal clasificada por su misma relativa rareza en los centros más poblados.

Dada su fácil confusión con las lesiones sífilíticas, tuberculosas, micóticas y quizá con la misma lepra, algunas de las cuales tienen con ella de común, además, su incurabilidad en las leishmaniasis de las mucosas todo tratamiento ha sido ineficaz: «el individuo muere con su lesión.» (Monge) y tratándose de una entidad cuya diferenciación es fácil y de necesidad premiosa, yo propongo al Congreso Médico, que haciendo mérito de las breves consideraciones que anteceden, formule el siguiente voto:

•Se excita á los médicos ecuatorianos al estudio y diferenciación de las afecciones blastomictóticas y leishmaniásicas para precisar si ellas existen en el territorio de la República, y en caso afirmativo poder conocerlas y diferenciarlas á su vez, de las enfermedades que puedan simularlas. También conviene que la parasitosis intestinal sea objeto de particular aplicación, recomendándose ambos puntos como temas para la reunión de un nuevo Congreso de Medicina Nacional».

DISCUSION:

DR. PEÑAHERRERA.—Indudablemente, iniciativas como la del DR. BOLONA son muy útiles para el futuro desarrollo de la patología nacional. Creo que debe excitarse á los señores médicos ecuatorianos á emprender en el estudio de estas afecciones para precisar si ellas existen en la República, según lo solicitado por el DR. BOLONA.

Primera observación de una hemogregarina en el Ecuador.

POR EL

DR. JOSE D. MORAL.

Señores miembros del I. Congreso Médico Nacional.

La Sociedad Médico-Quirúrgica de los hospitales ha sido muy bondadosa conmigo, al designarme como uno de sus delegados ante este certámen científico, y, en correspondencia á nombramiento tan honroso, como prueba de agradecimiento infinito, hemos resuelto dedicarle este insignificante trabajo.

En julio de este año, con el objeto de estudiar la sangre de los reptiles, el Cdo. Sr. Jorge Tomás Larrea, Director del Laboratorio de Bacteriología de la Dirección de Sanidad, hizo dos frotis de la sangre de una culebra X [Ofidio perteneciente al género *Lachesis*], muerta en las vecindades de los Lazaretos de esta ciudad. La sangre fué extraída por punción del corazón, el que en estos ofidios late algunos momentos después de la muerte. Algunos días después, habiendo encontrado en las preparaciones teñidas por el método de Giemsa, algunos hematíes parasitados, el Cdo. Larrea se sirvió solicitar nuestra colaboración para hacer el estudio descriptivo y la clasificación del parásito. En efecto, después del estudio microscópico del caso, hemos concluido que la especie hallada es de un Protozooario, Esporozoario, Hemosporidio, Género *Haemogregarina*.

Diez años antes de que el inmortal Laveran descubriera su Hematozoario en la sangre del hombre, Ray Lankester señaló el primer hematozoario intra-globular en la rana y, posteriormente, ya bien establecido el género, se ha descubierto numerosísimas especies en los vertebrados de sangre fría.

Las *Haemogregarinas* son protozoarios de un solo núcleo, vermiculares, desprovistos de pigmento, habitando en la sangre y haciendo su chizogonia en las vísceras, al interior de quistes. Hasta ahora no se ha señalado casos de infección del hombre por estos protozoarios, pero su cercana categoría con muchas importantes especies patógenas, los hace muy interesantes para el estudio de los médicos, ocupándose constantemente las comisiones científicas que Europa tiene en Asia y África, del estudio de cuantas especies nuevas se presentan.

Parece que á los animales donde habitan no les causan mayores trastornos. Los autores ingleses han estudiado, en comparación con la sangre de ofidios de la misma especie, sanos, la de ofidios parasitados,

encontrando eosinofilia y polinucleosis. Nosotros no hemos podido hacer esa clase de estudios, por estar todavía al comienzo nuestros trabajos al respecto.

En el frotis de sangre que tengo el gusto de presentar á la docta consideración de los colegas, podréis notar, al lado de los hematies nucleados y elipsoideos, normales de la sangre de los ofidios, algunos parasitados con dos formas distintas del parásito: vermículos, con su extremidad fina replegada sobre sí mismos, y elementos en forma de riñón. El núcleo es casi siempre central y desprovisto de pigmento. Hay numerosos glóbulos que contienen dos vermículos en su interior.

Además de estos elementos intra globulares, se encuentra en reducido número, algunos vermículos libres, más finos, en los cuales el núcleo, se distingue con mayor claridad, por haber tomado mejor el colorante.

Hemos practicado la medida de estos parásitos, valiéndonos de los métodos del objetivo y ocular micrométricos, con y sin auxilio de la cámara clara, por comparación, bajo un aumento de mil diámetros.

El tamaño de los elementos reniformes es de 9 á 10 micras de largo por 2, 5 á 3 de ancho; el de los vermículos intra globulares, de 7 á 8 de largo, por 2 á 2, 5 de ancho, sin contar la extremidad replegada. Los vermículos libres, miden 7 á 8 micras de largo, por 2 de ancho, siendo, pues, más finos. Los núcleos ocupan todo el ancho, en ambas formas, y miden de largo, por término medio, 2, 5 micras, y 2 en los vermículos libres.

Los glóbulos parasitados no aumentan sensiblemente de tamaño, haciéndose, solamente, un poco más redondeados que elipsoidales. El ofidio fué destruído antes de poder hacer estudios en las vísceras para estudiar la chironomía del parásito. Esperamos hacer estudios en la primera oportunidad, y si de nuestras observaciones resultara, como creemos, que se trata de una especie nueva, reclamaremos para ella el nombre de Haemogregarina Larreae, que le correspondería según las reglas en uso.

Este descubrimiento, á nuestro entender, es una nueva luz sobre los inmensos tesoros científicos que la experimentación puede encontrar en el seno de la naturaleza completamente inexplorada que nos rodea, nos demuestra que esta clase de trabajos puede hacerse ya entre nosotros é invita á los médicos y naturalistas á dedicarse á ellos con amor. Además, son los frutos tempranos de nuestros nacientes laboratorios, que dejan esperar para el futuro mayor cosecha científica. Nuestra felicitación al doctor León Becerra, fundador del Laboratorio, y al inteligente y estudioso compañero, Ldo. Larrea, cuya modestia estoyhiriendo al tributarle esta voz de aliento para que continúe en sus trabajos de medicina y parasitología experimental, tan felizmente inaugurados.

La amibiosis en el Azuay

POR EL

DR. NICANOR MERCHAN.

DEFINICION

Designamos con el nombre de Amibiosis un estado morbozo, que se manifiesta por diversos trastornos funcionales y reconoce como causa un agente patógeno bien determinado: la entoameba histolítica de Schaudinn.

HISTORIA

La Amibiosis existe hace mucho tiempo en las regiones azuayas, en donde unas veces se manifiesta de modo epidémico y en otras endémicamente. Durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre, la Amibiosis intestinal [disenteria amiboidea] adquiere caracteres alarmantes, por su rápida propagación en la masa del pueblo y la tendencia á extenderse á todas las comarcas del Azuay. Si bien es verdad que la Amibiosis intestinal tiene su máximo de desarrollo en los ya indicados meses, en Cuenca y en las parroquias vecinas á ésta, también es cierto que en valle de Yunguilla, Chaguaruro y demás sitios de clima cálido, reina porrennemente en todos los meses del año. Por otra parte, los abscesos hepáticos y ciertas enfermedades del hígado, que unas veces son complicaciones de la Amibiosis intestinal y otras primitivas, son muy frecuentes en el Azuay y constituyen las principales manifestaciones clínicas de la ameba causante de la amibiosis. Además de ésto, hay indudablemente otras afecciones, observadas desde hace mucho tiempo, pero no bien determinadas aún y que reconocen probablemente el mismo agente patógeno, pues que han cedido al tratamiento específico por la hemetina.

ETIOLOGIA

No disponiéndose en Cuenca de laboratorios de observación, el estudio del agente de la Amibiosis fué muy difícil ahora algunos años. En los tiempos presentes, merced al estudio microscópico, se ha podido determinarlo con rigurosa exactitud, pudiendo afirmarse con toda evidencia de que existe en ciertas disenterias del Azuay y en muchos de los abscesos hepáticos observados en la misma región, la ameba á la que dió Schaudinn el nombre de Entoameba histolítica, por oposición á la ameba Coli descubierta por Loesch en 1875 y completamente inofensiva al hombre. El procedimiento que se emplea con tal fin es sumamente fácil; basta disponer de un microscopio y de algunas placas de vi-



drio. Cuando se observan las deyecciones amiboideas al microscopio, sin método alguno de coloración, poniendo simplemente las materias fecales en la placa de vidrio y cubriéndola convenientemente con una lámina de cristal, se ve el movimiento de las amebas que envían sus «pseudópodos» hacia los materiales que les sirven de alimento. En otras ocasiones no es tan fácil determinar á la ameba, ya porque no existe en realidad, ya porque se halla sin vida, y faltan sus movimientos característicos. Con todo, aún en estos casos, hemos tenido la suerte de observar que las tales deyecciones contenían gran cantidad de glóbulos rojos, filamentos en abundancia, con ausencia absoluta de bacilos, lo que constituye un carácter importante de la Amibiosis intestinal. En cuanto á los abscesos hepáticos y demás afecciones del hígado, que como la disentería no son sino Amibiosis localizadas, no hemos podido encontrar en éstos la ameba específica, pudiendo afirmar que son variedades de Amibiosis comprobadas por el tratamiento específico, según el método del profesor Chauffard, quien emplea por series y con intervalos las inyecciones de clorhidrato de emetina.

DIVISION

Bien sabido es que la ameba histolítica es un parásito del intestino grueso, sin que esto obste para que emigrando se desarrolle también en el hígado, cerebro, pulmón y demás órganos del cuerpo humano; de ahí el nombre que pudiera darse de Amibiosis intestinal, hepática, cerebral, pulmonar etc. Siendo muy deficiente la clínica del Azuay, apenas nos ha sido posible distinguir las formas ó variedades de amibiosis que se presentan con frecuencia en Cuenca y en los lugares cercanos á ella, á saber: la disentería amibiana ó amibiosis intestinal, los abscesos hepáticos ó amibiosis del hígado y ciertas ictericias, que por haber cedido á las inyecciones de emetina, después de largos años de duración, nos permitiríamos designarlas con el nombre de amibiosis de las vías biliares. De estas tres modalidades la primera y segunda son de mucha importancia por su gran frecuencia, no sólo en el Azuay sino aún en los climas cálidos y costas del litoral. Otras formas de amibiosis descritas por algunos autores no ha habido ocasión de observarlas.

SINTOMATOLOGIA

Indudablemente, muchos individuos, siendo «portadores» de amebas, no tiene manifestación clínica alguna, necesitándose de una causa cualquiera, frecuentemente banal, ó la ingestión de ciertos alimentos, frutas ó bebidas, para que se rompa el equilibrio hasta entonces existente y se manifieste bruscamente la enfermedad.

En la forma más común de amibiosis que nos ha sido dado observar, la disentería amiboidea, presentose ésta de una manera lenta é insidiosa, comenzando por una diarrea ordinaria, y después, de aspecto bilioso sanguinolento, luego simplemente mucoso, al mismo tiempo que aparecieron el tenesmo y el dolor abdominal. El número de asientos fué variable, de ocho á veinte, y á veces llegaron hasta doscientos al día. En otras ocasiones, el comienzo fué brusco y repentino, como acontece con frecuencia en los casos de epidemia, observándose en éstos una ligera fiebre que puede llegar muy rara vez á treinta y nueve grados y que só-

lo dura un día ó dos á lo más, tomando la enfermedad un aspecto de cronicidad, enteramente característico. La marcha fué irregular, la menor causa ocasionaba nuevas recaídas ó daba lugar á alguna complicación, prolongando así la enfermedad indefinidamente. Algunas variedades, por fortuna raras en extremo, son demasiado graves y pueden ocasionar la muerte al cabo de algunas horas. Por lo general, la enfermedad tiende á la curación, que en casos benignos se obtiene en algunos días y en los casos de alguna intensidad, á las dos semanas de tratamiento apropiado. Puede también presentarse complicaciones llamadas «post disenterie» que para su desaparición exigen mucha paciencia de parte del médico y del enfermo. La afección cuando no es bien tratada pasa al estado crónico y dura muchos años, con períodos de mejoría y aumento de intensidad, terminando fatalmente, sobre todo en los niños. Cuando así va á ocurrir, aumenta el número de asientos, el dolor se vuelve insoportable y el tenesmo muy mortificante, falleciendo los enfermos, ya por las pérdidas enormes de sangre, ya por una peritonitis consecutiva ó por un excesivo aniquilamiento.

En los abscesos hepáticos, forma de amebiosis menos común que la anterior, los síntomas varían muchísimo de los ya descritos. Generalmente, estos abscesos se observan en individuos que han padecido anteriormente de disenteria amibioidea, no pudiendo considerarlos tan sólo como complicaciones de ésta, sino de verdadera extensión de la enfermedad, cuyo agente patógeno ha llegado á invadir el hígado. En otros casos, los abscesos se manifiestan en individuos que nunca padecieron de disenteria y que hallándose bajo la acción de un paludismo más ó menos antiguo, fué fácil la aparición y desarrollo de la amebiosis. Individuos han habido, por último, que han presentado estos abscesos ó amebiosis hepática sin que anteriormente hayan sufrido ni de disenteria ni de paludismo, lo cual prueba la forma clínica de la afección. En todos estos casos, la sintomatología es la misma que la de todos los abscesos hepáticos, ya descritos clásicamente por los autores, siendo de notar que los abscesos amebianos ó la supuración provocada por la ameba, tienden á abrirse espontáneamente por el intestino ó por las vías aéreas, lo cual casi jamás acontece con abscesos de otro origen, lo que permite diagnosticar, casi seguramente, de amibioidea un absceso del hígado abierto espontáneamente hacia el exterior.

En cuanto á las demás formas de amebiosis que nos hemos permitido designar con el nombre de amebiosis de las vías biliares, su sintomatología no está bien definida aún, delinándose únicamente por una ictericia más ó menos marcada, de un color anaranjado, que no reconoce causa alguna apreciable y que no cede á ningún tratamiento á no ser con el de la emetina. Esta forma se presenta con más frecuencia en las mujeres, quienes, juntamente con los trastornos ictericos ya enunciados presentan una hinchazón general sin que la expliquen el examen detenido del corazón y de los riñones. Todos estos desórdenes desaparecen, por otra parte, con la acción de la emetina.

OBSERVACIONES CLINICAS

Ia.

Amibiosis intestinal (Disenteria Amiboidea)

Primera observación.

Se trata de un señor de setenta años de edad, más ó menos, que jamás había sufrido enfermedad alguna, el señor doctor don Ezequiel Márquez, Secretario de la Universidad del Azuay. La enfermedad principió insidiosamente: una diarrea indolora y sin tenesmo, que duró algunos días, convirtiéndose en biliosa y luego en mucosanguinolenta. Al llegar á este estado el número de los asientos fué aumentando, se presentó el tenesmo y los dolores abdominales se manifestaron con mucha intensidad. Había seguido un tratamiento purgante, antes de que fuera sometido á nuestra observación, sin éxito, habiendo aumentado los asientos hasta llegar á doscientos al día. Era indudablemente el primer caso de amibiosis intestinal que nos era dado constatar científicamente. Procedí al examen de los materiales fecales, que eran mucosanguinolentas, características de aquella afección. Al microscopio, encontré las amebas inmóviles, probablemente por el tiempo que hubo pasado de su salida del intestino, ya que su estudio no se verificó á la cabecera del enfermo, como es la regla en semejantes casos. No obstante la falta de los movimientos amiboideos de la ameba, diagnosticamos la afección de amibiosis intestinal, porque en las deyecciones observamos gran cantidad de glóbulos rojos, falta de leucocitos y ausencia absoluta de otros bacilos. No se tomó en cuenta nuestro diagnóstico, particularmente porque fué ordenado una serie de inyecciones de emetina que hasta entonces y con este fin no se había practicado aún en Cuenca. La enfermedad siguió tomando su curso grave hasta que se consideró como fatal. Llamado en consulta, por mi apreciable colega, doctor Emiliano J. Crespo, insistí en las inyecciones de emetina, después de la inyección previa de un litro de suero fisiológico, para restaurar las fuerzas y restablecer un tanto el suero de la sangre disminuido considerablemente por tan crecido número de asientos que le habían puesto al paciente en un estado de agonía. De acuerdo en un todo con el expresado colega, procedimos á las inyecciones de suero y de clorhidrato de emetina, esta última á la dosis de dos centigramos por inyección y una al día. El resultado fué sorprendente: la sangre desapareció en las primeras inyecciones y el número de asientos disminuyó y el tenesmo y los dolores abdominales fueron menos vivos. Al cabo de algunos días de este tratamiento el enfermo mejoró, desaparecieron todos los síntomas principales, quedando el enfermo con una diarrea pertinaz, que se curó al cabo de treinta días. Al presente, el enfermo está consagrado á sus quehaceres y goza de buena salud.

Segunda observación.

Mr. J. H. Torrens, Ingeniero norteamericano, contratado para la instalación de la luz eléctrica en Cuenca, fué atacado, repentinamente y sin causa alguna apreciable, de diarrea biliosa, luego mucosanguinolenta, que en seguida se acompañó de tenesmo y dolores abdominales intensos. En esta vez, como en la anterior observación, no se presentó calentura ni modificación alguna en el pulso: el síndrome disentérico era, sin embargo, muy manifiesto. Después de haberme informado de que el paciente había sufrido de paludismo algún tiempo antes, procedí al estudio microscópico de las materias fecales, de acuerdo con mi distinguido colega doctor Crespo, no pudiendo constatar ninguna ameba, no obstante que la presencia de glóbulos rojos, uno que otro leucocito y falta absoluta de bacilos, permitía diagnosticar la afección de amibosis intestinal. En vista del carácter de las deyecciones, practicamos una primera inyección de emetina de cuatro centigramos de sustancia, observándose al cabo de veinticuatro horas un cambio notable en la afección que terminó á los cuatro días de haber principiado el tratamiento á la dosis de dos centigramos diarios de emetina, siendo la convalecencia rápida y la curación radical al fin de una semana, que fué el tiempo de su duración. El Sr. Torrens goza ahora de perfecta salud.

Tercera observación.

El señor don Luis Peralta presentaba todos los síntomas de disentería amibóidea: asientos mucosanguinolentos, tenesmo y dolores abdominales. En este estado fui llamado á observarle. Llevé conmigo el microscopio, y en compañía del señor Leopoldo Dávila, estudiante de medicina, pude constatar en las deyecciones del enfermo, sometidas al microscopio, según el método ordinario é inmediatamente después de evacuadas, el agente patógeno de la enfermedad: la entameba histolítica. En este caso la duda fué imposible: la amibosis intestinal en Cuenca, quedaba demostrada definitivamente. Con cuatro centigramos diarios de clorhidrato de emetina en inyecciones, acompañados de purgantes salinos por la mañana, el paciente curó radicalmente al cabo de cuatro días de tratamiento sin complicación alguna posterior.

Cuarta observación.

Mi amigo y estimado colega, Sr. Dr. D. Gabriel Veintimilla M., fué atacado, repentinamente, de diarrea sanguinolenta, con tenesmo y ligeros dolores abdominales. Llamado á asistirle, y observando el aspecto de las deyecciones, que habían tomado un carácter mucosanguinolento, ordené una serie de inyecciones de emetina, cuatro centigramos diarios, dos por la mañana y dos por la tarde. A los tres días de iniciado el tratamiento acentuóse la mejoría y bien pronto la curación fué radical. El Dr. Veintimilla se halla muy bien al presente. Otros casos análogos han sido observados por el suscrito y por mis colegas del Azuay, habiendo dado buenos resultados las inyecciones de emetina en la última epidemia de disentería (amibosis intestinal) que se presentó en el Azuay en 1914.

2a.

Amibiosis hepática.— (Abscesos del hígado)

Primera observación.

El señor Luis B. Delgado, padecía hace mucho tiempo de supuración del hígado, abierto espontáneamente hacia el exterior por la vía pulmonar. Había ido á Guayaquil, después de haber recorrido casi todas las clínicas del Azuay, y su estado no mejoraba. Al observarle recordé las sabias observaciones del eminente profesor Chauffard de París, á quien tuve el honor de escucharle en el célebre hospital de San Antonio. Los abscesos del hígado que se abren espontáneamente hacia el exterior, estableció como regla este sabio profesor, son, casi siempre, de origen amibóideo, debiéndoseles tratar por las inyecciones de clorhidrato de emetina. Dudando del éxito, ordenamos una serie de 30 inyecciones de emetina, á la dosis de dos centigramos cada día. El enfermo no quiso someterse á este tratamiento y solo á repetidas instancias resolvióse á practicar una serie de diez inyecciones. Era la primera vez que el clorhidrato de emetina se usaba en Cuenca, y, naturalmente, todo el mundo dudaba de la eficacia de ellas. Felizmente el resultado no correspondió á los temores: el paciente, después de la serie de las diez inyecciones, mejoró ligeramente, y sobre todo, aumentó de peso. Lleno de esperanza encargó á Guayaquil y Quito nuevas ampolletas de emetina y mándose practicar tres series de inyecciones, cada una de diez ampolletas de dos centigramos de sustancia, con intervalos de algunos días (tres ó cuatro) de serie á serie. El resultado fué completamente inesperado: el paciente curó radicalmente con cuarenta y cinco inyecciones, sin que hasta hoy se haya alterado su salud. En este caso, de mucha importancia para los abscesos del hígado, no se encontró en los datos anteriores de la afección ninguno que permitiese siquiera suponer que el paciente hubiese sufrido antes de disenteria ó paludismo. Era notable el estado de aniquilamiento y casi consunción en que se encontraba el paciente antes del tratamiento.

Segunda observación.

N. Figueroa, entró al hospital de San Vicente de Cuenca, quejándose de una afección del hígado. Examinado este órgano por el médico del establecimiento y el cirujano de la sala, constatose la existencia de un absceso hepático. Entre sus antecedentes había uno de importancia: el haber sufrido durante cuatro ó cinco años de diarrea pertinaz que no desaparecía bajo ningún tratamiento. Se resolvió operarle lo más pronto posible; pero prefirióse las inyecciones de emetina á instancias repetidas del suscrito, que, en unión de otros colegas, había observado ya los buenos resultados de la emetina. Practicóse, pues, una serie de diez inyecciones de esta sustancia, mejorando el enfermo, aumentó su peso y se curó, finalmente, después de otras dos series de inyecciones, practicadas con intervalos de cinco días cada una. El paciente fué dado de alta no volviéndose á saber nada más de él hasta ahora.

Tercera observación.

David Bravo, de cuarenta años de edad, de Cuenca, había sufrido durante dos años de molestias á la región del hígado, que aumentaban, día á día con el uso de bebidas alcohólicas, al que se había acostumbrado mucho tiempo antes. Repentinamente, sintió un escalofrío prolongado, luego una punzada muy viva en el costado derecho y calentura que subió á cuarenta grados, inmediatamente después del escalofrío inicial. Sobrevino una tos fuerte y por accesos. En uno de éstos sintió que se le abrió el pecho (palabras del enfermo) y arrojó entonces una gran cantidad de pus: un absceso del hígado habíase abierto hacia el exterior por los pulmones. Por este solo hecho, no dudamos de diagnosticar la afección de amibiosis hepática y ordenamos, como era natural, el tratamiento apropiado: las inyecciones de emetina. Nosotros mismos las practicamos y observamos que el enfermo iba mejorando día á día, y terminó curándose radicalmente al cabo de veinte días; y se halla, al presente, en estado de completa salud.

3a.

Amibiosis de las vías biliares.

Esta forma de amibiosis es muy rara en las regiones del Azuay y parece ser más frecuente en los climas cálidos del litoral. Mientras que de las otras dos formas anteriores, nos fué dado recoger múltiples observaciones, en ésta, la amibiosis de las vías biliares, no hemos sido tan afortunados, pudiéndose señalar solamente tres casos y todavía dudosos.

Se refiere el primero á la señora de Astudillo, de cuarenta y cinco años de edad, que sufría frecuentemente de cólicos hepáticos. En sus antecedentes manifestaba no haber tenido ninguna otra afección que la ya indicada. Había sufrido mucho, en efecto, de dolores en la región del hígado, más intensos después de las comidas, acompañados de un color icterico permanente de las mucosas y de la piel. Una vez se presentó en todo el cuerpo una hinchazón general que semejava una obesidad pronunciada. Había seguido varios tratamientos médicos, sin resultado ninguno, cuando, por fin, después de haber tomado un purgante, arrojó por el intestino una cantidad notable de cálculos y sustancias pulverulentas, que le ocasionaron graves dolores, los cuales desaparecieron después de algún tiempo. La hinchazón disminuyó juntamente con el color icterico, quedando la paciente aparentemente restablecida. Sobrevino empero un nuevo ataque: la hinchazón y el color icterico fueron entonces más acentuados. En este estado fué llamado en consulta. Por los antecedentes del enfermo establecí mi diagnóstico. Se trataba de cálculos biliares que obstruían los canales de este nombre, originando así una reabsorción biliar. Después de seguir un tratamiento apropiado, ordenamos tres series de diez inyecciones de emetina con intervalo de diez días cada serie. El resultado fué notable; la enferma cambió de color, desapareció la hinchazón y hasta la fecha no han vuelto á presentarse los cólicos hepáticos.

El segundo caso es de un señor N. N. de la parroquia de Déleg, de la provincia de Cañar, quien habia sufrido de una sensación más ó

menos molesta en la región del hígado, el cual, al examen clínico, no presentó nada de notable, ni siquiera la más leve congestión. Siendo la afección ya de mucho tiempo y presentando el paciente un pronunciado color icterico, no vacilamos en ordenar el mismo tratamiento que en caso anterior, obteniendo también buen resultado; pues que los síntomas anteriores no se han vuelto á presentar hasta hoy.

La tercera observación se refiere, por último, á la señora R. Morales, quien hacía mucho tiempo se hallaba sufriendo de dolores sordos á la región del hígado, acompañados de ictericia manifiesta é hinchazón general. Siendo difícil hacer un diagnóstico evidente, porque el examen de los diversos órganos no dió resultado ninguno, como tratamiento de prueba, le hicimos varias inyecciones de emetina, treinta en total, por series de seis, con intervalos de diez días de descanso, tomando la paciente un purgante salino después de cada serie. La enferma se halla al presente muy restablecida y sin ningún síntoma que llame la atención.

DIAGNOSTICO.

La amibiosis, lo mismo que cualquiera otra enfermedad parasitaria, sólo puede ser diagnosticada de un modo seguro y evidente, con ayuda del microscopio, determinando el agente causante de la afección.

En la amibiosis intestinal, no siempre es fácil esta determinación, siendo necesario muchas veces un diagnóstico á posteriori, por medio de las inyecciones de emetina, para determinar su naturaleza. Por fortuna, las más de las veces se puede constatar la ameba histolítica en las deyecciones de individuos que presentan claramente el síndrome disentérico. Con tal fin, de las materias fecales recientemente evacuadas por el paciente, con una aguja de platino, previamente desinfectada, se toma una pequeña cantidad de mucosidad sanguinolenta ó simplemente, de mucosidad, que se distingue, á primera vista, por su consistencia viscosa y su color gris, se lleva á un porta-objetos, y cubriéndola con una lámina de cristal se la observa á la gota suspendida y con el diaframa más ó menos cerrado. Cuando el resultado es positivo, se observa la ameba histolítica (fácil de reconocerla) por sus movimientos amiboideos, por su tamaño relativamente voluminoso y muy particularmente porque contiene en su interior un número más ó menos considerable de glóbulos rojos, que le ha valido el nombre de «histolítica», y que permite diferenciarla de la entoameba coli, con la cual pudiera confundirse. Si se quisiera ser más prolijos aún, se podría muy bien inocular en el recto del gato una cantidad suficiente de las materias fecales sospechosas, para reproducir la enfermedad y provocar un cultivo de las amebas que entonces se puede determinar al microscopio sin ninguna dificultad. En casos dudosos se debe recurrir á este procedimiento; pero, por lo general, basta el examen, en gota suspendida, de las materias fecales. Menos evidente es el diagnóstico, cuando al examen microscópico no se ha encontrado la entoameba, sino solamente gran cantidad de glóbulos rojos, uno que otro leucocito, sin presencia de bacilos de ninguna clase. En este caso, el diagnóstico puede ser confirmado por las inyecciones de emetina, según damos á conocer en la segunda observación de la amibiosis intestinal, anteriormente expuesta. Menos probable es aún el diagnóstico, cuando á falta de microscopio, sea necesario establecerla sólo por los actos clínicos. Con todo, aún en estos casos, hay datos de

gran importancia: la falta de calentura, ninguna alteración del pulso, el estado crónico de la afección, las deyecciones mucosanguinolentas, sobrevénidas sin causa alguna apreciable, permiten diferenciarla de la disentería bacilar, eminentemente contagiosa, que va acompañada de trastornos generales y fiebre, lo cual casi nunca ocurre en la amibiosis intestinal ó disentería amiboidea. Por último, dos ó tres inyecciones de emetina, producirían alguna mejoría si se tratase de una infección originada por la ameba histolítica.

Si es relativamente fácil el diagnóstico de la amibiosis intestinal, no sucede lo mismo con los abscesos del hígado ó amibiosis hepática, siendo posible un diagnóstico evidente sólo en el caso de que se haya abierto al exterior y se pueda determinar en el pus evacuado el agente de la infección: la ameba. Con todo, cuando se presenta un absceso del hígado consecutivamente á una disentería de larga duración, y no haya otros datos clínicos en que apoyar un nuevo diagnóstico, se puede decir, con mucha probabilidad, que se trata de un absceso amiboideo. Cuando el foco purulento se ha abierto paso al exterior, ya sea por las vías pulmonares ó por el tubo intestinal, aumenta mucho más la probabilidad, siendo casi seguro que se trata entonces de una afección amiboidea. En otros casos, por desgracia muy frecuentes, en que el absceso no se ha anunciado por ningún síntoma premonitorio, el diagnóstico es sumamente difícil: sólo á posteriori, con el tratamiento de la emetina, ha podido obtenerse algún resultado.

Respecto á la forma que hemos llamado de las vías biliares, el diagnóstico es únicamente probable, tan sólo en el caso de que el tratamiento por las inyecciones de emetina hayan producido una curación radical.

EPIDEMIOLOGIA.

Que la amibiosis se presenta epidémicamente en las regiones azuayas, es un hecho comprobado. En efecto, en ciertos meses del año, principalmente en Octubre y Noviembre, la amibiosis intestinal, disentería amibiana, comienza por casos aislados, extendiéndose, día á día, y tomando poco después un carácter francamente epidémico. Hay hechos evidentes de contagio, sucediendo, en ocasiones, que todos los individuos de una familia se ven atacados de esta afección. A este respecto, debemos mencionar que la amibiosis intestinal, que ya relacionamos en nuestra primera observación, correspondiente á aquella forma, contagió á varios miembros de la familia, muriendo dos muchachos, menores de edad, que se ocupaban en el aseo del enfermo. Hechos semejantes se observa á diario en Cuenca, en donde la amibiosis intestinal reina endémicamente, lo mismo que en las parroquias vecinas de la capital azuaya, como en aquellas, en donde existe también el paludismo, v. g.: en Yunguilla, Chaguaruro, Jesús María, presentándose en estas poblaciones de clima cálido, con más frecuencia la forma de amibiosis hepática. Los medios de contagio parecen ser los alimentos y las bebidas de mala calidad, que probablemente son los vehículos ordinarios del ameba, además de que ésta existe permanentemente en el intestino de personas que viven en los climas tropicales, como demuestran las observaciones llevadas á cabo en el Africa Central, región en donde reina la amibiosis intestinal, siendo esta la afección á la cual más tributo pagan los colonos que van de Euro-

pa. Desde el punto de vista epidémico, debemos recordar que siendo la amibiosis intestinal y cualquier forma de la amibiosis, una afección esencialmente crónica, es más francamente endémica, existiendo constantemente en el Azuay, en oposición á la disentería bacilar, que es de suponer también existe en la misma región, aun que científicamente no se ha comprobado aún.

TRATAMIENTO.

En Agosto de 1912, el eminente médico inglés Rogers, publicó en el «British Medical Journal», varias observaciones que demostraban fuera de toda duda, la acción específica de la emetina sobre la amibiosis intestinal, sobre todo la producida por las amebas del grupo histolítico, llegando á formular, con sobra de razón, después de haber comprobado prácticamente la destrucción de las amebas en deposiciones frescas, en una solución de emetina al 1: 10.000, que este alcaloide era de tanta importancia que si la dolencia responde al tratamiento con esta substancia, quedaba de hecho formulado el diagnóstico, y que en caso contrario, cuando las inyecciones de emetina no mejoraban al enfermo, era porque la afección no se debía á las amebas. Después de Rogers, Allen y Lyons refieren también varios casos de verdadero éxito, en que la emetina dió asombrosos resultados. Posteriormente, Maxwell y especialmente Chauffard preconizaron la emetina, basados en las sorprendentes curaciones que ambos obtuvieron con este medicamento en la amibiosis de toda forma, muy particularmente en la amibiosis de forma intestinal y hepática, esto es, en las disenterías amibianas y abscesos del hígado, y en estos últimos, de un modo eficaz cuando ya se habían abierto espontáneamente al exterior. Basado en estos estudios, á mi regreso de Europa, recordando las lecciones de Chauffard en el hospital de «San Antonio» de París, he empleado con sorprendente éxito las inyecciones de emetina en ampollitas de un cent. cúbico, de las casas Parke Davis & Co. y H. K. Mulford Company, que contienen dos y cuatro centigramos de substancia activa, respectivamente. No he observado un solo caso en que el medicamento no haya dado buen resultado; por el contrario, las observaciones arriba apuntadas son indiscutibles y prueban hasta la evidencia, la eficacia del remedio. En la amibiosis intestinal, cuando el caso no es grave, he practicado dos inyecciones diarias de emetina, de dos centigramos de sustancia cada una, continuando después con una sola inyección diaria, hasta la convalecencia del enfermo, y suspendiendo cuando los asientos se habían modificado completamente. Si á las inyecciones de emetina se acompaña la administración de purgantes salinos á dosis decrecientes, por ejemplo de sulfato de sosa ó de magnesina, á una dosis inicial de sesenta gramos, la afección cura radicalmente al cabo de ocho ó diez días á lo más. Desaparecidos los síntomas de disentería, sólo queda emplear un tratamiento adecuado para restablecer las fuerzas y apresurar la convalecencia del enfermo, esto se consigue primero con la dieta láctea, hasta que la digestión sea perfecta y los asientos sin modificación patológica notable, y después con los farináceos, coladas & c, que debe continuarse por algunos días más hasta la curación radical. En la amibiosis hepática, sobre todo cuando el absceso se ha abierto ya al exterior, el éxito es sorprendente, más aún si el foco purulento ha sido abundante, con dos ó tres inyecciones diarias de emetina Mulford, cuyas ampollitas contienen, como se sabe, cuatro centigramos de

principio activo, siendo muy eficaces en los abscesos abiertos recientemente y en los que se quiere obrar rápidamente. En estos casos, he ordenado tres inyecciones diarias de emetina Mulford durante tres ó cuatro días suspendiendo á la primera manifestación de náuseas, vómitos ó diarrea pronunciada, para continuar después de tres ó cuatro días de descanso una serie de diez inyecciones, una cada día, de la misma emetina Mulford, descansando otros diez días y repitiendo una nueva serie de diez inyecciones. Al final de la primera serie la mejoría del enfermo es muy acentuada, y al cabo de la segunda, la supuración desaparece totalmente, el apetito se manifiesta y el enfermo aumenta de peso, no siendo necesaria la tercera serie sino para evitar una nueva recaída ó á una infección posterior. En los abscesos crónicos, abiertos mucho tiempo antes de empezar el tratamiento por la emetina, he conseguido buenos resultados, administrando la emetina por series de diez inyecciones cada una, con descanso de cinco días de serie á serie, prolongadas hasta que el enfermo cure radicalmente, habiendo observado que en estos casos, es más beneficioso el empleo de ampollas de cuatro centigramos de substancia activa, que el de las de dos centigramos, las cuales exigen un tratamiento de más larga duración, talvez porque son menos concentradas que las anteriores. Cuando los abscesos no se han abierto al exterior, las inyecciones de emetina no dan tan buen resultado como en el caso contrario, sin embargo de que continuadas por algún tiempo, pueden curar al enfermo, como en la observación segunda anteriormente expuesta en la parte relativa á esta forma de amibiasis. Creemos, pues, que se obrará con bastante prudencia, si antes de ordenar la abertura del absceso, se prescribe un tratamiento por la emetina, especialmente en aquellos casos en que haya motivos para creer que se trata de un absceso amibiano. Si después de habierto por el cirujano, se constata que el absceso se debe á las amebas, no se ha de dudar de hacer los lavados del foco juntamente con los medios antisépticos, con soluciones de emetina al 1:100, ó mejor de hacer una inyección de esta substancia en el foco mismo, después de haber practicado la asepsia correspondiente. El resultado, dicen los autores, es siempre eficaz. Por último, en los casos que hemos designado con el nombre de amibiasis de las vías biliares, he practicado inyecciones de dos centigramos de emetina, en series de diez, una cada día, con intervalos de cinco días de descanso y continuando hasta la manifestación de la mejoría del enfermo. A la emetina es provechoso acompañar el empleo de un purgante salino cada ocho ó quince días, según la hinchazón más ó menos manifiesta del enfermo. Hemos ordenado algunos cientos de inyecciones de emetina, en casos de amibiasis, y no hemos tenido ninguna manifestación de intolerancia ó de acción tóxica del medicamento. Suspendemos su administración cuando se presentan los primeros síntomas de náuseas, vómitos ó diarrea, y la administramos con mucho cuidado, vigilando de continuo la orina, cuando el paciente ha sufrido de alguna afección de las vías urinarias, casos en los cuales la emetina debe administrarse con mucha vigilancia, quizá por alguna influencia que tenga sobre el riñón, por el cual se elimina indudablemente, produciendo acaso una ligera irritabilidad.



PROFILAXIS:

El vehículo ordinario de la ameba que sirve de medio de transmisión, es el agua, en donde existe el mismo agente patógeno ó bien sus quistes, según observaciones de muchos autores. También los alimentos, especialmente las frutas que estén sometidas al influjo de aguas contaminadas, llevan consigo el agente infeccioso, explicándose así las epidemias que periódicamente aparecen en Cuenca á fines del año cuando las frutas han obtenido su máximun de desarrollo y madurez. Las deyecciones son una fuente inagotable de infección originando un estado endémico en aquellos países en que la cronicidad de la amebiosis y la falta de destrucción ó desinfección de las materias fecales, originan una causa permanente de propagación. Por tanto, será preciso exigir la práctica de reglas de higiene, que desinfecten los asientos ó materiales purulentos en donde se encuentra la ameba. En tiempos de epidemia, se hace necesario, además, el uso de agua hervida para bebida ordinaria y la cocción de las frutas ó legumbres que se usen como alimento diario. La desinfección de las manos, por parte de las personas que asisten á un enfermo de amebiosis, practicantes, enfermeras & c., es de absoluta necesidad. La provisión de agua potable, en Cuenca, por ejemplo, que no la tiene, bastaría, por sí sola, para que desapareciera la amebiosis, que actualmente es endémica en esta ciudad. Por lo demás, en esta afección como en toda otra que es contagiosa, no se debe olvidar todas las reglas que se aplican para evitar que se propague la enfermedad una vez que haya hecho su aparición.

CONCLUSIONES

De lo anteriormente expuesto, nos es honroso someter á la consideración del ilustrado Cuerpo de profesores que concurre al primer Congreso Médico, las siguientes conclusiones:

Primera.—La amebiosis existe en el Azuay hace ya mucho tiempo, siendo sus formas más frecuentes la amebiosis intestinal ó disenteria amibóidea, la amebiosis hepática ó abscesos amibóideos del hígado, y la amebiosis de las vías biliares de sintomatología no bien definida aún.

Segunda.—La amebiosis del Azuay es debida á la ameba histolítica de Schaudinn, cuya presencia en las deyecciones se halla bien comprobada.

Tercera.—Que á falta de microscopio y en presencia de una afección de carácter crónico, con síntomas disentéricos ó con supuración del hígado, que haga suponer un origen amibóideo, se puede establecer un tratamiento de prueba, por la emetina, suspendiéndolo en el caso de que á las cinco primeras inyecciones de cuatro centigramos principio activo, el enfermo no mejore notablemente.

Cuarta.—Que para las amebiosis de cualquiera forma que fuese, el específico de ella es la emetina, la cual según la expresión de Chauffard, es el «magna sterilisans» de la amebiosis, empleada en inyecciones y por series.

Quinta.—Que para combatir de una manera eficaz esta endemia del Azuay, se hace necesaria la prohibición de agua potable en esta ciudad y la práctica de las más triviales reglas de higiene en orden al aseo y salubridad.

PARASITOLOGIA.

La fasciola hepática en el Ecuador

(Coscoja)

Observaciones sobre la generación y desarrollo de este flagelo pecuario; y método eficaz para obtener su desaparición

POR EL

DR. GONZALO CORDERO DAVILA.

MOTIVOS DE ESTE ESTUDIO.

Progresamos talvez-----Nuestro organismo social, en una como recóndita ansiedad de mejoramiento, inquiera, busca y halla veredas que posibiliten su afán de evolución. No fuimos, no queremos ser los postergados de la raza; y nuestros esfuerzos, movidos por la santa emulación del adelanto, se dilatan paulatinamente hacia la conquista de una ansiada y redentora prosperidad.

Nos impulsa el tiempo. Nos fascinan las múltiples riquezas de esta tierra que nos ha dado el ser: ¿qué nos impide realizar una marcha resuelta y triunfadora en dirección de las cumbres que tocan ya nuestras hermanas?

El Ecuador, no fué el hijo último de España, y pudo contarse hoy entre los primeros; más, no lo quiso la suerte. Y, hemos seguido, mucho tiempo, ensangrentados y sin fortuna, el carro victorioso de hermanas más serenas y precoces.

Hoy; hagamos nuestro el presente; sepamos redimirnos. Entonémonos con la salvadora asimilación del ejemplo. Nuestros propios horizontes están intactos todavía, sumemos, para encaminarlas hacia ellos, todas nuestras tendencias y energías; pero en atinada y consciente obra de liberación.

A esto halláanse obligados los elementos deliberadores del País. Los que piensan, los que estudian, los que gobiernan, los que se debaten con la naturaleza, para arrancarle el honrado sustento del trabajo; todos, generalmente todos, tienen el ineludible deber de luchar por el codiciado mejoramiento nacional.

Dentro de este programa no hay esfuerzo sin mérito, ni labor que no sea recomendable y sana. No puede por tanto ningún individuo negarse al procomún; ni por temor ó negligencia ocultar al bien de los otros algo que, en concepto propio, dice relación al provecho de todos, en cualesquiera de las numerosas fases en que él se descompone.

Sin desconocer la insignificancia de mis estudios, por la procedente consideración me he determinado á someterlos al criterio del público. Animado del mejor patriotismo, quiero darle á él la tarea de verificar la evidencia de mis conclusiones. Y si algo vale el decidido empeño con que, en largos períodos de observación y reiteradas comprobaciones, supongo haber encontrado la manera de libertar del peor de sus flagelos á la más prometedoras de las industrias nacionales, valga como un presente de buena voluntad para mi tierra.

Y quede aquí la constancia de los móviles que me impulsaron á dedicarme á las investigaciones cuyo fruto se da hoy á la publicidad. Cref, y creeré siempre, que el porvenir más halagueño del Ecuador estriba en el progresivo incremento de la ganadería, elevable con suma facilidad, en él, al predicamento de grande industria. No es, ni será para este suelo el cultivo de cereales explotación bien remunerada. En general, la agricultura de sembrío que martirizan y empobrecen, cada día más, los fenómenos meteorológicos endémicos en esta región sin estaciones, no puede ser nunca manantial fecundo y estable de su riqueza. Además, esta dedicación de nuestros terrenos, aún estimándola reproductiva y en el caso más favorable de heladas, lluvias incontinentes ó excesivas sequías, no los abarcara sino en una porción limitadísima: pues se equivocan los que suponen que todo nuestro territorio es fértil y cultivable.

Para documentar mi opinión, más sin adherirme á la totalidad de apreciaciones erróneas en parte, traslado á estas líneas el juicio que sobra la aptitud agrícola del Ecuador, refiriéndose á la época de la colonia y tratando, por cierto, de justificar la imposibilidad con que miró España el desarrollo de nuestra agricultura, forma un notable escritor español; fundándolo, por desgracia, en algunas confesiones de nuestro geógrafo Villavicencio. Se expresa así:

«La superficie del Ecuador de 16.000 leguas cuadradas, halla su natural división en tres partes. La primera abarca desde la desembocadura del río Guayas hasta las del Mira, ríos que desargan al Pacífico, y todo lo comprendido entre la costa de este mar y la rama occidental andina. La segunda el callejón; y la tercera desde el ramal oriental hasta la frontera de Tubatinga, á orillas del Marañón.»

«En la primera de las tres sólo el Gobierno de Guayaquil era de importancia, y en él se cosechaba, como sabemos, algodón, cacao, tabaco, etc. y abundaba en ganado vacuno y caballar. Los muchos ríos que lo cruzan dan lugar á que en la estación de las lluvias, saliendo de su cauce ordinario aneguen dilatadas extensiones de terreno con los que por esta causa no se puede contar para la agricultura.»

«Manta, Pueblo Viejo y algún otro punto de la costa, tenían esenso vecindario y algunas haciendas de tabaco y algodón, y el bosque impenetrable casi á las tapías; de modo que las nueve décimas de esta primera parte de las tres en que hemos dividido la actual República del Ecuador, no daba ni podía dar cosecha alguna.»

«Más desconsolador es aún el cuadro que presentaba y presenta todavía la tercera de las divisiones; con doce mil ochocientas leguas cua-

dradas de superficie, tuvo en el siglo XVI tres ó cuatro poblaciones de alguna importancia; pero en 1599 se alzaron los indios y las destruyeron; quedando desde entonces reducidas á la barbarie, sin industria de ningún género, estas soledades. Toda esta parte del Oriente se halla así descrita por el señor Villavicencio.»

«Está cubierto de arbustos y chaparros impenetrables, los cuales van convirtiéndose en una vegetación gigantesca á proporción que se desciende de los Andes.»

«Aquí y allá se ven pendientes descarnadas de piedra viva, donde las plantas no han podido arraigarse, ó cavidades causadas por los derrumbes, que precariamente presentan precipicios desnudos de toda vegetación, pero que en poco tiempo vuelven á cubrirse de arbustos y malezas.»

«Por el descenso de esta cordillera se precipitan los torrentes, más ó menos caudalosos que manan desde la cima, y forman quebradas profundas en un lecho de pedrones monstruosos; en estos mismos quebradones se encuentran cascadas elevadísimas cuyos contornos son inaccesibles para el hombre.»

«El descenso oriental presenta, pues, el aspecto de un mundo que se ha desplomado, dejando un hacinamiento de picachos elevados, crestas, precipicios y grietas profundas, todo cubierto de un verdor eterno.»

«Quédanos el callejón con sus mil leguas cuadradas: en él ó en las faldas de las cordilleras que lo forman, estaban las ciudades y villas de más representación ó importancia, las haciendas más considerables, el mayor número de gente.....¿Pero qué industria agrícola podía ni puede de él sacarse? Todo en la naturaleza conspira contra ella.....»

Toda esta apreciación encierra un lamentable fondo de verdad, aunque peque de inexacta, en detalle, en alguna de sus partes; como en aquella de que la costa no tenga terrenos apropiados para la agricultura, lo cual no es evidente; pues en todo el litoral de la República y, en especial, en las zonas que corresponden á la provincia del Guayas y Los Ríos, adviértese un notable incremento agrícola. Esto lo pregona la inmensa producción de cacao, por la cual goza el Ecuador, en los mercados europeos, del cognomento de ser uno de los países que más producen este artículo; siendo el nuestro puesto apenas en la tercera clase de las siete en que suele clasificarse la exportación mundial.

Existen también en dicha región numerosas estancias de caña de azúcar, perfectamente instaladas y servidas, y cuyo producto, no sólo satisface la demanda del interior del país, sino que alcanza á exportarse en alguna cantidad.

Y no sería objeción, que diga nada en contra de las posibilidades agronómicas tanto de esta parte como de la tercera ó de Oriente, la de que entrambas tengan espesa y gigantesca vegetación y, especialmente, la primera bosques impenetrables á las tapias; eso denota más bien la fecundidad de sus terrenos, en cambio de la cual, no vendrían mal empleadas cuantas energías y capitales demandasen su descujamiento y labor. Otras son las causas por las cuales, al hablar de la agricultura ecuatoriana, tiene que hacerse, en la actualidad, una dolorosa prescindencia de tan privilegiadas regiones.

Primera y trascendentalmente las que hemos aducido respecto de toda esta tierra equinoccial, y luego, al ocuparse en particular de la costa, sus malas condiciones sanitarias que, para la inmigración, que constituye una de las principales fuentes de prosperidad agrícola, la



vuelven temible; y al referirse al Oriente, la inabordable situación en que ha sido colocado por falta de leyes proteccionistas y la incuria de nuestros Gobiernos, los cuales no se han empeñado seriamente en tornarlo accesible, por medio de buenas vías de comunicación, no se diga al torrente inmigratorio, pero ni siquiera á las constantes y fracasadas tendencias de los mismos nacionales.

Descontadas, en fuerza de los expresados motivos, tan importantes secciones de nuestro territorio, réstanos pues la parte interandina, ó alto Ecuador que, por sus condiciones climatológicas y sanitarias, es la más habitable. En ella hay pequeñísimas secciones de terreno fecundo, que se las puede hallar en las provincias de Imbabura, Pichincha, Tunguragua, Azuay y Loja. El resto ó la gran extensión de los páramos y llanuras superiores, ya sea por su espontánea praderización, por sus abundantes manantiales, por su clima benigno, por la ausencia de invasiones pestosas alarmantes, por todo, en suma, pido con claridad otro destino.

Este destino no pueda ser otro que la ganadería. Permítase á este respecto reproducir aquí la opinión de un viajero ilustre, el cual dice: «Es posible y aún probable que mi opinión se halle en oposición con la de muchos ecuatorianos que esperan que con el impulso del ferrocarril andino al interior se convertirá esencialmente en un país agrícola y exportador de cereales. Creo que las esperanzas en este punto son exageradas y que la utilidad de la vía férrea se manifestará por otros efectos: más bien quisiera pronosticar para el Ecuador alto un gran desarrollo de ganadería, á la cual se prestan muy bien sus extensos terrenos incultos é incultivables, especialmente en la región de los páramos.

Esta persuasión y el deseo de averiguar el motivo por el cual las razas pecuarias existentes entre nosotros no se incrementaban en número ni en cualidad, sino, en un retroceso alarmante, iban reduciéndose al último grado de degeneración; llevóme á inquirir los orígenes de tal desastre y á buscar los medios adecuados para solucionarlo.

Es indudable que los primeros ejemplares venidos de España debieron ser escogidos y sanos; y prueba de su selección y de lo bien que se establecieron en nuestros campos, es el hecho de que, durante la colonia, hallábanse en el Ecuador estancias de ganadería cuyos rebaños se componían de miles de cabezas.

Refiriéndome, especialmente, á la provincia del Azuay diré: que nuestros «llatos» que tenían antes enormes existencias de ganado, las han reducido hoy á cifras lastimosas; y si tal acontece en las mesetas ó llanuras inferiores, de particular apropiación para la cría, ¿qué no debía pasar con ella en las altas mesas ó páramos, en los fríos y abandonados pajonales? Quien haya cruzado su dilatada extensión ha podido contemplar el triste espectáculo que, en medio de la desolada monotonía del paisaje, ofrece el ganado de los infelices indios que, escualido y abatido, en pequeñas agrupaciones, tacea aquí y allá la paja, siempre verde y siempre seca, ó algunas yerbecillas que representan la diminuta pero nutritiva vegetación de las alturas.

Propietario de bienes raíces, desde muy temprana edad, así por una hereditaria afición al estudio de las ciencias naturales, como por el interés con que he mirado la posibilidad del desarrollo de la industria pecuaria, tan fácil y noble, al par que bien remunerada, he procurado cerciorarme, por cuantos medios estaban á mi alcance, de los fundamentos de su

estado actual, calificable no sólo como perjudicial estancamiento, sino como verdadera regresión.

Y en pos de afanadas tareas de investigación, examen y deducciones, he llegado á convencerme de que dos son los enemigos del incremento de la industria ganadera: y dos, en consecuencia, los funestos peligros que ve, en frente de sus mejores intenciones, un propietario que dedica su capital y desvelos al mejoramiento de tal industria. El principal, la enorme y devastadora acción de la plaga que se conoce, en el país, con el nombre de «coseoja»; y, secundariamente, el robo, erigido en hábito y manera de luchar por la vida en gran parte de nuestra misérrima y casi irresponsable gente indígena, por falta de una legislación rápida y severa que castigue extensamente el abigeato.

Lo primero determina la causa de la degeneración de las razas bovinas existentes. Las de hoy son el producto sucesivo de muchas generaciones anteriores que, bajo el pleno dominio de un agente patógeno, conserváronse y se han reproducido en estado de completa deficiencia fisiológica; y lo segundo, ó el robo, el motivo por el cual nuestros páramos y serranías, en los que hallábase antes tan dilatada la cría de ganado vacuno, se encuentran en la actualidad casi abandonados y desiertos, no obstante su valía para tal objeto, con relación á la que, uno de los excursionistas que con más criterio nos han visitado, se expresa en los siguientes términos: «Bajo el punto de vista económico los páramos son un país de pasto, y como tal tienen una importancia muy grande para el Ecuador. La riqueza de muchas haciendas consiste únicamente en tantas leguas de páramo, ó mejor dicho, en tantos miles de cabezas de ganado vacuno, caballo y ovejuno, que pacen en los páramos; y el pobre indio que tal vez no posee en propiedad una gleba de terreno, mantiene sus animales en el páramo comunero.»

Yo no quiero ocuparme en las maneras de evitar este último flagelo, el arbitrar medidas eficaces para prevenirlo corresponde á la acción tutelar del Estado. He desecho, y realizo acaso en este estudio, un solo intento: vulgarizar, dejando al alcance de todos, cuanto se relacione con la plaga de la «coseoja.»

Deben todos los ganaderos conocer la causa de sus constantes pérdidas, para evitarlas, con oportunidad; mediante la familiarización con los principios científicos, abandonar disparatadas preocupaciones; explicarlo todo con la razón y no con la absurda ley del acaso; y por fin, poner en planta en sus fincas cuantos adelantos se deban á la iniciativa de otros lugares más prósperos en el desenvolvimiento de esta industria.

Este breve tratado contendrá la clasificación científica de la «coseoja»: la teoría de su generación y desarrollo; el proceso y sintomatología de su invasión á los rumiantes; el relato de los males y lesiones causados por ella; la reacción contra algunas creencias generalizadas sin fundamento y, finalmente, la indicación del único tratamiento posible, en mi concepto, para la enfermedad que produce, cuyo pronóstico hasta hoy considérase como fatal.

Como lo que he escrito es para todos, y en particular para las gentes del campo, poco entendidas en achaques literarios, me expresaré con llaneza y claridad. Trato de luchar con una teoría formada en años y arraigada, de modo profundo, en nuestra población campesina, deben mis expresiones quedar al alcance de ella, para que tenga resultado mi labor.

Diré aquí: que, tanto porque la misma ciencia las usa indistinta-

mente, como para evitar la monotonía que resultara del empleo de un solo vocablo, usaré también, en el curso del presente estudio, del modo indiferente, de las palabras: *distoma hepático*, *fasciola hepática*, *duva*, los genéricos *trematode* y *gusano*, y, para la más absoluta compresión, de los términos generales *entozoario*, *parásito* y *coscoja*, nombre este último, con el cual se designa en el país para el que empué mi trabajo, no sólo el mismo animalillo, sino el mal que él ocasiona.

Quienes conozcan la magnitud del azote cuyo exterminio me he propuesto hallar, tendrán talvez una expresión favorable para mis desvelos; pero de ellos y de cuantos pasaren una mirada curiosa por estas páginas, no espero sino la amable disculpa, que más no puede codiciar mi deficiencia.

CAPITULO I.

Etiología de una enfermedad, y sus caracteres.— Identificación de un agente patógeno.— Su anatomía, fisiología y clasificación.

Desde tiempo inmemorial ha sido víctima nuestro ganado vacuno, libre en las praderas ó retenido en los pesebres, de una enfermedad que en todas partes, lo persigue, acomete y extermina.

Esta dolencia que mata por enflaquecimiento, y al final de cuyo curso son tales la debilidad y extenuación del animal enfermo que no puede sostenerse en pie, suele presentarse en dos formas: una de índole pseudo—epidémica, por su extensa y simultánea aparición; y otra de carácter esporádico, y en casos aislados, pero que nunca desaparecen, y están diezmando, sin cesar las ganaderías.

En las épocas de excesiva sequía, que con frecuencia esquilman nuestros campos, preséntase dicho mal en su primera forma, y en pocos días deja asolada toda una comarca. Alármense entonces los propietarios, tratan de combatir el accidente: más nada basta á contenerlo, y si, por efecto de su particular resistencia, no perecen algunos animales contaminados ya, al llegar las primeras lluvias, aún éstos, porque el enfriamiento y la humedad exacerban en su afección, sucumben también.

En la segunda forma, que es la constante de esta enfermedad, no se le ha visto desaparecer de algunas localidades, en las que se ha tornado endémica, y vive ejerciendo a diario su devastadora acción; especialmente cuando el ganado que de ellas procede es transportado a otras regiones.

No basta para combatir las proporciones de la enfermedad enunciada lo exuberante de las dehesas, lo benigno del clima, la abundancia de los abrevaderos, ni los cuidados diligentes que el propietario dispensa á cada animal enfermo; pues cuantos remedios le administre resultan al cabo ineficaces.

El mal radica en las funciones mismas de la nutrición. Asume las apariencias de algo orgánico incurable, ante lo cual el dueño de la ser contaminada resignase, al fin, á la simple expectación de un conocido desenlace. Así que éste ha ocurrido, procede á abrir las entrañas del animal, y, al llegar al hígado, inspecciona si existe, ó no, la sospechada causa de la muerte y, al contemplar los gusanos que en la viscera pululan, se convence de que se trató de un caso de «coscoja».

Rarísimo es el animal que sobrevive á esta dolencia; y aún entonces, las modificaciones orgánicas que la enfermedad determinó en él, persisten comprometiendo su salud, y al fin su existencia misma.

La amenaza constante de tan temible flagelo restringe en el país la cría; pues, en su previsión, los hacendados deshácense de lo más valioso de sus rebaños. Todo el ganado tierno, la flor de los corrales, cuando era apto para la selección, por presumírsele más propenso, para la «coscoja», se lo envía á los mercados. Por este mismo temor, tampoco puede establecerse el cruzamiento de distintas procedencias; pues no se logra librar de la muerte las reses importadas, que son las que más pronto sucumben.

Sin embargo de todo esto, nadie entre nosotros ha querido, hasta hoy, imponerse el trabajo de buscar uno de esos seres que tanto perjuicio ocasionan, someterlo á examen, conocer su contextura, su vida, sus hábitos ó tendencias instintivas, sus formas de multiplicación y fases generativas, su manera de nutrirse y el éxodo ó peregrinación mediante el cual llegan hasta el órgano de que son sacados.

Por una injustificable negligencia, la etiología de esta enfermedad ha sido un misterio en las tierras que habitamos, al rededor del cual la suposición del vulgo ha hilvanado estrafalarias conjeturas, y el empirismo veterinario, ó la terapéutica campestre, centenas de adefesiosas recetas.

En otro capítulo trataremos de desvirtuar tales suposiciones; explicando, de acuerdo con la ciencia, el fundamento que tienen los fenómenos observados por el criterio vulgar. Aquí, pasemos á ocuparnos en la clasificación del ignorado parásito.

Llevado éste, por fin, al terreno de la investigación científica, sábese que es un organismo que tiene la anatomía siguiente: en lo exterior, cuerpo aplanado hasta de 32 m. de largo por 9 de ancho; elipsoidal, de extremos irregulares; dotado, en el anterior, de una pequeña protuberancia cónica, tacha y gruesa; no segmentado y foliáceo; revestido de un tegumento armado, en algunas de sus partes, de diminutas espinas escuamiformes de 7 micras de extensión; provisto de dos ventosas ú órganos de succión, que le sirven de medios de adherencia, separadas hasta cinco milímetros la una de la otra, siendo la del vientre triangular y algo mayor que la que coincide con la cavidad bucal, propiamente dicha, que es oval y se halla en el cono cefálico, designándose también, por esta causa, con el nombre de ventosa oral.

En lo interior, se le observa, en la zona central ó medulosa: tubo digestivo, terminal en fondo de saco, formado por una boca, un ensanchamiento de dicho tubo ó bulbo faríngeo musculoso, esófago y canal intestinal ahorquillado ó repartido en sentido lateral arborescente, cuyas ramas, á su vez, divídense en innúmeras ramificaciones.

Lamarck supone que en la ventosa ventral está situado el ano, pero observaciones prolijas, efectuadas en lo posterior, demostraron que el tubo digestivo de este animal es simple; circunstancia que, unida á la no

segmentación, le constituyen en un caso excepcional entre los demás gusanos.

Tiene los testículos dispuestos del mismo modo que el tubo digestivo, pero su arborización se efectúa, no lateralmente, sino en la parte central del cuerpo, confluyendo sus respectivos canales á uno común que llega al cirro.

Su órgano sexual femenino, colocado junto á la ventosa ventral, tiene el útero sumamente intrincado y tortuoso; los vitelarios aparentes en los extremos laterales del cuerpo é inciendiendo y juntándose, en ángulo, en el término posterior de él. Antes del útero se observan el diminuto ovario seguido por el oviducto, en el cual terminan los conductos vitelarios.

A pesar de los vasos que le han sido observados, no puede decirse que posea un sistema circulatorio; no se ha logrado descubrirle ninguna disposición arterial ni venosa. En cuanto á los órganos respiratorios, parece que no dispone tampoco de ellos, y si respira lo hará no por verdaderas tráqueas, sino por una especie de estigmas.

La naturaleza, al privarle de cerebro, le ha negado también la inestimable supremacía de los sentidos; y si de alguno fuese dable creer que goce, sería, rudimentariamente, de el del tacto.

El sistema nervioso lo tiene constituido por ganglios cerebroides, de los que parten filamentos que sirven sólo para estimular el movimiento de su íntima contextura muscular, que comprende «fibras musculares, circulares, longitudinales, diagonales y dorsoventrales».

En el estado adulto su locomoción es nula, y si algo le podría ayudar al cambio de paraje, fuera su notable contractilidad que le permite alargarse y encogerse, variando rápidamente de volumen.

La pequeña protuberancia que ostenta en su extremo superior y que pudiera considerarse como cabeza, desde que no constituye el asiento de centro alguno que rija las funciones de la vida, no puede ser tenida como tal; es simplemente, á juzgar la manera como están organizados estos animales inferiores, un órgano que, en rudimento, desempeña oficios parecidos á los de los tentáculos.

Así descrita la anatomía del gusano, conoceremos las funciones que cada uno de los órganos estudiados desempeña; empezando por el sistema de nutrición.

Vive él, como parásito, en muchos animales, entre los que se cuenta, el caballo, el asno, el cerdo. la liebre, etc; más son sus huéspedes favoritos los ruminantes, entre los que no se excepcionan ni los que lloran, en estado salvaje, la vida libre y feliz de los bosques y desiertos. Rara vez, se ha comprobado que invade también al hombre.

Llegando, por el medio que luego veremos, al animal á costa de cuya economía va á subsistir, fíjase mediante las ventosas, sea en los caudillos biliares ó en los tejidos mismos del hígado. Puede también por casos de excepción, introducirse en otros órganos y existe á merced de la sangre que clupa. Antes se supuso que se alimentaba con la bilis.

Sus funciones digestivas son misteriosas aún, ignorándose el proceso de asimilación de organismo tan elemental; pero es probable que su nutrición se verifique en todo el trayecto del conducto alimenticio; aunque, de preferencia, debe desempeñar la función asimilante el ensanchamiento que en el canal se observa, á partir de la boca hasta el corto esófago.

El sistema de eliminación de las materias intestinales, de no aceptarse, respecto de este parásito, lo establecido por algunos helmintólogos

acerea de otros géneros de la misma familia, que dicen que poseen en conexión con el tubo digestivo, dos vasos, obstruido el uno, y el otro ensanchado que se llama «Cisterna, chyli», el cual se abre paso afuera por medio de un foramen caudal o dorsal, por el que se verifica una secreción, es de creer que se realice por un cúmulo de porosidades cuticulares. Pero se ha dicho también que: «Que el aparato excretor nace á nivel de los pequeños embudos flagelados ó ciliosos, comunicando por medio de finos canaliculos con dos troncos longitudinales que se reunen cerca del extremo posterior en un tronco colector común, algunas veces abultado en forma de vesícula pulsátil que termina en el poro excretor».

Hemos investigado lo relativo á la nutrición, averiguemos lo concerniente á los fenómenos respiratorios del gusano. Se dijo que en caso de respirar, respiraría por algo como estigmas; pues bien, debe mediante la función de estos órganos, absorber las pequeñísimas cantidades de aire de que acaso necesite y pueda encontrar en los húmedos parajes en que se aposenta. Ya vimos que algunos tratadistas no le conceden órganos respiratorios de ninguna clase; mas, de creerse que tenga tráqueas, surge la observación de que tales tráqueas tienen que ser acuíferas, destinadas como están á buscar aire en un medio líquido; y por ello se nota que, separado el parásito de su propia residencia, no puede sobrevivir algún tiempo, fuera de ella, sino en al agua.

Conocidas las dos importantes funciones anteriores, indagemos cómo se ejerce la del único sentido que, rudimentariamente, podría concedérsele al ser que examinamos. En general se sostiene que no posee ni el tacto, y que lo más que tiene es irritabilidad en sus partes; pero esto es debatible, y no entrañaría un despropósito científico suponer que la eminencia situada en el extremo superior de su cuerpo desempeña el papel de tentáculo, pues obsérvase que, apenas se da cuenta de la presencia de un cuerpo extraño, aunque lo hallara blando, comunica á todo el resto del organismo un movimiento de contracción simultáneo, en virtud del cual empequeñece súbitamente su volúmen. ¿Podrá decirse que no es el tacto el que ha obrado entonces?

Ya no es discutible la teoría de la irritabilidad; pero con ella no puede satisfacerse todo. En este mismo caso, por ejemplo, créase que, por la irritabilidad la parte tocada se restrinja, mas, cómo explicar el encogimiento de todo el cuerpo que se efectúa como al influjo determinante de un aviso? A no ser que se acepte, con esta teoría, tan absoluta irritabilidad de algunos órganos de los gusanos de este género que, hasta el pasajero é inofensivo roce de un cuerpo blando, determina en ellos violentos espasmos musculares.

Pasemos á los importantes procesos de la reproducción. Como nos hallamos en frente de un caso de hermafroditismo, debemos averiguar, primero, si éste es simple ó compuesto; ó lo que es lo mismo, si las funciones de la generación se verifican en un solo individuo ó necesitan de doble concurrencia, aunque de ella resulten ambos individuos fecundados. Atenta la circunstancia de que se ha apartado de un canaliculo biliar un solo gusano que, no obstante su aislamiento, había impregnado ya de huevos el medio líquido—viscoso que le rodeaba, se puede colegir que este hermafroditismo es simple y, de serlo, es un sólo individuo quien, así mismo, se fecunda.

En cuanto á la forma de fecundación, no estudiada todavía en esta especie de concreto, sino, en conjunto, respecto de todas las que forman el género á que pertenece el parásito de que se trata, dice Buffón: «En



algunas especies los huevecillos están ya fecundados en el útero por el contacto del licor espermático; se pretende que en varias de ellas el oviducto y el órgano sexual masculino no tiene más que un solo y mismo orificio, pero es lo cierto que en la mayor parte de ellas están los orificios separados. En el caso que se contempla, lo único que sabemos es: que los canales de los testículos confluyen en el cirro, y que: «un canal, cuyas funciones son enigmáticas, (canal de Laurer) reúne el oviducto con la cara dorsal del verme»; pero si se puede suponer que lleguo al útero el licor prolífico sin necesidad de que entren los órganos sexuales en contacto, ya que, por disposición natural, se encuentran íntimamente relacionados.

En pos de la fecundación viene la ovación, la cual se realiza en cantidad considerable. La sabia naturaleza, en vista de los innumerables obstáculos que se oponen á la propagación, conservación y desarrollo de los parásitos, tornándolos sobre manera contingentes, respeta, y fomenta todavía, su admirable fecundidad; y esto decimos, no tanto por lo que con la ovación se relaciona, porque la coseoja y algunos de sus congéneres no la tienen muy copiosa, cuanto refiriéndonos á otras formas de multiplicación que ya veremos, y permiten la reproducción enorme de esta plaga.

Se ha observado que el humor espeso moreno—verdoso, que sirve de medio de flote al gusano en su guarida, y está compuesto de mucosidades y bilis estancada por la obstrucción del canalículo invadido, contiene millares de huevecillos, de color igualmente moreno, los cuales son de forma oval, dotados de un opérculo en la parte anterior, que pudiera considerarse como idiosincrásico en todos los gusanos del género. El tamaño de los huevos, así descritos, es de 0,14 mm X 0,08.

En el interior de cada huevo, encuéntrase un embrión incompleto, el cual para integrar su desarrollo necesita caer en el agua, hacia la cual busca salida descendiendo por los conductos biliares, al intestino del animal atacado, de donde es expelido al exterior junto con los materiales excrementicios.

De la manera como inicia su evolución fisiológica y anatómica, y de las variadas fases de presentación por la que atraviesa, hasta llegar á la edad adulta, este gusano de generación alternante ó heterogénea, que ha menester pasar por una serie de metamorfosis para adquirir la figura del progenitor que lo ha traído á la vida, se tratará en el lugar correspondiente á la forma en que se verifica su invasión á los ruminantes.

Entre tanto, aún para que pueda evitarse la monotonía proveniente de la falta de términos con que designar al diminuto sér en que nos ocupamos, puesto que no es posible anticiparse al uso de nombres técnicos desconocidos, sin establecer primero su significación ó el motivo de su empleo, urge realizar la clasificación científica que á tal organismo corresponde.

En ella procuraremos mantener un orden cronológico, consignando las designaciones de que ha sido objeto, desde que se lo particularizó e introdujo, casi á tientas, en la escala zoológica, hasta hoy en que, por hallarse, con la ayuda de la observación microscópica, tan adelantada la Helmintología, se conoce no solo la anatomía, sino la fisiología y parte de los modos de ser habituales ó instintivos de este parásito desnudo.

Quizá logremos hacer en estas líneas una breve reseña de lo que sobre este punto se ha escrito; mas, si de hecho resultaren algunas omisiones, serán atribuibles á la falta de fuentes de consulta y no á deficien-

cia de empeño; pues se ha recurrido á cuanto podía, entre nosotros proporcionar datos sobre la materia; respecto de la cual se ha querido formar un extracto algo detallado de las mudanzas por las que la mentada clasificación atravesara.

Comencemos. A Cuvier, celeberrimo naturalista francés, que existió desde mediados del siglo XVIII hasta el primer tercio del XIX, se le deben importantes trabajos zoológicos, cuya clasificación y nomenclatura han servido de base, especialmente, respecto de algunos animales, á todas las especulaciones posteriores.

El dividió todos los seres conocidos del reino animal en cuatro grandes grupos, y dió á cada uno de éstos su designación especial; llamamos «zoofitos» á los animales comprendidos en el último de ellos. Los «zoofitos» fueron, á su vez, divididos, por el mismo naturalista, en cinco clases; siendo en la segunda de ellas, ó de los «intestinales», en la cual comprendió todos los seres que pasan su existencia, en calidad de parásitos, en el interior de otros organismos superiores.

Según esta clasificación, que es la más simple, la coseoja no es sino un «zoofito intestinal».

Seguramente, antes de la clasificación de Cuvier, ya Linneo, hijo de Suecia, y otro reputadísimo tratadista de Historia Natural, observando al mismo pequeño animal, formó con él y otros que le son semejantes en organización y costumbres, un género nuevo, al cual llamó «fasciola»; derivando, por lo probable, dicho nombre del latín «fascia», (listita, tira, lacinia, etc), entre cuyas especies se fijó después una, con el calificativo de hepática.

Por lo expuesto, es á Linneo á quien se debe el nombre de «fasciola» con que es hoy generalmente conocido el perjudicial parásito de que tratamos.

En pos de estas dos eminencias, es á Lamarck á quien se debe una clasificación más detenida ya. Este naturalista vino á introducir una serie de cambios, con su «Historia de los animales invertebrados»; en la cual, desechando la denominación de «zoofitos» dado por Cuvier al cuarto de sus grandes grupos, llamó sólo animales apáticos, á cuantos habían sido comprendidos en él.

Lamarck, lo mismo que Cuvier, dividió sus animales apáticos, con algunas alteraciones, en cinco clases; á tres de las cuales designó con nuevos nombres. La primera de estas clases abraza los gusanos; siendo de advertir que Lamarck fué quien dió á esta palabra un significado particular que corresponde á una determinada clase zoológica, apartándola del uso vulgar que la empleaba extensamente para denominar á ciertos animalillos que carecen de miembros.

El mismo sabio dividió, al principio, los gusanos en dos órdenes: intestinales y externos; pero esta división prevaleció poco tiempo, pues su autor la creyó deficiente y, en lo posterior, fueron ya tres las órdenes en que dispuso los gusanos: blandos, rígidos ó hispídos. El primero de los aludidos órdenes lo descompuso en tres secciones: vesiculares, planarios y heteromorfos; dejando al género «fasciola», al cual respetó el nombre puesto por Linneo, en el séptimo lugar de la segunda sección, que fué dividida en siete géneros.

De modo que, mediante Lamarck, pudo conocerse el parásito como de la clase de los gusanos, del orden de los blandos, de la sección de los planarios, del género fasciola y la especie hepática.

Inutiliza los trabajos de Lamarck, en el concepto de muchos natu-

ralistas, entre ellos Buffón, el hecho de que comprendió, en algunas clasificaciones, animales no correspondientes, ó confundió géneros ó, en suma, clasificó, á veces, el mismo gusano en distintas formas.

Goece no aceptó para los gusanos sólo los tres órdenes en que los dividió Lamarck, y los puso en cinco, bajo la denominación general de vermes, la cual se emplea hoy, de preferencia, para designar á los gusanos. En el tercero de estos órdenes, ó sea en el de los vermes succionii, fué colocada por Goece la fasciola.

Fácil es, con relación á esto, determinar el lugar que, según esta clasificación, corresponde á la fasciola hepática.

Zecler participa en todo del modo de pensar de Goece, y éste del de Zecler, y han suscrito en común sus opiniones relacionadas, ignorándose la prioridad de orden.

Conocidos estos datos respecto del procedimiento inicial de la clasificación de la fasciola hepática, demos en gracia de la brevedad, un salto hasta colocarnos en la presente época: sin averiguar los progresos que, durante este paréntesis, haya efectuado la Historia Natural, para indagar cuál es en el día la denominación que corresponde á la coseja. Pero, manifestando, previamente, que la palabra trematode, con que también se la designa, se debe á Rudolphi, quien dió el nombre griego trematoda, (agujereado) á todo el orden á que corresponde la fasciola.

De paso apuntaremos que es sorprendente la promiscuidad con que se valen los autores, incluso Buffón, de los términos trematode y trematodo para designar con ellos la familia que, junto con los géneros polistoma y monostoma, forma el género fasciola; al cual se lo conoce también con el nombre de distoma, á causa de tener dos poros exteriores á ventosas; porque es sabido que, aun cuando ambas vocablos significan lo mismo, esto es agujereado, ya trematodo tiene su acepción particular invariable, pues, con tal nombre se designa un género de insectos del orden de los coleópteros, la familia de los escarabeidos y la tribu de los melolontinos.

Como se ha dicho que al género fasciola, que comprendió á las duvas y planuarios, se lo apellida también distoma, por motivo de que los animales que comprende poseen dos ventosas, manifestaremos que este nombre fué proscrito por Lamarck de la escala zoológica; porque él afirmó que era falso el hecho de que los parásitos del referido género estuviesen dotados de dos bocas ó aberturas anteriores. Mas, en lo sucesivo, lo necesario que era diferenciar, con una palabra concisa, el género en cuestión de los polistomas y monostomas, los cuales, aún sin tener una generación alternante, pues nacen ya de la misma figura de sus padres, tienen muchos puntos de atingencia con él, precisó nuevamente el empleo de tal palabra; de la cual también haremos uso en el curso del presente estudio.

Sentado este preliminar; y hecha la advertencia de que los tratadistas modernos han aumentado ó establecido nuevos grados de clasificación, como el reino, el sub-reino, el sub-orden, la tribu, etc.; y han alterado notablemente, ya sea en el sentido de cambio, ó los de restricción y multiplicación, la nomenclatura antigua, veamos, á continuación, seis clasificaciones de la coseja, cualesquiera de las cuales se podría emplear con el convencimiento que queda identificado zoológicamente el parásito.

Fasciola hepática.

Gusano platelminto del género distoma, del orden de los trematodes, del sub—orden de los distómeos y la familia de los distómidos, tipo representativo de esta familia.

Distoma hepático.

Gusano perteneciente al cuarto tipo del sub—reino segundo, esto es de los mesozoos.

Distoma hepático.

Especie de gusanos-platelmintos, turbelarios, dendrocéfalos, monogonóporos, de la familia de los geoplánidos y el género rinchodesmus.

Distoma hepático.

Trematode de la clase de los platelmintos y el tipo vermer.

Fasciola hepática.

Especie de la familia de los distómidos, del género de los gusanos trematodo digéncos.

Fasciola hepática.

Vermes de la familia de los distómidos, del género fasciola y la especie hepática.

Tendrán, á no dudarlo, estas clasificaciones alguna deficiencia; se las puede hallar error. El mismo hecho de que hasta ahora no exista una sola y única, prueba que las varias que se puede dár no son perfectas; pero es seguro sí, que las han formado los principales naturalistas contemporáneos.

Para concluir esto diremos que: bajo el aspecto de la Parasitología médica, que conviene á nuestro intento más que el punto de vista zoológico, el parásito es nombrado técnicamente de distoma hepático, nombre puesto por Retzius, (1789) ó fasciola hepática; siendo atribuída esta última designación, por unos á Linneo, (1758) y por otros á Lamarek, quienes, por este motivo, la llaman fasciola hepática de Lamarek.

Los vocablos con que se apellida, de ordinario, en otros países, son: el de grande duva, en contraposición á la pequeña duva que es un parásito, de iguales caracteres, que se aposenta, de preferencia, en la mucosa buco—faringea de los carneros; duela del hígado, á causa de su figura semejante, por su aumento de volúmen en la sección media y menor en los extremos, á las tablas de que se forman las pipas ó cubas. Omitimos otros nombres extraños. Entre nosotros, y acaso en algunos lugares de España, se la llama coscoja; pero este nombre corresponde pro

piamente á un arbusto de la familia de las cupulíferas (quereus coccifera) que, en su juventud, crece en sus ramas el quermes, insecto que daba á la grama un hermoso tinte rojo.

CAPITULO II.

Ciclo evolutivo del «distoma hepático».—Su manera de invadir á los rumiantes.—Oficio que desempeñan en ello los prados cenagosos.

Como para seguir el desarrollo de parásitos de la índole de la fasciola hepática, cuya generación es heterogénea ó alternante, ó que pasan por múltiples transformaciones hasta llegar, en la edad adulta, al tipo propio de la especie de que proceden, es indispensable partir desde el momento mismo en que se inicia la evolución anatómica y fisiológica de un individuo, debemos pues comenzar estas observaciones desde el instante en que el huevo del trematode es lanzado al exterior, en la forma que hemos visto al tratar de la ovación.

Y como nuestro interés no se finca sólo en conocer el desarrollo aislado del gusano; sino, de modo especial, la peregrinación que sigue hasta llegar al rumiante, procuraremos mantener el posible paralelismo en esta doble serie de investigaciones que, por ventaja se completan mutuamente.

Para mayor claridad reproduzcamos algo que, no porque lo tengamos dicho en otro lugar, deja de ser aquí menos necesario. Rodea en el hígado de un animal invadido por parásitos de esta especie, á la duva, (distoma adulto) en la cavidad que ésta ocupa, un líquido denso que contiene muchos huevos. Tales huevos para su incubación necesitan caer en el agua; y, efectivamente, al entrar los alimentos por el tubo digestivo del rumiante parasitado, es impelida refleja mecánicamente, tal como las secreciones biliares, la sustancia que contiene dichos huevos al intestino de donde sale, junto con las materias fecales.

Cuando coincide que dichas deyecciones caen en un sitio pantanoso, tendremos que éste determina el desarrollo de los huevos que, con ellas han caído; pues entonces, después de dos ó tres semanas de permanecer en el agua, á cierta temperatura, complétase dentro de los huevos un embrión rodeado de pestañas, (que por ello se llama miracidium, y fué considerado antes como un infusorio) una larva ciliada que, mediante la rotura del opérculo, se libra de su envoltura primitiva y empieza á nadar, yéndose en pos de las cámaras respiratorias de algún molusco del género limnea, (limnea trunculata, limnea diminuta) nuestro churucu, (limnea vistor) por ejemplo. El miracidium, ó primera manifestación completamente animada del entozoario, mide 13° X 27 micras de longitud y ancho, respectivamente.

Respecto del churucu, nótese cómo aún nuestros indios tienen á tal molusco por huésped de la cosejoja; pues, mientras churu significa, en lengua quechua, cosejoja, churucu, en el mismo idioma, es ó quiere decir, mansión, residencia, morada, aposento, vivienda de la cosejoja. Así en las lenguas que menor cultura docente aparentan, hay, sin embargo, palabras que encierran profundas verdades científicas, cuyo descubrimiento y fija-

ción han sido, al andar de los tiempos, resultado de grandes y sacrificadas labores de observación.

Volviendo á nuestro tema. Una vez constituido el miracidium en las cámaras respiratorias del churucu, cuando las condiciones de edad del molusco le son favorables, (parece que nuestro churucu le es favorable en todo tiempo) conviértese, dentro de ellas en un cuerpo irregular, sinuoso y casi amorfo, que es un haz ó conjunto de masas celulares, (esporocisto) que, por reproducción asexual, se transforma en muchas redias ó redivos, cuyos organismos aparentan estar dotados ya de un tuvo alimentario en rudimento. Las redias ó redivos pasan al hígado del molusco y allí, multiplicándose también por partenogénesis, (esta y la anterior son formas adicionales de proliferación con que, en virtud de la escasa ovación de la fasciola hepática, comparada con la de los otros zooparásitos se entiende, y lo contingente que es la llegada del huevo á su huésped, ha asegurado la naturaleza la multiplicación de aquel que ha conseguido su fin, el cual da, de sí solo, innumerables redias) proliferan varias generaciones de redias que pudiéramos llamar redias hijas, las cuales se cambian en cercarias, cuerpos ovales de 300 X 23^o micras, que tienen su intestino bifurcado, manifiestas las ventosas y un dilatado apéndice caudal de 600 micras de largo, distinguibles ya á la simple vista y ofrecen el aspecto de un renacuajo.

En tal estado abandonan á su huésped intermedio y, si dan otra vez con agua estancada, (otro caso de intervención del pantano) ó quedan flotando, dichas cercarias en ella, ó pasan á enquistarse en alguna hoja del charco en que se encuentran.

Al hablar de las cercarias no podemos prescindir de manifestar que, con relación á ellas, los naturalistas han incurrido en sustanciales errores hasta mediados del siglo pasado; al extremo de haberlas colocado, en lugar aparte, en el cuarto género de la tercera sección, de la primera clase de los gusanos y, rodeándolas de misterio, decir alguno de ellos: «No se sabe lo que vienen á ser después las cercarias». Nada tendría de particular todo esto, porque la ciencia se desenvuelve y perfecciona merced al concurso y abnegada dedicación de muchas generaciones y recorre en sus diversas ramas, por infancias de siglos; lo raro es que habiendo observado muchos sabios detenidamente á la cercaria y conocido por sus detalles anatómicos los mismos que se le conceden hoy, en los cuales consta aún en arenicas clasificaciones, y que tienen grande analogía con los de los gusanos de generación alternante, una de las fases de cuya presentación encarnan, no hayan presumido ó intuido la definitiva forma de su evolución.

Aunque se atribuya á otro autor la clasificación de las cercarias, en la forma enunciada, parece indudable que fué M. Bury—Saint Vicente uno de los que con más afán las han observado. Formó con ellas una familia que colocó en el segundo orden de la clase de los infusorios. Este tratadista dice que: «Tienen por lo común un cuerpo globuloso y discoidal, perfectamente distinto de la babosa inarticulada, simple y porterior». E investigaciones prolijas han hecho notar á tan encumbrado naturalista en las cercarias: «Una cabeza ó protuberancia que presenta siempre adelante, contráctil, que avanza trémula ó retrocede, como reflejamente, en el sentido en que se dirige al principio». Con seis géneros se ha compuesto esta familia, de la cual, puede hoy decirse, que nunca ha debido formar grupo aparte, porque en realidad sus especies sólo constituyen una

fase de la generación de otros tantos gusanos planuarios que la tienen alternante.

Continuemos. Se ha dicho que las cercarias se mantienen á flote en las aguas muertas, ó pasan á enquistarse en las yerbas del pantano, en espera de su huésped definitivo, bien. Es un hecho que la primera forma, ó la de aguardar en el agua, es la que más víctimas le asegura. Al pasar á comprobarlo, dejaremos constancia de que el enquistamiento de la cercaria en las hojas se verifica mediante la secreción de una glándula que, una vez terminada su labor, se extingue ó desaparece; ó, en el sentir de un joven eminente parasitólogo, únicamente por la exudación del sinnúmero de células cistógenas que tiene la larva y le sirven para producir un quiste blanco. Consignemos, así mismo, que hasta ahora se ha oído erróneamente que el forraje, que contiene las cercarias enquistadas, es el mayor vehículo de contaminación del parásito para los rumiantes. Esta suposición se desvirtúa de muy fácil manera: no es posible creer que las cercarias, organismos de constitución tan muelle, resistan vivas los graves traumatismos y trituraciones de la masticación, [segunda forma de masticación, más laboriosa y prolija, que completa la obra de la primera] las aniquilaría indefectiblemente; sin necesidad de que recurramos, para ponderar tales peligros, hasta á la acción alterante de los jugos gástricos y á que la acidulación clorhídrica es el peor enemigo de la existencia de las cercarias. Por último, no es menos grave el hecho de que se torna difícil admitir que la fasciola hepática que es un gusano casi acuático, porque sólo en el agua sobrevive un pequeño espacio de tiempo apartada de su natural residencia, pueda existir entre las hojas, á la intemperie, y bajo la acción desecante de los rayos solares, á pesar de que, por no ser muy grande de fecundidad, ha sido dotada de grandes resistencias.

Pudiera suponerse indispensable el enquistamiento, por que, dentro de él, se verifique un cambio de fase en la generación del entozoario; pero, ¿á que otro estado heterogéneo pasa, dentro del quiste, la cercaria? Permanece sin alteración en él? Llega ya á duva, ó, simplemente es un medio de adaptación á su destino? Que llegue á duva, fuera de su huésped definitivo, no es aceptable, pues significaría que este parásito puede ser encontrado adulto en el exterior; y también porque, como duva, ¿qué medio de locomoción tendría para ascender por los canalículos hasta viniendo la resistencia de la corriente biliar? No le valdrá para esto la cola que posee como cercaria?

Descontada la posibilidad de la contaminación por el forraje, ó al menos admitida en pequeñísima y no temible escala, porque serán pocas las cercarias que resistan á los peligros determinados; y siendo poca su acción no se relacionaría sino con algunos de los abundantes canalículos biliares: tenemos que queda en frente, como único amenazante foco de infección, el agua estancada de los prados que, por desgracia, es la preferida por el ganado vacuno, para su abrevadero.

El agua, ese admirable elemento de la naturaleza, sin el cual no se puede concebir la vida, ya que todos los seres organizados necesitan de ella; porque respecto de unos es componente indispensable de sus tejidos que los nutre, lubrica, reblandece y lleva á la codiciada plenitud de la línea, la belleza; mientras resuelve para otros sus virtudes en fecundidad y exuberancia, verdor y lozanía. En el agua, en ese líquido cuya graciosa sutilización forma, en lo alto, la bóveda que nos abriga y defiende de la cruel frialdad de los espacios; en ella, sí, en ella, encuéntrase

también las legiones más avanzadas de que dispone la muerte, en su obra de constante agresión á la vida.

El agua observada con los recursos modernos, en el ámplio miraje de la biología, es el regazo asombroso donde se mantienen, en asecho, millones de enemigos de la existencia animal, que esperan el momento de cumplir una misión instintiva, la cual no es otra que devolver la materia que, por breves momentos, se ha organizado dentro de una forma definida, á la inacabable gestación de la naturaleza.

Se tiene hoy, por irrefutable verdad, que el agua es la fuente más copiosa de infección parasitaria. En efecto, se ha visto que rumiantes que consumían forraje desecado, llegaban á adquirir distomatosis; y no teniendo á qué atribuírse la contaminación, porque, como se ha dicho, el pasto no procedía de lugares inundados ni inundables, dióse en el convencimiento de que el agente patógeno lo llevaron del abrevadero.

Pero, volvamos al ciclo evolutivo de la coseoja: y prescindiendo de la forma en que se haya operado la ingestión, considerémosla en el intestino del animal contaminado. Al llegar al duodeno, asciende la cercaria por el conducto biliar y se introduce por una de sus ramificaciones, dentro de la cual se fija fuertemente, por medio de la succión de sus ventosas.

Constituido el distoma dentro de uno de los canaliculos, ó llegando, rara vez al tejido mismo del hígado, y por extrema excepción á otros órganos, tarda seis semanas en hacerse adulto, ó principiar el desempeño de las funciones de reproducción. Cerrándose, en esta forma, el ciclo de desarrollo de la fasciola hepática.

Hasta la primera mitad del siglo XIX, todos los naturalistas creyeron que los gusanos intestinales nacen y mueren en el interior de los animales que los hospedan, sin vivir un solo instante independientes de ellos. La poca apreciable razón en que fundaron tal creencia es la de que, nunca vieron afuera uno de estos parásitos. Ignorábase entonces que casi todos ellos son de generación alternante y que, por tal motivo, jamás se los podía encontrar en el exterior en el tipo adulto, (que es en el cual lo han de haber buscado, porque sólo así lo conocían en su huésped definitivo) siendo, como son, libres únicamente sus formas ó figuras transitorias.

Algunos de los autores antiguos creyeron también que la generación de la mayoría de los vermes era espontánea!!! Y vivían convencidos de que los fluidos del animal contaminado trasladaban los gérmenes de la reproducción, (yemas oviformes) á otros lugares adecuados de su mismo cuerpo, para que allí se desarrollaran. Lo que es más grave todavía, supusieron que, en la misma forma, se originaban de un solo germen inicial, por haberse este aposentado en distintos órganos, así mismo distintas especies de gusanos; muchas de las cuales pretendieron conocer y clasificaron ya. La dificultad que se les ocurría respecto de como eran invadidos los nuevos ejemplares de rumiantes, se la explicaban, ó con la vanosca generación espontánea, recurso salvador de imposibles; ó con la conjetura de que la madre transmitía al feto los gérmenes que ella tenía. Esto último era como un presagio de la infección placentaria, por esporos, tan confirmada hoy; pero esta no puede tener lugar respecto del distoma hepático, porque no es parásito que invade por el torrente sanguíneo y porque además necesita, para constituirse en los rumiantes, atravesar por muchas transformaciones, para las cuales indis-

pensablemente debe salir al exterior. El no invade como huevo, [aunque algunos lectores modernos sostienen que si, y cuya opinión acrecienta la nuestra de que es el agua el vehículo de contaminación, porque sólo en ella se pueden encontrar los huevos de este entozoario] invade como cercaria, y por esto no cabe la infección intrauterina. El hecho de que muchos becerros y recentales, que no comen todavía, estén ya enfermos de distomatosis, no prueba una contaminación placentaria, sino es una brillante comprobación de que el foco está en el abrevadero; porque agua la beben desde recién nacidos.

Consignaremos, para agotar cuanto respecto del ciclo evolutivo de la fasciola hepática se ha opinado, que hay tratadistas que opinan que son dos sus huéspedes intermediarios.

Aunque en otros países se ha fijado una época precisa del año dentro de la cual tiene lugar la invasión del trematode; en el Ecuador, podemos decir que esta se verifica en cualquier tiempo. El distoma hepático, no individual, sino generalmente hablando, está en constante proliferación; ya que, de tantos parásitos, como pueden encontrarse en un animal enfermo, mientras unos se hallan completando su desarrollo, otros están en plena edad adulta; y, á causa de la carencia de estaciones ó, mejor, de que las tenemos todas juntas, los gérmenes caídos hallan siempre lugares inundados que les sirvan de medio favorable, en la peregrinación hacia sus huéspedes.

Lo dicho no obsta para suponer más temible y probable la infección en los meses en que son más frecuentes las lluvias, y que llamamos, por analogía, invierno.

En los lugares en que, como dijimos, se ha fijado una época conocida, se cree que la invasión se realiza en el estío, ó sea en el tiempo más seco del año. Puede existir alguna razón que tal cosa justifique; más, no es difícil tampoco que las observaciones de los ganaderos, que han servido de base á la deducción de los helmintólogos, estén viciadas del mismo error de que adolecen las de nuestros campesinos. Aquí también existe la persuasión de que la coscoja ataca en la época de la sequía, esto es de Diciembre á Marzo y de Junio á Octubre; pero no hay tal, diremos lo que acontece. En el mencionado tiempo, precisamente por la falta de lluvias, los prados se desmejoran, de modo que la alimentación del ganado es insuficiente; esta circunstancia determina en él un estado de deficiencia fisiológica y, como es indudable que, entre el rebaño debió haber, con anterioridad, animales enfermos, resulta que, en ellos, en virtud de la menor resistencia engendrada por el enflaquecimiento, tiene lugar la conocida teoría del triunfo de las faenas, lo cual sucede con notable exacerbación de síntomas que antes han pasado talvez desapercibidos. Entonces se dan cuenta de la enfermedad de los propietarios, y la suponen recién adquirida, incurriendo en un simple error de hecho.

Las estaciones pueden influir en que se limite á tales ó cuales épocas la infección; mas en el Ecuador, en que no existen dichos cambios de tiempo, por qué se ha de suponer que es propia de algunos meses la contaminación parasitaria? Aquí, hasta por el hecho de ser ésta una zona templada, es constante la amenaza del entozoario: pues el clima es uno de los factores directos para su cómodo y eficaz desarrollo.

Una explicación parecida á la anterior, basta también para desvirtuar la muy extendida creencia de que la coscoja puede presentarse en forma verdaderamente epidémica. No es aceptable tal suposición, porque el concepto de epidemia trae consigo el de contagio general simul-

táneo, ó al menos verificando dentro de una época dada; y porque, casi toda enfermedad epidémica deja al individuo enfermo constituido en foco de contagio directo para los demás. Respecto de lo último se puede afirmar que ello no acontece con la distomatosis, porque su proceso morboso no se origina merced á un agente patógeno que provenga, de modo inmediato de un animal que soporta tal afección, sino que reconoce una marcha dilatada al travez de muchos medios indiferentes. En lo que toca á lo primero, ó la aparición del mal, en grande escala, en una época fija, cabe la siguiente observación.

La meteorología de esta región equinoccial es sumamente caprichosa, siendo en ocasiones las lluvias excesivas; pero en otras, y las más frecuentes, asoladora la sequía. En su período, nuestras praderas, por lo general desatendidas en la irrigación y combatidas por el azote devastador de los yelos, pierden su verdor y lozanía y se reducen á áridos sequecrales, en los que se apacienta el ganado en muy desfavorables condiciones. La mayor parte de los prados, en ese tiempo, no tienen abrevadero propio, de modo que, el ir en pos del agua implica para los animales un viaje que, en la mayoría de las ocasiones, prefieren no realizarlo; y sin otra fuente de nutrición que la endurecida raíz de la yerba seca que la masean con avidez, para mantenerse, extiéndanse y víctimas de un alarmante retroceso fisiológico, ofrecen con su ninguna resistencia, campo abierto á la victoria de antiguas afecciones parasitarias.

Mueren entonces muchas reses, y el ganadero á quien su pérdida inquieta, indaga la causa por la cual han perecido y, al comprobar que todas estaban invadidas por la coscoja, no puede menos que suponer que se habla presentado en forma epidémica el flagelo. Pero tal suposición es errónea: el ganado que, en esta forma, muere en las sequías, es el que estuvo anteriormente enfermo, pero luchó mientras gozaba de buena nutrición, en condiciones ventajosas contra el parásito.

CAPITULO III.

Sintomatología.—Laceración y consecuencias orgánicas.

Lesiones permanentes.—Pronóstico fatal.

Hemos investigado cuanto se relacionaba con la coscoja, y la forma y época en que ésta realiza su invasión, detengámonos ahora en el no menos importante, estudio de los síntomas y funestos resultados de la enfermedad que ocasiona.

Los síntomas que cortejan la aparición de la distomatosis, (nombre de la afección ocasionada por la coscoja) son de ordinario los siguientes: Pierde de pronto el animal contaminado su expedición y la ligereza de sus movimientos; si está suelto, empieza á separarse de los suyos y, sea porque prefiere la soledad, ó porque su marcha, trabajosa y tardía, le impide seguirlos, queda luego en completo aislamiento. Tórnase inapetente de modo que, en la dehesa cuya exhuberancia mejor podía provocarle, ó en el pesebre más bien servido, se satisface por algunos bocados que los escoge, en forma quisquillosa, dejando el resto de su ración á los contornos del lugar en que pacía, inútilmente estropeados. Sus mucosas nasales, los párpados en general, cuantas membranas aparentes revisten los

órganos y, puede decirse que, en grado menor, su piel misma, empalidecen. En fin, exteriorízase una profunda depresión, caracterizada por la pérdida de la alegría y la acentuación de un invencible abatimiento, en virtud del cual se halla, casi siempre, tendido al animal enfermo.

Los síntomas expresados corresponden al primer período de los tres en que se divide la infección. En su curso se ha efectuado la penetración del distoma y su ascensión por los conductos biliares, para detenerse en ellos, ó pasar al tejido hepático. La duración de este período es variable, según las condiciones de resistencia del animal invadido, entre las cuales se atiende al modo de ser constitucional, al estado procedente y al concomitante, que depende de los cuidados que, en la alimentación, se le prodigan; pero puede calcularse entre dos y tres meses, sois de cuyas primeras semanas gasta el parásito en completar su desarrollo, hasta llegar á la edad adulta.

Los síntomas que á esta época están atribuidos, y entre los que consta el gran número de deposiciones que no son de carácter acuoso, provienen de desarreglos orgánicos debidos al estancamiento de la bilis, por la acción mecánica del distoma, y al principio de su acción explotadora.

De la presencia de este cuerpo extraño, cuyo tamaño conocemos, en la víscera hepática del rumiante, se derivan múltiples consecuencias patológicas que se pudieran puntualizar así: el obstáculo que constituye en los conductos biliares, primero los altera en su volúmen, alteración que trasciende á la textura general del hígado y enpequeñece sus dimensiones, á pesar de la acción extraordinariamente dilatante que el distoma ejerce en los más estrechos canaliculos; en seguida se hace, por la succión de las ventosas, que tras desgarraduras, el revestimiento tapizante del interior de los conductos invadidos, pudiendo ocasionarse hemorragias y, más aún, dejando tales perforaciones de entrada franca para cualquier otro elemento patógeno microbiano que pudo acarreararse del intestino, y para las toxinas propias del trematode; y, por fin, las pías de que está erizada la cutícula del parásito, producen la inflamación, no sólo de los tubos, sino de todo el hígado, que se constata de puntos hemorrágicos. Este proceso irritante é inflamatorio que, merced al auxilio de los fococitos y á la constante tendencia de los órganos á restituirse á la normalidad, no es alarmante, obra sobre el parénquima hepático. Después, los conductos que albergan á los gusanos, llévanse de un líquido espeso y moreno—verdoso, con mezcla de mucosidades, y quedan en tumefacta deformación. Esta sustancia viene á contener los huevos del entozoario. Como sucede que éste no siempre se aposenta en los canaliculos de la bilis, sino, como se ha dicho, llega á veces al tejido mismo del hígado, obsérvase que, aún en el expresado tejido, donde existe uno de los distomas, se forma una bolsa que contiene una sustancia análoga.

Los enunciados fenómenos determinan en el animal enfermo el principio de la anomia, de la esclerosis y de la caquexia. Pero la tendencia de la duva á mantener el equilibrio de su economía, empeñada ya en las desasimiladoras funciones de la reproducción, le hace que todavía robe mayor caudal de sangre, lo cual unido á la falta de nutrición suficiente del rumiante, condúcele, en breve, al menoscabo del torrente circulatorio; á la alteración misma de la sangre y, luego, al más alarmante estado de flacura.

Todas las manifestaciones que preceden corresponde al segundo pe-

rdo de la infección, que es el más largo; y puede durar, atentas las circunstancias que se anotaron respecto del primero, entre seis y ocho meses.

La aparición y el término de este período se fija, en casos, por la diarrea sanguinolenta; pero más seguramente por el examen de las heces fecales, en las que deben hallarse ya los huevos del parásito.

Está sintomatizado además este período por la bulimia. Y dentro de él ocurre la atrofia del hígado; y su decoloración.

Viene después, con el tercero y último período, que dura dos ó tres meses, el desenlace, generalmente, fatal; sobre todo para los animales jóvenes. Caracterizanlo: la presencia de fosfatos calcáreos en las paredes de los canaliculos, lo cual los lleva al extremo de su endurecimiento y dilatación; la hipertrofia de la vesícula, revestida también interiormente de fosfato; la generalización, en suma, de la esclerosis; y la bilis pobre de coloración, pero muy abundante en agua.

En esta etapa es incontinente la sed del rumiante. La diarrea cámbiase de sanguinolenta en acuosa, y se torna mucho más frecuente. En los últimos días de tal período, sin ánimo para realizar movimiento alguno, mántiéndose tendido el animal; deja de comer en lo absoluto; hasta que perece, entre ligeras convulsiones.

En todo el ciclo de la afección puede haber intermedio de mejoría, que dilatan el proceso morboso; ó al contrario ocurrir la muerte en el primero ó segundo período. Tales circunstancias han hecho difícil el cómputo de la duración general de la enfermedad. Sucede que un período muy largo acorta el término del inmediato que le sigue; que según la resistencia particular de la víctima ó la idiosincrasia del caso, que á veces depende de los microbios maléficos de que pudo ser portadora la cercaria, todos los períodos son muy largos ó cortos. En el último supuesto se presenta como aguda la afección parasitaria. Atentas todas estas fluctuaciones, fijase en diez meses ó un año la duración de la enfermedad.

Mas, si en todo tiempo se posibilitan las mejorías pasajeras, en ninguno la experimenta mayor el animal que, en pos del tercer período; cuando, por excepción ha llegado á escapar de él. Se restablece medianamente, y hasta hace concebir la ilusión de su completa convalecencia; pero, en la mayoría de las veces experimenta de nuevo el fatal retroceso, y acaba por perecer. ¿Deberá creerse entonces en una nueva invasión, ó será que las graves lesiones que han quedado en su víscera hepática, como la obstrucción de buena parte de los conductos y su endurecimiento, la formación de nuevos canaliculos, ó más bien perforaciones, la alteración misma de la histología de este órgano tan importante y activo, necesiten un penoso trabajo de eliminación y reconstrucción que serán contados los animales que puedan soportarlo?

Tres son las acciones morbosas que se le atribuyen al entozoario que estudiamos: la mecánica, la expoliadora y la inflamatoria ó irritante; pero puede aumentarse una más, y acaso como la más grave, la tóxica; que obedece á las toxinas que ponen las duvas en el torrente circulatorio y, hasta á las contaminaciones microbianas á que, al introducirse en la economía las cercarias, pueden dar origen en el conducto colédoco ó los del páncreas.

El diagnóstico que se hace, con más facilidad, por los síntomas generalmente conocidos, entre los que se halla la tos, por ejemplo, puede hacerse en el segundo y tercer período, de modo inequívoco, por la investigación microscópica de las heces fecales. El novísimo procedimiento de

efectuarlo por el precipito—diagnóstico, queda fuera de las posibilidades comunes; mas sirvió para descubrir cómo la sangre de los animales que soportan el parasitismo hállase impregnada de anticuerpos que están intoxicando constantemente su economía.

Por observaciones hechas en animales vivos y la disección de algunos muertos con esta enfermedad, sábase que las consecuencias generales de la dolencia son: en la sangre, la escasez de hematies y la decoloración; la lividez de la carne, absolutamente desprovista de grasa; la presencia de manchas salientes abultadas en la superficie del hígado, provenientes de la esclerolización de los canalículos biliares; y, según los datos de algunos autores, «la infiltración serosa en el tejido celular subcutáneo: la palidez del bazo y los intestinos y la infiltración de agua en los ganglios mesentéricos.» Se han notado también las siguientes alteraciones anatómicas: «pulmones arrugados y flojos; corazón blando, pálido y de cavidades casi vacías.» En absoluto puede decirse que el órgano más afectado, naturalmente, es el hígado, al cual, en la disección, se lo encuentra atrofiado, amarillento y edematoso, con desórdenes de proliferación. Al oprimir uno de los conductos biliares se ve salir, en gran número, el animalillo que ha causado la muerte, flotando en el líquido de que tanto hemos hablado.

CAPITULO VI.

Creencias populares.--Explicación de algunos misterios. Medidas generalmente adoptadas.

Es indispensable tratar anticipadamente sobre las materias que preceden, para difundiendo un tanto el conocimiento de la fasciola hepática, su evolución, los síntomas con que ataca y las consecuencias que de la enfermedad que ella ocasiona, se deploran, reaccionar, con provecho, contra un sinnúmero de preocupaciones que, sobre el origen y curso de la afección, se mantienen infalibles en el criterio popular.

No se probaría cordura con desconocer que la génesis de importantes descubrimientos científicos procede en ocasiones de aquello que la inconsciente observación de las multitudes ha ido acendrando, en mucho tiempo, hasta fijar, con sus deducciones, un principio inmutable para la convicción común. Tampoco se puede negar que muchas veces el descubrimiento de eminentes verdades ó los prodigios de la invención, se resuelven en una sola fórmula: el acaso. Mas, todo esto no significa que, en previsión de que encierren un acierto, se deben respetar creencias infundadas, cuyo aparente misterio es susceptible de una clara solución.

Limitándonos á nuestro objeto, expondremos que la imaginación popular se ha desbordado en teorías sobre cuanto con él se relaciona. Para el común de los ganaderos, la coscoja es aquel diminuto é inofensivo gasterópodo, (tacacallo) que se lo halla al levantar las piedras de los lugares húmedos, ó escondido, por la mañana entre las hojas inferiores de la vegetación de dichos parajes; por la aparente analogía que, en el esta-

do de reposo, ofrece el cuerpo de este inerte animalillo con el del perjudicial parásito que se saca del hígado de los ganados muertos.

Es de creer que hasta hoy, de cuantos tal suponen, ninguno se ha dado la molestia de tomarlos juntos, pues de otra suerte, con facilidad su convicción se hubiera cambiado; porque mientras el temible gusano presenta la forma de una hoja, y los otros detalles anatómicos que conocemos ya, el infeliz molusco, al calor de la mano de quien lo coje, dilata el cuello y ostenta la cabecilla, dotada de los pequeños tentáculos, que oculta, ó ya esgrime, con temor.

Es una confusión lamentable la que expresamos, y de los dos principios que de ella deriva la convicción general, y que son los de que se evite que el ganado vaya á pacer antes de que por la acción solar, se esconda el gasterópodo; y el de no apacentar en lugares húmedos, sólo éste es recomendable; más no por este fundamento, sino por el de que se ha visto que la cercaria abunda en los tremedales y sitios inundados.

En órden al aspecto mismo de la coscoja, se dice que la hay de dos colores: rojo y moreno. Y se atribuye á la roja mayor agresividad que á la otra; juzgándose, por tanto, como incurable la afección que ella ocasiona.

Esta opinión que no responde á un hecho científico, no deja de tener un aparente fundamento, y se la puede explicar de esta manera. Cuando los ganaderos buscan el gusano en el hígado de una res muerta, lo hallan en efecto, de dos coloraciones algo acentuadas; una clara, ligeramente roja, y otra con ramificaciones oscuras. Pues bien; la primera es la coloración normal del distoma, y la segunda la transitoria, es la que se presenta durante la época de la reproducción. Veamos cómo: los testículos del trematode están dispuestos en forma arborescente, en la parte central del cuerpo; dichos órganos, al venir los días de la generación, se saturan de la secreción seminal que es oscura, y entonces presentan el aspecto por el cual se pretende diferenciar especies. Se ha sostenido también, y esto parece lo evidente, que, por los intestinos repletos de sangre chupada, adquiere la coscoja tal coloración. No acertamos á formular sino una objeción contra tal manera de sentir, la de que al ser por esta causa la alteración del colorido en los «distomas», todos los días se los podría hallar de un solo color, porque siempre se alimentan de sangre; a no ser que los rojos fueran los que aún no se han ingerido ninguna cantidad de ella. En todo caso, por uno ú otro fundamento, sábase que no existo tal duplicación de especies.

Deteniéndonos algo más sobre este punto y en considerar el supuesto de que la enfermedad que produce la coscoja roja es más temible, expresaremos que tal afirmación es ilusoria. No hay quien haya visto un rumiante atacado por parásitos de ese solo color. En la disección de cualquier animal muerto por esta causa, se observa que siempre coexisten los dos colores de trematodes; por lo cual es simplemente desechable esta creencia que no se funda en un hecho susceptible de constatación.

Hablemos ahora de un incomparable principio, elevado á ley de ganadería, en especial en las comarcas del Azuay. Sostiénese por él que, en una res que cambia de sitio, se vuelve encontradiza, ó se opone contra la coscoja del nuevo lugar, la que aquella trajo del de su primitiva residencia. Al rededor de esta curiosa suposición, la gente india ha inventado la fábula de que pelean los parásitos de ciertas regiones y, del

resultado de su mutua acometividad, parece la infeliz víctima que desempeña el papel de cancha de la lidia.

Si esta creencia estuviera arraigada sólo entre los indígenas y las gentes del campo, no nos ocupáramos en rebatirla; pero sucede, lo que ya es ridículo, que está autorizada por el crédito de los grandes propietarios. Obsérvase así cómo en los mercados se interroga por el origen del ganado, para saber si la coscoja del lugar de que procede es de las que se debaten con la de aquel á que se trata de llevarlo, y entonces decidirse ó no por la compra.

Una de las fases de esta puerilidad es la de que reconocen coscoja mansa y coscoja brava. La primera permite la emigración del animal á otros sitios; la segunda es sumamente celosa de su vecinamiento y defiende, á sangre y fuego, la integridad de su territorio; pues, sólo muerta, concede que lo invadan elementos forasteros. Así se oye siempre en lugares de feria de semovientes: este animal es de tal lugar y se ha de dar, (por aclimatar ó aquerenciar) en tal otro.

Estas persuaciones y otras que, por nimias, se omiten, no tienen razón de ser. Y si, dejándose de facilitar sus creedoras á tales disparates, los que trafican en la ganadería desearan indagar cual es la base al rededor de la cual enmaraña sus congeturas la fantasía ignorante de la plebe, ya se hubiera dado cuenta de que lo efectivo es lo que vamos á expresar.

Hay realmente en nuestro territorio regiones altas y secas, en las que no se ha propagado mucho la fasciola hepática; pudiéramos, por ejemplo, citar, entre ellas, las vertientes orientales que dominan el valle hermoso de Paute, en la provincia del Azuay; en la misma provincia, á la cual van más directamente referidas nuestras investigaciones, hallaríamos que gozan de la misma cualidad algunas zonas del valle de Yunguilla. El ganado vacuno que de tales lugares procede, es por lo general sano; de esto, no de que tenga coscoja mansa, proviene el que soporte, sin perecer, las notables crisis de la aclimatación, que duran hasta por el término de un año, y en las cuales los animales sufren por todo, por el clima, por el agua, por el pasto y hasta por su antigua compañía.

Por el contrario, hay regiones cuya infectación es conocida, y son todas las cruzadas por ríos de poco caudal y corrientes detenidos que, desde su origen, vienen atravesando por marjales y tembladeras, ó bañando dehesas que están perpetuamente destinadas á la cría. El ganado propio de tales parajes es inútil para la trashumación, ó cambio de paradero; no porque la coscoja, que ya tenía, vaya á encontrarse con la del nuevo destino, sino porque, puesta la res en un lugar en que todo le es extraño, apartada de sus camaradas é ignorando los sitios en que puede alimentar, se, con más ventaja, se entristece, se desnutre y comienza á enflaquecer. Esto le lleva á una deficiencia fisiológica que le impide sobreponerse á la acción que los parásitos, que trajo de su lugar nativo, desarrollan en el interior de su organismo; y, al ir cada día en peores condiciones, acaba por perecer, víctima de la exacerbación de una antigua dolencia.

La medicina, en el hombre, ha observado un proceso semejante. No do otra suerte se ve, por ejemplo, que el tuberculoso que ha padecido una afección distinta á su mal ordinario, perece, no de las consecuencias de la nueva enfermedad, sino del terrible desenvolvimiento que, durante ella, adquiere su invencible tuberculosis precedente. De modo que la dolencia reciente no ha sido sino un colaborador eficaz que, venciendo las últimas resistencias vitales del paciente, determina el triunfo de la acción matadora del bacilo. El papel que se atribuye en este simil al otro

proceso morboso, es el que desempeña, respecto de la distomatosis, la crisis de la aclimatación.

Se tendrá como un argumento en contra de la generalización de la coscoja en algunos lugares, el hecho de que el ganado propio de estas regiones húmedas, á la cual tenemos por natural vecinamiento de la fasciola hepática, es gordo, bien crecido y sano aparentemente. No se puede negar que la lozanía de las praderas cenagosas permite al ganado criollo, que está habituado á paecer en ellas, nutrirse á su satisfacción, y así, bien nutrido, oponer con su superioridad orgánica una valla, siquiera en lo temporal, eficiente para contrarrestar la acción pertinaz de la coscoja; por esto se ve en dichas dehesas hermosos ejemplares.

No se puede tampoco afirmar que todos los animales de esas comarcas están saturados del entozoario, lo probable es que lo tengan en número cuyo daño se equilibre con el bien que reporta su economía de la abundante nutrición; pero, resulta evidente que, extrañada una res de tales sitios, por buenas que sus condiciones fueren, al tiempo del traspaso, padece, en el nuevo lugar, una inmediata desmedración y, en breve, muere por distomatosis.

Otra prueba de que la muerte del ganado que se lleva de parajes plagados de coscoja á otras partes, obedece al parasitismo adquirido en su primitiva residencia, el cual se intensifica, en virtud de la transitoria flaccura por la que atraviesan los animales hasta lograr la aclimatación; y de que no se efectúa la riña de las coscojas, consiste en que, cuando al ganado recién importado no se lo abandona, desde luego, á sus propias expensas, sino se le hace objeto de prolijos cuidados, manteniéndole, con ración abundante, hasta que conozca la nueva residencia, para soltarlo después de que, al menos á medias, se haya habituado en ella, no tarda en aquerenciarse y se torna alegre y robusto como los nativos, aun cuando se lo haya traído de parajes infestados á otros en que antes se tenía por imposible la aclimatación.

Lo que se ha puesto sobre este particular, ha de entenderse con la restricción debida; esto es, sólo para los casos en que no se trate de una contaminación que revista los caracteres definidos de acceso parasitario; pues, en tal situación, las cosas varían por completo. Se ha hablado únicamente de animales que soportan una reducida colonia de distomas hepáticos, contra la cual si pueden luchar, con buen éxito, las resistencias orgánicas.

Entre la serie de prejuicios que informan la manera como la gente del campo entiende á la naturaleza, merece consignarse la seguridad que tienen de que la vaca preñada está inmune de muchos accidentes. Y traemos á relacionar aquí tal suposición, porque entre los males, de que la suponen exenta, figura también la coscoja. Por este motivo, así como por la esperanza de acrecentar, con el ternero que está en ciería, sus pequeños linajes, la gente campesina no opone mayores reparos á la compra del animal en tal estado, y es de oírle cómo, de vuelta al hogar, se ufana de su adquisición y va tranquila sin recelarse de que cosa alguna se oponga al feliz desenlace de sus aspiraciones.

Se ha dicho que, según la manera de pensar del pueblo, el distoma no acomete á la hembra que se prepara á la maternidad; más, para dar los límites efectivos á tan generalizada suposición, debemos estudiarla.

En verdad se ha visto que la sabia naturaleza, que se mantiene en el constante afán de velar por la conservación y propagación de las especies, rodea de excepcionales privilegios la existencia de todo ser al

cual lo está llamando á la vida. Y como los cuidados que pretende dispensar al nuevo organismo, en el estado embrionario ó fetal, se los tiene que dar por intermedio de la madre, de ahí que la vaca, durante la preñez, se ostente vigorosa, alegre, robustecida y, en la apariencia, sana. Este estado de superioridad fisiológica, que le permite una extraordinaria asimilación, le torna también fuerte para soportar sin desmedro, afecciones que no revistan mayor gravedad; y, aquerenciarse, como si le bastara la compañía de aquello que soportan sus entrañas, en desconocidas y á veces áridas tierras. Pero en pos del parto se ha visto que, no sólo no se han mantenido las vacas inmunes, sino que, por el natural deterioro, exacerban su grito de muerte las fasciolas, que no tardan en hacerlas perecer.

Por último, en el estudio de las creencias referentes á la propensión ó rebeldía de los animales para adquirir la coscoja, afirmemos que es racional y científica la de que los ejemplares jóvenes son los más dispuestos para la infección. Esto es evidente, así porque las necesidades orgánicas, desequilibradas por el desarrollo, les imponen excesos en la alimentación y la bebida; como porque su mismo organismo es apto para la contaminación. Esta aptitud ha sido manifestada, de acuerdo con la ciencia, por Mr. Brumpt, en los siguientes términos: «La edad obra ciertamente, por diferencias en el quimismo de los diversos puntos de la economía en la cual se desarrollan los parásitos».

Como en este capítulo nos hemos propuesto detenernos exclusivamente en las preocupaciones vulgares relativas al origen de la coscoja, y en los diálogos que acaricia la imaginación popular en todo lo que con la distomatosis se relaciona; debe tener aquí lugar preferente la exposición de las medidas que, para precaver la propagación del parásito, se han arbitrado.

Tres son los recursos puestos en planta, por las poblaciones cuyo territorio es más azotado por este flagelo, para combatirlo; á saber: el drenaje de las dehesas; la extensión y aumento de la cría de patos; y la irrigación de los prados, con agua curada con sustancias de origen químico ó vegetal.

Procediendo con orden, nos ocuparemos en la primera de tales medidas. Sería absurdo negar la influencia que el drenaje ó paleria puede ejercer en la extinción del dañino gusano. Por muchos motivos, el prado saneado es adverso á su propagación; desde que la humedad ampara el desarrollo del churruco ó molusco que le sirve de indispensable intermedio, hasta que sin agua no podría concebirse la marcha del huevo, convertido en miracidium, á las cámaras respiratorias de aquel. Una pradera avenada, en la conveniente forma, no tiene charcos, no tiene pantanos, no tiene, en fin, aguas estancadas en donde pueda el ganado tomar el germen de la peor de sus dolencias, la cercaria.

Si todos los arbitrios aconsejados por el empirismo fueran tan eficaces y puestos en razón como el desecar los campos destinados á la cría, hasta es de suponer que, por falta de algunos de sus medios, hubiera desaparecido la coscoja. En consecuencia, recomendamos, con todo fervor, la práctica de tan acertado recurso.

La segunda, ó sea la extensión y aumento de la cría de patos, se la debe considerar como de ninguna importancia; pues, examinando la misión que tales palmípedos tendrían, se observa que, ó comen los huevos de la duva, los cuales no pueden ser agotados por numerosos que sean sus consumidores, ya que se producen por millares; ó comen las cerca-

rias, en estado de enquistamiento, para dar fin con las cuales deberían ser más numerosos todavía; porque, como conocemos, cada huevo da sí muchas cercarias, hallándose, como se halla manifestada la doble forma de reproducción del trematode. Por otra parte, está fuera de duda que los rumiantes se ingieren las cercarias en el abrevadero, y esto aceptado, ya no es posible convenirse con que, por numerosas que sean las bandadas de patos, resulten suficientes para la labor profiláctica que requiere la esterilización del agua que consume un rebaño, cada uno de cuyos individuos necesita de algunos litros de ella.

Si á algo benéfico pudiera reducirse la cría de patos, en la extirpación del distoma, sería acaso aminorar la propagación de los moluscos que le sirven de intermediarios; ó á espulgar de larvas enquistadas alguna misérrima extensión de la dehesa; pero ni así serían más provechosos; porque ya se ha contemplado que, en un porcentaje mínimo, se operarían las contaminaciones por el vehículo del forraje.

Por último, obra en contra de esta medida, la circunstancia de que también los patos, como todos los acuáticos, son invadidos por trematodes, y entonces, adios extirpación, servirían más bien como medios para multiplicarlos. El distoma echinatum, por ejemplo, es parásito de las aves del agua.

Nos queda por considerar el postrer recurso de la iniciativa rural, entremos á él. Suele emplearse, de preferencia, para la irrigación de las praderas contra la coseoja, como sustancia cáustica, el protoxido de calcio, conocido vulgarmente con el nombre de cal; y algunos propietarios han curado el agua también con el sumo de una raíz que extraen de las selvas orientales, en donde la usan los salvajes para la pezea, como narcótico sin igual.

Inútiles, como era de suponer, han resultado estos ensayos, ya que, como tantas veces se ha dicho, el germen de la coseoja no está en el suelo, ni en la yerba; ó ya, porque sí en ellos estuviera, no queda al alcance de la mayoría verificar una irrigación, de esta índole, en todo su fondo; y, ni de los acaudalados repetirla con la frecuencia que sería menester para evitar la propagación de posteriores reimportaciones.

Resumiendo lo relativo á las medidas tomadas contra la propagación del parásito, quede dicho: que la palería, es excelente; la cría de patos, insulsa. El hecho mismo de que los palmípedos busquen, con avidez, á los trematodes, denota que, dada la admirable concatenación que reina en la naturaleza entre las diferentes escalas de la materia organizada para la vida, son aptos para cooperar á la conservación y reproducción de estos dañosos gusanos; porque dentro de la sabia economía universal, todos los seres tienden, por reflexión unos, por instinto otros y los inanimados, por obra de las leyes fatales que rigen su constitución, á conservar y aumentar aquello que les es útil y necesario. La irrigación, con sustancias antivérmicas, ni tiene eficacia general y permanente, ni es de fácil practicación.

Los pobres indios creen, y creerán, que la llama ó hamingo, ese mamífero rumiante, cuya cría merecía tanta atención en la época del apogeo incásico y hoy se restringe más cada día, es un precavente prodigioso contra el churu. Quédeles su inocente persuasión de la cual ni será posible disuadirles. A las demás, bástanos saber que todos los rumiantes son huéspedes definitivos de la fasciola hepática.

Como esta parte es la destinada á la explicación de las preocupaciones de que ha sido objeto el parásito y la enfermedad que son materia

de este estudio, y anticipándonos á rebatir un argumento que, en contra de la infección por el agua, se les ocurrirá á muchos, y que ha de consistir en la interrogación de: ¿Por qué, estando el peligro en el abrevadero, no se contamina, tan de ordinario como los ruminantes, el caballo? Diremos: que, en primer lugar, el noble y generoso solipedo es aseado por naturaleza y, sólo en una sed extrema, puede convenirse con apaciguarla con el agua inmundada de los charcos, que es, al contrario, la preferida por el ganado vacuno. En segundo límite, puede recordarse también que el estómago de los solipedos es, si cabe decirlo, más perfecto; pues carece de tantas despensas ó reservorios que caracterizan á los ruminantes, en donde se encuentran los materiales alimenticios, entre los que se detienen los sedimentos ó suspensiones del agua, casi en el mismo estado en que se hallan en el exterior, esperando la regurgitación que los pone en condiciones de llegar á quimo. En el caballo, todo pasa de su boca en términos de bolo alimenticio, y como el forraje, las materias orgánicas que contiene el agua, soportan, inmediatamente, los complejos fenómenos de la digestión, ó sea su alteración rápida. Y, por último, á los que creen que la infección se efectúa por la yerba, sería también de preguntarles si los caballos no se nutren en los mismos sitios que los ruminantes, y de ser esto así: ¿por qué no llevan contaminación? Se dirá que por qué es su masticación más completa, razón inaceptable; pues si es exacta tal afirmación, no lo es menos la de que los otros animales tienen la regurgitación que es el perfeccionamiento de la masticación.

Como terminante razonamiento respecto de que la fasciola hepática acomete por el vehículo del agua, relacionaremos un hecho notorio en la provincia del Azuay.

Existe, al sur de la ciudad de Cuenca, una dilatada llanura cuya fertilidad y exuberancia satisfacen cuanto se pueda desear como necesario, y casi superfluo, en una comarca de pastos. Tal llanura está ceñida entre dos raudales que la toman por los lados; y de ello proviene una natural división del terreno que, por breves ondulaciones, se accidenta en dos sentidos, pues bien, se ha observado que las reses que pacen, en los prados cerrados, de un paraje y se abrevan con el agua del riachuelo que á él corresponde, presentan, rara vez, casos de distomatosis; mientras en el prado opuesto, que no ofrece ninguna solución de continuidad con el primero, y participa de todas sus condiciones, sólo por la circunstancia de que los ganados beben el agua del otro arroyo, la cifra de la contaminación parasitaria alcanza un porcentaje increíble.

Como comprobante palmario de nuestra opinión, puede relatarse, así mismo, este otro ejemplo. Uno de los más acaudalados propietarios de la misma provincia, conservaba un corto número de ganado vacuno en una dehesa extensa, pero sin irrigación; para mejorar las condiciones del prado, y dar mayor impulso á la cría, emprendió en la provisión de agua á la pradera cuya fertilidad, hasta entonces, dejaba mucho que desear. Lamentable éxito tuvieron sus afanes; pues, á poco de realizada la obra, vió perecer la mayor parte de sus animales, que dieron en abrevarse en el agua traída para el regadío,

Estos postreros recursos de convicción, los queremos explotar en orden á persuadir á todos los ganaderos de que en el agua está la salud de su ganado, que es el secreto de la remuneración de su industria.

CAPITULO V.

Curandería.—Remedios favoritos.—Ineficacia terapéutica.

Los remedios más usuales contra la duva hepática se componen de sustancias corrosivas ó cáusticas, que mezcla con elementos neutros, el empirismo urbano ó el campestre, á su satisfacción.

Tarea difícil, al par que innecesaria, sería acoplar, en estas líneas, cuánto, con el carácter de receta, se ha concebido y entregado á la práctica de los propietarios; los cuales viven convencidos de la eficacia de tal ó cual menjurge, y se permiten recomendarlo en público; á pesar de que á veces, se ve muy claro que se trata de una simple impostura de curandería, respecto de la cual, el solo hecho de prestarle atención, importa ya un descrédito.

En este asunto, como en todo lo que se relaciona con la medicina, la población de nuestros centros rurales prefiere, aún en este tiempo, la cura misteriosa y solapada de los empíricos, á la racional y efectiva de los profesionales.

Buscados, á grandes distancias, llegan pues los curanderos y, en pos de ser objeto de las más obsequiosas atenciones, se apartan con el animal de cuya dolencia deben formar el diagnóstico. Este lo mantienen siempre reservado, pero por los ingredientes que piden para formar sus pócimas, comprende el propietario que se trata de la coscoja, ó churu. Necesitan, de ordinario: arena de río; polvo de ladrillo y un corrosivo, con cuyo carácter emplean, por lo general, el zumo de penco, (ágave). El resultado de estos componentes mandan á administrarlo al animal, antes de que se le haya dado nada de comer y á la dosis de 800 á 900 gramos. Con esta única práctica queda hecha la curación, la cual debe repetirse después de transcurrido un mes.

Como es de suponer, la mayor parte de los casos tiene desenlace fatal; pero como en el intervalo de las dos curaciones, el dueño del ganado a gata sus atenciones respecto de él, este, aunque rara vez, se pone en mejores condiciones de resistencia y, al fin, por excepción, salva del acceso parasitario.

En estos casos, poco frecuentes, parece lógico presumir que la curación se obró por la buena alimentación, el aislamiento de nuevas fuentes de infección, y talvez alguna mínima acción estimulante del zumo de maguey, el cual si ha podido tener buen éxito respecto de otros vermes que estaban aposentados en el intestino, secundando la labor mortífera de la coscoja.

Sin embargo, entre los indígenas, goza de gran fama el enunciado medicamento. Suponen que la pasta que se forma con el polvo de ladrillo, llega á los conductos del hígado, y se sustituye, en ellos, al distoma que el corrosivo expulsa. Jubilosos extraen, en los mataderos, de la viscera de las reses que matan, los cálculos en que se concreta el fosfato de cal, y que, teñidos por la bilis, aparentan color de ladrillo, y los exhiben como un trofeo de la eficacia de sus drogas.

No relacionaremos otras formas de curación de que se valen los campesinos. Su proceder carece, en ellas, no sólo de fundamento científico, sino racional, de modo que sería indecoroso consignarlas.

La gento más sensata emplea específicos bien arbitrados. Para los que, á base de alcohol, disuelve sustancias ferruginosas, como la caparrosa, (sulfato de hierro) ó amargos, como la quinina, el ajeno, el aloe, (sávila) y las artemisas, [franseria artemisoides y artemisia vulgaris) y otros; formando, con ello, una bebida tónica, que administran á dosis frecuentes de 60 á 70 gms.

Concederíamos alguna eficacia á medicamentos así compuestos, á condición de que se los usara por largo tiempo, en aislamiento de nuevas fuentes de infección, hasta lograr que su efecto se traduzca en reconstitución de todas las energías del organismo infleccionado. Así talvez, convirtiéndose en caudal de resistencia, podrían librar de la muerte al animal atendido; pero, del modo ocasional y pasajero como se las administra, ningún bien pueden reportar los enfermos.

Las bebidas mercuriales, el arsénico, los compuestos de pierina y potasa y otras análogas, de largo ó inmediato efecto, no producen tampoco mejores resultados. Confióse en el poder del petróleo, pero ni su empleo dió éxito satisfactorio; su dosis era de 70 gms. en el espacio de algunos días repetida. El uso algo provechoso del aceite empíreumático y la benzina, la última de estas en cantidad de 50 á 60 gms. administrada de modo frecuente, ha hecho que se confíe limitadamente en su eficiencia; pero, ninguno de los antedichos remedios, es capaz de satisfacer las exigencias de una terapéutica cabal.

Si se pudiera poner en planta la curación por la vía recurrente. Si se lograra hacer que llegue al hígado alguna medicación, es indudable que los vermícidas vendrían á desempeñar un papel importantísimo en la curación de la distomatosis; porque no hay motivo para restringir su eficacia á solo los vermes intestinales. Pero, estamos muy lejos de conseguir tan halagueño propósito; pues, sin la intervención quirúrgica, no nos es dado aún inmiscuirnos en los procesos de esa víscera tan importante.

Puede recomendarse, á pesar de aquello, mas siempre con la muy relativa eficacia de que venimos tratando, el uso de la santonina, el de las semillas de zapallo, (cucúrbita máxima) y el de las de naranja; pero, por motivos trascendentales que luego apuntaremos, en todo caso disturarán algunas benéficas consecuencias que del uso de tales medicamentos se derive, de colmar las aspiraciones que deben sustentarse á este respecto.

Talvez el tratamiento por el sistema intravenoso, hoy tan en boga, resolviera, en parte al menos, el problema de la curación de la distomatosis. Puesto el medicamento en el torrente circulatorio, no hay duda de que éste lo llevara, en alguna cantidad al sitio en que lo quisieran colocar nuestros anhelos; pero, para esto mismo, ocurren graves inconvenientes, como el de que puede, para hacer llegar en el hígado, en la porción suficiente, la sustancia que debe obrar contra los distomas, ser necesario inyectarla, en tal cantidad, que ya entrañe saturación respecto de otros órganos de la economía. Súmase á este obstáculo el de que se alzan todavía, con las dificultades invencibles de un misterio, los secretos de la anafilaxis; y pudiera que las sustancias que deban ser inyectadas no permitan tolerancia; ó á las reacciones orgánicas sean adversas, de modo que el benéfico tratamiento no se pueda emplear sino una sola vez, respecto del mismo animal.

Por lo expuesto se advierte que no son efectivos aún, de modo que no esté referido á deficiencia, los remedios empleados para combatir la

cosojo; y que lo único que pudiera lograr la terapéutica, es una inmunidad antiparasitaria temporal, para sustraer al animal, en tratamiento, de nuevas infecciones.

Pero concedamos que se obtenga todo lo que se desea, en cuanto á la curación de un caso particular. ¿Con esto quedará satisfecha toda exigencia?: Nó. Las dos preguntas que siguen entrañan el fundamento de esta negación.

¿Qué hacendado, dueño de numeroso ganado vacuno, puede, sobre todo en las épocas en que la infección se presenta en muchas reses simultáneamente, detenerse, por grandes que fueren sus posibilidades, en la curación diaria y detallada de cada uno de los animales enfermos?

¿Los sacrificios que por una vez pudiera realizar, con este objeto, dejan inmune su ganado de nuevas sucesivas contaminaciones; y no siendo así, como no lo es, podrá un propietario mantenerse en la curación de quinientas, de mil, de miles de cabezas de ganado, sin que esto, no sólo demande enormes inversiones, que no se compensan, sino torne odiosa, por difícil, la ganadería?

Las interrogaciones que preceden contienen, ó llevan comprendida, en sí mismas, su respuesta. Y de todo lo dicho queda en pie una sola y lamentable conclusión: no existe tratamiento terapéutico satisfactorio para la curación de la distomatosis, hasta hoy; ó lo que es lo mismo: el pronóstico de la afección ocasionada por la fasciola hepática en el ganado vacuno es, generalmente, fatal.

En frente de tan desconsoladora verdad, qué podía hacerse que contrarreste la amenazadora plaga que mengua, en un sesenta por ciento los robuños de las ganaderías? ¿Era posible cruzarse de brazos ante el flagelo, cuando todo en la naturaleza es subsanable, siendo ella misma el area inmensa en que se mantienen ocultos los recursos indispensables para que los seres lleguen á su finalidad material, cumpliendo su razón de existir sobre la tierra?

Allí donde para la ciencia ó el arte se presenta un problema de incógnita invencible, deben las especulaciones intelectuales remontarse, en demanda de solución, á manantiales más copiosos todavía. Existiendo, como existen los grandes arbitrios primitivos, mediante los cuales no se combate al elemento patógeno en el individuo enfermo, sino se busca y halla la manera previa de librarlo de las fuentes de contaminación; consiguiendo así, en resultado inmediato, la salud de todos y, en definitivo, la extirpación de la causa morbosa, desaparecida por falta de agente pasivo en que logre ejercitar su acción. Existiendo, como existe, la higiene podrá concebirse algo incurable; pero inevitable no.

La higiene, esa fuente nativa de salud, cuya comprensión y estudio se empequeñecen al considerarla como rama, y no más, de una ciencia; y cuya acción insigne, en el campo de la vida, es comparable á la de una sabia dirección bélica á la que, más que en atender á los heridos, se preocupa en tornar menos dañosa la agresividad adversa para los contingentes que le sobran sanos, y cifra, en ello, y en busear, repeler y aniquilar al enemigo, todos sus afanes; en persuasión de que, al cabo, depende de esto la victoria, la cual resolverá hasta de la suerte de los que tienen ya con su sangre el suelo del combate. La higiene, esa solícita protectora de la salud, que prefiere vigilar la conservación de ese tesoro á dolerse, estérilmente, en torno de los que la han perdido; ella, donde las otras fases de la medicina se convierten en tristes plañideras debe enarbolar el estandarte bienhechor.

En la materia de nuestra contemplación, respecto de la cual los recursos terapéuticos vienen fallidos al extremo de que una eminencia veterinaria opina: «que el mejor medio, una vez atacadas las reses, es llevarlas al matadero, porque cuanto se ha practicado para curarlas ha sido hasta ahora ineficaz, y cuando más se ha logrado un ligero alivio», es de bendecir que nada haya obtenido la terapéutica, pues, en caso contrario, nos hubiéramos satisfecho con la costumbre de atacar individualmente el mal, sin acudir á medidas de salvadoras proporciones mediante las cuales se puede abrigar la esperanza, no sólo de poseer una cría enteramente sana respecto de la dolencia de que nos ocupamos, sino de otras muchas que se originan en una fuente común: y, lo que es más benéfico todavía, de aniquilar, para siempre, los terribles gérmenes de la distomatosis.

En donde la higiene surte todos sus efectos, la clínica se torna innecesaria. He ahí el principio que comprende todo el programa que, en orden al saneamiento de los países malsanos, trata de ejecutar con todos sus esfuerzos, la medicina moderna.

Los resultados de semejante doctrina pálpanse en Cuba, en Panamá y en otros lugares, azotados antes por la fiebre amarilla y en los cuales no sólo no se puede constatar hoy un caso de ella, sino que los gérmenes mismos se conceptúan desaparecidos.

¿Por qué no aplicar tan salvador principio á la lucha contra la coscoja; y, sin buscar la cura; lograr la extirpación misma del mal? Hacia esta tendencia nos hemos propuesto inclinar la voluntad de todos los ganaderos y, en la persuasión de ser oídos, sugerímosles los fáciles medios que pueden valerse para conseguir tan codiciado fin.

CAPITULO VI.

Modo de higienizar las dehesas.—Precomixación del recurso salvador.

Alguien ha dicho: «Quien no puede proporcionar á sus animales todos los cuidados de la higiene, ó vive en comarcas húmedas y pantanosas, debe renunciar á la cría de ganados; pues sacará á su actividad y capitales más productos en cualquier otra industria». No necesitamos comentar semejante aseveración que tiene todo el aplomo de un axioma pecuario, ni encarecerla; pero, por ventaja, entre nosotros, en donde el clima es tan benigno y uniforme que á la par se ignoran los calenantes calores del verano y las rígidas depresiones invernales, á poco se reducen los trabajos que requiere una buena higienización.

No cumplíramos con el propósito de esta labor, si no recomendamos antes que todo, la desecación de las praderas. El marjal, por su decisiva intervención en el desarrollo de la coscoja, y por otras múltiples razones, es el peor enemigo del incremento pecuario. Son tales las proporciones en que esta verdad debe entenderse que no es aventurado decir que: mientras en una finca se conserve una sección inundada, por peque-

ña que esta fuese, queda tal propiedad, por esta sola causa, inutilizada para destinarla á la cría.

En otros países la obra del saneamiento de los terrenos, por su falta de aptitud, demanda conocimientos particulares y existen ingenieros especializados en papelería o avenamiento de las praderas y tierras de labor, y tal trabajo requiere la inversión de fuertes capitales; pero en la región interandina del Ecuador, una de las más accidentadas del Globo, cualquier persona de mediana capacidad puede, por sí misma, dirigir y llevar a cabo el drenaje de sus terrenos, dejando, de esta manera, a costa de muy poco, adecuada su finca para la ganadería.

Por tener íntimas conexiones con la higiene, otra de las faenas agrícolas que se relaciona con la ganadería, es la irrigación. Por la abundancia de agua, y la facilidad de los declives, éste no es un problema en nuestro territorio; y, la única práctica que debe aconsejarse al respecto, es la de evitar que se originen estancamientos indefinidos de agua.

La abundancia de los prados excluye de mencionar que entre las exigencias de la higiene, figura la buena alimentación. Ella se efectúa en estas regiones sin encargo, pues allí donde la yerba no es lozana, sobra para mucho la extensión.

No debe olvidarse que, entre las atenciones más indispensables, así para provecho del animal enfermo, como para evitar que los gérmenes dañinos de que es portador hallen los centros naturales de su desarrollo y se conviertan en una amenaza para los animales sanos, debe cuidarse del aislamiento temporal de las reses que sufren de distomatosis.

Hechas las indicaciones que preceden y la advertencia de que la presencia del «charuco» es el dato inequívoco de que una pradera es inapta para la cría, nos toca detenernos en lo más trascendental de la obra sanitaria, en aquello sin lo cual todo resultaría ineficaz. Lo que va a ocuparnos resume de tal modo en sí el propósito de nuestra labor que, sin ello, se hubiera empeñado en vano; y encierra el secreto definitivo de la salud del ganado; vamos a tratar del cuidado del abrevadero.

Se ha visto hasta la saciedad, que sin agua no cabe la infección parasitaria, porque aquella recibe y modifica el huevo del «distoma» para que se traslade en pos del molusco, en cuyas cámaras respiratorias se ha de aposentar; y que, para los que nos interesa este momento, ella es el vehículo de la perniciosa cercaria, la cual, si no es el agua la que la lleva, no llega, en términos acaso inofensivos al ruminante; débese, por tanto, conceder primordial atención a cuanto establece relación directa entre el agua y el ganado.

Y en nada puede considerarse así el agua más de cerca que en cuando constituye un elemento indispensable, llamado a la cual se aprovechan millares de obreros de la muerte para procurar el exterminio de un ser.

Cúidese de modo predilecto, el abrevadero. Mucho se ha escrito sobre los caracteres que debe tener el agua destinada al consumo de los animales para ser buena y saludable. Se ha hablado de sus condiciones físicas y químicas y se ha aconsejado la forma en que se le debe ofrecer para conseguir el objeto que venimos persiguiendo, nosotros debemos averiguar, ante todo, esto: ¿Contiene o nó los gérmenes de la coscoja?

En este sentido el «desideratum» de las aspiraciones respecto del agua de que se debe usar en el abrevadero, llega a exigir la esterilización (relativa a las cercarias se entiende) de este líquido. Y tal cosa

es sumamente practicable: se puede obtener agua libre de los gérmenes de la distomatosis

No hay duda de que, por suponerse irrealizable, casi ilusoria, semejante afirmación, despertará extrañeza este enunciado; mas, existe quien se ha preocupado en la posibilidad de tal asunto, y arbitrado la manera de obtener agua filtrada, por muy fácil procedimiento y en la cantidad que abastezca las necesidades de una estación pecuaria.

En el Ecuador, por los grandes alzamientos orográficos, no hay lugar cuyo subsuelo no contenga, a algunos metros de la superficie, mantiales telúricos. Y si un sitio hubiere en el que padezca excepción esta verdad; tendríamos que también en él, a causa de que el lecho impermeable que en nuestra formación geológica hállase a pequeña profundidad del suelo y permite la detención de las aguas exteriores, encontraríamos, así mismo, agua

El agua telúrica sacada del interior de la tierra, no hay para qué decir que, para nuestro propósito es pura; y en el segundo caso, el agua de la superficie al atravesar la capa absorbente, cuyo espesor es de algunos metros, lo llega a ser también, por filtración mecánica.

Establecida la certidumbre de que somos poseedores de agua profética, en grande cantidad, restaba por indagarse una sola cosa: ¿Era ésta una agua de tales condiciones que pudiese satisfacer las exigencias fisiológicas y orgánicas de los animales para los cuales se la había buscado?

El uso de que dicha agua se hace en las poblaciones, para el consumo humano, probaba, por extensión, que sí; y ratifica tal prueba el hecho de que personas que carecen de regadíos o raudales cercanos, abrevan su ganado con el agua de esa procedencia, sin que éste sufra desmejoramiento alguno, sino, al contrario, por salobre la busque con satisfacción.

Conseguida el agua, había que idear para procurársela, el sistema menos costoso y fácil. En casi todo nuestro país, por falta de servicio público de agua potable, existe en las poblaciones la costumbre de obtener, la indispensable para los menesteres domésticos, de pozos que se cavan en el interior de las casas, y cuya profundidad es, por lo común, de quince a 20 metros. La generalización del uso de estas cisternas, (a las que impropriamente se denomina pozos artesianos) ha llevado al logro de cuantas comodidades se podía imaginar para su explotación; y hasta ha determinado la especialización de algunas personas en este trabajo, las cuales, por empresa, cavan, revisten y dejan en condiciones de servicio uno de tales pozos, por módica remuneración. A ellos adaptación una bomba y pueden surtir o proveer de una enorme cantidad de agua diaria.

¿Por qué no puede aplicarse este sistema a la provisión del abrevadero de las estancias de ganadería? El único inconveniente que ocurre es del enorme trabajo que representara la extracción del agua necesaria para todo un rebaño; más, este obstáculo que se relaciona únicamente con el modo de impulsar la bomba, desaparece con pequeñas modificaciones que a su mecanismo se hagan. ¿Qué costará, por ejemplo, adaptarle un volante de gran diámetro, o lo que es mejor todavía, en nuestras regiones en donde el viento es constante, conexionarla con un pequeño molinete? Así se obtendría con exceso, el agua apetecida.

Cada estancia de ganadería que, por cómputo usual, debe constar de trescientas a quinientas cabezas, ha de estar dotada de una de estas instalaciones, la cual surtirá a un abrevadero de cal y canto o ladrillo, revestido interiormente de cemento, de forma circular, con su plano inferior desnivelado hacia un orificio por el que se realice el desagüe del sobrante de

la abrevación diaria. Toda esta construcción, así efectuada debe hallarse al aire libre, a la altura de unos sesenta centímetros, cuando menos, tener la capacidad de cuarenta o cincuenta hectolitros, (según las cabezas de ganado que se posea) estar rodeada de una acequia circunvalante de mucho declive que no permita el estancamiento de los derrames, encontrarse fuera del acceso de los animales domésticos, en especial de las aves acuáticas y, finalmente, hallarse en conexión con un sumidero en el cual converjan el desagüe principal y la acequia externa, para evitar, hasta el escrúpulo, la formación de charcos inmediatos al abrevadero.

No queda dentro de nuestro objeto lo que vamos a decir: sin embargo, como un consejo para los propietarios, manifestaremos que es costumbre, en algunos países ganaderos, situar el abrevadero en medio de un callejón espacioso, formando con borda de cualquier materia, con el fin de conseguir que el ganado que va a beber lo haga por un lado, y el que está satisfecho ya, vuelva al campo, por el otro, sin que se estorben ni mortifiquen las reses mutuamente.

El agua, que, de este modo, se proporciona a los animales no sólo ejerce en ellos la acción sedativa, sino que estimula su nutrición. Y, sobre todo, en esa agua no encontrara jamás una cercaria, con lo que se ha obtenido el objeto de este arbitrio, por cuyo medio puede lograrse, en definitiva la extinción de la plaga, por falta de centros de reproducción y desarrollo.

Para mayor recomendación, se observa que aún las reses contaminadas experimentan notable mejoría, por el motivo que se va á expresar. Analizadas las aguas de nuestro subsuelo, se sabe que son, en la mayoría de los casos, alcalinas y contienen dominando los carbonatos de sosa y potasa, sulfatos, silicatos y alguna pequeña cantidad de ácido carbónico. Las aguas compuestas, en esta forma, ejercen, además de la acción estimulante y tónica para la economía en general, una directa en el hígado, porque contribuyen al aumento de la secreción biliar; dicho aumento facilita la expulsión mecánica de los cálculos, concreciones y arenillas y, de esta misma suerte, la del distoma.

Conocida es la preconización de la eficiencia de las aguas alcalinas contra el infarto del hígado, y qué beneficios no obrará respecto de una afección, hepática también, una curación que, sin trabajo alguno, se hace diariamente, con la fatalidad de la satisfacción de una imprescindible necesidad fisiológica?

Para terminar, aconsejaremos que se evite, hasta la exageración, que el ganado se abreve en otros lugares. Por tal motivo, es una medida anti-higiénica la de conducir libremente por los prados ó potreros los riegos, ó canales de irrigación. Estas aguas que, por lo regular, son escasas, están saturadas de toda clase de bacterias, microbios y bacilos. Cuando es forzoso dar tal trayecto al regadío, se lo ha de aislar, en toda la extensión que cruce por el «potrero», con una doble protección, que lo torne inaccesible al ganado.

En nuestra tierra atravesada, en todas direcciones, por ríos de considerable caudal, sorprende que se necesite optar por esta clase de medidas para conseguir aguas puras y salubres. Sus innumerables y cristalinos torrentes que fertilizan y embellecen nuestros valles y meetas, debían ser el natural abrevadero de los animales nuestros; pero, por desdicha, la observación ha comprobado que, porque tienen su origen en los tremedales de la Cordillera y dilatan su curso, en grandes trechos, por comarcas de pasto, son ellos mismos la más temible fuente de infección parasitaria.

CONCLUSIONES

Las páginas que preceden han sido escritas merced al estímulo, casi imperativo, de personas que, habiendo palpado la evidencia de las observaciones del autor, se empeñaron en que las de á la luz pública; en el concepto de que podían ser provechosas para el desarrollo pecuario del país.

En tales circunstancias, la Municipalidad de Guayaquil, de la ciudad ecuatoriana más amante del progreso y la difusión de las ideas civilizadoras, ha tenido el laudabilísimo acuerdo de poner entre los números del programa con que conmemorará, este año, su magna fecha del Nueve de Octubre, el muy interesante de la reunión del Primer Congreso Médico Ecuatoriano.

¿A qué Corporación técnica, más respetable y de criterio más digno de fe, podía someterse un trabajo de la índole del presente?

No es el conocimiento profesional; la afición y el constante empeño de llegar al exterminio de una plaga que atormenta á la ganadería, son los móviles que han determinado la realización del anterior estudio, cuyas conclusiones se precisan en la siguiente forma:

1^a.—El parásito que se extrae de la víscera hepática de los ruminantes y que tiene la anatomía y fisiología descritas en el capítulo I, no es otro que la *fasciola hepática*.

2^a.—La *fasciola hepática* es el agente patógeno de la distomatosis que, en veterinaria, ó referida á los ruminantes se llama también caquexia acuosa.

3°.—La fasciola hepática, que se llama, así mismo, distoma hepático, grandu duva, etc., es el entozoario que se conoce en el Ecuador con los nombres de *coscoja* y *churu*.

4°.—El distoma hepático invade á la mayor parte de los maníferos; pero, de preferencia, á los rumiantes.

5°.—Las aves acuáticas son huéspedes de muchos parásito del género fasciola, y pueden serlo de la fasciola hepática.

6°.—El más temible vehículo de infección parasitaria, para los bovinos, es el agua.

7°.—La mayor parte de las cercarias, ingeridas por los rumiantes, tienen por medio de invasión el agua.

8°.—No se puede distinguir especies de fasciola hepática, sino variedades transitorias.

9°.—La afección morbosa, ocasionada por el distoma hepático, tiene un pronóstico, generalmente fatal.

10°.—La distomatosis origina modificaciones orgánicas.

11°.—La terapéutica es, hasta el día, ineficaz para la distomatosis, reduciéndose su acción al simple proceso expectativo.

12°.—La única ventaja que puede proporcionar la terapéutica, en la cura de la distomatosis, es la inmunidad temporal que acaso determine en el paciente.

13°.—La curación por la vía recurrente, ó la intravenosa, puede ser eficaz.

14°.—En el Ecuador, la invasión del parásito puede tener lugar en cualquier tiempo.

15°.—La distomatosis no puede revestir carácter, propiamente, epidémico.

16°.—Las razas bovinas que se conservan y reproducen bajo el pleno dominio de un agente patógeno, degeneran.

17°.—La higiene es la única medida salvadora contra el parasitismo.

18°.—Todo recurso higiénico, contra la fasciola hepática, que no se relacione con el agua, es inconducente.

19.—El ganado que bebe agua libre de cercarias, puede reputarse exento de la contaminación parasitaria.

20°.—El agua telúrica, ó la de los pozos profundos, no tiene cercarias.

21°.—En donde la higiene se observe completamente, y surta todos sus benéficos resultados, la Clínica se tornaría casi innecesaria.

22°.—El día en que no exista, en nuestras dehesas, un solo charco, al acceso de los animales, y se administre, al ganado vacuno, agua profiláctica, puede esperarse la extinción completa del parásito.



LA LEPROA

POR EL

DR. CARLOS R. SANCHEZ

HISTORIA y GEOGRAFIA

No pretendo trazar ni á grandes rasgos, la historia de la lepra, enfermedad una de las más antiguamente conocidas, su historia lo es igualmente y el mundo médico todo, en los viejos y modernos tiempos, le ha seguido atentamente hasta en sus más ínfimos detalles y en sus más minuciosas descripciones.

La lepra hizo su aparición en la más remota antigüedad: en Egipto, la Palestina, la Grecia? En este punto no están muy de acuerdo los historiadores; pero es lo cierto, que ella apareció, 400 años antes de la Era Cristiana. Hipócrates no la conoció, en tanto que Aristóteles había descrito con el nombre de Leontiasis, una enfermedad que más tarde la describió Areteo con todo el cuadro sintomático de la lepra tuberculosa.

Themison y Demócrito se preocuparon igualmente de élla bajo el punto de vista de su tratamiento; pero le cabe a Muench, el mérito de haber descrito por la primera vez y con admirable exactitud, la naturaleza de la enfermedad. Después de él, las descripciones se han sucedido en todos los tiempos y llegamos así hasta la época actual, en que encontramos la monumental obra de Zambaco Pacha y las admirables monografías de Jeanselme, Gaucher y Murchoux.

Dejaremos también aparte el estudio geográfico de la enfermedad ya que necesario es *convenir*, que la lepra existe salvo muy raras excepciones, en todos los países del globo, y que, con la tuberculosis y la sífilis, constituye la triada famosa que se extiende por todo el universo. Mas si dejamos de lado por decirlo así el estudio histórico y geográfico, de la lepra en los demás países del continente, juzgo necesario entrar en esta materia, al describir siquiera someramente, en qué época invadió la lepra la América del Sur y en particular nuestro país, la República del Ecuador.

Parece de toda evidencia que los colonizadores españoles fueron los primeros que importaron la enfermedad á la América del Sur; pues antes de esta época, era absolutamente desconocida. La lepra no existía



en América antes de la conquista según opinión de muchos historiadores, dice un eminente médico colombiano. «Entre los españoles pobladores de la República de Colombia, contrajo la enfermedad el año 1579, el Mariscal Don Gonzalo Jiménez de Quesada, quien murió arrebatado por el mal, en la ciudad de Mariquita, uno de los departamentos del Tolima.»

En qué época precisamente hizo la lepra su aparición en el Ecuador? Punto es este que nos dirá mas tarde la historia de la Medicina Ecuatoriana, ya que no es posible suponer que á la época en que se fundó el primer Lazareto en Quito, esto es, el año 1785, se hubiese mostrado la lepra por primera vez en nuestro territorio. La lepra debió presentarse muchísimos años antes y es probable que era élla desconocida ó confundida con muchas otras entidades patológicas, confusión que se explica lógicamente, dados los conocimientos médicos de esas épocas y de esos tiempos. Y en todas partes y en todas las edades, la lepra, mas que ninguna otra enfermedad, ha sido confundida con muchas otras afecciones cutáneas: la lepra de la Edad Media era confundida particularmente con la sífilis; pues Raymond, entre sus prolifas investigaciones, descubrió en el cementerio de una leprosería un cráneo francamente sífilítico y de la misma manera también, han sido descritos como casos de lepra, afecciones como la elefantiasis, el vitiligo, alphas, leucè, la morfea y hasta de psoriasis. No sería pues aventurado el suponer que la lepra invadió el Ecuador, casi en la misma época que se presentó en Colombia, si sobre todo tenemos en cuenta por los datos históricos, que la enfermedad hizo su aparición en esta última República, en la época de los colonizadores españoles.

¿Se sabe algo acerca de la fundación del Lazareto de Quito? En Abril de 1785 el Sr. Obispo Don Blas Sobrino y Minayo fué quien fundó el actual hospicio de Quito con el objeto de albergar allí a los pobres y valetudinarios.

Poco tiempo después se advirtió que aquella casa no podría subsistir, mientras no se creasen fondos especiales para subvenir á su sostenimiento. Puesto este asunto á dictamen del Ayuntamiento por oficio del Presidente de la Real Audiencia, Don José Villalegua y Marfil, fué de parecer el Ayuntamiento, que se estableciese el Lazareto, no en el Balán como primitivamente se había pensado, sino en las casas que servían de Almacén de Pólvora contiguas al hospicio, debiendo asignarse para su sostenimiento, parte de las rentas creadas para la fundación de la «Casa de Hospitalidad de Virulentos y precaución de otros males contagiosos.» Estas rentas consistían en el producto de un impuesto á la importación de vinos y azúcares que entrasen a la ciudad y á la exportación de fardos de ropa de la tierra. Destinábase también para el mismo objeto, el producto de arrendamiento de los dos Ejidos, Yñaquito y Turubamba.

Solicitado el informe del Protomédico Dr. Don Bernardo Delgado y del Dr. Miguel Morán, acerca de las condiciones del sitio para casas de leprosos, informaron el 13 de Noviembre del mismo año, (1786) en el sentido de que esas casas (las del hospicio) eran adecuadas para el objeto, «por hallarse en sitio alto ú ominente; en las afueras de la ciudad, en puesto batido por los vientos y, sobre todo, por estar dotadas de agua y existir la facilidad de desagües alejados de la ciudad.» Consta por acta Capitulár de 24 de Noviembre, que el Ayuntamiento aprobó que se fundase en las mencionadas casas, el Hospital que debía servir para virulentos y lazarinós, pues, según el informe de los Drs. Delga-

do y Morán, dichas casas eran adecuadas para el objeto, por su ampliación, topografía y lejanía de la ciudad. Fueron en esa época miembros del Ayuntamiento, los señores Andrés Salvador, Joaquín de Arteta, Mariano Donoso, Juan A. Domínguez, Miguel González Uda, José Olais, Francisco Javier de Salazar, Mariano Maldonado, Carlos Pesenti y Don José Guarderas,

Aprobada que fué también la erección por parte del Presidente de la Real Audiencia, en 12 de Diciembre de 1786, se procedió a adjudicar para aumentar los fondos ya existentes, el valor de la casa legada por el Arcediano Andageya y á comprar á Doña Bárbara de León, otra, contigua á las del Hospicio, á fin de ensanchar el Lazareto y dar á los lazarinios, la mayor comodidad posible. Mas poco tiempo después, el Rey no aprobó que se fundase el Lazareto en ese sitio y así por Real Orden de 1.º de Noviembre de 1788 dispuso que se estableciese en otro lugar mas adecuado; pero la Orden del Rey no fué obedecida y el Hospital de lazarinios ha continuado allí hasta la época de la Independencia, y, posteriormente, hasta el año 1911 en el que los enfermos fueron trasladados al pueblo de Pifo.

Tramisión de la lepra al hombre

Nada ha sido tan discutido, ni nada también mas indeterminado, que las condiciones en las cuales se trasmite la lepra, pero parece que hoy, á la luz de nuevas experiencias y de nuevas investigaciones, va á dilucidarse por fin el punto tal vez mas capital de la cuestión.

Dos nociones han dominado la etiología de la enfermedad: LA HERENCIA y el CONTACTO y cada una de ellas, ha contado con numerosos y ardientes defensores; Danielsen y Profeta inculpan la ley de la herencia: Se inocularon ellos mismos bacilos leproso, y no contrajeron la enfermedad. Besnier demuestra por otra parte, que la lepra es trasportada por las grandes corrientes humanas: la invasión á Europa por los Cruzados de Oriente; la formidable epidemia que se desarrolló en las islas de Sandwich, con la emigración de los chinos; la aparición de nuevos focos en las provincias bálticas, nos dice, son pruebas suficientes de la contagiosidad del mal.

Hansen hizo en América una minuciosa investigación en las familias de las 160 noruegos leproso que habían emigrado y no encontró un solo leproso en los descendientes de esos enfermos. Mas si admitimos como un hecho que el bacilo específico es vehiculado con la sangre, hasta á los mas finos capilares, no puede negarse, que en condiciones excepcionales, puede este bacilo atravesar la placenta ó infectar el feto. Pero en este caso podría decirse que la contaminación de la madre al feto, no constituye lo que propiamente se llama la herencia sino mas bien una transmisión germinal ó, como lo observa Hallopeau, un contagio directo.

¿La lepra es una afección contagiosa y como tal debe considerarse entre las enfermedades cuya declaración es obligatoria? Tal es la cuestión sometida por el Gobierno Francés á la Academia de Medicina en Enero de 1914, á la cual el Profesor Netter, Presidente de la Comisión de Epidemias, ha respondido en los siguientes términos:

•La lepra no es contagiosa sino excepcionalmente y en determi-

nadas condiciones. Hay permanentemente, dice, en el Hospital San Luis, 12 á 10 leprosos que gozan de relativa libertad y no se ha observado jamás un caso de contagio.

«La lepra no parece tampoco ser un mal hereditario» y cita, para probar su aserto, las investigaciones hechas por Hansen en América á propósito de la inmigración de los noruegos.»

«En resumen, la lepra sería contagiosa en tanto que los leprosos viviesen en localidades desprovistas de higiene» y concluye el Profesor Netter, que la lepra no debe considerarse como enfermedad á declaración obligatoria y somete al mismo tiempo a la consideración de la Academia de Medicina, ciertas disposiciones que deberían servir á la formación de un Reglamento en la materia. Propone al efecto, las siguientes:

«No es necesario crear establecimientos destinados á los leprosos en lugares donde el contagio es desconocido y en los cuales no existe ni nacimiento ni falta de higiene. En caso contrario, los enfermos deberían ser considerados como peligrosos é internados. Esta disposición se aplicará, sobre todo, á los enfermos mendigos ó bagabundos.

«El acceso del territorio francés será prohibido á los leprosos extranjeros y decretada su expulsión, contra aquellos que, viviendo en Francia, no quisieran someterse al reglamento.

«Los leprosos que no son susceptibles de contagiar su mal, (lepra atenuada, lepra ancestral) deberán ser mas ó menos vigilados y separados de ciertas profesiones, especialmente de aquellas que se relacionan con la alimentación. Esta vigilancia se extenderá á las personas con quienes habitasen los enfermos.

Médicos competentes serán encargados de controlar el diagnóstico en cada caso que se presentare y las autoridades harán cumplir las medidas profilácticas que se requirieran.»

Pocos dias después en la sesión de la Academia de Medicina de 3 de Febrero, el Profesor Gaucher combate ardientemente las conclusiones de Netter sobre la lepra y sobre las medidas ó disposiciones propuestas contra los leprosos y afirma categóricamente, que la enfermedad es **ESENCIALMENTE CONTAGIOSA**. Si así no se lo cree, dice, es porque la lepra no se declara en muchos casos, sino después de largos períodos de incubación. Y concluye, el Profesor Gaucher, que los leprosos pueden ser divididos en tres categorías:

a) Los leprosos franceses autóctonos que no hubiesen salido de Francia y en los cuales su estado patológico estuviese atenuado por la herencia. Estos enfermos no son muy peligrosos y sería suficiente someterlos á una rigurosa vigilancia.

b) Los leprosos coloniales franceses para los cuales es necesario establecer leproserías especiales en las islas del litoral.

c) Los leprosos extranjeros á los cuales se debe reconducir á la frontera y para quienes el territorio francés debe ser rigurosamente impedido. Ultimamente, el 28 de Abril, la Academia de Medicina de Paris, ha respondido definitiva y categóricamente, á la cuestión que se le propusiera «¿La lepra es una afección contagiosa y como tal debe considerarse entre las enfermedades cuya declaración es obligatoria?» Su respuesta se reduce á las siguientes conclusiones:

1.º Todo caso comprobado ó sospechoso de lepra, será el objeto de una declaración obligatoria de parte del médico tratante y de la familia del enfermo.

2.º Los leprosos serán sometidos, según los casos, ya á una vigilancia especial, ya al aislamiento:

3.º El acceso al territorio francés, será rigurosamente impedido á los leprosos extranjeros.

4.º Una comisión especial dilucidará en cada caso.

5.º La Academia insiste ante los Poderes Públicos sobre la necesidad de tomar las más rigurosas medidas, á fin de evitar la difusión de la lepra en las Colonias y en los países de protectorado francés infinitamente más amenazados que la Metrópoli.

Las conclusiones de la Academia de Medicina y las medidas adoptadas por ésta para impedir la difusión de la lepra, prueba, pues, una vez más, la contagiosidad del mal y prueban también que lo que antes se creía una excepción ó se negaba absolutamente, es ahora un hecho de toda evidencia.

¿Y qué hemos de pensar acerca de la herencia de la lepra, si creemos con el Profesor Vidal que solamente las enfermedades á protozoarios se transmiten de esta manera y de ningún modo y en ningún caso las enfermedades microbianas? Podemos, pues, establecer como tesis general, que lo que se hereda de la lepra es, como la tuberculosis, una predisposición mas ó menos grande á contraer la enfermedad. Admitida la noción de contagio, en qué condiciones contrae el hombre la enfermedad, qué medios vehiculizan el bacilo de Hansen?

El contagio directo.—Desde 1897 Jeanselme, Laurens y Stiker al estudiar las lesiones de las mucosas en los leprosos, observaron que la pituitaria era la que primero sufría la influencia del Bacilo de Hansen y habiendo notado que esta mucosa era el asiento de lepromas superficiales, emitieron la hipótesis que los bacilos podían transmitirse por las mucosidades nasales, hipótesis que fué confirmada mas tarde, por las observaciones de Jalco quien al examinar el mucus nasal de tres individuos que vivían en contacto de leprosos declarados, observó que el bacilo hacía su aparición en la pituitaria antes de ninguna otra manifestación.

Schaffler, ha demostrado que los bacilos leprosos provienen en gran parte, de la boca, faringe y laringe y que son proyectados en gran cantidad, sobre porta-objetos colocados á un metro de distancia por delante de estos orificios, pudiéndose contar en el espacio de diez minutos hasta 195,000 bacilos proyectados al exterior. Los médicos y enfermeros que asisten a los leprosos, deben, á no dudarlo, absorberlos en buena cantidad, más, cómo se explica que éstos queden estériles? Se necesita, pues, una profunda penetración del bacilo en el organismo, para que produzca la enfermedad.

Tlingmuller en 1905 había demostrado ya la existencia de bacilos leprosos en la piel sana de todos los enfermos de lepra á forma tuberculosa; pues tratando las escamas epidérmicas por una solución de potasa, al 10/100, encontró, en el depósito de centrifugación, innumerables bacilos.

Gravagne pretende haber encontrado una gran cantidad de bacilos ácidos resistentes, en las piezas de moneda que circulan entre los leprosos.

Para el célebre leprologista inglés, Hutchinson, la lepra se propagaría por intermedio de los pescados ingeridos insuficientemente cocidos, ya que según él, el bacilo de Hansen es el parásito ordinario de estos vertebrados. La hipótesis de Hutchinson ha sido el objeto de muchas experiencias y observaciones, pero según la opinión de Nicolle por ejemplo, el bacilo Hansen no existe en los pescados. El origen pisciario de

la lepra, no cuadrarla tampoco con la distribución geográfica de los países en que existe la enfermedad; pues la mayor parte de los focos de lepra, no existen al borde del mar sino mas bien en las ciudades de montaña en donde no es de uso común la alimentación por pescados. En el Ecuador encontramos el ejemplo mas claro: la mayor parte de enfermos que existen en los lazaretos, son del interior mismo de la República y en las ciudades del Litoral, los casos de lepra son excepcionales.

Hoy, en la actualidad, puede admitirse casi de una manera absoluta, que la lepra, enfermedad eminentemente contagiosa, no se propaga por contacto directo sino por contagio indirecto. ¿Qué medios vehiculizan el bacilo específico?

La trasmisión por los insectos

a) Los mosquitos. Desde 1886 Leloir consideraba á éstos como los agentes posibles de transporte del bacilo de Hansen. Después hizo notar Arning que la lepra y los mosquitos, habían invadido casi conjuntamente las islas de Hawai y últimamente el Prof. Blanchard cree en la posibilidad del contagio por medio de estos agentes; ya que, dice, los países en donde existe la lepra, son países en los que hay mosquitos. Hallopeau y Chantemesse acusan a los culicideos como propagadores de la infección y después muchos otros autores entre ellos Sommer y Joly, se han ocupado del rol que estos dípteros pueden desempeñar en la trasmisión de la lepra.

b) Las chinches. Se acusa también á éstos, como agentes de contagio. Se ha hecho muchas pruebas y se han repetido las experiencias con el objeto de probar si efectivamente, podría la chinche, servir de vehículo al bacilo leproso; Long, por ejemplo, afirma haber encontrado gran cantidad de bacilos ácidos resistentes en las chinches que han picado a los leproso y Sanders ha demostrado la existencia de estos mismos bacilos, no solo en el tubo digestivo sino hasta en los diversos tejidos del insecto. Últimamente el Profesor Roger ha insistido sobre el rol que desempeñan las chinches en la trasmisión de la lepra.

LA MOSCA DOMÉSTICA. Según las últimas observaciones de Leboeuf, parece que la mosca doméstica puede servir de vehículo para el contagio; pues se ha encontrado una innumerable cantidad de bacilos en el tubo digestivo y en los excrementos de este díptero y basándose sobre esta observación, Leboeuf cree, que la mosca doméstica puede vehicular el bacilo de Hansen y depositarlo con sus excrementos, sobre las erosiones accidentales de la piel en individuos sanos. Las observaciones de Leboeuf son tanto más dignas de tomarse en cuenta porque si el hecho lo comprueba la experiencia, explicaríamos como para la tuberculosis, una contaminación á distancia.

d) El ACARUS DEL SCABIÉS. Muchos experimentadores han creído encontrar en este artrópodo el agente capaz de contagio de la lepra. Munglison, por ejemplo; observa que la regresión de la lepra en Noruega ha coincidido con la desaparición del scabiés. Es muy conocido también el caso de un enfermo del Brasil que contrajo la lepra al curar del scabiés á un individuo leproso. En la piel insensible del leproso, encuentra el acarus un magnífico terreno para desarrollarse. Es muy frecuente tam-

bién, por otra parte, la asociación de las dos enfermedades, la lepra y el scabiés y no sería difícil creer, dada la contagiosidad de esta última, que el bacilo de Hansen sea trasportado a la piel de las personas sanas por el acarus del scabiés.

e) El DEMÓDEX. El Profesor Borrel del Instituto Pasteur ha constatado la presencia de bacilos en las glándulas sebáceas del demodex y ha creído encontrar en este acarus, una causa de contagio de la lepra. Parece, pues, casi completamente demostrado el rol que desempeñan los insectos picadores en la trasmisión de la lepra, puesto que los casos de contagio parecen excepcionales; la lepra conyugal, por ejemplo, no se observa sino raramente y no existen en la literatura médica sino casos raros y aislados. Desgraciadamente, en el Ecuador, tenemos todos los insectos capaces de contagiar la lepra y esto nos enseña la lucha que contra ellos debemos emprender ya para establecer leproserías en sitios convenientes, ya también para los fines de la profilaxia.

Evolución clínica.—Formas de la lepra

El período de incubación es largo. Se han citado casos en que éste se ha prolongado por espacio de 8, 14, 20 y 32 años así como se han citado otros, en que la lepra ha evolucionado en un lapso de tiempo muy corto. Arning, por ejemplo, ha señalado uno en que la lepra pudo ser diagnosticada clínicamente en un individuo que había permanecido ocho meses solamente, en un foco leproso. Sin embargo, casos como el citado por Arning, son excepcionales y puede admitirse en general y como término medio, el tiempo de 2 á 6 años de incubación.

¿Cómo empieza el período de invasión? La lepra puede comenzar por una simple placa aislada (chanero leproso de Pfefferkom) que precede en muchos años, á la aparición de las lesiones generalizadas. El centro de placa es generalmente pálido, un tanto deprimido y anestésico; su periferia es de un color amarillo rojizo y forma una elevación sobre el centro. Los fenómenos iniciales son comunmente, una profunda sensación de hacinamiento y decaimiento; hay pesadez en los miembros, se inician los trastornos de la invasión encefálica, trastornos que están caracterizados por la inaptitud para el trabajo, tristeza, debilitamiento y muy frecuentemente, una tendencia irresistible al sueño. Concurrentes en estos fenómenos, sobrevienen los trastornos digestivos que consisten en un acentuado disgusto por los alimentos, dispepsia, náuseas y vómitos frecuentes. Entre los trastornos iniciales pueden notarse accesos de gastralgia, neuralgias muy rebeldes dolores reumáticos que se localizan sobre todo en los miembros inferiores, sensaciones de hormigueo en las extremidades, supresión de la secreción sudoral en regiones muy limitadas que serán más tarde, las que formen las placas anestésicas, hípertesias, vértigos, cefalea, prurito, frecuentemente seborrea y caída de los cabellos, epistaxis y anemia consecutiva, sensación de opresión y trastornos menstruales. Se vé, en fin, accesos febriles que de ordinario son fugaces y vespertinos. Aparecen después sobre la piel, las maculas eritematosas unas veces, vasculares y pigmentarias otras y entonces toma la enfermedad, una de las formas, tuberculosa, anestésica ó lepra mixta.

LEPRA TUBERCULOSA. Esta ha recibido también los nombres de tuberosa ó leonina, lepra sistematizada tegumentaria de Leloir, antigua elefantiasis de los griegos. Sobre el sitio de las máculas, y sobre las partes que están al descubierto ó que sufren presiones,—cara, manos codos, rodillas, nalgas, toma nacimiento el nódulo leproso. Presenta, éste, una consistencia elástica y un color que varía desde el rojo al violeta y al pardo; sus dimensiones varían, en volumen, desde el de una cabeza de alfiler hasta el de una pequeña nuez. Escoge por sitios predilectos para su implantación, la cara, (facies leonina) parte externa de la región superciliar, nariz, labios, menton, carrillos y sobre todo los lóbulos de las orejas. Preséntase también en las manos, antebrazo y en los miembros inferiores. El nódulo leproso no presenta tendencia á la supuración y puede hasta desaparecer con el trascurso del tiempo para montarse de nuevo, en el mismo sitio que antes ocupaba ó en otras regiones.

El estado general del enfermo se agrava en cada brote agudo, se manifiesta una reacción febril intensa con crisis de diarrea. En cada uno de los brotes, los tuberculos se multiplican y llegan á adquirir un volumen mayor, las fuerzas se debilitan, el organismo decae y los lipomas acaban por ahuecarse en profundas úlceras que exhalan el olor mas nauseabundo. Los huesos, tendones, articulaciones, llegan á ponerse en contacto con el aire exterior y así la lepra es mutilante, con tendencia natural á aniquilar por ulceración todos los tejidos del organismo.

En esta forma tuberculosa los enfermos mueren á los 10, 12, 15 años y comunmente por enfermedades intercurrentes que entre nuestros enfermos son, en orden de frecuencia: la disenteria, la tuberculosis y la erisipela.

LEPRA ANESTÉSICA. La lepra anestésica ó lepra nerviosa comienza también por manchas pigmentarias que se trasforman en un color rojo vinoso con su centro decolorado ó por máculas que toman el aspecto del vitiligo (máculas acrómicas). Los trastornos sensitivos son muy marcados desde el principio; comienzan frecuentemente por dolores paroxísticos que recorren el trayecto de los nervios, manifestándose por sensaciones de quemadura y frío y de contracciones musculares. El menor contacto hace que el enfermo exhale gritos de intenso dolor. A esta fase de hiperestesia, sigue la de anestesia completa siendo esta tan marcada, que los leprosos se hieren ó queman sin darse cuenta absoluta de ello.

Los desórdenes tróficos son los que mas interesan en la forma anestésica: se siente perfectamente el engrosamiento del nervio cubital. Dieulafoy llamaba con razón á este nervio, el nervio de reacción de la lepra. Las amiotrofias se presentan sobre todo en las eminencias tenar é hipotenar y en los músculos interóseos, aspecto que contribuye á dar á la mano, la forma de garra (mano simiana). La piel es esclerosa, los huesos se reabsorven y se observa con mucha frecuencia, el desarrollo del mal perforante plantar. La duración de la lepra anestésica es más larga que la tuberculosa y el enfermo sucumbe presa de una afección sobreañadida: pneumonia, disenteria, erisipela.

FORMA MIXTA. Si se juntan los cuadros sintomáticos de una y otra de las dos formas ya descritas, tendremos constituida la forma mixta de la lepra. La combinación puede existir desde el principio de la enfermedad ó, lo que es mas frecuente, á la lepra anestésica, sigue la tuberculosa.

¿Cuál de las formas descritas ya predominan en los enfermos del

lazareto de Pifo? Es seguramente la tuberculosa, pues el año 1911 pude observar que de veintisiete personas que se prestaron voluntariamente al examen, 21 eran de lepra francamente tuberculosa y seis de forma anestésica.

Estudio comparativo de la lepra humana y de la lepra murina.

A pesar de que el bacilo específico de la lepra humana ha sido descubierto como el primero de los enemigos microbianos, rodean aun muchas dificultades, muchas dudas, para establecer definitivamente, las condiciones etiológicas en que se propaga la enfermedad. Muchos autores han intentado cultivar el bacilo, algunos lo han conseguido *in vitro*, pero de una manera general, todo ensayo ha resultado infructuoso, toda tentativa estéril. Las inoculaciones practicadas al hombre no han dado tampoco los resultados que se esperaban: de ahí que á la hora presente estemos aún en la casi oscuridad para establecer definitivamente por el conocimiento etiológico, las medidas profilácticas que debieran adoptarse.

En 1903 un médico de Odesa, Stefansky, descubrió en las ratas (1) una afección causada por un bacilo ácido resistente que se multiplicaba con asombrosa rapidez en los ganglios linfáticos y en la piel de estos roedores y últimamente Marchoux y Sorel, han emprendido en un estudio de patología comparada entre la lepra humana y la lepra murina en la esperanza de, por medio del estudio de ésta, hacer luz en el estudio etiológico y profiláctico de la primera. No es esta la sola vez—han pensado estos autores—que una enfermedad animal podría aportar la luz sobre una afección humana: el ciclo evolutivo del proteosoma de las aves, ha permitido establecer el modo de propagación del paludismo; la tuberculosis aviaria y bobina nos han dado la mejor indicación para el estudio de la tuberculosis humana. No es, pues, difícil que el estudio de la lepra de las ratas aporte alguna luz sobre el de la lepra humana ya que entre las dos existe la más grande analogía como síntomas, patogenia, marcha y terminación. ¿Por qué no creer que pudiere existir la misma analogía para la etiología y profilaxis?

FORMAS DE LA LEPPA MURINA. La enfermedad se presenta bajo dos formas bien diferentes: una puramente ganglionar y otra musculo cutánea. La primera de estas formas es la que se observa comunmente y no se exterioriza casi por ningún signo clínico bien determinado y no constituye sino un hallazgo de autopsia. Los ganglios son duros, de color blanco grisaseo é hipertrofiados. Esta hipertrofia puede ser parcial ó afectar todos los grupos ganglionares.

La segunda forma, la musculo cutánea, se observa con menos frecuencia que la primera; pero en cambio se traduce por síntomas bien característicos y determinados; los animales se encuentran generalmente al estado de caquexia y no gozan sino de muy limitados movimientos de locomoción. La piel es espesa, rugosa y adherente á los tegidos profundos. Los lepromas se localizan especialmente en la cabeza, parte extrema de los miembros y en los flancos; varían, en dimensión

[1] *Mus norvegicus*.

desde el tamaño de una almendra hasta el de una gruesa nuez y no presentan tendencia á la supuración. La piel está, además, ulcerada y se puede descubrir grandes placas de alopesia. La invasión se generaliza á las mucosas y con especialidad á la mucosa ocular: muchos animales presentan una sequera absoluta. Las lesiones no se generalizan ordinariamente á los órganos profundos y á la autopsia no se encuentra sino excepcionalmente un limitado número de nódulos blancos grisatres que se han implantado en el hígado, bazo y peritónico.

El BACILO. Stefansky en 1903 ha demostrado la existencia de un bacilo ácido resistente como el de Hansen, que se colora por la fushina y toma el Gram. Este elemento no presenta casi ninguna diferencia con el de la lepra humana y se distingue de éste por ser mas largo y presentarse generalmente incurvado y terminado en un pequeño voloncito a la manera de un esporo. Como el bacilo de Hansen, el de Stefansky es intracelular parásito habitual de los macrófagos de Metchnikoff y es solamente en la disposición que adquiere en el protoplasma, que puede diferenciarse un tanto de su congénere; el de Stefansky no se aglomera en masas ó paquetes como el de Hansen sino que permanece aislado en el protoplasma celular, pero como muy bien lo hacen notar Sorel y Marchoux ni aun este caracter de agrupación, tiene un gran valor de diferenciación porque no puede establecerse definitivamente si la capa glerosa que rodea al grupo Hansen es de origen microbiano ó de origen celular. El parentesco de los dos gérmenes parece poco definitivamente establecido pudiendo decirse en la actualidad, que el bacilo de Hansen es el bacilo de Stefansky, lo que el bacilo de la tuberculosis humana, es al de la tuberculosis aviaria. No son sino dos gérmenes de distintas ramas y tal vez de un mismo origen.

¿Como se trasmite la lepra murina? Diversas hipótesis se han formulado para establecer la manera habitual de propagación de la lepra en las ratas. Algunos autores han pretendido hacer jugar un rol especial á la trasmisión por las mucosas y especialmente por la mucosa digestiva, ya que la pituitaria sirve muy excepcionalmente como puerta de entrada al bacilo de Stefansky. La hipótesis de la trasmisión por la mucosa digestiva, no carece de mucha ingeniosidad y es, hasta un cierto punto aceptable; pues sabido es que las ratas se muerden frecuentemente y por esta manera de ver, se ha querido dar á la mucosa digestiva, un rol importante en el contagio de la lepra murina, pero como muy bien lo observa Marchoux, esta manera de contaminación debe considerarse como extremadamente excepcional ya que el bacilo de Stefansky atraviesa la mucosa digestiva y se dirige inmediata y directamente al pulmón, y casi no se ha podido constatar una infección primitiva de este órgano. Parece, pues, que dejando á un lado la manera de contaminación por la mucosa, que, como hemos dicho constituye un hecho excepcional, debería pensarse en hacer intervenir como puerta directa de entrada, el tegumento exterior; esto es, habría que pensar, como para la lepra humana, en la contaminación indirecta ó á distancia por gérmenes ó parásitos que vehicularan el bacilo de Stefansky. Las ratas se muerden entre ellas y generalmente la piel está cubierta de erosiones que sirven de puerta de entrada á los bacilos. Se ha pensado, pues, como para la lepra humana hacer intervenir en la etiología de la murina, á ciertos parásitos transportadores del bacilo.

¿Qué parásitos han sido incriminados como vectores del contagio? No ha podido establecerse que los insectos picadores desempeñasen un

rol etiológico considerable porque en los artropodos que son los huéspedes habituales del «*mus norvegicus*» no ha podido constatarse el bacilo de Stefansky y se ha notado solamente la presencia de bacilos ácidos-resistentes pero diferentes en morfología y caracteres del bacilo de Stefansky?

Los sarcopites del scabies han sido también inculcados en la propagación de la enfermedad ya que el scabies es la enfermedad más frecuente en esta clase de roedores, así también como el demódex que es un huésped muy frecuente en la raza murina.

Un hecho reciente ha venido á esclarecer un tanto la etiología de la lepra de las ratas y es la comprobación del transporte del bacilo de Stefansky por las moscas. Se ha practicado la siguiente experiencia: las moscas alimentadas sobre gangliones leprosos y puestos en contacto inmediatamente con las ratas, á las que se habfan practicado previamente escarificaciones en la piel, sirven de agentes vectores al bacilo de Stefansky.

No han faltado tampoco los ensayos de inoculación, ensayos que en manos de Dean, han dado los mejores resultados. En el conejo, cobayo, mono y otros animales de laboratorio, la inoculación ha sido completamente negativa, pero no así de una rata enferma á una rata sana. Esta contra la enfermedad por inoculación peritoneal y aun la rata blanca se muestra muy sensible á la infección. Los resultados negativos en todos los otros animales de laboratorio y positivos de rata á rata, nos prueba, pues, que la lepra murina es especial á las ratas como la lepra humana lo es al hombre.

Forma atenuada y forma grave de la lepra murina.

Aun cuando la inoculación de rata á rata es positiva, la enfermedad no presenta, élfnicamente, los mismos caracteres de una afección espontánea y definida como la que se observa en las ratas capturadas; en los animales inoculados no se produce sino formas de lepra benigna y un desarrollo casi nulo de lepromas. Para producir en el animal inoculado una forma franca de lepra, es preciso practicar la inoculación del bacilo de Stefansky en asocio del estafilococo, por ejemplo, ó de cualquier otro microbio de la supuración para provocar de esa manera, una mayor aflujo de leucocitos y una menor resistencia del organismo á una infección *secundaria*. Ahora, en la enfermedad espontánea de algunas ratas, se ha podido observar verdaderas asociaciones microbianas, en especial los germenés de la supuración, que agravan la infección primitiva y constituyen por su asociación una forma grave de la lepra. Resulta, pues, que sin las asociaciones microbianas, la lepra en las ratas no reviste sino una forma atenuada de la enfermedad.

Evolución. La lepra de las ratas es una afección que evoluciona siempre á la cronicidad y la forma ganglionar no es reconocida sino á la autopsia. En los animales inoculados, la lepra no se manifiesta de ordinario sino después de un año ó un año y medio después de la inoculación. Las ratas no mueren precisamente de lepra sino de una infección intercurrente, ó en especial, de bronco-pneumonia ó de septicemia.

CONCLUSIONES. Ya por la etiología comparada, ya por las formas que afecta la enfermedad, por la casi semejanza del bacilo, y ya, por fin, por la evolución etnica, parece un hecho demostrado la analogía entre la lepra humana y la lepra murina, pudiendo considerarse en la actualidad en la misma relación que existe de la tuberculosis humana á la tuberculosis aviaria. Quizá estudios posteriores y nuevas investigaciones sobre la lepra de las ratas, nos den algunas explicaciones provechosas para la lepra humana y especialmente, para los fines de una buena y acertada profilaxia,

MICROBIOLOGIA

La lepra no ha sido estudiada científicamente sino desde la segunda mitad del siglo XIX. Danielsen y Bockh habían emprendido su estudio histológico y habían ya señalado en los tejidos leprosos, la presencia de células de degeneración grasosa, las mismas que, años más tarde, las descubrió Virchow, con el nombre de células leprosas, elementos polimorfos mononucleares y provistos de vacuolas intraplasmáticas conteniendo éstas una gran cantidad de grasa. Poco tiempo después, el eminente sabio Armauer Hansen estudiaba al estado fresco estas células que según Virchow afectaban una degeneración grasosa y descubrió por medio del ácido acético y de la potasa, que no existía en las células de Virchow esta pretendida degeneración grasosa y que podía reconocerse fácilmente la presencia de pequeños bastoncitos que se impregnaban muy bien por el ácido ósmico. Cuando en 1874, Hansen publicaba su descubrimiento, esta novedad científica fué recibida con el más grande escepticismo y fué preciso esperar hasta 1879 en que Hansen y Neisser pudieron colorear el bacilo, demostrar la realidad de su existencia y el rol que desempeñaba en la lepra.

a) **EL BACILO.** Mide de 3 á 5 micras de largo por 1 de ancho. Se presenta muy movable y bajo el aspecto de pequeños bastoncitos ya rectos, ya ligeramente flexuosos. Se colora como el bacilo de Koch por el procedimiento de Erlich y presenta coloreado, pequenísimos espacios claros en el centro y se halla rodeado de una cápsula en la que aparece formando agrupaciones. El bacilo de Hansen se encuentra encerrado en el interior de gruesas células dérmicas y en el interior también de las células nerviosas; es el parásito de los macrófagos. La célula reacciona al parasitismo cuando está completamente invadida de elementos bacilares; entonces los macrófagos pierden todo movimiento de defensa, se defienden y acaban por romperse. Los bacilos ya libres son inmediatamente englobados por nuevas células, restableciéndose de este modo, el aparato de defensa. El bacilo de Hansen no fabrica toxina como el de la tuberculosis, de ahí que se explican los largos períodos de incubación de la enfermedad. El tubérculo de la lepra no está constituido como el de la tuberculosis por la célula gigante, la capa de células epiteliales y la cintura de polinucleares y está constituida única y exclusivamente, por la agrupación de células epiteliales. Hansen ha pretendido demostrar la existencia de la célula gigante en la constitución del tuberculo-leproso, célula que sería formada, según él, de una agrupación en la que no se pueden distinguir los contornos de estos elementos.

b) COLORACIÓN DEL BACILO. (1)

c) ENSAYOS DE CULTURA. Muchos autores se han preocupado de obtener una cultura del bacilo de Hansen; pero parece que hasta hoy, no es posible obtenerla: Clegg, tomando como punto de partida que el bacilo de Hansen es intracelular ha intentado cultivarlo en presencia de culturas de amibas adicionando una determinada cantidad de tejidos leprosos.

Ywort cree haber cultivado el bacilo leproso, sirviéndose de medios que contenían bacilos tuberculosos muertos.

Besançon, Griffon y Leredde se han servido de la gelosa adicionada de sangre proveniente de individuos leprosos.

Gowick ha intentado cultivarlo en la patata glicerizada.

Bayon ha ensayado la cultura en gelosa adicionada de caldo de pescado.

Neisser ha introducido los fragmentos leprosos en los huevos cocidos.

Nicolle se ha servido del depósito de condensación de los tubos de gelosa y sangre. Pero de todos los ensayos que se han hecho, en todas las experiencias de cultura que se han practicado, el bacilo de Hansen se ha multiplicado gracias á los tejidos leprosos introducidos en todos los medios de cultura, pero tales culturas no vuelven á regenerarse ni se puede tampoco verificar nuevas siembras. Ultimamente, el Profesor Kodrowsky, de Moseou, ha creído también encontrar un muy favorable medio de cultura, medio del que se sirve en la actualidad el Profesor Spengler, de Suiza, para preparar los cuerpos inmunizantes.

TENTATIVAS DE INOCULACIÓN. Todos los animales de laboratorio han sido inoculados y los resultados que de ello se ha obtenido, han sido todos negativos: COXEO y PERRO. Neisser se ha servido de fragmentos leprosos que los ha inoculado en la piel de estos animales.

GATO. Damsh en 1893 creyó haber observado el desarrollo del bacilo de Hansen en el peritóneo de este animal.

COBAYO. Yranow en 1902 practicó la inoculación en el peritóneo del cobayo, sirviéndose de fragmentos de leprosos.

MOSO. Marchoux y Bourret han inoculado en la piel de la oreja de un chimpancé un fragmento de leprosa y han observado estos autores, la formación de un pequeño nódulo en el punto de la inoculación, pero al examen de los cortes de este nódulo de nueva formación, no han podido observar sino un fenómeno de fagocitosis local sin multiplicación bacilar ninguna.

ENSAYOS DE INOCULACIÓN AL HOMBRE. En el hombre como en los animales, los resultados de inoculación han sido también negativos. Danielssen se inoculó el bacilo leproso é inoculó á la vez á nueve de sus alumnos. Profeta y Bargilli han continuado las mismas experiencias, pero ninguno de los individuos sometidos á tan peligrosa prueba, han contraído la enfermedad. Se ha pretendido señalar como un caso positivo de inoculación aquella de Keann inoculado por Arning y que contrajo la lepra tres meses después de verificada la inoculación, pero mas tarde Swith pudo constatar la existencia de individuos leprosos en la familia del inoculado por Arning, circunstancia que, desde luego, demues-

[1] Nos ocuparemos mas adelante, al tratar del diagnóstico de la lepra por los medios de laboratorio.

tra como negativo un caso que durante algún tiempo se creyó como positivo. Sin embargo, Gairdner en 1883 ha citado el caso de un médico inglés que por descuido vacunó dos personas, sirviéndose de una pústula de un niño leproso; de las dos personas inoculadas así, la una contra-jo la lepra bajo una forma frustrada y la otra murió algunos años más tarde de la lepra francamente declarada.

Diagnóstico de la lepra

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: Diagnosticar á un enfermo de lepra en el período de invasión y en la forma anestésica de la enfermedad, es muy difícil. La forma tuberculosa es fácilmente diagnosticable.

La noción de que el paciente haya habitado en un país en donde reina la enfermedad, los trastornos de la sensibilidad y la comprobación de nudosidades en el trayecto del nervio cubital, son los primordiales elementos del diagnóstico. En su primera etapa las placas leprosas pueden confundirse muy bien con las que producen el vitiligo, la morfea y la micosis fungoide. ¿Cómo se podría en este período hacer un diagnóstico diferencial?: en el caso de vitiligo, no hay alteración de la sensibilidad; en la morfea encontramos en el centro de las placas un conjunto lineal de color violeta y en la micosis la aparición de las placas coincide con erupciones liquenoideas ó exematosas. El lupus tuberculoso es también susceptible de confundirse con la lepra: en este caso, los antecedentes del enfermo y un escrupuloso examen de las lesiones, nos pondrán en buena vía para establecer el diagnóstico diferencial.

Zambaco Pachá ha querido hacer intervenir como idénticas á la lepra, un conjunto de afecciones: la atrofia muscular progresiva de Aran-Duchenne, la enfermedad de Raynaud, la esclerodermia, la siringomielia, la enfermedad de Morvan y el ainhum. Pero según la opinión de otros autores, la lepra y la siringomielia, por ejemplo, tienen un origen distinto ya que en muchas autopsias de verdaderos siringomiélicos, el bacilo de Hansen no ha podido constatarse. En el ainhum, enfermedad especial de la raza negra, no ha podido establecerse la etiología que explica la lepra.

Las formas de la lepra frustrada y la lepra cutánea extraclínica presentan una gran confusión para establecer un diagnóstico seguro. Hay muchos casos en que la infección está muy avanzada y no se observa, sin embargo, ni la aparición de lepromas ni la impotencia funcional. Auehó en 1898 ha constatado un considerable desarrollo de la lepra en las personas que viviendo conjuntamente con individuos leprosos, no han presentado ningún signo clínico apreciable y en 29 exámenes de piel absolutamente sana, Auehó ha podido constatar la presencia de bacilo específico. Tampoco son muy raros los casos de lepra latente en los que el bacilo puede localizarse en los ganglios y que muchas veces puede localizarse en estos órganos durante toda la vida del individuo (portadores de gérmenes) sin demostrar al exterior por ningún signo clínico apreciable. Leboeuf, en Nueva Celedonia, ha constatado un caso de «lepra ganglionar» entre seis individuos examinados.

b) **DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO.** Muchas veces en los casos de lepra nerviosa, ganglionar, ó de formas frustradas de la enfermedad, el diagnóstico clínico se presenta muy difícil y sólo los medios y reacciones

de laboratorio, permiten esclarecer esos casos oscuros ó dudosos que en la práctica suelen presentarse. Muchas reacciones se han imaginado y puesto de uso corriente para el diagnóstico de laboratorio; unas han gozado y siguen gozando en la actualidad de la aceptación del mundo médico; otras han caído en desuso, ya porque la práctica no las ha confirmado, ya por lo dudoso de sus resultados. Pero es lo cierto que en tratándose de hacer un diagnóstico de lepra en los casos en que los medios de que dispone la clínica se manifiestan importantes, es necesario recurrir á todos los procedimientos de laboratorio para poder establecer con precisión el diagnóstico de lepra, sobre todo, en países como el nuestro en que los enfermos son aislados de la sociedad durante toda su vida.

1.º LA REACCIÓN DE EITNER. Esta reacción está basada en el mismo principio que la reacción de Wassermann para la sífilis, esto es, Eitner á partido de la idea de la existencia de anticuerpos específicos en el suero de los leprosos y se ha servido como antígeno de un extracto acuoso de tubérculos leprosos. En la forma tuberculosa de la lepra la reacción de Eitner es positiva en un 80 o/o de los casos; en la forma anestésica solamente en un 15 o/o. Pero en donde presta una positiva utilidad la reacción de Eitner es en los casos atípicos de lepra, en las formas frustradas de la enfermedad, en los frecuentes casos de lepra á localización ganglionar, formas y casos en los cuales la reacción es frecuentemente positiva permitiendo, de esta manera, hacer un diagnóstico que no puede ser establecido por el examen clínico del enfermo.

2.º LA REACCIÓN DE WASSELMANN. Según las observaciones de Jeanselme, la reacción de Wassermann puede ser aplicada al diagnóstico de las formas atípicas de la lepra partiendo del principio que el Wassermann da una reacción negativa en los casos de sífilis convenientemente tratadas por la terapéutica específica; en los individuos leprosos, el Wassermann es siempre positivo aun después de ese mismo tratamiento. Mas, en la práctica no sería posible emplear este medio de diagnóstico por el Wassermann, puesto que sería necesario un largo tiempo de observación para los fines de aplicar la terapéutica específica.

3.º EXAMEN DEL MUCUS NASAL. Una de las primeras manifestaciones de la lepra es la aparición del coriza y Jeanselme ha podido constatar siempre la presencia del bacilo de Hansen en el mucus nasal de los enfermos. Pero sucede frecuentemente que los leprosos no presentan esta rinitis crónica y existen ya, sin embargo, lesiones avanzadas de la mucosa nasal. En estos casos es preciso, como lo han aconsejado Leredde y Pautrier, provocar artificialmente el coriza medicamentoso por medio de la administración de 4 gr. de yoduro de potasio durante dos días consecutivos. Por medio de este catarro provocado, los bacilos progresan de las capas profundas de la mucosa á la superficie de la misma.

La manera de proceder en la práctica, es la siguiente: friccionar ligeramente la cavidad nasal por medio de un tapón de algodón adaptado á la extremidad de un estilete ó á una pinza fina; recogida así la secreción nasal, extender en una delgada capa sobre una lámina de vidrio, proceder á la fijación y colorear por el siguiente procedimiento de Biot como hemos podido hacerlo personalmente, en el Instituto Pasteur; fushine de Ziel durante diez minutos ó lo que es mas rápido y preferible, colorear en caliente hasta obtener la emisión de vapores, lavar y decolorar la preparación por una solución de clorhidrato de aniline al 4 % ó de ácido nítrico al 15 % y terminar la decoloración por el alcohol absoluto; lavar nuevamente y colorear los elementos histológicos por medio de una solución de

azul de metileno al 1 %₁₀₀. Al examen microscópico, el bacilo de Hanseni aparece coloreado en rojo en medio del campo azul de la preparación. El examen del mucus nasal por su sencillez y por sus resultados, es ahora en la actualidad, de práctica corriente. Es tal vez, entre todos, el procedimiento mejor para establecer un diagnóstico seguro en el más corto tiempo.

2.º EL EXAMEN POR LA BIOPSIA. Este examen puede prestar también una grande utilidad en la práctica y después del procedimiento por el examen del mucus nasal, es el más usado en los laboratorios. Para practicar una biopsia no es indispensable la existencia de verdaderos lepromas; una mácula pigmentada ó una pequeña mancha eritematosa solamente, son suficientes. Para proceder á esta pequeña operación es necesario desinfectar convenientemente el fragmento de piel que se hubiere elegido y después á la anestesia de la región, ya por el cloruro de etilo, ya por una inyección de novocaina; proceder entonces á desprender dicho fragmento y conservarlo durante 24 horas en alcohol á 90º hacer la inclusión en parafina ó celoidina y practicar los cortes. El método de coloración para los cortes es el mismo que para el mucus nasal, esto es, el procedimiento Biot, pero es preferible colorear éstos en frío, durante 20 ó 10 minutos por la fuschina de Zielh y decolorarlos por una solución acuosa de ácido acético al 1/200. El examen por la biopsia permite además de la constatación del elemento bacilar, el examen de los tejidos alterados.

3.º LA INTRA-DERMO REACCION. Como para la tuberculosis, se ha ensayado la intra-dermo-reacción en el diagnóstico de la lepra y la leprolina empleada para tal objeto, no es sino un producto análogo á la tuberculina. La leprolina se obtiene por maceración en un caldo especial, de tubérculos leprosos y la sustancia propiamente dicha representa el líquido obtenido por filtración continua de esta maceración. Rost, en Inglaterra, ha empleado esta sustancia con un fin terapéutico, pero en Francia, ha servido para practicar la intra-dermo-reacción. La leprolina se somete al autoclave á la temperatura de 120º durante 20 minutos y se inyecta en el espesor del dermis la cantidad de 1/20 de c.c.; en los individuos normales la reacción no es del todo inofensiva; en las primeras cuarenta y ocho horas que siguen á la inyección se observa la aparición de un eritema y de una ligera infiltración, eritema ó infiltración que comienzan á desaparecer al tercer día. En los individuos francamente leprosos, la reacción se presenta tardamente: en el sitio de la inyección se forma un nódulo eritematoso que aumenta en volumen desde el tercer día de practicada la inyección y que adquiere diversas dimensiones, desde la de una moneda de diez centavos hasta la de un sol. Hacia el cuarto día, en el centro del nódulo eritematoso è infiltrado ya, aparece un punto de color rojo vivo y en seguida se observa la formación de una cáscara. El nódulo de reacción palidece y se borra, pero la cáscara persiste hasta quince días después de practicada la inyección. Si el proceso evoluciona así, tardamente, se trata de una reacción francamente positiva, el individuo en experiencia adolece de lepra.

De todos los medios empleados para el diagnóstico de laboratorio, aquel que ofrece más simplicidad en la práctica corriente, es el examen del mucus nasal y es al que debemos recurrir en todo caso en que el diagnóstico clínico se presentare oscuro ó en las formas atípicas de lepra.

Los cuerpos inmunizantes anti-leproso^s

El empleo de los cuerpos inmunizantes en la tuberculosis, ha sugerido al Profesor Spengler, de Suiza, la idea de aplicar para la lepra, el mismo principio como método terapéutico. Spengler utiliza la cultura del Prof. Kedrowsky, de Moscou, para preparar los cuerpos inmunizantes anti-leproso^s. La solución decimal Y. K. es la empleada para este objeto. Se procede del siguiente modo para la aplicación de las inyecciones: un centímetro cúbico de la dilución original I. K. se mezcla á 0.9 de una solución fisiológica fenicada y constituye esta mezcla, la primera dilución; 1 cm. de esta dilución mezclada á 0.9 de la solución fenicada, constituye la segunda dilución y se procede de la misma manera, hasta llegar á la 7a. Para practicar la inyección, es preciso comenzar por la dilución 7a. á la dosis de 0, 2 á 0.5, dos veces por semana pasando sucesivamente por las diluciones intermedias hasta llegar á 1 cm. de la 1a. dilución. Terminada la primera serie de inyecciones en el lapso de ocho semanas, es preciso dejar pasar un mes para recomenzar otra nueva serie, siguiendo al mismo método que en la primera.

La aplicación de los cuerpos inmunizantes de Spengler constituye en la actualidad, según la opinión de Prokatow, director de la leprosería de Nikolayewsk, uno de los mejores métodos empleados hasta hoy, como ensayo de tratamiento por la lepra. He aquí, según este experimentador, los resultados obtenidos: Los enfermos á manifestaciones ligeras presentaron una mejoría manifiesta, la pigmentación y los lepromas de la cara y de la superficie del cuerpo, desaparecieron poco á poco; la tumefacción de los arcos superficiales disminuyó y desapareció después, en seis enfermos; las cejas comenzaban á reaparecer; la anemia desapareció completamente y el estado general de los enfermos es satisfactorio. Sin embargo, observa el mismo autor, no podría decidirse de una manera definitiva si en los enfermos así tratados, existe una verdadera curación ó solamente una mejoría que puede durar tan solo algún tiempo.

Hemos podido observar primeramente en el Hospital Bucicaut, un enfermo tratado por las inyecciones de Spengler en el que, á decir verdad, se ha notado una muy ligera mejoría,

PROFILAXIA

Ningún tratamiento ensayado, ninguna terapéutica empleadas hasta la hora presente, han sido suficientes para curar la lepra. El salvarsán, por ejemplo, del que tanto se hizo uso desde su aparición, en el tratamiento de la lepra, no solamente se ha mostrado ineficaz, sino hasta nocivo. Los cuerpos inmunizantes de Spengler necesitan para entrar en el dominio de una terapéutica razonada y eficaz, la experiencia de largo tiempo y la confirmación de que se trata no de una mejoración sino de una verdadera curación. Desarmados, pues, bajo el punto de vista terapéutico, no nos queda sino emprender en la obra de profilaxia y para que ésta sea eficaz, para garantizar á la sociedad de los peligros del contagio, se hace indispensable el apoyo de los Poderes Públicos; se necesita educar á las masas populares é instruir las siquiera en las más elementales reglas de higiene. En países como el nuestro en donde por ventura no tenemos más que 200

enfermos (aislados en los dos lazaretos de que disponemos) pero que no son muy raros los casos de contagio, se podría imitar muy bien á Noruega en la obra de profilaxia. En este país mas que en ningún otro, se hace en la actualidad una verdadera profilaxia. Por medio de disposiciones sabias y de acertadas medidas, en Noruega disminuyen los casos de contagio como cuando los enfermos estaban encerrados en las leproserías. He aquí como se hace en Noruega la profilaxia contra la lepra:

Los enfermos son aislados en sus mismas casas; poseen una habitación particular, sus vestidos no son mezclados en ningún caso á los de la familia, los lavan ellos mismos y no salen á manos profesionales, sino después de haberlos sometido á una larga ebullición. Todos los utensilios de mesa bien marcados son también sometidos á la ebullición inmediatamente después de usados, y todo el material usado en apósitos ú otras curaciones, es quemado inmediatamente. Como se ve, este reglamento no puede ser mas liberal, y sin embargo, con sólo este proceder, la lepra continua en disminución progresivamente. Pero es preciso decir que en Noruega, todos sus habitantes estaban preparados á recibir un reglamento tan pródigo como el que rige en la actualidad.

En Alemania, por el contrario, las medidas profilácticas son rigurosísimas y todos los enfermos son aislados en leproserías.

En Francia, se comienza en la actualidad á preocuparse seriamente de hacer una verdadera profilaxia y según las últimas disposiciones de la Academia de Medicina, la lepra está comprendida entre las enfermedades á declaración obligatoria y el acceso al territorio francés, está terminantemente prohibido para los leprosos extrajeros y se crearán después de poco tiempo, establecimientos especiales para aislar á los enfermos mendigos y vagabundos.

Para poder llevar á cabo en el Ecuador una verdadera obra de Profilaxia creemos indispensables la adopción de las siguientes medidas:

1.º Impedir rigurosamente el acceso á nuestro territorio, á los leprosos que vienen de otros países, especialmente de la vecina República de Colombia; pues muchos de los enfermos internados en el lazareto de Píto, son originarios de esta República.

2.º Creación ó fundación de leproserías para los enfermos indigentes ó vagabundos en climas que ya por su temperatura, ya por su posición topográfica, no sean peligrosos para la salud de los moradores circunvecinos. Estos establecimientos deberán ser verdaderos sanatorios y no tan sólo simples casas de aislamiento; pues si hasta ahora no existe un verdadero tratamiento terapéutico, por lo menos debemos tratar á los enfermos por medio de una rigurosa higiene y de una buena alimentación; y

3.º Proceder por cuantos medios estoviesen á nuestro alcance á destruir los mosquitos en los lugares en que se elevan las leproserías. Con estas medidas, fáciles y sencillas, evitaríamos el contagio de la lepra y mejoraríamos grandemente, las actuales condiciones de los enfermos internados.

CONCLUSIONES

1.º Es probable que la lepra se presentó en el Ecuador en la época de los colonizadores españoles.

2.º La lepra como enfermedad bacilar es una afección contagiosa. El contagio es indirecto y sirven de vectores para la transmisión, los insectos y especialmente los mosquitos — demodex — chinches — mosca doméstica.

3.º La forma de lepra más particularmente observada en el Ecuador, es la forma tuberculosa.

4.º La lepra humana y la lepra de las ratas presentan la más grande analogía.

5.º Para los efectos del aislamiento perpetuo en las leproserías, podría fijarse con una exactitud el diagnóstico de lepra, verificando, además del examen clínico, el examen bacteriológico, recurriendo para esto último caso, al método más rápido y sencillo, el examen del mucus nasal.

6.º Para los fines de la profilaxia, impedir el acceso al territorio ecuatoriano de los leprosos extranjeros; fundación de verdaderas leproserías con el carácter de sanatorios y mejorar las condiciones de los actuales enfermos, mediante una buena higiene y una buena alimentación.



LA LEPRA EN LA PROVINCIA DE LEON

CAUSA DE SU PROPAGACION

Por el Dr. ALFREDO VAREA Q.

Por el ferviente deseo de cooperar de algún modo á la realización de la noble idea del Municipio Guayaquileño, he resuelto emprender en una tarea como ésta, anheloso porque lo deficiente é incorrecto se disimule por el fin que me ha impulsado á llevarla á cabo. Una gota de agua aumentada en el mar, en nada influye para acrecentar su caudal, pero de infinidad de gotas se compone. Un trabajo como éste, es menos que una gota en el mar inmenso de la ciencia; pero forma parte de ella, y debe ir al mar, en el que reunidos los conocimientos de todas las ilustraciones médicas ecuatorianas, se dispersarán luego, para desarrollar la medicina en pro de la humanidad.

He tomado como punto de estudio la lepra, limitándome á esta provincia, pues el deseo de que estoy animado es el de proceder al bien de mi país, azotado por esta enfermedad; y es evidente que al estudiar las causas de su propagación, podrá reglamentarse adecuadamente la alfarería, manufactura que considero causa de esta enfermedad, haciendo que sus laboradores usen de medios científicos y racionales, desechando la perjudicial rutina de sus antepasados, que tantos perjuicios nos ha traído.

El fin de todo individuo que tiene verdadero amor á su patria debe ser propender á su adelanto, y para conseguirlo, tenemos que fijarnos todos en aquello que pueda ser dañoso al individuo ó á la sociedad. El mejoramiento de la ciencia, de la industria, las garantías para artesanos y jornaleros y otros muchos puntos que se refieren á la higiene privada han sido materia de preferente atención por parte de los poderes públicos; pero tratándose de la salubridad pública poco se ha hecho, pues se han dictado solamente leyes generales que no son aplicables á todos los lugares. Claro está que no pueden regirse por las mismas disposiciones una gran ciudad, que sea un puerto, una que cuente con sesenta mil habitantes, que una pequeña parroquia, donde viven pocos en la población y el mayor número fija sus moradas en los campos que la rodean. Además, es necesario estudiar las peculiaridades de cada grupo: su manera de vivir, el

clima, sus industrias, de este modo tener una base cierta que sirva de buen criterio para conseguir la salubridad ó por lo menos evitar enfermedades como la que me ocupa.

Comprendo que lo que antecede es difícil en toda su extensión, porque aquello exigiría un centro inmenso de formación sanitaria, con ramificaciones hasta en los lugares más apartados; y semejante mecanismo apenas es posible entre nosotros por deficiencia así del personal como de los medios económicos; pero sí pueden establecerse pequeñas comisiones permanentes ó de inspección periódica frecuente en los lugares que por su rara situación, por los medios alimenticios de que disponen sus habitantes y por la especialidad de sus industrias, merece algo más de atención, porque la enfermedad que desarrollan, como en el caso que me ocupa, no reviste los caracteres comunes á las demás, de imposibilitar al hombre temporal ó permanentemente: ésta destruye la aptitud de la persona, ya para sí misma, ya para los demás, y le hace incapaz de vivir en sociedad, frustrándose para siempre sus energías en pro de la comunidad.

Es ésta una industria en la que debe poner todo empeño, porque sus productos fabricados en esta provincia son usados en toda la República; esta industria debe ser muy favorecida, porque con ella se evita el uso de los similares extranjeros para el servicio doméstico, aun para aquellas que cuentan con recursos que les permite hacer gastos en vasijas de mayor valor y duración; pero á la gente pobre, que dispone de pequeños ingresos, le es indispensable el uso de estos artículos, pues apenas pueden hacer gastos mínimos para proporcionarse el servicio de comedor y cocina, y no siéndole posible usar trastos de hierro, loza, etc. tiene que recurrir á los fabricados de arcilla plástica. De tal manera que, lo que conviene es fomentar esta industria y á la vez reglamentarla de manera que no produzca en la salud perniciosos resultados, menos aún que sea un medio para la propagación de la lepra.

Del número de individuos que se dedican á la alfarería como negocio de comercio y del número de leprosos de Pujili que ingresan al Lazareto de Pifo puede deducirse la relación que hay entre la industria y la enfermedad, ó más bien dicho, la influencia de la una sobre la otra. Pero, antes de ocuparme en lo principal del asunto, quiero de paso enunciar otras consecuencias provenientes de la misma causa.

La mayor parte de los trastos de alfarería llevan un barniz que les hace más durables, impermeables y hermosos. En la química encontramos diversos compuestos que sirven para este objeto; pero desgraciadamente en su composición entra una sal de plomo, bien sea el sulfato ó el silicato del mismo metal, de tal manera que no es raro encontrar en los individuos que en tal cosa se ocupan los efectos del envenenamiento crónico producido por el plomo. Son frecuentes los cólicos, la parálisis, la nefritis; pero lo que generalmente se observa en todos ellos es un color anémico intenso, color pálido terroso plomiso, que en muchos casos al comenzar un examen, puede confundirse con la facies de un leproso de la forma anestésica; hay otras muchas clases de manifestaciones, como una variedad de enfermedades de la piel, desconocidas entre nosotros; dermatitis que tienen origen, á mi manera de ver, en los malos efectos del plomo y en los bruscos cambios de temperatura que se sufre en los hornos.

En Alemania se ha prohibido el uso de estos utensilios teniendo en cuenta que no pueden servir para alimentos ácidos, que disolverían una parte del plomo y los harían perjudiciales para la salud, no ya del

que los fabrica, sino del que los utiliza. Pero estas precauciones parecen exageradas: en efecto, la cantidad disuelta por el ácido es mínima é insuficiente para que pudiera tener acción tóxica sobre el organismo. Además, no son empleados nunca los ácidos fuertes y los débiles los son en un estado de excesiva dilución, que no pueden atacar al plomo empleado en la composición del barniz. Por otra parte, puede usarse de un preparado en que el plomo se vuelva inatacable; tal es el siguiente: Silicato de sosa, minio y cuarzo en polvo; pero con esto no se se ha evitado el peligro que trae consigo para el fabricante, y lo que precisa es eliminar el plomo, pudiendo entonces emplearse un barniz compuesto de silicato de sodio, creta, cuarzo en polvo y borato de sodio.

En el curso de mi ejercicio profesional he tenido ocasión de experimentar todo lo dicho antes, en algunos meses que residí en el cantón de Pujilí, á donde acudian los vecinos de la parroquia Victorin, lugar en que se trabaja la alfarería; allí fué donde conocí el sistema de fabricación, los hornos; pude aproximarme á saber el número de individuos empleados en esta ocupación, y es indudable que una persona cualquiera, mucho más un médico que tiene siempre el carácter observador en lo que se refiere á su profesión, no descubre en todos los habitantes de ese territorio una fisonomía característica y se convenza de la existencia de un agente patológico, que influye decididamente en la insalubridad de esa región.

Desde luego, es necesario distinguir en esta industria la fabricación de útiles domésticos, de la de tejas y ladrillos; la primera es sólo limitada á la Victorin, al paso que la segunda se halla implantada en muchos otros lugares, y por el sistema especial que tiene su laboración no produce malas consecuencias á la salud.

Los hornos en que se azan tejas y ladrillos se componen de dos muros unidos en ángulo recto y orientados de tal modo, que uno de los muros resguarde de las corrientes del viento; por consiguiente, se improvisan donde el obrero necesita trabajar, y aun se utiliza cualquier destaje hecho en una peña, junto al sitio en que se encuentra la mina de arcilla. La manera de cocer estos artículos es la siguiente: Se colocan las diversas piezas en zig-zags formando ángulos, se deja entre fila y fila espacios á manera de calles, todas las que se llevan de leña cortada en trozos de tamaño adecuado, esto se repite varias veces, formando las hileras de zig-zags una sobre otras y se las cubre con una capa de ladrillos, sobre la que y á los lados de la misma se pone gran cantidad de paja. Hecho esto se enciende, y el artesano está alerta para cerrar con paja cualquier espacio que quede al descubierto hasta que la leña se consuma, después de lo cual se deja enfriar para recoger las piezas terminadas. Esta manera de proceder es racional y completamente inofensiva para la salud.

Los hornos para la fabricación de útiles domésticos, están formados de un muro circular de dos metros de altura, aproximadamente, por dos de diámetro, con cubierta de bóveda. El espacio interior está dividido de abajo arriba en dos partes, por una parrilla colocada á medio metro del suelo: es esta una parrilla construida de ladrillos, con espacios del tamaño necesario para impedir que los objetos colocados sobre ella pasen al compartimiento interior. El departamento superior tiene una puerta, que en los más de los hornos está colocada hacia el Norte; esta colocación es científica puesto que tiene por objeto impedir que penetre el viento, siendo las corrientes en ese territorio de Suroeste á Noreste; la otra parte colocada debajo de la parrilla tiene también una puerta;

pero ésta está colocada al Oriente ú Occidente, con pequeñas aberturas ó ventanillas en todo el rededor y á poca altura del suelo.

El procediniento es el siguiente:

En la parte superior se colocan los trastos modelados que van á someterse á la cocción, disponiéndolos científica y artísticamente á la vez, de manera que formen varias columnas y que queden entre ellas pequeños espacios de dirección vertical, los que ocupan toda la altura de esta parte del horno y que tienen por objeto hacer que las llamas recorran por todas partes y se pongan en contacto con los trastos colocados en él. El segundo espacio, es decir, el que está por debajo de la parrilla, se halla destinado á colocar en él la leña que servirá para la cocción, y las ventanas laterales á alimentar la combustión, una vez que se ha echado fuego. Dispuestas las cosas de esta manera, queda un individuo (el conocedor en la materia) en un lugar cerca del horno, con el objeto de vigilar lo que en él acontece; á veces sucede que los artefactos se desquician ó que desliziándose uno de ellos, impide la libre circulación de las llamas, y entonces el operario se ve precisado á cumplir su cometido, reponiendo las cosas á su estado normal, sin preocuparse de la influencia que el fuego ejerce sobre él, y valiéndose para esto de pequeñas reglas de madera ó hierro y aún de sus propias manos cuando los instrumentos no bastan para desempeñarse y el lugar en que ha ocurrido el trastorno está al alcance de ellas; y es cosa de asombrar el contacto íntimo hasta prolongado que tienen esos individuos con las llamas, pues se les ve operar en medio de ellas como si no sufrieran la influencia de la alta temperatura. con una pasividad é indiferencia provenientes de la costumbre.

Obran de análoga manera para proveer á la alimentación del hogar: parece que sería suficiente echar la leña desde fuera; pero como ésta necesita tener una distribución arreglada, el individuo debe colocarla en los intersticios precisamente desocupados, rosándose con las llamas; y por esto no es raro el caso de que al médico se le presenten personas que se hallan sufriendo enfermedades que son la consecuencia del empirismo de su arte, con quemaduras, aún de los mortificados por la acción del calor.

Cuando se ha terminado la cocción empieza la parte más peligrosa de la obra. Esto se hace tan pronto como lo permite la influencia del calor que se ha aplicado á la arcilla, en cantidad suficiente para darle la consistencia necesaria, teniendo cuidado, eso sí, de que esa cantidad no exceda, porque entonces los trastos (barros, como ellos los llaman) no son aptos para su destino, pues cuando la acción se ha extralimitado se inutilizan, cambian de color tomando el café, el gris, el plomo, en vez del rojo que deben tener; varían de forma retorciéndose sobre sí mismos y desfigurándose: disminuyen de peso, y se vuelven frágiles y porosos (esto llaman, en su tecnicismo vulgar, achicharrarse) lo que parece ser un principio de vitrificación y depende de que, á pesar de la práctica, no tienen aún el suficiente cálculo, para poder emplear la cantidad necesaria de combustible, debiendo en esta materia pecar más bien por deficiencia que por exceso, ya que un objeto mal cocido puede colocarse otra vez en el horno para recocerlo.

Con el objeto de evitar estas dificultades, se ven en la necesidad de extraer los trastos del horno antes de que se apague, para lo cual un individuo tiene que entrar en él ó ir entregando los objetos á personas que los reciben; aquí la influencia del calor es sufrida no sólo por el que está dentro del horno sino también por las personas que se ha-

llan fuera de él, pues si es verdad que esta operación se verifica cuando las llamas ya no existen, no obstante quedan las brasas que son suficientes para comunicar una temperatura muy alta.

Cuando se ha terminado la extracción de los objetos, lo que, como puede concebirse, dura mucho tiempo (el necesario para sacar al exterior la cantidad de trastos que contiene la parte superior del horno) el individuo que ha permanecido allí dentro, ha soportado durante un tiempo prolongado la influencia de una considerable temperatura, se encuentra completamente cubierto de sudor, las personas que le rodean tienen necesidad de cubrirle de cuantas ropas, mantas, etc. pueden, y trasladarle así á la habitación. Es imposible que semejante manera de proceder no sea perjudicial á la salud. Hacer esto en un campo despejado donde no hay que resguardo de las corrientes de aire, donde no hay plantaciones de árboles, donde el clima es mas bien frío que templado, donde, en el verano, sopla constantemente un helado viento y donde no se emplea ningún medio científico. ¿No será jr en busca de enfermedades que tengan consecuencias fatales, como la que me ocupa?

Por otra parte, cualquier precaución posterior tomada por el sujeto que ha permanecido dentro del horno, con el objeto de evitar los malos efectos que pueda acarrearle la temperatura á que se ha expuesto, tiene que ser ineficaz. En primer lugar, ningún abrigo parece suficiente para resguardarse cuando habiendo permanecido dentro del horno se sale de él; en segundo lugar, las más de las casas en que vive esa gente son sin más pavimentación que el suelo natural, con cubierta pajiza y con puertas de palos atados unos al lado de otros, dejando intersticios por donde se filtra el aire frío; y, por consiguiente, no ofrece ningún abrigo; en tercer lugar, después de un sudor tan prolongado é intenso, cuando creen haber retornado á la temperatura normal, salen al exterior sin precaverse contra los malos efectos que este proceder pudiera acarrearles; es imposible que no sufran alteraciones con tan irregular conducta.

Cuando un individuo ha tomado un sudorífico por la noche y al día siguiente se expone á las corrientes de aire, sufre muchas alteraciones principalmente pulmonares; por consiguiente, es muy natural que después de un sudor tan copioso, los efectos en la salud tienen que ser perniciosos, cuando el que lo ha soportado se ha expuesto á la intemperie, como sucede con los fabricantes de que vengo hablando.

No solo la ciencia, sino también la razón, nos dicen que el someter el organismo, en un intervalo de tiempo relativamente pequeño, á temperaturas tan opuestas, no influye poderosamente en la alteración de muchas funciones importantes, especialmente en la circulación de la sangre, cuya corrupción produce la enfermedad de que me vengo ocupando; y que este modo escandaloso de trasgredir las leyes de la higiene no sea una causa predisponente para conducir á aquella.

Tratándose de la lepra, es imposible que estos enfriamientos violentos y repetidos no tengan un influjo decisivo como sucede con otras causas que existen para la propagación de las enfermedades infecciosas. Conocidas son las influencias que muchos agentes tienen sobre el cuerpo del hombre favoreciendo el desarrollo de enfermedades contagiosas: entre éstas, el alcoholismo, sobre las enteritis, gastritis, sobre las tifoideas, gripes, pneumonías; los enfriamientos sobre la última enfermedad; el clima sobre el paludismo y la tuberculosis. De la misma manera, parece lógico

suponer que una causa como la enunciada tenga gran importancia sobre el desarrollo de la lepra; casos hemos visto en que un solo enfriamiento soportado por una persona, por ejemplo, al salir de una pieza abrigada, por una lluvia sufrida en viaje, fueron el motivo para que contrajera la enfermedad; esto no quiere decir que el enfriamiento, por sí sólo, fué causa para que el individuo la contrajera; pero sí para que ese organismo quedara en estado de poder adquirirla ó para que la máquina de su cuerpo se desequilibrara pudiendo entonces estallar la enfermedad que estaba ya oculta en él.

De la misma manera, se han visto ejemplos de haberse producido, desarrollado rápidamente ó manifestado la lepra en mujeres que en el tiempo de sus reglas no han tenido las precauciones necesarias ó no se han abstenido de lo que en tales condiciones se les prescribe.*

Registrando los libros llevados en los Lazaretos de Quito y después de Pifo he podido cerciorarme de la verdad de lo antes aseverado. He tomado del libro de ingresos el número total de los ocurridos en cada año, y los ingresos parciales de tres parroquias de la provincia: la central, Pujillí, á donde pertenecía La Victoria, y San Miguel; parroquias que abarcan, más ó menos, el mismo radio de territorio, y verificada la comparación de las cifras, resulta lo que se ve en el cuadro.

Lástima es que en el traslado del Lazareto de Quito á Pifo hayan desaparecido varios libros que me impiden hacer una comparación prolija entre todos los casos habidos desde que se fundó el primer lazareto de los nombrados, hasta, hoy, como hubiera querido, para presentar al Congreso la estadística completa, circunstancia que motiva también la deficiente labor mía en esta materia y que impedirá el que los posteriores estudios que se hagan sobre ella adquieran la deseada perfección, para que conocido el mal y sus causas se pueda evitar el desarrollo que crece en proporciones alarmantes.

En el libro que existe en Quito constan los leprosos que han ingresado al Lazareto de esa ciudad desde el año 1886 hasta el 1898. Las anotaciones se interrumpen en este año. El libro de Pifo empieza en 1902 y contiene todos los datos hasta el presente; pero he omitido incluir las cifras que arroja el actual por no haberse completado todavía y no ser necesaria la enumeración parcial.

A fin de abreviar en lo posible este pequeño trabajo, he preferido poner la estadística de enfermos leprosos en forma de cuadro, por suponer que su estudio será así menos cansado para el Congreso, al mismo tiempo que de más fácil comprensión:

AÑOS	TOTAL DE LIBROS	LATACUNGA	PUJILÍ	SAN MIGUEL
1886	30	1	6	0
1887	12	0	2	9
1888	28	1	3	0
1889	10	0	1	1
1890	33	3	4	1
1891	28	2	2	1
1892	6	0	0	0
1893	8	0	0	0
1894	34	2	6	1
1895	28	1	2	9
1896	18	2	0	1
1897	28	1	2	0
1898	16	2	3	1
1902	6	1	0	0
1903	8	0	1	0
1904	21	0	2	0
1905	9	0	0	0
1906	5	0	1	1
1907	12	1	1	0
1908	23	2	2	2
1909	17	3	2	0
1910	14	2	3	1
1911	9	1	2	1
1912	10	1	1	1
1913	6	1	0	0
1914	35	1	2	2

Por lo que aparece en el cuadro precedente, se ve que el número de enfermos leproso ingresados al Lazareto asciende á 404: de éstos, 28 pertenecientes á Latacunga, 48 á Pujilí y 14 á San Miguel; comprendiendo todo el territorio y no solamente los pobladores urbanos. Se nota, pues, la desproporción inmensa que hay entre los correspondientes a las tres jurisdicciones y se convence, al mismo tiempo, de la existencia de un agente patológico que influye poderosamente, en la segunda de las nombradas, para que la lepra se propague con más intensidad que en los otros dos lugares. Esto, establecida la comparación únicamente entre territorios que sólo tienen una división geográfica convencional; pero que, por lo demás, forman un solo cuerpo en la planicie interandina que ocupan todas las provincias interioranas de la República; con una topografía semejante, casi idéntica, con la misma vegetación y bajo el mismo sistema hidrográfico natural. Es seguro que al establecerse la comparación en más grande escala, resultaría aún mayor la desproporción.

El territorio ocupado por las tres parroquias enunciadas es casi de la misma dimensión, con pequeñas diferencias. Digo esto, porque La Victoria (lugar á que se contrae especialmente mi estudio, correspondía á Pujilí hasta el año 1904 en que se le constituyó en parroquia independiente) abarca un pequeñísimo territorio y solamente es proporcionada al de las otras dos, unido á Pujilí.

Las tres parroquias mencionadas disfrutan del mismo clima, excepto la población de San Miguel, que tiene una temperatura algo más templada, no siendo la misma en los campos que la rodean; las costumbres de sus habitantes, parecidas, igual alimentación; el estado higiénico en análogas condiciones, al menos en los habitantes rurales.

De tal manera que en este conjunto de circunstancias que determinan el estado sanitario de los lugares, á que su carácter malsano ó su salubridad se rigen por ellos, no podemos encontrar la causa del desarrollo alarmante de esta enfermedad en La Victoria; y sólo fijándonos en sus industrias, podemos encontrar el verdadero origen de ella.

El haberse extendido tanto la enfermedad, no debe tampoco atribuirse á la facilidad del contagio, como ocurría ú ocurre aún en Colombia; pues las autoridades, movidas por el terror que á todos infunde, son siempre celosas en la vigilancia, y tan pronto como tienen datos de una persona sospechosa, la someten á un examen médico y, si resulta el caso comprobado, la remiten inmediatamente al lazareto.

Sin embargo de la frecuencia con que se produce el mal, no sucede como en otros lugares, por consideraciones sociales ó por desentendimiento habitual, que se tolere esa promiscuidad de las personas atacadas de él con las sanas, y con esta prolija acuciosidad se evita en gran parte la gravedad del peligro de contraerla intempestivamente.

Menos puede influir la calidad del agua usada en esa localidad, que debe ser inofensiva porque tiene su origen en una vertiente nacida en lugar alto, donde la temperatura es muy fría y se emplea después de haber atravesado un trayecto muy largo, de manera que si fuera contaminada, la distancia que recorre la dejaría estéril.

Del examen precedente resulta que, en la parroquia objeto de mi estudio, no hay para la propagación de la lepra; ninguna causa aparente á que podamos atribuirla, sino es la industria de alfarería. Juzgo yo, como ya lo he expresado, que los bruscos enfriamientos al salir del horno, cuando el sujeto suda copiosamente, producen la constricción de los tejidos ó por lo menos de la piel y la secreción abundante de las glán-

dadas sudoríparas y sebáceas, se interrumpe bruscamente; esto por sí solo es ya la alteración de una función indispensable, la glándula entonces deja de funcionar, y por esto se observa en esos individuos el aspecto que da la piel seca amarillenta brillante y las varias dermatitis, tan repetidas, aun más siendo frecuente esa sobreexcitación funcional y la brusca cesación.

La respiración tiene naturalmente que ser mucho más rápida para contrarrestar la fuerte temperatura, y superficial: la circulación más acelerada y la hematosis hecha defectuosamente. Además, allí debe haber una absorción no despreciable de gases nocivos, como ácido carbónico, óxido de carbono y otros, según la clase de madera de la leña empleada.

Por lo que antecede, es racional sacar la consecuencia de que este conjunto de irregularidades funcionales, tiene que influir sobre el organismo para disminuir la resistencia y hacer que más fácilmente sea atacado por la enfermedad; pero no considero á éstos sino como factores secundarios que se suman al principal, el enfriamiento, que, en mi concepto, es el más poderoso y el que desquiciando el organismo, lo debilita y deja en estado de poder someterse fácilmente á la influencia de los agentes que solamente necesitan un terreno propicio y apto para su propagación.

Añadiré todavía para comprobar mi tesis. La alfarería es una ocupación de familia; los laboradores actuales han recibido la industria por herencia, sus padres se la legaron, y á la vez ellos transmitirán á sus hijos lo que los otros les dejaron, transmitiéndoles también las taras que sus antepasados tuvieron con los que ellos han adquirido, convirtiéndose así esa región en un centro de donde la lepra puede extenderse, subsistiendo y acrecentándose mientras no se destruya, en su germen, la causa que la produce.

Es necesario también hacer notar que más numerosos son los enfermos pertenecientes al sexo masculino que al femenino; esto depende de que los hombres son siempre los llamados á desempeñar la parte más peligrosa y difícil del trabajo, que es desocupar los hornos y, consiguientemente, sufrir las altas y bajas de temperatura; no así los demás auxiliares que soportan comparativamente una mínima de calor, sin más empleo que recibir en el exterior los objetos entregados por quien se humana á trabajar en una ocupación salvaje para adquirir, á tan elevado costo, el diario sustento necesario para afrontar la lucha por la vida.

Es necesario llamar la atención sobre este punto capital que intento comprobar: á saber: Que gran parte de los enfermos de ese territorio que van al lazareto han tenido por ocupación la alfarería, circunstancia que hubiera hecho constar en el cuadro estadístico, expresando el oficio y el sexo de cada paciente; pero quiero enunciarlo ahora simplemente, para evitar complicaciones en un cuadro al que he querido dar el mayor grado de sencillez.

El hombre, ser racional, no debe abandonarse irreflexivamente á los costumbres ó ideas dominantes entre sus antepasados; debe investigar, por medio de la razón y la experiencia, aquello que encuentre ser perjudicial, para proscribirlo, en guarda de su bienestar, evitando todo lo que puede quebrantar su salud ó destruir su existencia; poniendo al servicio de ambas los elementos necesarios, para conservar su energía que rinde provecho á sí mismo y á la sociedad en general, cuando se la dedica al trabajo intelectual ó material que beneficia á la humanidad. Conservar la salud de su organismo, librándolo de enfermedades que, además de dañar á la propia persona, se las trasmite á sus des-

endientes, y si ellos no pudieron, por ignorancia, sustraerse de la influencia hereditaria rescatar á sus futuras generaciones de tan espantoso mal.

Mas como todos los hombres no son aptos, por ignorancia ó rusticidad congénitas, para modificar sus hábitos, por la rutina establecida en su modo de vivir, corresponde hacerlos á los que, por su ilustración y posición social, están llamados á educar á las masas y sustraerlas de las prácticas antiguas y perjudiciales.

En el ejercicio de estas humanitarias funciones, nadie puede desempeñar mejor papel que el médico, por el íntimo contacto que tiene con todas las clases, dándoles consejos para la conservación de la salud é interesándoles en el empleo de los sistemas higiénicos que conoce y los que le sugiere, para cada caso especial, su ilustrada inteligencia. Tener otro procedimiento, es ser egoísta, encerrarse dentro de sí mismo, defraudando lo que debe á los demás, es ser un ente inútil, estéril, sin ningún provecho para la sociedad en que vive, faltando á sus deberes para con ella y sin aportar su parte en la mutualidad de servicios públicos, dando lo que ha adquirido y posee, para obtener de los demás lo que no puede conseguir con sus propios esfuerzos.

Es necesario, pues, como consecuencia de lo anteriormente dicho, husear medios para reformar el sistema de cocción de los objetos fabricados con arcilla plástica. El colocar el horno contiguo á una pieza de habitación, como han hecho muchos, de manera que el sujeto pase de él al cuarto inmediato, no parece suficiente para evitar las desastrosas consecuencias de haberse expuesto á tan altas temperaturas.

Sería prudente que la construcción del horno fuera de tal manera que no sea necesario desocuparlos luego que los objetos estén suficientemente cocidos, sino poder esperar que se haya enfriado para hacer esta operación.

Establecer en este sentido reformas radicales ó intentar suprimir la industria es difícil, tanto por la índole de las personas sobre las que se pretende legislar, como porque se necesitaría emplear medios que no demande gastos de consideración, lejos del alcance de estos industriales.

Los hornos deberían construirse, no como ahora, á la superficie del suelo, sino á alguna altura; en el compartimiento interior, colocado á cincuenta centímetros del suelo, debe haber, en lugar de una, dos puertas, colocadas en los extremos de un diámetro, de manera que puedan extraerse las brasas que quedan en el hogar, usando ambas á la vez y además largas reglas para que el operario no sufra la influencia del calor de las extraídas, las cuales deberían caer al lado opuesto del en que se halla el artesano. Antes de hacer esto, se cerrarían lo más herméticamente posible, las ventanas laterales. El compartimiento superior debiera tener una ventana en el lado sur, que permaneciendo cerrada mientras el horno está encendido, pueda abrirse cuando se quiera que el calor deje de ejercer su influencia sobre los objetos colocados en él; de este modo se conseguiría que el viento entrando en el interior del horno, lo enfriara.

Por medio de estas ligeras reformas ú otras semejantes, puede obtenerse que desaparezcan gran número de enfermedades; el mejoramiento del estado higiénico, y, sobre todo, sería un medio para que los enfermos de lepra disminuyan en gran proporción.

Con todo lo expuesto, no quiero decir que la enfermedad sea única y exclusivamente proveniente de esta causa, ni en toda enfer-

medad, para que pueda desarrollarse, intervienen varios factores, y con más razón sucede esto en las enfermedades infecciosas.

Tratándose de la lepra, se conoce ya de una manera cierta el agente que la produce: el microbio de Hansen, que es factor productor por sí mismo; pero es necesario saber porqué este microbio no invade todo organismo y lo infecta. Las opiniones no están de acuerdo sobre la forma de su propagación: unos atribuyen al contagio y otros á la herencia; entre los primeros tenemos a Marcano, Wutz, Besnir, Patersen, Kalindero y Leloir, entre los segundos: Danielsen, Coffin, Zambaco, y Hardy. Cada cual sostiene su opinión con más ardor, Danielsen dice haber hecho varias inoculaciones á individuos que quedaron indemnes después de treinta y dos años; Hardy aseguró otro tanto, pero no es esta una prueba concluyente, puesto que podía tratarse de individuos refractarios, como se ven hijos de leprosos morir sin haber contraído la enfermedad que, habiéndose conservado latente en ellos, se ha reproducido en los nietos; y el último de los citados no afirma de manera categórica que todas sus pruebas fueron positivas. Kalindero habla de la transmisión de la lepra de una madre á su hijo antes del nacimiento (Congreso internacional de dermatología, año 1892). No trato aquí de discutir y llevar á término el asunto; pero sí me inclino á creer que la enfermedad se propaga de ambas maneras y más aceptada está en el día la opinión de la contagiosidad. Hutchinson (Décimo Congreso internacional de ciencias médicas en Berlín, año 1890) admite que el contagio se realiza por la vía digestiva, ingiriendo los alimentos contaminados.

Todas estas teorías pueden ser aceptadas desde que todas ellas se fundan en experimentos verificados por competentes profesionales.

En el caso de que me ocupo, juzgo que se propaga la enfermedad tanto por contagio como por herencia, pero que los rápidos cambios de temperatura determinan su desarrollo. El microbio de Hansen es la causa principal; los enfriamientos la causa predisponente, que dejan al organismo en estado de que el microbio pueda desarrollarse encontrando un terreno preparado y dispuesto para que admita la enfermedad, bien sea por contagio de las personas con quienes tiene diario contacto, ó por herencia, como descendientes que son de personas que llevan en su ser el germen de la infección.

La ligera comprobación que he hecho, sirve para llamar la atención de todas las personas, autoridades, corporaciones, etc. encargadas de velar por la higiene pública, á fin de que tomen las medidas necesarias tendientes á detener el exagerado desarrollo que ha tomado la lepra en la parroquia de La Victoria, sin que se pretenda desterrar de golpe el agente microbiano; pero sí la causa que debilita no sólo los cuerpos, sino que también infecta las generaciones en su origen.

Es este el pequeño trabajo que someto á la consideración del primer Congreso Médico Ecuatoriano.

CONCLUSIONES

Para resumir el contenido de mi tesis, seré breve, dividiendo ordinalmente los diversos puntos á que se contrae:

I

Siento como principio que los enfriamientos sufridos en los hornos por los fabricantes de alfarería, produce la gran propagación de la lepra en los lugares en que se halla de asiento esta industria.

II

Que el barniz empleado en los trastos de arcilla plástica contiene plomo, y éste trae alteraciones orgánicas: cólico saturnino, parálisis, etc. He tenido ocasión, á última hora, de ver una mujer que sufre paresia del externo-cleideo-mastóideo izquierdo y que, por predominio del derecho, la cabeza gira constantemente á este lado.

III

Distinción entre la fábrica de tejas, ladrillos y la de útiles domésticos; demostrando lo inofensivo de la primera y lo perjudicial de la segunda.

IV

Manera de deshornar, con la descripción completa, y el por qué de los bruscos cambios de temperatura que sufren los fabricantes,

V

Comprobación de que esta industria es causa para el desarrollo de la lepra en La Victoria; comprobación verificada con la estadística de los leprosos de tres parroquias de la provincia que han ingresado al Lazareto, estableciendo la comparación numérica relativa entre ellas

Análisis del clima, alimentación, sistema de vida, etc. comparativo de las tres, que no tienen diferencias muy marcadas, á las que se pudiera atribuir el desarrollo de la enfermedad.

VII

Prueba de que el agua es inofensiva y estéril, no sólo del microbio de Hansen, sino de otros agentes infecciosos.

VIII

Comprobación de que la alfarería es la causa única para la propagación de la lepra, deducido del anterior análisis, atribuyéndola á los enfriamientos sufridos en los hornos, cuyo número, en la Victoria, es el de 104.

IX

Procedimiento que debiera adoptarse para evitar las fatales consecuencias que trae este sistema empírico de trabajo.



ESTUDIOS

SOBRE LEGISLACION ECUATORIANA Y MEDICINA LEGAL

POR

MARIANO PEÑAHERRERA E.

DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL,
PROFESOR DE MEDICINA LEGAL.

INTRODUCCION

El estudio de la Medicina Legal tiene por objeto práctico preparar al médico para el buen desempeño del cargo de perito que podrán darle las autoridades ó las partes interesadas en el esclarecimiento de un hecho contencioso civil ó criminal, y suministrarle los conocimientos necesarios á fin de que pueda ilustrar al legislador, cuando le consulte respecto de la reforma ó creación de algunas leyes. De aquí nace la necesidad que tiene el médico de conocer la legislación de su país en cuanto se relaciona con su profesión; pues ignorando en qué casos lo llama la ley á intervenir como perito, qué obligaciones y responsabilidades especiales le imponen, y cuáles son las leyes que pudieran ó debieran ser reformadas para estar en relación con los adelantos de las ciencias médicas, no podrá prepararse de antemano para desempeñar con honor y lucimiento los deberes de médico legista, y estará expuesto á ser sorprendido en casos desconocidos ó poco estudiados y á dar ocasión para que se juzgue desfavorablemente en sus estudios y competencia.

También á los abogados les es necesario formar cabal concepto de todos los casos jurídicos en que puede ser útil é importante la intervención del médico, á fin de que les facilite y aclare la recta interpretación de los hechos oscuros y difíciles á veces de comprender para las personas desprovistas de conocimientos científicos especiales.

La Jurisprudencia y la Medicina se proponen fines muy diversos, esencialmente diversos: aquélla, el imperio de la justicia y el triunfo del derecho en la vida social; ésta, el alivio de las dolencias físicas del hom-

bre y la lucha contra el más formidable de sus enemigos materiales, la muerte. Pero así y todo, la ley universal de la armonía, que en todas las órdenes de cosas nos ofrece el interesante contraste de la unidad en la variedad, nos presenta también á estas dos ciencias tan diversas aunadas en la importantísima labor que corresponde á la primera, pero que á veces no puede ser ejecutada cumplidamente sin el auxilio de la segunda.

Hoy se controvierte sobre la nulidad del testamento de un anciano sospechoso de demencia senil ó decrepitud, ó de un moribundo cuyas alteraciones morbosas unidas á la postración de fuerzas, el horror de la muerte, etc. tenían tal vez desequilibradas sus facultades mentales; mañana se ofrece en el foro las difíciles cuanto trascendentales cuestiones sobre estado civil y capacidad jurídica; y en casi todos estos casos y otros análogos que comprometen frecuentemente cuantiosos patrimonios y hasta la honra de las familias, la Medicina se asocia á la Jurisprudencia y el abogado y el médico tienen que anar sus esfuerzos para la consecución de un fin único, el triunfo del derecho, como consecuencia del cabal esclarecimiento de los hechos.

Pero cómo podría ni concebirse esa colaboración del médico y el abogado para la consecución del fin único, si el médico no conociera absolutamente la legislación de su patria, y el abogado ignorara asimismo la enseñanzas de la Medicina legal?

Y en materia criminal, la influencia de la Medicina en el éxito de las cuestiones jurídicas es aún más manifiesta y decisiva. Ya se trate de la capacidad física, como en los atentados contra el pudor y otros muchos; ya de las causas inductivas de la resolución criminal, entre las cuales podría figurar hasta la sugestión hipnótica, tan difícil de ser comprendida y apreciada satisfactoriamente; ya sobre todo y en la mayor parte de los casos, de la comprobación del cuerpo del delito en las infracciones que dejan huellas materiales; la Medicina señorea, por decirlo así, el terreno de la Jurisprudencia, y es á menudo el árbitro supremo de las más trascendentales cuestiones.

En la ciencia penal moderna, la escuela positivista, ya bastante acreditada en Italia y otras partes, y defendida por célebres y muy conocidas autoridades, se empeña en entrogar absolutamente el Derecho Penal á la Medicina. La criminalología, según los más exagerados de esa escuela, es una rama de la Patología; y el criminal, un ser enfermo ó degenerado, que ha procedido en sus actos de un modo anormal, sólo en fuerza de las anomalías ó alteraciones morbosas de sus órganos.

Qué erudición y qué profundidad de estudios y observaciones se emplean para acreditar esas teorías capaces de dejar pasmado de asombro al que por primera vez las escucha; y qué esfuerzos y qué ahínco para propagarlas en el mundo y llevar á la conciencia humana la funesta y desconsoladora convicción de que el libre albedrío no existe, y de que los actos del hombre no son sino necesarias manifestaciones del estado y disposición de sus órganos, como los variados movimientos de una máquina no revelan sino la variada combinación de un mecanismo.

Pero si llevada á tal punto esta doctrina es evidentemente absurda é insostenible, no hemos de ir á la exageración de negar que haya un gran caudal de conocimientos utilísimos en los estudios y observaciones practicadas para sostenerla. La verdad rara vez se halla en las teorías extremas.

Si bien el libre albedrío, y por ende la responsabilidad moral, es

Condición de la naturaleza humana en el estado normal de las facultades del hombre, no faltan casos, menos raros que lo que vulgarmente se cree, en los cuales los supuestos criminales no son sino desgraciadas víctimas de monomanías ú otras alteraciones morbosas, que espían en los presidios y tal vez en el patíbulo, antes que los abusos de una libertad anulada por aquellas causas, la falta de suficientes luces en la investigación de esos actos, difíciles de apreciar por criterios poco ilustrados y patrióticos. Y son muchos, muchísimos los casos en que ciertas disposiciones orgánicas, congénitas ó adquiridas, permanentes ó transitorias, crean inclinaciones más ó menos violentas que sin destruir por completo la libertad del agente, la cuervan y debilitan en sumo grado, y disminuyen por el mismo hecho la culpabilidad.

¿Qué legislación filosófica podrá, pues, desconocer la existencia de una circunstancia atenuante en esa coacción interna contra la cual se ve obligado á luchar el individuo? ¿Cómo confundir al que, débil de espíritu, sucumbe á la postre en ese fatal combate, con el que decline por pura perversión de su conciencia, por el menosprecio de la autoridad y las leyes ó por el frío cálculo de sórdidos intereses?

Por este camino la Medicina tiende á adueñarse del Derecho Penal, trasladándole de la región de la filosofía á la de los conocimientos puramente experimentales; pero si esto es una exageración de consecuencias desastrosas para la humanidad, es también innegable que el Derecho Penal es el hermoso y bastísimo campo en que la Medicina y la Jurisprudencia están obligadas á trabajar de consuno, sin que ninguna pueda prescindir de la cooperación de la otra ni disputarle el derecho de dominio en ese terreno.

Sólo de paso hemos tocado este punto en el preámbulo de estos breves estudios de nuestra legislación, para hacer notar la relación y armonía que existe entre la Medicina y la Jurisprudencia por tantos y tan interesantes aspectos. Para el ejercicio de la abogacía son, pues, tan esenciales las nociones sobre la acción que á la Medicina le corresponde en el esclarecimiento de las cuestiones jurídicas, como para el médico el conocimiento de la legislación en todo lo relacionado con la intervención que él puede tener en aquellas cuestiones; y es la Medicina Legal el lazo que une y relaciona estas dos importantísimas ciencias, y la que nos proporciona hasta la grata oportunidad de cultivar las simpatías y deferencias que engendra la asociación ó colaboración para tan nobles fines. Por ella, abogados y médicos recordamos con satisfacción los inolvidables momentos en que, agrupados en los escueños universitarios, departimos, con el entusiasmo que alientan las juveniles esperanzas, sobre esas cuestiones que á las dos profesiones pertenecen; y por ella, en la vida profesional, no nos miramos, no podemos mirarnos como entidades extrañas ó heterogéneas, sino como obreros del saber ligados por los estrechos vínculos de confraternidad que nos impone el consorcio de las dos ciencias á las cuales hemos consagrado nuestros anhelos y aspiraciones.

Mas, antes de principiar el estudio de las disposiciones legales relacionadas con las cuestiones en que es llamado á intervenir el médico legista, el orden lógico nos impone estudiar primero la obligación legal que tiene el médico de prestar sus servicios profesionales y la forma y condiciones en que ha de intervenir. Dedicaremos, pues, á ello el primer capítulo de estos estudios.

CAPITULO I

Obligación legal que tiene el médico de prestar sus servicios profesionales.

§ I SERVICIOS A LOS PARTICULARES

La obligación legal, que tiene el médico de prestar sus servicios se refiere, naturalmente, á la intervención del medio en auxilio de la autoridad pública; pero como según nuestras leyes, alguna vez puede estar obligado á servir á los particulares, creemos oportuno y conveniente hacer breves observaciones acerca del sentimiento de las disposiciones concernientes á este punto.

El Código de Policía, en el capítulo de las contravenciones de tercera clase, tiene una disposición que dice:

Art. 41. «Serán castigados con multa de quince á veinte sueres y con prisión de dos á cuatro días, ó con una de estas penas solamente: 1^o-----13. Los Médicos, Cirujanos, Sangradores, Comadrones y Parteros que habiendo sido designados por la Policía para el turno y que no estando legitimamente impedidos, se neguren á prestar sus servicios á la persona que las solicite en cualquiera hora del día ó de la noche.»

Este artículo supone la existencia de un turno reglamentado y establecido ya, y conforme al cual deberían los médicos, cirujanos, etc. prestar sus servicios profesionales á los particulares en cualquiera hora del día ó de la noche, bajo la sanción penal por él señalada; pero como ni se ha reglamentado ni, mucho menos, establecido ese supuesto turno, el indicado artículo no tiene ni puede tener aplicación práctica. Haré notar, de paso, que no existen entre nosotros los títulos de Sangradores y Comadrones, ni aún el de Cirujanos, pues éstos deben ser siempre Médicos; y que á las *PANTERAS* no se les da este título, sino el de *MATRONAS*. Al reformar nuestros legisladores el artículo 598 de nuestro antiguo Código Penal, que imponía á los Médicos y Matronas la misma obligación, pero sin hacer relación á ningún turno y sancionándolo sólo con multa de treinta y dos á cuarenta y ocho décimos de suere, introdujeron estas modificaciones y copiaron literalmente los antiguos títulos profesionales, sin parar mientes en que, á excepción de uno, los otros ya nada significan ni á nadie pueden corresponder.

La reforma ha librado á los médicos de la antigua esclavitud legal en que estaban, de prestar sus servicios á cualquiera que quisiese ocuparlos, sea ó no urgente ó grave la necesidad, y en cualquiera hora del día ó de la noche; lo cual era evidentemente una exageración y una injusticia contra la que reclamamos en las lecciones públicas de Medicina Porense dadas en el año 1903.

§ II SERVICIOS A LA AUTORIDAD PUBLICA

En cuanto al deber de los médicos de cooperar á la acción social, que es indudablemente más importante y trascendental, tenemos las siguientes disposiciones:

El mismo artículo 41 del Código de Policía, ya citado, en el número 29 dice así:

«Los que siendo llamados para utilizar sus conocimientos en la administración de justicia, se negaren ó no concurrieren, sin justa causa.»

Además, el Código de Enjuiciamientos Civiles tiene la siguiente regla general:

«Art. 72. Los profesores en ciencias, artes y oficios no podrán excusarse de hacer de peritos, sino por justa causa calificada por el juez.»

Y en el Código Penal consta la sanción de este artículo, en los siguientes términos:

«Art. 272. Los que, sin causa legítima, rehusaren prestar el servicio que se les exija en la profesión, arte ú oficio que ejerzan, ó de cualquiera otra manera que sea necesaria para la administración de justicia, ó servicio público, serán castigados con prisión de ocho días á dos meses, ó con multa de cuarenta sueres, sin perjuicio de que se les compele á prestar el servicio que se les hubiere exigido.»

Ni este artículo, ni los anteriormente citados señalan las causas de legítima excusa, dejándolas, por lo mismo, á la estimación del juez.

Para los casos en que debe practicarse la autopsia, el Código de Enjuiciamientos Criminales tiene la siguiente disposición especial respecto de los médicos y los empíricos:

«Art. 82. Cuando una persona muere de repente, el juez ordenará que se reconozca el cadáver inmediatamente, y que los facultativos ó empíricos, en su caso, practiquen la correspondiente autopsia. Además, se inquirirá la causa de la muerte, por medio de testigos.»

«En ningún caso y por ningún motivo podrán los facultativos ó empíricos excusarse de practicar la autopsia, so pena de ser castigados con arreglo al artículo 272 del Código Penal.»

Del tenor de los artículos citados se sigue que, cuanto á los servicios á los particulares nuestro Código de Policía ha cambiado por completo el sentido de la disposición del antiguo Código Penal; pues, mientras éste dejaba al médico obligado á servir á todo el que quisiera ocuparle, en cualquiera hora del día ó de la noche, y sea ó no urgente y grave la necesidad, castigándole con multa para el caso de que se negara sin una causa cuya legitimidad quedaba sujeto á la estimación del juez, que podía ser muchas veces injusta y caprichosa; el Código de Policía ha suprimido prácticamente esta obligación, ya que la establece sólo para los médicos designados para un turno que no se ha pensado aún en reglamentar.

Mucho más evidentes son el derecho que tiene la autoridad para exigir del médico servicios públicos, y la obligación de éste de no negarse á prestarlos. Sin embargo, haré notar que nuestra legislación peca por dos extremos opuestos. Por una parte, no obliga nunca al perito á excusarse de prestar sus servicios, pues no hay ninguna ley que lo prescriba, siendo así que podrían intervenir motivos de evidente parcialidad, ignorados por el juez y las partes. Cuando un juez tiene motivos para excusarse y no lo hace, se le juzga y castiga como prevaricador: creo que casi los mismos motivos habría para proceder de igual manera con los peritos. Por otra parte, la ley le exige al médico cosas que pueden ser físicamente imposibles: el artículo 82 del Código de Enjuiciamientos Criminales que no admite en ningún caso y por ningún motivo la excusa

de un médico para practicar la autopsia que se le ha prescrito, es una disposición evidentemente absurda y sobremanera injusta.

Varios médicos legistas opinan que el ejercicio de la medicina debe ser completamente libre, y prueban que la ley imponga servicios obligatorios, no sólo en favor de los particulares, sino también para la administración de justicia. Legrand du Saullé, Georges Berryer y Gabriel Pouchet, en su «*Traité de Médecine Légale, de Jurisprudence et de Toxicologie*» que fue coronado por el Instituto de Francia, refutan la opinión de los que juzgan que los médicos franceses pueden ser obligados á prestar sus servicios para la administración de justicia, en virtud del artículo 80 del Código de Enjuiciamientos Criminales, que castiga con cien francos de multa al que se niega á comparecer para declarar como testigo, ó del artículo 445, número 12, del Código Penal, que impone de 6 á 10 francos de multa á todo el que se niegue, sin causa justa, á prestar sus servicios ó hacer los trabajos para que fueren requeridos en casos de accidentes, tumultos, naufragios, inundaciones, incendios, clamor público ó ejecución judicial, etc., y entre muchas y terminantes razones aducidas para ello, constan las siguientes frases que manifiestan su decidida opinión en favor de la absoluta libertad del ejercicio profesional del médico: «*Et puis, quelle confiance peut inspirer une autopsie, une opération quelconque que le médecin n'a faite que contraint et forcé*»..... «*C'est donc en parfaite connaissance de cause que le législateur n'a pas voulu que la mission confiée à un médecin fut obligatoire pour lui,*» (págs. 1287 y 1293).

El profesor Luteaud se expresa en los siguientes términos: «*L'homme de l'art peut du reste refuser son mandat (el del juez) en prétextant son incompétence ou en se appuyant sur le fait que le nombre des médecins n'est pas limité et que la justice peut trouver ailleurs les renseignements dont elle a besoin.*» (Manual de Médecine Légale, pg. 673).

Declumbre, dice, tratando de este mismo asunto: «*La pratique du médecin n'est possible et ne se comprend qu'à la condition de rester libre.*» Y de esta misma manera de pensar son Briand y Chaudé, y casi todos los médicos franceses.

En la traducción española de la ya citada obra de Legrand du Saullé, Berryer y Pouchet, se lee en la página 49: «*El ejercicio de la Medicina debe ser completamente libre; un médico no debe estar legalmente obligado á prestar sus servicios á todas las personas que los demanden. La humanidad, los deberes morales de su profesión, obligan, sin duda, al médico á no rehusar el auxilio de sus conocimientos á ninguno de aquellos que pueden necesitar de él; pero la violación de este deber moral no debe traer consigo la aplicación de pena alguna.*»

Nosotros nos apartamos un tanto de esta manera de pensar que nos parece exagerada; ni podríamos indicar, en ningún caso, que apele el médico á pretextos poco decorosos, como los indicados por Luteaud, para negar sus servicios á la autoridad. Si el médico no se cree competente para dilucidar un punto difícil ó que necesite conocimientos teóricos ó prácticos que no posee suficientemente, dígalo así franca y lealmente, y funde en ello su excusa; pero pretextar la incompetencia en cualquier asunto para exensarse de servir como perito, no es, de ninguna manera, conforme con las prescripciones de la dignidad y honradez profesionales.

En los casos urgentes, en beneficio de los pobres y cuando el médico no tenga justo motivo de excusa, debe estar obligado á prestar sus servicios: en estas condiciones no hay médico capaz de desconocer el estricto é imperioso deber moral que le obliga á socorrer al que le necesita, y gene-

ralmente todos cumplen gustosos y espontáneamente este deber. Pero si hubiera alguno que, borrando en su corazón todo sentimiento de humanidad, llegara á negar sus auxilios en esas apremiantes circunstancias, y sin razón justa de su parte, bien merecido tendría el castigo impuesto por la autoridad. El profesor Pedro Mata, tan celoso de los derechos y la dignidad profesional del médico, expresa estos mismos conceptos al ocuparse del **USO DE LA LIBERTAD PROFESIONAL**, en su importantísimo «Tratado de Medicina y Cirugía Legal.» Tomo 1.º, págs. 224 o 225).

Mucho más evidente es el deber de cooperar á la acción social, en pro de la cual estamos obligados todos á prestar nuestros servicios, y más especialmente los que debemos á la misma sociedad el haber adquirido una profesión.

Y lo justo y fundado de mi parecer lo encuentro comprobado con las disposiciones que constan en las legislaciones de muchas naciones civilizadas del viejo y del nuevo Continente; pues no podían haber consagrado, casi uniformemente, en sus Códigos leyes injustas ó arbitrarias. El artículo 449 del Código Penal de la República Argentina, dice: «El médico ó cirujano que, sin causa justa, rehuse en circunstancias urgentes «prestar los servicios de su profesión, ó concurra fuera de tiempo, ó abandone al paciente sin motivo grave, sufrirá una multa de cincuenta á quinientos pesos fuertes á favor de la familia damnificada.» (Citado en la traducción española de la obra de Legrand du Saulle).

Este artículo tiene tres diferencias notables respecto del 41 de nuestro Código de Policía: 1.º Castiga no sólo la denegación de los servicios á los particulares, sino también el haber sido moroso en prestarlos, y el abandono inmotivado del paciente, que no están castigados en el nuestro; 2.º La pena es mucho más grave y en beneficio de la familia damnificada y no del fisco; y 3.º No hace relación á sólo los médicos designados para el turno por la autoridad, como lo hace el nuestro, sino que obliga generalmente a todos.

El Código Penal peruano dice, en el artículo 165, exactamente lo mismo que el transcrito del argentino, con sólo la diferencia de que la multa es de veinte á doscientos soles.

El artículo 494 del Código Penal de Chile dice: «Sufrirá la pena de prisión en sus grados medio ó máximo ó multa de diez á cien pesos: «1.º-----10. El médico, cirujano, farmacéutico, flebotomiano ó matrona que incurriere en descuido culpable en el desempeño de su profesión «sin causar daño á ninguna persona.

«11 Los mismos individuos expresados en el número anterior, que «prestaren los servicios de su profesión durante el turno que lo señala la «autoridad administrativa.»

En otras legislaciones no se impone al médico ninguna pena por negarse á servir á los particulares; pero casi todos tienen disposiciones iguales á las nuestras en lo relativo á los servicios públicos. Pueden, verse á más de los ya citados Códigos, el artículo 346 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal de España, el 498 del Código Penal de Nicaragua, el 904 del mismo Código de México, el 519 del de Costa Rica, y el 285 del de Venezuela.

En los Códigos franceses no hay ninguna disposición especial que obligue á los médicos á prestar sus servicios profesionales ni á los particulares ni á la autoridad; pero podrían ser castigados con multa de seis á diez francos cuando negaren sus servicios en ciertos casos urgentes, prescritos, no sólo para los médicos, sino de una manera general, en el artículo

475 del Código Penal, que, traducido literalmente, dice: «1.º12. Los que, pudiendo, hubiesen rehusado ó descuidado hacer los trabajos, el servicio ó prestar los socorros para que hubieren sido requeridos, en circunstancias de accidentes, tumulto, naufragio, incendio, inundación y otras calamidades, como también en los casos de saqueamiento, robo, flagrante delito, clamor público, ó ejecución judicial.»

Fundándose en este mismo artículo, pero dando una interpretación forzada á las palabras *EXECUCIÓN JUDICIAL*, han querido las autoridades obligar á los médicos á prestar sus servicios en asuntos judiciales; pero el deber de cooperar á la administración de justicia no puede estar ligado á una condición accidental, ni referirse al concurso material que cualquiera puede prestar para favorecer á las víctimas de un incendio, naufragio, inundación, etc. Así lo han comprendido y expresado Legrand du Saullé, Thoinot, Briand y Chaudé, etc. y así la resolvió también la Corte de Casación de Bélgica, en un célebre auto ó acuerdo expedido con motivo de la apelación del Dr. Cambrelin, de Namur, á quien absolvió de la multa de seis francos impuesta por el juez de instrucción, por haberse negado á prestarle sus servicios en un asunto criminal.

Mas no por esto es el médico, en Francia, absolutamente libre para obedecer ó no á la autoridad que necesita de su concurso, pues la nueva ley expedida para el ejercicio de la Medicina, en 23 de Noviembre de 1892, tiene esta disposición terminante: «*Pour Docteur en Médecine est tenu de déférer aux réquisitions de la justice sous les peines portées á l'article précédent.*» (Multa de veinticinco francos pronunciada por el tribunal correccional).

§ III.—DISPOSICIONES LEGALES RELATIVAS AL DESEMPEÑO DEL CARGO DE PERITO.

El principal servicio público que presta entre nosotros el médico y para el cual es más frecuentemente llamado por las autoridades, es el de perito en asuntos civiles y criminales. Veamos, pues, las disposiciones legales que debemos conocer al respecto, y la manera cómo ha de llenar el médico sus deberes de perito.

El artículo 68 del Código de Enjuiciamientos Civiles dispone que se nombre peritos, siempre que sean necesarios conocimientos especiales en alguna ciencia ó arte para la apreciación de las cuestiones de hecho. De esta disposición general se origina la intervención de los médicos, en calidad de peritos, cada vez que son necesarios sus conocimientos científicos para la apreciación de un hecho sometido á juicio. Y de la necesidad legal de nombrar peritos no puede eximirse el juez aun en el caso de poseer él mismo los conocimientos del arte ó la ciencia extraños al Derecho, requeridos por el asunto cuestionado. Si se trata de reconocer una herida ó de examinar á un individuo que se excusa de una responsabilidad alegando su falta de razón, ó de otra cuestión análoga, aun en el caso de ser médico el Juez, nombrará peritos que practiquen el correspondiente reconocimiento, y sólo hará uso de su ciencia para apreciar el informe presentado por ellos. «*NON SUPPREDIT UT JUDEX SCIAT, SE* NESSE EST UT ORDINE IURIS SCIAT.*» dicen los juristas.

Pero no se limita á los asuntos criminales la intervención pericial del médico. En material civil, la ley faculta á cada parte para el

nombramiento de un perito, cuando la naturaleza del caso lo requiere; y si los nombrados por las partes están desacordes en sus opiniones, le toca al juez nombrar un tercero, cuyo parecer constituye el dictamen pericial, aunque no se conforme con ninguno de los anteriores (Artículo 70 y 76 del Código de Enjuiciamientos Civiles). También le toca al juez el nombramiento en rebeldía de las partes, es decir, cuando éstas no lo hacen en el término respectivo. Obedeciendo á estas disposiciones, nombrará el juez peritos médicos siempre que se trate de declarar la incapacidad mental de una persona para hacer contratos, otorgar un testamento, hacer una donación, contraer matrimonio, servir de albacea ó de tutor de menores, y, en general, siempre que en cualquier juicio civil sean necesarios los auxilios que puede prestar la intervención de peritos médicos para el esclarecimiento, la comprobación de la existencia ó la recta interpretación de los hechos que motivan el litigio.

El perito nombrado por una parte puede ser recusado por la otra, y el nombrado por el juez puede serlo por ambas, ó por cualquiera de ellas. «Las partes podrán recusar libremente un perito, dentro de veinticuatro horas;» dice el artículo 78 del ya citado Código «los demás sólo podrán ser recusados por las mismas causas porque pueden ser tachados los testigos.»

Con respecto á la capacidad para ser peritos, el Código exige sólo honradez, probidad y conocimientos suficientes en la materia en que debe informar (art. 69). Síguese de aquí que un extranjero puede ser perito entre nosotros, mientras en Francia y en otras naciones se requiere la condición de ciudadano. Síguese, también, que en asuntos civiles el nombramiento puede recaer indistintamente en un profesor de la respectiva ciencia ó arte, ó en un empírico; mientras que en otras legislaciones, como en la española, se prefiere á los titulados, y sólo á falta de éstos intervienen los simples prácticos ó empíricos.

La única diferencia que entre aquellos y éstos hace nuestra ley civil es la de que, para los titulados el servicio es obligatorio, salvo el caso de impedimento justo calificado por el juez; mientras que para los empíricos el servicio es enteramente voluntario. Así lo manifiestan, como ya lo hemos visto, el artículo 72 del Código de Enjuiciamientos Civiles, y el 272 del Código Penal.

En materia penal, al tratar de la comprobación del cuerpo del delito, procede la ley más razonablemente, prefiriendo á los profesores, y dando intervención á los empíricos sólo á falta de aquellos. Aún más, da el nombre de peritos sólo á los que profesan la respectiva ciencia ó arte; pues el artículo 12 del Código de Enjuiciamientos Criminales, después de ordenar que siempre que la infracción deje señales se justifique el cuerpo del delito con la inspección de peritos juramentados, agrega: «A falta de peritos se practicará el reconocimiento por empíricos, es decir, por personas cuyos conocimientos se acerquen á la pericia que se necesite.» Este mismo artículo dispone, también, que no se recurra á empíricos sino en el caso de no hallarse facultativos sino á mas de cinco kilómetros de distancia, y haciendo constar precisamente esta circunstancia en el proceso.

El médico que recibe el nombramiento de perito en cualquier asunto que exija los conocimientos de su profesión, está, pues, obligado á aceptarlo y desempeñarlo, salvo el caso de excusa justa en concepto del juez; ó incurre en delito castigado con prisión de ocho días á dos meses, ó multa de ocho á cuarenta sures, si rehusa prestar el servicio.

En este punto creemos también pertinente la observación que hicimos al tratar de los servicios prestados á los particulares, esto es, la de que puede ser ocasionado á frecuentes abusos el dejar al libre criterio del juez la apreciación del motivo de excusa, tratándose de servicios que son frecuentemente muy desagradables y laboriosos, y casi siempre mal remunerados ó gratuitos.

Antes de desempeñar el cargo, debe el perito jurar ante el juez que lo hará fiel y legalmente (Artículos 83 del Código de Enjuiciamientos Civiles y 72 del de Enjuiciamientos Criminales). Este juramento previo al desempeño del cargo se encuentra prescrito en todas las legislaciones, como una garantía de la confianza que el juez deposita en los peritos al encomendarles una de las más importantes actuaciones en que ha de fundar su fallo; y si en los lugares donde existen médicos forenses (ó de reconocimientos, como se los llama entre nosotros), no prestan éstos el juramento cada vez que deben practicar un reconocimiento ú otro acto pericial, es por haberlo prestado ya, al aceptar el cargo, para todos los casos en que sean necesarios sus servicios.

En muchas naciones extranjeras, principalmente de Europa, al señalar el juez al perito el objeto de su intervención, le propone detalladamente todas las cuestiones que debe resolver, facultándole, además, para que exponga cuanto creyera necesario ú oportuno para el esclarecimiento del asunto. Nuestra ley dice simplemente que el juez expresará con claridad en el mismo nombramiento, el objeto que éste tuviere, sin agregar nada respecto de la forma en que debiera hacerlo; así que bien se pudiera seguir la costumbre de los países extranjeros. Sin embargo, la designación del objeto se hace entre nosotros de una manera muy general. «Nombró á Ud. perito á fin de que practique autopsia de tal cadáver, ó reconozca las heridas de fulano, ó examine al señor N. respecto del estado de su salud,» suelen decir nuestros jueces al nombrar peritos á los médicos. Este procedimiento tiene la ventaja de dejar libres á los peritos para decir todo lo que han visto y juzgado; pero favorece, también, la omisión de ciertos detalles que, pareciéndole insignificantes al perito, pudiera tener gran importancia en el juicio. «Es para el juez de suma importancia precisar con claridad los puntos sobre que pide parecer á los peritos, y las cuestiones que habrán de resolver,» dice Mirtermaier, en su Tratado de la Prueba en Materia Criminal: «su opinión motivada no es sino un medio de conseguir el objeto, y el instructor encargado de dirigir los procedimientos sabe mejor que nadie lo que este objeto exige. No debe circunscribirse de tal modo las cuestiones que obliguen al perito á no explicarse sino imperfectamente; porque en este caso podrían más tarde hacerse necesarias nuevas comisiones y ocasionar lentitud en la instrucción; así como debe huirse también el defecto contrario; porque las generalidades y la demasiada vaguedad en los términos, darían por resultado respuestas no categóricas de los peritos.»

En los asuntos civiles, el juez señala el plazo en que se presentará el informe, y el artículo 77 del Código de Enjuiciamientos Civiles le autoriza para castigar con multa hasta de ochenta sures al perito que no cumpla con lo ordenado. En materia criminal, el artículo 72 del respectivo Código de Enjuiciamientos señala el término de veinticuatro

horas para la presentación del informe, autorizando al juez para prorrogarlo (1).

Cuando la intervención de los peritos está eucaminada al reconocimiento del cuerpo del delito, el informe pericial no es sino parte complementaria de la experiencia personal del juez, la cual, por lo mismo, constituye lo sustancial de la prueba. Por esto la ley dispone que el reconocimiento se haga á presencia del juez; y por lo mismo éste se halla obligado á describir circunstanciadamente todo lo observado, dejando para el informe pericial sólo las deducciones o explicaciones científicas. Todo lo que sea de ver y describir debe constar en el acta judicial, la cual constituye prueba plena, y puede servir de base para un nuevo informe, caso de que fuese necesario y hubieren desaparecido las huellas materiales del hecho.

De las cosas que debe describir, algunas hay que el juez no las conoce sino por medio de los mismos peritos; por ejemplo, la profundidad de las heridas, la existencia de derrames, tumores, etc. Respecto de estas cosas, el acta judicial hace naturalmente menos fe que respecto de aquello que al Juez le consta y puede apreciarlo perfectamente por medio de sus sentidos, como el número y sitio de las heridas; pero aun en esto no podría ser desechada el acta sino cuando, siendo posible un nuevo examen, se desmintiese la descripción hecha por el juez auxiliar por los peritos.

En la generalidad de los casos no se cumple bien este deber del juez en nuestro práctica forense, pues aun la parte puramente descriptiva de los hechos se la deja para el informe de los peritos. Esta falta podría motivar serios inconvenientes, cuando por divergencia de los peritos ó por no ser completa y conveniente su informe, se necesitara un segundo, después de desaparecidas las huellas del hecho; puesto que la divergencia de los peritos ó lo incompleto del informe podría versar, no sólo sobre las conclusiones, sino sobre la existencia de alguna circunstancia que debió observarse al tiempo de practicar el reconocimiento y que ya no fuera posible volver á observar.

En los reconocimientos de heridas y la práctica de autopsias se excusan los jueces con su falta de conocimientos; pero para apreciar, por ejemplo, el número de las heridas, el sitio en que resida, la extensión y en algunas hasta la profundidad que tengan, no se necesitan conocimientos médicos, y bastan la mediana ilustración general y el recto criterio que, por lo menos, se debe exigir en todo juez. Además, en los casos en que puedan apreciar por sí mismos fíctilmente las huellas del hecho, podrían hacerse ilustrar por los peritos á medida que vayan practicando el reconocimiento ó autopsia.

Es preciso que al practicar el reconocimiento ó autopsia tengan los peritos presente la disposición del Código de Enjuiciamientos Criminales, en virtud de la cual no puede el juez declarar la existencia del cuerpo del delito sin el parecer conforme de dos peritos; á fin de que si no

[1] La Ley Reformatoria del Código de Enjuiciamientos Civiles expedida en 1911 agregó la siguiente disposición, en su artículo 4.º: "Se entenderá caducado el nombramiento de los peritos, cuando no hubieren desempeñado su cargo dentro de los quince días posteriores á la aceptación, sin que haya habido causa justificativa suficiente, á juicio del juez."

están de acuerdo en la existencia ó naturaleza de un hecho, lo hagan presente al juez en ese mismo momento, si es de aquellos cuyas huellas puedan desaparecer, y pueda éste nombrar un tercero ó un cuarto perito oportunamente, hasta obtener el acuerdo de dos de ellos, y no quede, por este motivo, sin comprobarse el cuerpo del delito, y por lo mismo, impune el crimen que se persigue.

Presentado el informe de los peritos, no es obligatorio al juez el acogerlo: por el contrario, el artículo 80 del Código de Enjuiciamientos Civiles le autoriza para ordenar otro reconocimiento, si no se encuentra suficiente claridad en el primero. Dice, además, que en ningún caso está obligado el juez á seguir el parecer de los peritos, si su convicción se opone á ello.

El artículo 74 del mismo Código dispone que los peritos redacten su informe con claridad y con EXPRESION DE LOS MOTIVOS EN QUE SE FUNDEN.

Por estas disposiciones y por el juramento que el perito presta al aceptar el cargo, se halla en la estricta obligación legal y de honor, de recojer con la mayor escrupulosidad todos los datos que pudieran ser útiles para su informe, y de arreglarlos y analizarlos con severa lógica y orden riguroso, para deducir sus conclusiones con la mayor precisión posible.

El perito goza de la confianza del juez en lo relativo á su profesión y á sus declaraciones ó conclusiones científicas: mas para no hacerse indigno de ella es necesario que convenza al juez con la precisión, claridad, método y lógica de su informe.

«El juez se funda en la lealtad del perito en el curso de las observaciones que le pide,» dice Mirtermaier, en su obra citada, «y éste investigará con tanto mayor cuidado la verdad y sólo la verdad, cuanto que la santidad de su juramento le recuerda doblemente que lo que de él se espera es un examen concienzudo y sincero, y que sus informaciones van á dictar la sentencia.

«Las conclusiones del perito inspiran una confianza tanto mayor,» agrega, «cuanto son más poderosos los motivos principales y está más patente su mutua relación: el juez observa en ello el resultado de un «detenido examen de todas las circunstancias, de la madurez y solidez de «las observaciones.» (Tratado de la Prueba en Materia Criminal, pags. 171 172).

Desgraciadamente—sensible es decirlo—en nuestra práctica pasa, por lo general, todo lo contrario: jamás he visto un informe en el cual los peritos hayan expuesto ampliamente los fundamentos de sus conclusiones. Por eso, lejos de resaltar en esos informes el empeño de los peritos en la investigación de la verdad, el afán y la decidida voluntad con que han puesto sus aptitudes y conocimientos al servicio de la autoridad que ha confiado en ellos, para ayudarle del mejor modo posible en la investigación de la verdad y la apreciación de la naturaleza de los hechos, se nota el interés de desocuparse pronto y de gastar el menor número posible de frases ó palabras que pudieran dar origen á los interrogatorios de los cuales raras veces salen tan airosos y bien librados como sería de desear.

Debe, pues, el médico perito empeñarse en que su informe sea, no solamente verídico y claro, sino minucioso, prolijo, ordenado y lógico; debe aspirar siempre á que el juez, las partes ó cuantos lo leyeren queden firmemente convencidos de lo que en él exponga y del empeño y com-

petencia con que lo ha trabajado. Así será siempre acreedor á la confianza de la autoridad, y se librará de los malos ratos que á veces pasan nuestros peritos en los jurados, cuando los abogados de las partes los llaman á ampliar ó explicar sus informes, con interrogatorio preparados de expreso para sorprenderlos.

En el uso del tecnicismo científico, del cual no es posible prescindir absolutamente, debe el perito médico no perder de vista la circunstancia de que se dirige á personas que no son de su ciencia y de que su informe no tendrá objeto ni razón de ser, si dichas personas no habrían de entenderlo, ó si para ello les fuera necesario buscar el auxilio de otros peritos. Innumerables informes de nuestros profesores adolecen de este capital defecto, que es muy fácil evitarlo, teniendo en cuenta que la gran riqueza del lenguaje castellano permite siempre sustituir unas palabras con otras, ó bien combinarlas de tal manera que pueda comprenderlas sin dificultad cualquiera persona de mediana ilustración.

Para el caso de discordia entre los peritos, discuerdan también nuestros Códigos. El de Enjuiciamientos Civiles, en el artículo 16, dice: "En caso de discordia de los peritos, prevalecerá el dictamen del tercero, quien podrá ó no adherirse al parecer de uno de ellos." Y el de Enjuiciamientos Criminales: "Art. 72, inc. 3.º—Si los peritos discordaren, el juez nombrará un tercero, y no podrá calificarse el cuerpo "del delito sin el dictamen conforme de dos de ellos."

La palabra PREVALECERÁ del artículo del Código de Enjuiciamientos Civiles, creo que debe tomarse en el sentido de que el tercer informe debe ser tenido como el único subsistente, pudiendo el juez adherirse ó no á él, según lo dispuesto en el artículo 80 del mismo Código. Sin embargo, no encuentro nada razonable que, a priori y de un modo general, decida que ha de ser preferido el tercer informe. Pongamos el caso de que los dos primeros peritos sean dos médicos de cuya competencia y honorabilidad nadie pueda dudar, y que, por las dificultades del caso, no lleguen á estar acordes en el informe. En el lugar del juicio no es posible nombrar otro perito facultativo, y el juez se ve precisado á nombrar un empírico para tercer perito. ¿Será lógico, será razonable que la ley dé preferencia al informe de este ignorante en la ciencia cuyos conocimientos son indispensables para la interpretación del hecho, lo declare como único subsistente ó ordene que PREVALECERÁ, y deseche completamente los anteriores?

Sucede alguna vez que estando de acuerdo los peritos y habiendo puesto el mayor empeño en el cumplimiento de su cometido, no se satisface el juez y busca las luces necesarias para formar su convicción en otro informe pedido, no ya a nuevos peritos, sino á la Facultad de Medicina. No hay en nuestras leyes ninguna que prescriba al juez este procedimiento; pero como tampoco le está prohibido, y tiene la obligación de buscar de todas maneras los datos necesarios para juzgar con acierto, está en el derecho de hacer esta consulta á la Facultad.

Así mismo, no existe disposición alguna que imponga á la Facultad de Medicina, como Corporación, el deber de dar estos informes. No obstante, jamás se ha negado á darlos, conociendo la grande importancia que estos servicios pueden tener para la sociedad, á la cual todos estamos en el deber de servir.

No terminaré este estudio de los deberes impuestos por la ley al médico perito, sin rectificar el falso concepto que respecto de su papel ó actuación en el juicio he visto en algunas obras de Medicina Legal, entre

otras, en la traducción española de la esorítá en alemán por el profesor Casper. Dicen, en efecto, que el perito no es sino un testigo poseedor de conocimientos especiales en la materia. Esto es completamente inexacto; entre el testigo y el perito existe una inmensa diferencia, cuyo desconocimiento acarrearía funestas consecuencias en la administración de justicia, como podrá deducirse las siguientes consideraciones. El testigo se limita á declarar lo que ha visto, oído ó sabido por referencia, tal como lo conserva en la memoria, sin hacer apreciación ninguna de los hechos ni justificar sus conclusiones con razonamientos. El perito hace todo lo contrario: aprecia los hechos y justifica su opinión; y puede ser consultado, ya sobre cosas que, sin haberlas conocido antes, las tiene á la vista, como cuando debe decir si es curable una herida y en cuánto tiempo, si un niño cuyo cadáver le presentan ha nacido vivo ó muerto; ya para hacer apreciaciones de cosas que constan en el proceso pero que no están á la vista; v. g. si el acto tal cual consta de autos, debió ó no dejar tales señales ó producir tales efectos; ya para que emita su juicio sobre hipótesis ó suposiciones, como éstas: si se hubiera empleado tal medio homicida ¿la víctima hubiera podido gritar? ¿Tal herido pudo haber corrido ó ejecutado estos medios de defensa? Además, los testigos declaran uno á uno y en el momento que se les pregunta; los peritos informan juntos y se les da plazo para que estudien y mediten el asunto. Los testigos no pueden ser elegidos por el juez; los peritos lo son en todas las causas criminales. El juez no puede desechar las declaraciones de los testigos, pues la ley las cree verdaderas por referirse al testimonio de los sentidos que da nociones claras y seguras; y la misma ley y la razón le autorizan para no seguir el parecer de los peritos, si es contrario á sus convicciones, porque en las apreciaciones de los hechos se pueden equivocar, ora por falta de estudio y atención, ora porque acepten, como base para sus deducciones, principios erróneos ó nul comprobados.

Otros médicos legistas le hacen desempeñar al perito el papel de asesor del juez. Esto es igualmente erróneo é inaceptable.

El papel de perito se limita á suministrar al juez las luces de que éste carece para la apreciación de un hecho, á hacer claro y perceptible al entendimiento del juez lo que éste encuentra obscuro é incomprendible por falta de conocimientos especiales. No puede imponerle sus convicciones sino por medio del convencimiento. Los peritos son, pues, para el juez, según la gráfica expresión de Bonnier, una especie de instrumentos de óptica que aclaran los hechos y los aproximan á su inteligencia, á fin de que los vea perfectamente. Nunca aconsejará un perito al juez que declare comprobado el cuerpo del delito, ni que es constante el hecho denunciado en la acusación, ni que tal sujeto es el responsable del crimen, etc. como puede hacerlo el asesor.

CAPITULO II

De la responsabilidad del médico por sus actos profesionales.

Esta responsabilidad puede ser civil ó penal; aquélla se refiere al pago de daños ó perjuicios; ésta á la aplicación de las penas señaladas por el Código Penal. Las estudiaremos separadamente, anteponiendo

el siguiente axioma jurídico: Todo el que es criminalmente responsable lo es también civilmente, si el hecho ha causado perjuicios á otro individuo; pero el civilmente responsable no lo es criminalmente sino cuando su hecho está previsto y castigado por el Código Penal.

I.—RESPONSABILIDAD CIVIL

No tenemos en nuestras leyes disposición alguna especial acerca de la responsabilidad civil de los médicos; debemos, por tanto, regirnos por las leyes generales.

El Código Civil, en el artículo 2226, dice que todo el que comete un delito ó cuasidelito está obligado á indemnizar el daño; y si se comete el delito ó cuasidelito por dos ó más personas, éstas son solidariamente responsables, es decir, cualquiera de ellas puede ser demandada por el todo.

En los daños indemnizables se comprenden todos los que inmediata ó directamente se siguen del delito ó cuasidelito.

Según nuestro Código se llaman delitos civiles los hechos ilícitos y perjudiciales ejecutados con intención de dañar; y cuasidelitos, estos mismos hechos ejecutados sin intención de dañar, pero con negligencia ó imprudencia. Estos hechos pueden ser negativos, es decir, meras omisiones, y se dicen hechos por ser ejecutados sin derecho ó contra ley.

Sentados estos antecedentes, trata el Código Civil de algunos delitos y cuasidelitos que requieren disposiciones especiales, y luego da esta regla:

•Art. 2311.—Por regla general, todo daño que pueda imputarse á malicia ó negligencia de parte de otra persona debe ser reparado por ésta.

En seguida advierte que la cuantía del daño puede ser reducida por el juez, si el perjudicado se hubiere expuesto imprudentemente al daño, y concluye disponiendo que estas acciones ó reclamaciones prescriben en cuatro años contados desde el hecho dañoso.

Nuestro sistema legal es, pues, idéntico al francés. El artículo 1382 del Código Civil de Francia, dice: "Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer."

Y el 1383:—"Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou son imprudence." Por tanto, las explicaciones que los expositores franceses dan de estos artículos son de todo en todo aplicables á nuestras cuestiones. Y ya que entre nosotros no han ocurrido casos prácticos que nos hubieran dado á conocer la manera de pensar, á este respecto, de nuestros juriscónsultos, tengamos presente lo dicho por los más ilustrados comentadores y medicolegistas de Francia y de otras naciones, cuyas leyes son iguales á las de ésa, en la materia en que nos ocupamos. Ahora bien, Dalloz, Carnot, Laurent, Brian y Chaudé, Dechambre, Luteaud, Legrand du Saule, Thoinot, Vibert, Brouardel y otros muchos están de acuerdo en que el médico no es responsable mientras se contiene dentro de los límites de su ciencia; pero que si se luce responsable de malicia, imprudencia ó negligencia, queda sujeto á las reglas generales que acabamos de indicar respecto á los efectos civiles de los delitos y cuasidelitos. Thoinot

dice terminantemente: "Le médecin est dans l'exercice de sa profession, *"COME TOUT CITOYEN, responsable des dommages causés par lui et tenu à leur réparation civile et pénale."* (Précis de Médecine Légale, Paris 1913, página, 22).

Laurent, en sus "Elementos de Derecho Civil," tomo XX, No. 516, reconoce y con razón, otra fuente de obligaciones civiles de los médicos, la convención ó pacto entre el médico y su cliente; pues, no hay duda, dice, que entre el enfermo y el médico existe ordinariamente un convenio que impone obligaciones mútuas á las partes y cuya inejecución les acarrea también responsabilidades.

§ II—RESPONSABILIDAD PENAL

Esta no existe sino cuando el hecho está previsto y sujeto á pena en el Código Penal. Generalmente hablando, este Código castiga sólo los hechos intencionales y maliciosos; pero en ciertas circunstancias la imprudencia y la negligencia bastan también para constituir delito.

Procediendo del primer modo, es decir, maliciosamente, el médico puede cometer tres clases de delitos ó infracciones:

1.^a—Peculiares de su carácter y profesión; 2.^a—Tales que el carácter profesional constituya una circunstancia agravante; y 3.^a— Finalmente, tales que la profesión no influya de ningún modo.

Podemos comprender en la primera especie las doce variedades siguientes de infracciones: 1.^a la señalada por el artículo 192 del Código Penal, que dice:

"El médico, cirujano ó practicante que, por favorecer á alguno, hubiere certificado falsamente enfermedades ó imposibilidades para dispensar de un servicio debido legalmente, ó de cualquiera otra obligación impuesta por la ley, será castigado con prisión de seis meses á dos años y multa de cuarenta á cuatrocientos sueros.

"Si ha sido movido por dones ó promesas, será castigado con prisión de uno á cinco años, á más de la multa antes indicada."

2.^a La del artículo 209, que, tratando en general de los peritos, dice:

"El intérprete y el perito convencidos de declaraciones falsas, sea en materia criminal, correccional ó de policía, ó en materia civil, serán castigados como testigos falsos." (Es decir, con prisión de dos meses á ocho años, según la gravedad del asunto sobre que versa la falsedad).

"El perito que en materia criminal hubiere declarado falsamente sin juramento, será castigado conforme al artículo 207." (De tres meses á un año de prisión).

3.^a La del artículo 240 que impone prisión de seis meses á tres años y multa de 40 á 80 sueros á más de la restitución del doble de lo que hubiere recibido al que, encargado de un servicio público, aceptar dones ó promesas para ejecutar un acto de su empleo, aunque sea justo, pero no sujeto á retribución. La pena se aumenta con prisión de uno á cinco años y multa de cuarenta á ciento sesenta sueros, si el acto es manifiestamente injusto y si las ofertas ó dones son aceptadas para abstenerse de ejecutar un acto que entre en el orden de sus deberes.

4.^a La del artículo 241, cuyo tenor es el siguiente: "Todo funcionario público y toda persona encargada de un servicio público, que por ofertas ó promesas aceptadas, por dones ó presentes recibidos, hubieren ejecutado, en el ejercicio de su cargo, un acto injusto, ó se hubiere

“abstenido de ejecutar un acto que entraba en el orden de sus deberes, serán castigados con tres á seis años de reclusión menor, y con multa de cuarenta á cuatrocientos sueres, á más del triple de lo que hayan recibido.”

El artículo 240 castiga la simple aceptación de las dones ó promesas, se cumpla ó no el objeto para que fueron aceptadas: el 241 castiga el cumplimiento del fin con que se aceptaron las ofertas ó dones; ya sea ejecutando un acto, ya absteniéndose de cumplir un deber:

5.^a—La del artículo 272, que castiga con prisión de ocho días á dos meses ó multa de cuarenta sueres al que niega el servicio que se le exige en atención á su profesión:

6.^a—La del artículo 438, que castiga á los médicos, parteras, etc. que violan el secreto profesional.

7.^a—La del artículo 41 del Código de Policía, que castiga, en el Go. 12, con multa de 30 á 25 sueres y prisión de cinco á seis días, como contravención de tercera clase, el no expresar en las recetas el uso que de ellas deba hacerse:

8.^a—La del propio artículo, No. 11, que impone la misma pena al profesor encargado del fluido vacuo, que lo deje perder:

9.^a La de este mismo artículo No. 13, que castiga de igual manera el hecho de negarse á prestar los servicios á los particulares, habiendo sido designados por la Policía para el turno y no estando legítimamente impedidos:

10.^a—La del artículo 42, que estima como contravención de cuarta clase, penada con 25 á 30 sueres de multa y prisión de seis á siete días, el que los médicos despachen como farmacéuticos al mismo tiempo que ejercen la medicina:

11.^a—La que se halla á la vez incluida entre las contravenciones de segunda clase (Art. 40, No. 17) y de tercera (Art. 41, No. 29), y consiste en negarse á la llamada de la autoridad que desea aprovechar de los conocimientos de una persona para la administración de justicia; y

12.^a—La del artículo 82 del Código de Enjuiciamientos en Materia Criminal, que castiga á los médicos que se niegan á practicar las autopsias prescritas por el juez, con las penas del artículo 272 del Código Penal [ocho días á dos meses de prisión ó cuarenta sueres de multa].

Todas estas faltas no podría, pues, cometerlas el médico sino en su calidad de tal.

Veamos ahora aquellas en que el carácter profesional es una circunstancia agravante, es decir, las de la segunda especie. La ley castiga al que intencionalmente hiciere abortar á una mujer, agravando la pena cuando la mujer no ha consentido, y mucho más cuando á ésta se le ha ocasionado la muerte; y después de reglar así todos los casos, toma en consideración el carácter profesional del agente, como una circunstancia agravante, diciendo:

“Art. 339.—En los casos prescritos por los artículos 334, 336 y 338, “el culpado es médico, cirujano, comadrón, partera, practicante ó farmacéutico, la pena de prisión será reemplazada con reclusión menor de tres á seis años, la de reclusión menor con reclusión mayor de igual tiempo y la reclusión mayor ordinaria con reclusión extraordinaria.”

Del mismo modo, al tratar de los atentados contra el pudor, preveo y castiga varios casos, y al fin agrega: “Art. 862.—El mínimo de las penas señaladas por los artículos precedentes será aumentado con dos años, “si el atentado ha sido cometido sea por funcionarios públicos ó ministros

“del culto que han abusado de su posición para cometerlo, sea por médicos, cirujanos, comadrones ó practicantes, en personas confiadas á su cuidado.”

Y no hay más casos en que esté expresamente considerado como condición agravante del delito, el carácter de médico del agente; pero es claro que el juez podría tomarla como tal en los casos de homicidio por envenenamiento y otros análogos, en los cuales los conocimientos científicos del médico le hubieran podido servir para asegurar mejor éxito de su designio criminal ó proceder con mayor alevosía; pues el artículo 35 del Código Penal, dice: “Son circunstancias agravantes todas las que aumentan la malicia del hecho, ó la de sus autores, ó la alarma que la infracción produce en la sociedad..... etc.”

A la tercera especie de delitos, es decir, á aquella en que el carácter de médico no influye de ninguna manera, pertenecen todas las demás infracciones que pueden ser cometidas del mismo modo por cualquiera que no sea médico, como la rebelión, el fraude, etc.

§ III—DAÑOS NO INTENCIONALES

Nada más dicen nuestras leyes que pudiera referirse á los actos ejecutados por el médico con intención de dañar. Cuanto á los casos en que, por ignorancia ó error, ó por omisión ó descuido, ó por imprudencia ó temeridad causare el médico algún daño á las personas, en el ejercicio ordinario de su profesión, el artículo 412 del Código Penal dice lo siguiente:

“Los médicos, boticarios, ó cualquiera otra persona que por falta de precaución ó de cuidado, recetaren, despacharen ó administraren medicamentos que comprometan gravemente la salud, serán castigados con prisión de seis meses á un año; si hubieren causado enfermedad que parezca incurable, la prisión será de uno á tres años; y en caso de haber producido la muerte, la pena será de tres á cinco años.”

Pero existen, además, en el mismo Código varias reglas, por las que tendríamos que regirnos, en los casos que no pudieran ser incluidos en el artículo citado, como pasa en el Derecho francés, cuyas disposiciones son iguales á las siguientes de nuestro Código:

“Art. 409.—Es reo de homicidio involuntario ó lesión involuntaria el que ha causado el mal por falta de previsión ó precaución: pero sin intención de atentar contra otro.”

“Art. 410.—El que involuntariamente hubiese causado la muerte de otra persona, será castigado con prisión de tres meses á dos años y multa de cuarenta á ciento sesenta sueres.”

“Art. 411.—Si de la falta de previsión ó de precaución, sólo han resultado golpes ó heridas, el culpado será castigado con prisión de ocho días á dos meses, y multa de cuarenta á ochenta sueres.”

Los artículos 409 y 410 corresponden casi exactamente al 391 del Código Penal francés, y el 411 al 320, que dicen: “Art. 319—Quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des réglemens, aura commis involontairement un homicide ou en aura été involontairement la cause, sera puni d'un emprisonnement de trois mois á deux ans, et d'une amende de cinquante francs á six cents francs.”

“Art. 320.—S'il n'est résulté du défaut d'adresse ou de precaution

“que des blessure (1) ou coups: le coupable sera puni de six jours a deux
“mais d'emprisonnement, et d'une amende de seize francs, ou de l'une de
“ces deux peines seulement.”

Nuestro artículo 412, desarrollando estas mismas ideas, habla en especial del daño causado por médicos, boticarios ú otras personas que hubieren recetado, despachado ó administrado medicamentos capaces de alterar la salud y producir la muerte, procediendo con falta de precaución ó de cuidado: pero nada dice respecto del empleo de procedimientos químicos inoportunos ó perniciosos, del abandono al enfermo, etc. y para estos casos sería necesario una extensión algo forzada de los artículos 409, 410 y 411, como se hace en Francia con los artículos 319 y 320 de su Código á fin de salvar la justicia y la razón.

Las leyes antiguas, tanto las romanas como las españolas, castigaban con excesiva severidad á los médicos que causaban daños á sus enfermos, aun cuando no hubiera grave falta de aquéllos, fundándose seguramente en que, en ese tiempo, se dedicaba cualquiera al ejercicio de la medicina, sin haber dado las pruebas de competencia y estudio á que posteriormente se ha sujetado á los que quieren ejercerla; pero eliminada esta excesiva severidad de las leyes antiguas, todas las modernas consagran la responsabilidad de los actos profesionales del médico en términos muy semejantes á los de las nuestras, y completamente conforme en el fondo.

Resumiendo lo dicho, resulta que nuestra doctrina legal, de acuerdo con la francesa y la de todos los países civilizados, y con los sanos principios puede reducirse á lo siguiente:

La absoluta irresponsabilidad del médico es absurda exageración: la responsabilidad en todo caso de error es otra exageración igualmente absurda y perjudicial: un razonable término deja, como dice Laurent, á la ciencia toda la latitud que necesita, y concede á la justicia todo lo que le puede pertenecer.

Según esto, el médico no responde ni civil ni criminalmente de los errores ó daños cometidos en el ejercicio regular y concienzudo de su profesión: “Errata medicorum terra o cultat,” decía Montaigne; pero si fuera de la cuestión científica puede imputársele malicia, desuido, negligencia grave ó ignorancia crasa de los procedimientos más elementales del arte, queda sujeto á las reglas generales, y, por lo mismo, responde civilmente, á título de delito ó cuasidelito, ó violación de obligaciones convencionales; y criminalmente, conforme á las leyes que castigan el homicidio, las heridas, lesiones ó enfermedades, etc.; en una palabra, responde más bien como hombre que como médico.

Estos principios han informado los procedimientos y fallos de los Tribunales franceses desde hace un siglo, aproximadamente, y continúan siendo también ahora los fundamentos de las sentencias de sus jueces y Tribunales. En el año 1832, el Dr. Thonret-Noroy, practicando una sangría á un enfermo, abrió la arteria humeral; lo cual ocasionó la aparición de un aneurisma y, ulteriormente, la gangrena del brazo, que necesitó ser amputado. El médico fué condenado á pagar una indemnización inmediata de 600 francos y una renta vitalicia de 150 francos anuales; porque en el juicio se comprobó, no sólo la falta de destreza con que

[1] Por heridas comprenden los tribunales franceses todos los ataques á la salud, según lo advierte el profesor Vibert.



procedió, sino su negligencia en el tratamiento de los accidentes que había ocasionado, y el abandono en que dejó después al enfermo. En este memorable juicio, el Procurador general Dupin expuso el siguiente razonamiento enteramente conforme á la opinión que dejamos emitida:

"Il ne s'agit pas de savoir si tel traitement a été ordonné á propos "mal á propos, s'il devait avoir des effets salutaires ou nuisibles, si un "autre n'aurait pas été préférable, si une telle opération était ou non indispensable, s'il y a eu imprudence ou non á la tenter, adresse ou mala- "dresse á l'exécuter, si avec tel ou tel instrument, d'après tel ou tel pro- "cédé, elle n'aurait pas mieux réussi. Ce sont lá des questions scientifi- "ques á debatre entre docteurs et qui ne peuvent pas constituer des cas de "responsabilité civile et tomber sous l'examen des tribunaux.—Mais du "moment que les faits reprochés aux médecins sortent de la classe de "ceux qui par leur nature, sont exclusivement réservés aux doutes et aux "discussions de la science, du moment qu'ils se compliquent de negli- "gences, de légèreté ou d'ignorance de choses, qu'on doit nécessairement "savoir, la responsabilité de droit comun est encourue, et la compétence de "la justice est ouvert."

A más de la precisión con que se establecieron los fundamentos de la sentencia, se hizo notable este fallo por haber venido poco tiempo después de que la Academia de Medicina de París había sostenido que el médico debía ser absolutamente irresponsable por todos sus actos profesionales, cuando en ellos no aparece la intención criminal: pues con motivo del proceso del Dr. Helic, en 1829, esa ilustrada corporación en la que figuraban médicos tan notables como Dupuytren, Recamier, Adelon, Desgenettes, Itar, Double, etc., aprobó un informe en cuya conclusión se leen las siguientes frases: "La Academia no quiere concluir "su dictamen, sin expresar claramente su opinión sobre la responsabi- "lidad médica y se levanta contra la decisión de algunos tribunales "que tienden á admitir como un principio funesto esta responsabi- "dad----- No debe haber más que una responsabilidad, la moral, "y ésta es sobrado grave para que los tribunales tengan necesidad de "invocar además un principio inútil y dañoso de responsabilidad legal."

Con este antecedente á nadie extrañará saber que la sentencia contra el Dr. Thouret-Noroy produjo un gran escándalo, y que los médicos de París, indignados por ella, se reunieron en una notable asamblea, el 2 de Octubre de 1834, abrieron una suscripción á favor del penado y comisionaron á los Doctores Orfila, Double, Dubois, Bernard, Vidal de Casis y Forget para la redacción de una enérgica protesta contra esa jurisprudencia. En esa protesta principia uno de los párrafos con las palabras que copiamos á continuación: "El principio de la responsabilidad "médica, una vez admitido, vuelve imposible el ejercicio libre, concienzudo, "progresivo y útil del arte de curar, y la humanidad va á quedar in- "cesantemente en peligro, El médico se verá en la alternativa, ó de "abandonarse á una funesta inacción, ó de tentar medicaciones, opera- "ciones saludables, sin duda, pero tales que en ciertos casos que no se "pueden calcular ni prever, podrán comprometer su honra, su reputa- "ción y su fortuna."

Muchos otros médicos de distintas naciones, y entre éstos el Profesor Mata, de Madrid, eran del mismo parecer, y alegaban, además, para defender la irresponsabilidad del médico, las dificultades que podrían suscitarse en los tribunales al no aceptarla. "¿Cómo apreciar en "justicia, dicen, si el médico, en tal ó cual circunstancia, siguió las reglas

“del arte á se separó imprudentemente de ellas? Los tribunales han de “ser acaso, los llamados á juzgar los sistemas que reinan en la ciencia “á reprobar lo que hizo el médico y á indicar lo que debería haber “hecho?”

Pero toda esta apasionada defensa, que quizá nació del temor de que los tribunales se extralimitaran en su rigor, pasando más allá de lo exigido por las modernas legislaciones, para volver a los tiempos neronianos, se desvanece considerando que los descuidos, las negligencias graves, las omisiones, las imprudencias temerarias, constituyendo en el médico, lo mismo que en cualquiera que no lo sea, una falta en el cumplimiento de sus deberes; y que por esta falta castiga la ley, con justa razón, del mismo modo á todo el que la comete, sea ó no dicha falta concerniente al ejercicio de la medicina ó de cualquiera otra profesión. No castigan las leyes los errores científicos del médico ni le imponen penas por los malos éxitos en el ejercicio honrado y concienzudo de su profesión; ni entran los tribunales á discutir las teorías científicas ni las opiniones de los médicos; le exigen únicamente que no sea descuidado ni negligente, ni omiso en el cumplimiento de su deber; que no proceda con imprudencia temeraria ni ignorancia crasa; que cumpla los sagrados preceptos de la moral y la conciencia.

La Corte de Casación de París, expuso en una de sus sentencias á este respecto, el siguiente considerando:

“Que, sin duda, corresponde á la sagacidad del juez no ingerirse temerariamente en el examen de las teorías ó de los métodos médicos, ni “pretender disentir las cuestiones de pura ciencia; pero que existen reglas generales de buen sentido y de prudencia á las cuales se debe “conformar ante todo en el ejercicio de cada profesión, y que, desde este “punto de vista, los médicos quedan sometidos al derecho común, como “todos los otros ciudadanos.”

No hace mucho, en 1907, el Dr. C. fué acusado ante uno de los Tribunales del Sena, por la señorita P., á la cual había entrado un apendicitis grave, mediante la aplicación continua de hielo sobre el vientre. El frío prolongado produjo una escara de la piel, y esto bastó para que la enferma, olvidando el grave peligro de que la había salvado su médico, le acusara por el perjuicio que la aplicación del hielo le causó. El Tribunal absolvió al acusado, con los considerandos siguientes:

“Que no se sabría, sin traspasar la intención del legislador y sin “poner en peligro el interés que él ha querido salvar precisamente, inculpar á las personas que practican el arte de curar, con motivo de “todo suceso que haya ocasionado un perjuicio al enfermo; lo cual tendría “evidentemente por resultado destruir toda iniciativa y toda libertad en “el tratamiento de las enfermedades y en las operaciones que acarrear “riesgos.”

“Que conviene reconocer, para observar una justa medida: 1.º La “simple aplicación de las teorías ó de los métodos médicos serios, que “pertenecen exclusivamente al dominio de la ciencia y de la enseñanza, no “debe entrañar responsabilidad penal: 2.º—La inobservancia de las reglas “generales de buen sentido y de prudencia, á las cuales está sometido el “ejercicio de toda profesión; la negligencia acentuada, la inatención grave, “la impericia incompatible con la obtención del diploma exigido al médico “para que esté autorizado á ejercer su arte, pueden y deben, al contrario, “entrañar esta responsabilidad.

“Que el hecho debe resumirse al fin en los términos siguientes: la

"señorita P. ha sido atendida de apendicitis grave que puso su existencia en peligro, y el tratamiento aplicado por el Dr. C. la ha curado, salvo el efecto de los inconvenientes imposibles de prever con certidumbre, sobrevenidos á consecuencia de un tratamiento que presenta un carácter normal."

Conforme á estas ideas, el médico puede recurrir á cualquier tratamiento que juzgue necesario, aún ensayando medicamentos nuevos, siempre que no olvide las reglas de cordura y necesaria prudencia en sus procedimientos. Desde este punto de vista fué muy importante la decisión del Tribunal de Paz de Alger, cuando absolvió, en 1897, al Dr. A. acusado por una enferma á la cual hizo inyecciones de suero antidiftérico para curarle de un ozena. Entre los CONSIDERANDOS de la sentencia, se enuncian los siguientes:

"Que el ejercicio de la medicina no tendria razón de ser si los médicos no pudieran sino cruzarse de brazos en los casos extremos, y si no fuera permitido ensayar nada; que conviene reconocerles este derecho desde el momento en que, como el Dr. A. no se separan de las reglas del buen sentido y la prudencia; si, como el Dr. A., no persiguen otro fin que la curación del enfermo y no se entregan á esos ensayos temerarios que reprobarían todos los médicos experimentados."

Los errores de prescripción que han causado grave daño ó muerte al enfermo, ora consistan en un LAPSUS CALAMI al tiempo de escribir el nombre ó la dosis de un medicamento activo; ora en cambiar la indicación del uso que debía hacerse del medicamento, han sido penados en Francia y en otras naciones, aun cuando en los respectivos Códigos no existen disposiciones expresas á este respecto, como la del artículo 412 de nuestro Código Penal. La negligencia, inatención ó descuido del médico se ha juzgado evidente en esos casos y se ha hecho efectiva la responsabilidad. El Dr. F. quiso prescribir un purgante á M. G. y formuló, por descuido, su receta en estos términos: "Tintura de Baumé 30 gramos, para tomar en ayunas en una tasa de té." El farmacéutico despachó la receta y M. G. murió dos horas después de haberla tomado. El Tribunal de Saint-Malo juzgó este hecho y condenó al médico á pagar 500 francos de multa y 8,000 de daños y perjuicios; y al farmacéutico, á 100 francos de multa y 6,000 de daños y perjuicios (Abril de 1900). Otro médico escribió, al formular unos supositorios de morfina DIX CENTIGRAMES en lugar de DEUX CENTIGRAMES, y fué condenado por la Corte de Toulon en mayo de 1902. Otro médico entregó á su enfermo un frasco con bálsamo opodeldoe sin poner en su etiqueta que el remedio era para uso externo. Fué condenado por la Corte de Angers á quince días de prisión, por homicidio por imprudencia (1876).

Podría ocurrir que la dosis de un medicamento activo, usada sin peligro para la generalidad de los enfermos, y señalada como dosis media en todos los formularios, ocasionara graves daños y aun la muerte á enfermos dotados de una susceptibilidad especial que no pudo preverse. En estos casos no cabría imputar descuido, imprudencia temeraria ni ignorancia crasa al médico; ni sería justo ni lógico, por lo mismo, exigirle responsabilidad. Sin embargo, no siempre han pensado así los tribunales franceses, y á veces han procedido con un exceso de rigor injustificable. Una enferma padecía de neuralgia; el médico le prescribió una oblea que contenía UN MILIGRAMO de atropina y CINCUENTA CENTIGRAMOS de antipirina; y la enferma murió dos horas después de haberla tomado. La Corte de Saint-Quentin condenó al médico á 100 fran-

cos de multa; y el Profesor Vibert, que cita el caso dice: "La condena ha sido, sin duda, dictada por la consideración de que la enfermedad no tenía sino una enfermedad insignificante y que el médico no había proporcionado los riesgos de la medicación á la gravedad del mal." Y luego trascribe, como digno de tomarse en cuenta, el siguiente considerando de la sentencia:

"Que los médicos tienen el deber de estudiar el temperamento, la edad y la resistencia de sus enfermos, de asegurarse que pueden soportar los tóxicos que les administran, aun cuando los apliquen á las dosis usuadas en la práctica."

Igualmente frecuentes, y quizá mucho más numerosos son los casos en que se ha exigido responsabilidad á los cirujanos por los malos éxitos de sus operaciones ó por los descuidos en ellas cometidos; pero en todos los casos en que han resultado condenados los cirujanos, los fallos se han fundado en el descuido ó la imprudencia grave con que procedieron, sin entrar á apreciar la oportunidad de la operación ni la bondad del método operatorio, ni ninguna otra cuestión meramente científica. A título de ejemplos útiles citaré los dos casos siguientes:

La señorita B. tuvo una luxación del codo; el médico que hizo la reducción, colocó un vendaje y rehusó quitarlo, apesar de que la enferma volvió cuatro veces donde él, á quejarse de horribles sufrimientos. Otro médico, llamado treinta y seis horas después, comprobó que la mano y una parte del antebrazo estaban invadidos de gangrena. La Corte de Niemes condenó al primer cirujano á pagar á la enferma 1,800 francos por daños y perjuicios.

El Dr. B. cirujano de los hospitales de París, extrajo un quiste del ovario á la señora R; pero dejó, por descuido, dos compresas dentro del abdomen. La señora se curó, arrojando las compresas por el ano, once meses después. El Tribunal del Sena juzgó el hecho, en Diciembre de 1910, y condenó al cirujano al pago de 5,000 francos por daños y perjuicios, apesar de que declaró en la misma sentencia: "Que la salud y aún la vida de la señora R. estuvieron muy gravemente comprometidas antes de la operación, y que si la señora vivía todavía, era verosímilmente, por no decir ciertamente, por la intervención del Dr B."

En la capital de Chile, cuyas legislaciones civil y penal son muy semejantes á las nuestras (1), fué acusado, hace algunos años, el Dr. Lucas Sierra, por haber causado el aborto á una señora, por error de diagnóstico, confundiendo la preñez con un tumor. A fin de confirmarse en su juicio, el Dr. Sierra llamó en consulta á los Doctores San

(1) He aquí los artículos del Código Penal chileno relativos al asunto:

"Art. 490 El que por imprudencia temeraria ejecutare un hecho que al mediarla malicia constituyera un crimen ó un simple delito contra las personas será penado:

"1º—Con reclusión ó relegación menores en sus grados mínimo á medio cuando el hecho importare crimen;

"2º—Con reclusión ó relegación menores en sus grados mínimo á multas de ciento á mil pesos cuando importare simple delito.

"Art. 491—El médico, cirujano, farmacéutico, libotomiano ó matrona que causare mal á las personas por negligencia culpable en el desempeño de su profesión, incurrirá respectivamente en las penas del artículo anterior.

"Art. 494—Sufrirán la pena de prisión en sus grados medio ó máximo, ó multa de diez á cien pesos:

Cristóbal y Marcial González, y ambos convinieron con el médico de cabecera en la existencia del tumor y la necesidad de la operación; pero, para explorar la cavidad uterina introdujeron un instrumento metálico que, seguramente, perforó las membranas; pues el parto se verificó en la noche de ese mismo día, y el niño nació con una pequeña herida en la cabeza, según la declaración del padre.

La sentencia absolvió al acusado, acogiendo el informe pericial de los Doctores Barros Borgoño, Gutiérrez, Donoso y otros, los cuales afirmaron que era posible el error de diagnóstico porque el feto fué anormal; «Pertenece al grupo de las monstruosidades humanas que han sido llamadas vulgarmente sirenas, y que los teratólogos han clasificado de monstruos similianos, por tener soldados los miembros inferiores formando un solo cuerpo,» dice el informe. Además, el feto no era viable, y que siendo de ocho meses cumplidos no pesaba sino 1,230 gramos, faltaba casi por completo los órganos del aparato urinario y genital, y no existía la última porción del intestino grueso. Por otra parte, la señora era bastante obesa y decía que no había tenido sus reglas des-

“10°—El médico, cirujano, farmacéutico, flebotomiano ó matrona que incurriere en descuido culpable en el desempeño de su profesión sin causar daño á las personas.”

Nótese que el Código Penal de Chile castiga el descuido del médico, cirujano etc., aun cuando de ello no resulte daño; mientras que el nuestro lo castiga sólo cuando ha producido la muerte ó enfermedad grave ó incurable del enfermo.

En el Código Penal de la República Argentina existen las siguientes disposiciones:

“Art. 15.—Son punibles las contravenciones á la ley cometidas por culpa ó imprudencia.

“Art. 16.—La culpa es grave:

“3°—Cuando por razón de sus conocimientos personales ó de las circunstancias en que se encuentre el delincente fuese capaz de prever el peligro de su acción ó de sus consecuencias;

“5°—Cuando por razón de su estado, profesión, empleo, compromiso ó otras circunstancias análogas, el autor estuviese obligado á mayor diligencia y atención.

“Art. 17.—La culpa es leve:

“1°—Cuando la acción cometida por imprudencia no tiene sino una relación lejana con el resultado.

“3°—Cuando el agente se ha visto obligado por circunstancias urgentes, que no pueden imputarsele, á tomar una resolución súbita.

“Art. 18.—El reo de culpa grave será castigado:

1° Con prisión de uno á tres años, si la acción culpable acompañada de intención criminal, hubiese constituido un delito, cuya pena exceda de seis años de presidio ó penitenciaría;

“2° En los demás casos de culpa grave, la pena será de arresto de un mes á un año.

“Art. 19.—El reo de culpa leve será castigado.

“1°—En la hipótesis del primer inciso del artículo anterior con la pena de arresto de tres á nueve meses;

“2°—En los demás casos, la pena será de arresto hasta dos meses”

Y en el comentario del artículo 15, se lee: “La culpa se distingue del dolo en que éste supone una intención culpable, y de la fuerza mayor en que ésta supone un acontecimiento imposible de prever ni de impedir, mientras que en el caso de imprudencia, ha habido siempre posibilidad de evitar el perjuicio causado. De esta posibilidad es de donde se deriva la culpa del que causa el perjuicio.”

Se comprende fácilmente en una extensa aplicación podrían tener estos artículos á la responsabilidad del médico por sus actos profesionales.

de muchos años antes. En estas condiciones era muy posible no percibir ni los ruidos del corazón ni los movimientos del feto, como lo declararon los peritos en su extenso y prolijo informe. (F. Puga Compendio de Medicina Legal, pág. 660),

Entre los acontecimientos desgraciados que pueden ocurrir en la práctica profesional de un médico ó cirujano, ninguno impresiona más vivamente al público ni levanta mayores y más apasionadas censuras que la muerte súbita ocurrida durante la anestesia clorofórmica. El público lego en cuestiones científicas de medicina, apoyado algunas veces en la mal disimulada opinión de médicos egoístas, que por desdicha no faltan, hace responsable del hecho al cirujano, imputándole descuido, imprudencia, ignorancia ó, por lo menos, falta de examen previo, minucioso y prolijo de todas las condiciones del enfermo por las cuales podía ser singularmente peligroso el cloroformarle.

Multitud de apasionadas y vehementes acusaciones hechas con este motivo por la prensa noticiosa política ó comercial, que siempre tiene la pretensión de ser el eco de la opinión social y la voz de la justicia, podría citar en corroboración de lo dicho, pues se las encuentra á cada paso y en todas partes; pero esto no tiene para nosotros ninguna importancia. Lo conveniente, lo necesario para formar nuestra opinión sólidamente fundada, es conocer el criterio que en asuntos de esa naturaleza ha guiado á jueces y peritos de muy alta ilustración. Y á ese propósito, nada más instructivo que los informes emitidos por los Doctores Saint Cene y Paul Brouardel y las sentencias dadas por el Tribunal civil de Chateau-Thierry y la «Cour d'Appel» de Amiens, que se hallan publicadas en los «Annales de Hygiène Publique et de Médecine Légale»—París, 1900, motivados por la muerte de Adonis Prévost, de los cuales extractamos los siguientes datos:

Mr. Adonis Teodoro Prévost, de 48 años, sano y robusto, abusaba con frecuencia de las bebidas alcohólicas. En una de estas ocupaciones, tuvo una caída y se produjo una luxación del hombro. El Dr. Bours practicó la reducción al día siguiente, creyendo haber obtenido éxito completo y después continuó haciéndole masajes durante seis semanas. Sin embargo, el enfermo continuaba quejándose y sin poder servirse del brazo; y en dos ocasiones en que el Dr. Bours quiso moverle el brazo para asegurarse del estado de la reducción, el enfermo tuvo síncope. En vista de esto, el Dr. Bours propuso á Prévost cloroformizarle, á fin de practicar el examen sin dolor.

Aceptada la cloroformización por Prévost, el Dr. Bours la llevó á efecto en la mañana del ocho de Junio de 1914; pero como en el lugar donde residía el enfermo no había sino otro médico, que se negó á ayudarle en la operación al Dr. Bours, no tuvo mas ayudante que un hombre fuerte, llamado en ese momento para que sostuviera al enfermo sobre la mesa, mientras se le cloroformizaba.

El Dr. Bours tapó la cara del enfermo con un pañuelo y empezó á verter sobre él gotas de cloroformo; pero á penas repitió ésta por segunda vez, cuando el enfermo se enderezó bruscamente, volvió á caer sobre la almohada que se había puesto bajo la cabeza, y quedó muerto. El Dr. Bours practicó la respiración artificial durante hora y media y la flagelación con un pañuelo mojado, y le hizo una inyección hipodérmica de eter; pero todo fué inútil, porque Prévost quedó definitivamente muerto.

La viuda de Prévost acusó al Dr. Bours fundándose principalmente

en que no se hizo acompañar de otro médico para la administración del cloroformo y que no preparó con anticipación nada de lo que podía necesitarse en caso de un accidente.

El Tribunal de Château-Thierry pidió un informe al Dr. Saint-Cene, quien, después de analizar proliamente las declaraciones de la viuda Prévost, del Dr. Bours y del que le sirvió de ayudante, sienta las siguientes conclusiones:

"1.º Mr. Prévost murió en el curso de una anestesia clorofórmica, "con las primeras inspiraciones del cloroformo: 2.º—La muerte parece "debida á á una asfixia rápidamente mortal por suspensión de la respira- "ción en el periodo de excitación: 3.º—Este accidente se explica mejor "por los antecedentes alcohólicos del enfermo: 4.º—M. Bours nos parece "que hizo todo lo posible para remediar la desgracia que acaba de sobre- "venir; y no pensamos que su responsabilidad pudiera estar comprometida "de ninguna manera, pues creemos que cumplió todo su deber."

El Tribunal acogió su informe; pero teniendo en consideración que el Dr. Bours no debía dar el cloroformo á Prévost por sus antecedentes alcohólicos y su predisposición á los síncofes, manifestada por los dos que tuvo con motivo de los dolores que le ocasionaba el examen de los movimientos del brazo; que la vida de Prévost no estaba, de ninguna manera, amenazada, por la luxación del hombro, mientras que sí corría peligro al cloroformizarse; y que el Dr. Bours no le previno al enfermo francemente de todos los peligros que corría al cloroformizarse, á fin de que decidiera con pleno conocimiento de ellos; condenó al médico á pagar ocho mil francos á la viuda, á título de daños y perjuicios, con los intereses respectivos, y á indemnizarle todos los gastos del litigio.

El Dr. Bours apeló ante la Corte de Amiens, y presentó un informe del eminente Profesor de Medicina Legal de París, Mr. Paul Brouardel; quien, analizando con lógica inflexible y grande erudición los fundamentos de la sentencia del Tribunal de Château-Thierry, expuso los conceptos, podemos resumir de la siguiente manera:

La muerte sobrevinida durante lá anestesia clorofórmica no es necesariamente imputable á la acción del cloroformo, pues antes del descubrimiento de la anestesia por el eter, el cloroformo y el peróxido de nitrógeno, los cirujanos habían señalado casos de muerte súbita, instantánea, irremediable, ocurridas en el momento en que iban á principiar la operación ó en el principio de éstas.

La muerte en estos casos sobreviene por síncope cardiaco pulmonar (inhibición), absolutamente lo mismo que la producida durante las primeras inhalaciones del cloroformo..... La impresionabilidad del enfermo juega un papel importante en la producción de este accidente., El uso de los anestésicos no ha creado una forma nueva de muerte por interrupción de los movimientos cardiacos y respiratorios, pues existía ya antes de que fuesen descubiertos.

"No se dice textualmente Brouardel, donde se encuentra consignado el hecho de que los síncofes cardio-pulmonares, durante la anestesia, sean más peligrosos en los alcoholizados. Lo único cierto es que en ellos dura más tiempo y es más intenso el período de excitación. Ninguno de los autores que he consultado señala ni más frecuencia ni más gravedad de síncofes cardio-pulmonares en los alcoholizados; por el contrario, todos han notado la disminución de los reflejos."

La predisposición al síncope manifestada en Prevost por el dolor que sufría con los movimientos de la articulación enferma, hacían dispensable,

en vez de contraindicar, la administración del cloroformo, ya porque suprimido el dolor desaparecía la causa de los síncope; ya que de otra manera era imposible el examen.

Cuanto á que no debería administrarse cloroformo sino en los casos en que la enfermedad ó la lesión pongan en peligro la vida del paciente es una cuestión científica en la cual no tiene derecho de intervenir el juez, porque corresponde á los médicos fijar las indicaciones y contraindicaciones de la administración del cloroformo. ¿Cuántos enfermos quedarían en la más desgraciada situación si se acogiera la manera de pensar del Tribunal de Chateau-Terry? Los que padecen luxaciones coxofemorales, de la rodilla, del codo; los que tienen anquilosis ¿se curarían sin cloroformo? La larga duración y la intensidad del dolor ¿no es para los enfermos un peligro más grave que el del cloroformo?

Ni es, tampoco, posible exigir al médico que dé al enfermo una instrucción completa y detallada de todos los peligros de la cloroformización; pues siendo ésta indispensable en muchos casos, el conocimiento detallado de sus peligros, no serviría sino para aumentarlos, despertando el temor ó la impresionabilidad del paciente y disminuyendo su energía; lo cual debe, por el contrario, evitar el médico con vivo empeño, puesto que son las causas que más predisponen al síncope mortal. Además, se exageran los peligros del cloroformo; pues los casos fatales no pasan de uno por tres mil, en unas estadísticas, y de uno por dos mil en otras.

Y termina Brouardel su exposición con las siguientes palabras pronunciadas por Velpeau, en 1853, en un juicio análogo, en el cual dos cirujanos fueron condenados á una multa de cincuenta francos por haber muerto al herido durante la cloroformización: "Vosotros tenéis en vuestros manos (deca á los jueces) el porvenir de la Cirugía; la cuestión interesa más al público que á los médicos; si condenáis al cirujano que ha empleado el cloroformo, ninguno de nosotros consentirá en volver á emplear jamás; ningún médico querrá emplearlo si sabe que, á consecuencia de un accidente imposible de prever, incurre en responsabilidad. Os corresponde conservar la abolición del dolor ó hacerlo renacer."

La Corte de Apelación de Amiens acogió el informe del Dr. Brouardel, reproduciendo casi textualmente en sus considerandos las conclusiones de ese informe, y revocó la sentencia del Tribunal de Chateau-Therry, absolviendo completamente al Br. Bours.

Para terminar este capítulo, creemos necesario recordar que algunos médicos han sido condenados por haber trasmitido á sus clientes, al examinarlos, enfermedades de que estaban afectadas las propias manos del médico, ó por haberlas propagado entre los clientes, usando de instrumentos mal aseados, y aún por no haber prevenido á las nodrizas del peligro del contagio á que están expuestas cuando amamantan niños sifilíticos. En estos casos, los tribunales han hallado imprecación, descuido ó omisión en la conducta del médico; y los autores de tratados de Medicina Legal, que citan varios ejemplos, encuentran legales y bien fundadas las sentencias. El Profesor Brouardel refiere el caso de un médico inglés que asistió en un parto á una señora, teniendo una desolladura (ecorehura) en un dedo, la cual resultó después un ebanero. La parturienta contrajo la sífilis, y el médico fué condenado á pagarle setenta y cinco mil francos de indemnización. En Francia es muy conocido el caso de un médico que contagió la sífilis de un enfermo á otro,

examinando á ambos la trompa de Eustaquio con el mismo instrumento. El médico murió cuando iba á iniciarsele el juicio de responsabilidad, y relatando el suceso, dice Vibert: «Ninguna duda queda de que, en semejante caso, el médico sería condenado.»

El último caso, el incurrir en responsabilidad por no advertir á la nodriza de los peligros del contagio cuando quiere amamantar á un niño sífilítico, tiene para el médico el grave inconveniente de estar en pugna con el deber de guardar el secreto profesional: pero como de este deber haremos un estudio completo en el capítulo siguiente, bastará indicar, por ahora, que muchas veces es imposible diagnosticar la sífilis en un recién nacido ó en un niño de pocos días, por muy prolijamente que se le examine (Broudel, Fournier, Vibert): y que, conforme á nuestras leyes, la responsabilidad del médico no podría ser exigida sino en el caso de haberlo consultado la nodriza previamente respecto de la salud del niño, y obtenido de él un informe falso, bien sea intencional, bien por falta de un examen suficiente para asegurarse del diagnóstico.

Recapitulando todo lo dicho y lo que fluye espontáneamente de las sentencias de los Tribunales franceses y las opiniones de médicos eminentes que dejamos transcritas, ratificaremos nuestra ya indicada manera de pensar relativamente á la responsabilidad profesional de los médicos, diciendo: Mientras se mantiene dentro del ejercicio honrado y concienzudo de su profesión; mientras no comete imprudencias temerarias, descuidos ú omisiones; mientras no proceda con ignorancia crasa, incompatible con las exigencias de su propio título profesional, el médico no incurrir en responsabilidad de ninguna clase; pero en caso contrario, debe responder por los daños causados; civilmente, á título de delito ó cuasidelito, según lo prescrito por los artículos 2296 y 2311 del Código Civil; y criminalmente, según las disposiciones del Código Penal y del de Policía que quedan transcritos en el lugar correspondiente.

La absoluta irresponsabilidad de los médicos, defendida por la Academia de Medicina de París en 1832 y por algunos médicos notables, en el siglo anterior y aun en el presente, es una absurda exageración: el título profesional, por muy bien obtenido que sea, no puede, no debe ser jamás una patente de impunidad. Con igual fundamento y energía rechazamos, pues, ambas opiniones extremas: la de los que quieren que se declare al médico incapaz de toda culpa, y de los que quisieran verle perseguido y penado por todos los malos éxitos de su profesión.

No es un argumento irrefutable en favor de la primera opinión el de las graves dificultades que podrían suscitarse en los Tribunales al aceptar la responsabilidad médica; pues ya hemos dicho que los Tribunales no juzgan de las teorías científicas, ni de la oportunidad y conveniencia de las indicaciones médicas ó quirúrgicas, sino de las faltas que corresponden más bien al hombre que al médico, como la negligencia, la omisión, la imprudencia temeraria. Si la ley es justa y razonable, los peligros de su mala interpretación ó aplicación, en los casos difíciles harán necesario que los Tribunales se ilustren debidamente con el auxilio de peritos competentes y concienzudos; y exigirá de los jueces circunspección y mesura en sus dictámenes; pero esto no quiere decir que ha de borrarse la ley, consagrando como un principio la impunidad del médico que falta al cumplimiento de sus deberes.

Menos razón tienen los que afirman que la medicina quedaría estacionaria, que se coartaría el ejercicio libre y progresivo del arte y que muchos enfermos serían víctimas de sus pudecimientos, cuando fué

necesario tomar una resolución peligrosa para salvarlos, por haberse agotado ya los recursos ordinarios; porque toda esta exagerada defensa de responsabilidad se desvanece con sólo considerar que las imprudencias temerarias, la negligencia punible, la ignorancia crasa, ni contribuyen al progreso de la ciencia ni vienen jamás en provecho del enfermo.

La responsabilidad debe ser tanto mayor, cuanto más delicadas ó importantes sean las obligaciones que han de cumplirse; cuanto mejor conozca ó deba conocer el agente los peligros á que expone á sus semejantes con sus imprudencias, descuidos ó negligencias; y el médico tiene en sus manos los más preciados dones del hombre, la honra, la vida, la salud; el médico, que conoce perfectamente los peligros concernientes al uso de sustancias venenosas, á la introducción de un bisturí en cualquier región del organismo, á la práctica de las operaciones más sencillas, el abandono del enfermo que necesita observación atenta y prolija; el médico, que sabe y debe tener siempre presente que una sola palabra suya, proferida con imprudencia ó ligereza, puede arruinar la honra, no sólo del enfermo, sino de toda su familia, debe ser por lo mismo, más responsable de la falta de cumplimiento de sus deberes profesionales, siempre estrictos y delicados.

El médico que sabe lo que de él exigen, no sólo las leyes penales, sino principalmente su propio honor y su conciencia y el arte noble y generoso á que se ha consagrado, no tiene, de ninguna manera, por qué huir la responsabilidad consagrada por las leyes; y lejos de rebatirla, se avergonzaría de temerla.

CAPITULO III

Secreto profesional

El sagrado deber de guardar en lo íntimo de la conciencia lo que hemos sabido en reserva, ha sido reconocido y practicado universalmente desde los tiempos más remotos, y consagrado en las legislaciones más antiguas de que tenemos noticia. Moisés recomendaba encarecidamente á su pueblo el cumplimiento de ese deber; y Salomón decía: «QUI DENUDAT ARCANUM AMICI, FIDEM PERDIT, ET NOT INVENIET AMICUM AD ANIMUM SUUM.—DILIGE PROXIMUM ET CONJUNGERE FIDE CUM ILLO. QUOD SI DENUDARVERIS ABSCONSA ILLIUS, NON PERSEQUERIS POSTEUM.»

Esta obligación de callar las cosas reservadas no podía ser desconocida ó olvidada por los médicos, á quienes su profesión lleva forzadamente á ser los depositarios de los secretos más ocultos y los actos más íntimos; y antes de que ninguna legislación les hubiera prescrito ese deber, ellos se lo habían impuesto por sí mismos. El Padre de la Medicina, el sabio Hipócrates, lo consignó ya expresamente en su célebre juramento que prestaban todos los que se dedicaban á la práctica de la ciencia que principió á formar. «Aunque vea u oiga cualesquiera cosa «en la sociedad, en el ejercicio de mi profesión, callaré lo que no tiene «jamás necesidad de ser divulgado, mirando la discreción como un deber «en este caso.» son las últimas palabras de ese memorable juramento,



Ahora no lo prestamos ya, porque en la época de la revolución francesa se extinguió la obligación de hacerlo; pero la convicción y tradición han gravado en la conciencia de los médicos los deberes fundamentales que les imponía, y la reserva profesional, religiosamente observada por todos los médicos de honor, es y será una garantía, un suelo y una fuente de confianza, no sólo para los enfermos sino para toda la humanidad (1).

Y siendo esta reserva una verdadera necesidad social, la autoridad no ha podido ser indiferente en exigir su estricto y riguroso cumplimiento; y así lo encontramos prescrita en las legislaciones antiguas y modernas, pasando, de esa manera, de obligación natural y voluntaria de los médicos, á forzoso deber legal sancionado con severas penas.

Pero la práctica incondicional y absoluta de este deber resulta no pocas veces opuesta á intereses individuales ó sociales de gran consideración, dando así origen á conflictos que han hecho del secreto profesional asunto muy debatido y diversamente interpretado por legisladores, abogados y médicos. Quieren unos que el secreto sea absolutamente inviolable, cualesquiera que sean las exigencias que se le opongan; y otros, por el contrario, prefiriendo la necesidad social de hacer práctica la vindicta pública y de castigar los crímenes que podrían quedar ocultos respetando el sigilo de los médicos, piden que el deber de guardarlo termine siempre que esto sea necesario para la administración de justicia.

Y las legislaciones de los distintos países, informados por esas diversas maneras de pensar y acomodándose á ellas, han consagrado en sus disposiciones, ya la inviolabilidad absoluta del secreto profesional, ya la obligación de guardarlo en unos casos y de violarlo en otros con denuncias y declaraciones.

Estudiemos, pues, primeramente todas nuestras disposiciones legales relacionadas con esta importante materia, porque es indispensable conocer con exactitud y precisión la doctrina legal para poder criticarla y juzgar de su justicia y conveniencia; y expondremos en seguida las razones que nos han decidido á defender siempre la inviolabilidad absoluta del sigilo profesional, apartándonos algún tanto de la doctrina aceptada por nuestra legislación.

§ I—DISPOSICIONES LEGALES RELATIVAS AL SECRETO MEDICO.

En el estudio de la parte legal será necesario resolver estas tres cuestiones distintas, regladas también en nuestros Códigos por disposiciones diversas: 1.^a—Está el médico obligado á denunciar los hechos que ha descubierto en el ejercicio de su profesión y que afectan al orden público ó al interés de los particulares? 2.^a—Puede hacerlo voluntariamente, es decir, sin estar la denuncia prescrita por las leyes? 3.^a—Debe declarar sobre estos hechos si es citado como testigo?

(1) Tengo conocimiento de que los señores abogados al recibir la investidura profesional, juran, entre otras cosas, guardar reserva de lo que les comuniquen sus clientes. Bueno sería, en mi concepto, que se hiciera lo propio con los médicos, farmacéuticos y comadrones, para inculcar mejor en el ánimo lo sagrado de este deber, tomándolo expresamente en cuenta en ese solemnisimo momento.

Y como el asunto es de los más importantes y discutidos en Medicina Legal, necesitamos ser algún tanto detallados en esta parte, por lo mucho que nos servirá para nuestras observaciones posteriores.

1.º—DENUNCIA.—Los delitos turban el orden social, y su averiguación y castigo interesa á la sociedad: de aquí nace la acción criminal. Con frecuencia y casi siempre violan al propio tiempo los derechos de los particulares, y dan origen á la acción civil para las reparaciones ó indemnizaciones.

Síguese de aquí que la acción criminal corresponde á la sociedad representada por el Ministerio Público, que se ejerce por agentes promotores y ministros fiscales. Mas el legislador ha creído conveniente que los particulares puedan auxiliarlos en esta obra que interesa á todos interviniendo en la pesquisa de los hechos por medio de denuncias ó acusaciones.

El juicio criminal puede, por tanto, principiar de cuatro modos: 1.º—Por DENUNCIA, esto es, por el aviso secreto que da cualquier individuo al Juez ó al Fiscal, por escrito reconocido ó de palabra, mediante una acta que no se exhibe sino cuando, terminado el juicio, llega el caso de proponerse acción de calumnia contra el delincuente.

2.º—Por QUERRELLA, esto es, por escrito de demanda en que el individuo se hace parte en el juicio criminal, con el nombre de acusador particular.

3.º—Por EXCITACION FISCAL, es decir, por la solicitud que el Fiscal dirige al Juez, cuando tiene conocimiento de un hecho punible; y

4.º—Por la pesquisa directa del mismo Juez, que comienza á sustanciar el juicio criminal, sin necesidad de denuncia, querrela ni excitación fiscal, cuando tiene noticia de algún hecho notorio sujeto á sanción penal.

Como excepción, determina la ley ciertos hechos que no pueden perseguirse sino por el segundo de los cuatro modos sobredichos, por acusación particular, y estos hechos no pesquisables de oficio son los siguientes:

1.º—El adulterio, que sólo puede pesquisarse por acusación del marido:

2.º—La violación ó atentado contra el pudor, cometido con una mujer mayor de catorce años, pero menor de veintiuno, sin fuerza ni violencia, sino por seducción ó halago:

3.º—La calumnia y la injuria:

4.º—Los golpes y heridas que no causen enfermedad ó incapacidad para el trabajo, que pase de ocho días:

5.º—La destrucción de árboles, de ciertos animales y otros objetos de poca importancia.

El motivo de la excepción en cuanto al adulterio y los atentados contra el pudor, consiste en el respeto al orden, dignidad y armonía de las familias; y por lo que toca á las demás infracciones, en la poca significación social de ellas.

Prescindiendo, pues, de estas excepciones, todos los demás delitos son PESQUISABLES DE OFICIO; y puede, por lo mismo, iniciarse el juicio por cualquiera de los cuatro modos indicados.

Mas, si la ley ha concedido á todos el derecho de denunciar ó acusar los hechos punibles pesquisables de oficio; y si respecto de los no pesquisables de oficio ha restringido el derecho de acusar, concediéndolo sólo al agraviado y en ciertos casos á sus parientes íntimos; no ha querido esta-

hacer respecto de ningún particular la obligación de denunciar ó acusar los hechos punibles de que tenga noticia ó haya presenciado.

No existe, por tanto, entre nosotros deber, sino sólo el derecho de denunciar ó acusar.

Esta regla, por lo que toca al deber, no tiene excepción alguna; más sí en cuanto al derecho; pues á los ascendientes, descendientes, cónyuges y hermanos del presunto delinente, se les prohíbe de modo expreso denunciar ó acusar, protegiendo de esta manera el espíritu de unión y solidaridad que debe reinar en las familias y que sirve también de base al bienestar social.

Por tanto, atenta la doctrina del Código de Enjuiciamientos en Materia Criminal, al cual corresponde el tratado de la DENUNCIA y la ACUSACIÓN sígnese que el médico no está en caso alguno obligado á denunciar, pero que tampoco tiene prohibición de hacerlo, sino en los casos de las excepciones generales anteriormente anotadas.

Más, en el Código Penal, en el tratado de los DELINENTES CONTRA LAS PERSONAS, hallamos una disposición que dice: «Art. 438.—Los médicos, cirujanos, practicantes, farmacéuticos, matronas y cualesquiera otras personas depositarias por su estado ó profesión de los secretos que se les confían, y que fuera del caso en que se le llamo á declarar en juicio, ó en que la ley les obligue á hacer conocer dichos secretos, los hubieren revelado, serán castigados con prisión de uno á seis meses y multa de cuarenta á ochenta sueres.»

De esta disposición se sigue que al médico le es prohibido la revelación de sus secretos profesionales, y que se exceptúan de esta prohibición sólo dos casos: en el que sea llamado á declarar en juicio y en el que la ley le obliga á hacer conocer dichos secretos. Pero como la denuncia de los hechos punibles no está comprendida en ninguno de los casos, porque, como lo acabo de demostrar, es un acto libre y espontáneo y nunca obligatorio, podemos concluir que con arreglo á esta disposición le es al médico prohibido denunciar los secretos conocidos en el ejercicio de su profesión.

Pero en los Reglamentos expedidos por la Dirección General de Sanidad se les impone á los médicos la obligación de denunciar ante la autoridad respectiva algunas enfermedades contagiosas, cuya difusión interesa impedir á la sociedad; y en la Ley de Registro Civil y también los Reglamentos de Sanidad se dispone que ningún cadáver se inhumará sin que se haya presentado previamente, en las oficina de Registro Civil, el certificado de defunción suscrito por el médico que asistió al enfermo; y en uno y otro caso pueden verse los médicos obligados á denunciar hechos de que tuvieron conocimiento en el ejercicio de su profesión, bajo la más estricta condición de reserva, ya que para estos casos prescritos por una ley, cesan la prohibición y la responsabilidad prescritos por el Art. 438 del Código Penal.

Quedan, por lo mismo, resueltas las cuestiones relativas al sígilo profesional, concernientes á la denuncia, en estos términos: No tiene el médico en caso alguno obligación legal de denunciar los hechos punibles; y, por el contrario, de la disposición del artículo 938 del Código Penal se colige que le es prohibido hacerlo, bajo la pena de uno á seis meses de prisión y de cuarenta á ochenta sueres de multa, siempre que se trate de sus secretos profesionales. Mas, la Ley de Registro Civil y los Reglamentos de Sanidad le obligan á denunciar la enfermedad que ha causado

la muerte y algunas de las epidémicas ó contagiosas, aún en los casos en que se halla obligado á guardar la reserva profesional.

2.º DECLARACION.—Ejémonos ahora en lo que la ley preceptúa respecto de la declaración testimonial, para conocer en conjunto su doctrina y poder hacer de ella el juicio respectivo.

En el Código de Enjuiciamientos Civiles divide á los testigos en idóneos y no idóneos. Para ser idóneos se requiere edad, probidad, conocimiento é imparcialidad.

Por falta de edad no son idóneos los menores de diez y ocho años; por falta de conocimiento, los locos, los ébrios, etc.; por falta de probidad, los de mala conducta, los condenados por falsedad, los vagos, etc.; por falta de imparcialidad, los parientes en cuarto grado, los amigos íntimos; los DEFENSORES y PROCTRADORES, los enemigos.

Hecha esta enumeración y clasificación, sienta el Código la regla de que las declaraciones de los testigos inhábiles ó no idóneos valen, siempre que la parte contraria no alegue y pruebe la falta; y, como corolario de esta regla, añade el artículo 228: «Todos los testigos «que presenten las partes están obligados á declarar; y si se negaren, «el juez les compelerá imponiéndoles multa de dos á seis sures diarios, «mandando reducirles á prisión por el término de cuatro á quince días.»

De esta disposición se deduce que, según el Código de Enjuiciamientos Civiles, nadie tiene derecho para negarse á declarar como testigo, incluso el abogado defensor y el médico. La declaración que se da contra sí mismo se llama confesión, y este mismo Código dispone que también todos están obligados á confesar, excepto en el caso en que pueda seguirles responsabilidad criminal.

En materia criminal, se ha creído tan importante y fundamental el derecho de defensa y tan digno de la protección de las leyes el sentimiento que nos induce irresistiblemente á conservar y proteger la honra y la existencia propia y las de nuestros íntimos allegados, que de cierto modo nos es también propia, que se los ha guardado en el sancet sanctorum de las leyes, en la Constitución. El artículo 26, relativo á las garantías individuales y políticas, dice: «El Estado garantiza á los ecuatorianos-----: 11. El derecho de no poder ser obligados á prestar testimonio en juicio criminal contra su consorte, ascendientes, descendientes y colaterales, hasta el cuarto grado civil de consanguinidad y segundo de afinidad; ni compelido con juramento ú otros apremios, á declarar contra sí mismo, en asuntos que le acarren responsabilidad penal;-----»

El Código de Enjuiciamientos en materia criminal, atendiendo á esta clase, establece como trámite la confesión del reo, pero no le construye de modo alguno á confesar ni le exige juramento; y tratando de las declaraciones de los testigos consigna la siguiente disposición:

«Art. 54.—No pueden ser testigos los cómplices, ni el cónyuge «del indiciado, ni sus parientes dentro del cuarto grado civil de consanguinidad y segundo de afinidad, ni los demás que se expresan en «el Código de Enjuiciamientos Civiles.

«El Juez rechazará las declaraciones de los ascendientes, descendientes, hermanos y cónyuges del indiciado, aunque voluntariamente se «presentaren á declarar; pero á los demás parientes que renunciaren «expresa y voluntariamente esta garantía podrá recibírseles su declaración, haciendo constar la renuncia en la diligencia respectiva.

«A los menores de catorce años no se les exigirá juramento y sus

«declaraciones no prestarán otro mérito que el servir de base para la «indagación.»

«Art. 55.—A los testigos inhábiles se les recibirá la declaración «siempre que convenga como un medio de inquirir la verdad.»

Tenemos, pues, este Código, después de ratificar la regla consignada en el de Enjuiciamientos Civiles, de que se puede exigir la declaración aun á los testigos inhábiles, establece una razonable excepción en favor de los parientes, para salvar aquel sentimiento natural de conservación y defensa, aquel espíritu de unión y solidaridad, fundado en los vínculos de la sangre, justamente protegido por la Constitución; siendo de advertir que á los parientes más cercanos, no sólo les exime del deber de declarar, sino que les prohíbe hacerlo, aunque ellos y el mismo reo consientan en la declaración.

Y no hay ninguna otra excepción en el Código de Enjuiciamientos Criminales; del médico y del defensor nada se dice.

Mas, el Código Penal, tratando del prevaricato, dice en el artículo 236: «Los abogados, defensores ó procuradores en juicio, que descubran «secretos de sus defendidos á la parte contraria, ó que, después de «haberse encargado de defender á la una y entendiéndose de sus preten- «siones y medios de defensa, la abandonaren y defendieran á la otra, ó «que fueren á la parte con su cliente en la cosa litigada, estipulando cuota «en lo que produjere el juicio, ó que, de cualquier otro modo, a sabiendas, «perjudicaren á su defendido para favorecer al contrario, ó sacar alguna «utilidad personal, serán castigados con prisión de uno á cinco años.»

Esta disposición parece referirse á la revelación espontánea y maliciosa que hiciera el abogado á la parte contraria, y no á la que ordenase el Juez para descubrir algún hecho que interese al orden público ó al bien social. Pero como la restricción no es expresa y clara, se ha considerado en la práctica esta disposición como el baluarte que protege y asegura la inviolabilidad del secreto de los defensores. Por manera que esta inviolabilidad se funda, no tanto en disposiciones claras y terminantes del Derecho, sino en la razón filosófica de que ella es esencialmente indispensable para el ejercicio de la defensa, esto es, de uno de los derechos más fundamentales y más digno de la protección de las leyes.

Además, la Ley Orgánica del Poder Judicial prohíbe también á los abogados, de un modo general, revelar los secretos de sus clientes.

Estas disposiciones que garantizan la inviolabilidad del secreto profesional de los abogados nos servirán para un argumento de analogía en favor del sigilo médico, por lo cual las hemos citado aquí; además de que su recuerdo será útil para los alumnos de Derecho que estudien Medicina Legal.

Con respecto al sigilo médico, tenemos que lo principal está en la disposición del artículo 438 del Código Penal, cuyo tenor literal es el siguiente: «Los médicos, cirujanos, practicantes, farmacéuticos, matronas y «cualesquiera otras personas depositarias por su estado ó profesión de los «secretos que se les confían, y que fuera del caso en que son llamados «á declarar en juicio, ó en que la ley le obliga á hacer conocer dichos se- «cretos, los hubieran revelado, serán castigados con prisión de uno á seis «meses y multa de cuarenta ú ochenta sueros.»

Como se ve, este artículo no establece de un modo positivo la obligación de declarar, sino, por el contrario, la de guardar secreto; pero añade que este deber del secreto cesa cuando el Juez llama al médico á declarar y cuando alguna otra ley le obliga á hacer revelaciones. Mas,

como según hemos visto, la regla general del Código de Enjuiciamientos Civiles es que todos están obligados á declarar, y el de Enjuiciamientos Criminales exceptúa sólo á los parientes hasta el cuarto grado civil de consanguinidad y segundo de afinidad, síguese que el médico está también obligado á declarar siempre que le llame el Juez.

El distinguido Profesor de Medicina Legal, Dr. Miguel Egas, en un magnífico artículo que publicó en los «Anales de la Universidad Central» contrajo su censura á este artículo del Código Penal (495 de la edición entonces vigente); pero no era ese el que debía ser censurado por imponer á los médicos el deber de declarar, sino el del Código de Enjuiciamientos Civiles que establece la regla general de que todos están obligados á declarar. Lo censurable del artículo del Código Penal está en que, no eximiendo á los médicos del deber de guardar secreto cuando son presentados como testigos y el Juez les llama á declarar, los deja sometidos al derecho común.

Mas claro, el artículo 438 dice que el médico que declara por orden del Juez no tiene pena, pero no que el médico está obligado á declarar obedeciendo al Juez.

Y comparando el artículo 433 que habla de los médicos, con el 236, que trata de los abogados; observaremos que ambos consignan la obligación de guardar el secreto; pero que el primero añade que la prohibición cesa cuando el Juez ó la ley ordenan la declaración, y que el segundo nada dice á este respecto, dando lugar á la interpretación benigna y razonable de que antes hice mención en favor del sigilo de los abogados.

Para concluir la exposición de la teoría legal, falta una sola explicación. Al leer en el artículo 438 las palabras que dicen: «Fuera del caso en que sean llamados á declarar enjuicio ó EN QUZ LA LEY LES OBLIGUE A HACER CONOCER DIHOS SECRETOS, se podría creer que el médico es obligado, según la ley, no sólo á declarar como testigo, sino también á hacer revelaciones espontáneas respecto de hechos punibles y perseguibles de oficio; como sucede en otros países; es decir, á presentar denuncias ó delaciones. Esto sería un error, pues ya queda dicho que nuestras leyes no obligan á nadie á hacer denuncias de esta clase.

Queda, pues, resuelta la cuestión del sigilo profesional del médico, en el campo legal en estos términos:

1.º—No está el médico en ningún caso obligado á denunciar ó declarar los hechos punibles, pues la ley no ha impuesto este deber á ningún particular.

2.º—La Ley de Registro Civil y los Reglamentos de Sanidad si le ponen el en caso de revelar los secretos profesionales que se relacionan con las enfermedades de declaración obligatoria, ó con las que hayan sido causa de muerte.

3.º—Aunque todos, excepto los parientes íntimos, tienen el derecho de denunciar, según el Código de Enjuiciamientos Criminales, le es prohibido al médico toda revelación y denuncia de los secretos profesionales bajo las penas expuestas por el artículo 438 del Código Penal.

4.º—Cuanto á la declaración testimonial, la ley de Procedimiento Civil establece que todos están obligados á prestarla; y el Código de Procedimientos Criminales, ajustándose á la Constitución, exceptúa sólo al mismo reo y á los parientes íntimos.

Por tanto, como el artículo 438 del Código Penal, lejos de consagrar la inviolabilidad absoluta del secreto, hace cesar la prohibición de revelar

lo en los casos en que lo exija el Juez ó lo prescriba una ley, quedan los médicos sujetos á la regla general, esto es, á la obligación de declarar, bajo la pena de dos á seis sueres de multa ó de cuatro á quince días de prisión, señalada por el artículo 228 del Código de Enjuiciamientos Civiles.

5.º—El abogado se considera exonerado de la obligación de declarar porque el artículo 236 del Código Penal, que consigna la misma prohibición impuesta al médico por el 438, no contiene ninguna excepción á diferencia de lo que hace este último artículo. Además, la Ley Orgánica del Poder Judicial prohíbe á los abogados, de una manera general, la revelación de los secretos de sus clientes.

Si comparamos, ahora, para formar mejor concepto de nuestra legislación, las disposiciones que acabamos de examinar con lo que dicen respecto de la denuncia y la declaración de las leyes de algunas otras naciones, veremos que la Jurisprudencia no ha sido uniforme en esta importante materia.

Nada diremos de la antigua, de la cual no nos quedan al respecto sino sombríos y horripilantes recuerdos. Sólo en favor del defensor se encuentra en el Derecho Romano una razonable excepción, lo mismo que en cuanto al sacerdote.

El Código de Enjuiciamientos de Francia obliga también á todos á declarar como testigos y aún á denunciar los hechos criminales que presenciaren (artículo 30) exceptuando, lo mismo que el nuestro, á los parientes cercanos. Pero el Penal, en el lugar que en nuestro Código ocupa el artículo 438, tiene el siguiente:

«Art. 378.—Los médicos, cirujanos, y otros oficiales de salud, los farmacéuticos, parteras y todas las demás personas depositarias por su estado ó profesión de los secretos que se les hubiere confiado, que los revelaren, A NO SER EN LOS CASOS EN QUE LA LEY LES IMPONE LA OBLIGACIÓN DE DENUNCIARLOS, serán castigados con las penas de prisión de uno á seis meses y multa de ciento á quinientos francos.»

Como se ve, de este artículo se ha copiado literalmente el nuestro, agregando sólo las palabras «FUERA DE LOS CASOS EN QUE SEAN LLAMADOS A DECLARAR EN JUICIO,» que no se encuentran en el modelo; resultando de aquí que la prohibición cesa en dos casos, mientras que en el Francés, en uno solo, cuando la ley obliga á la revelación.

Ahora, pues, este caso no tiene tampoco aplicación alguna en la práctica; porque las leyes y decretos que imponían antes la obligación de declarar han sido revocadas ó han caído en completo olvido; y las disposiciones del Código Civil vigente, que impone la misma obligación, carecen de sanción penal. El deber de denunciar los crímenes contra el Estado y la falsificación, de moneda quedó abolido por la ley de 28 de Abril de 1832. La denuncia de los heridos á que asistían los cirujanos impuesta por el Edicto de Diciembre de 1666, de Luis XIV, tantas veces renovado hasta el año 1632, fué también en cierto modo revocada con la ordenanza del primero de enero de 1836, por la enérgica resistencia que hizo toda la Corporación Médica de París, con motivo de las sangrientas jornadas del 5 y 6 de Junio de 1832. Acogiéndose á la citada Ordenanza y á lo dispuesto por el artículo 378 del Código Penal opinan que está abolida la obligación de denunciar á los heridos, no solo los médicos legistas franceses, sino muchos de los más eminentes juriconsultos como Hemar, Chauveau, Faustin Hélie, á quienes cita Brouardel en su importante tratado de «Le Secret Medicale.»

El Art. 30 del Código de Enjuiciamientos Criminales que imponen á todos los franceses la obligación de declarar ó denunciar los crímenes ó delitos que presencien no tienen sanción penal por esto no lo obedecen los médicos cuando se consideran obligados á guardar secreto en virtud de los deberes profesionales. Además, el Comité Consultivo de Asistencia Pública de París, estableció terminantemente, en 1902, la conducta que deben seguir los médicos de los hospitales, y esta misma conducta han seguido todos los otros médicos. El Director de la Administración preguntó al Comité si los médicos y cirujanos de los hospitales podían denunciar á los juzgados de investigación las huellas de un delito que hubiesen comprobado ó de las que tuviesen conocimiento en el ejercicio de sus funciones, sin violar el secreto profesional; y el Comité emitió la opinión de que el secreto profesional constituía una regla absoluta para todos los médicos de los hospitales, en todo lo relativo á los hechos de que hubieren tenido conocimiento por los cuidados prestados á los enfermos de los establecimientos.

Respecto de la declaración testimonial, no sólo existe la prohibición del artículo 378 del Código Penal, sino un decreto expedido por la Corte de Casación de París, en 1882, que autoriza á negarse á declarar á todos los que estén obligados por el secreto profesional; y una decisión más significativa todavía pronunciada en 1899, en la cual declaró NOLA la declaración de un médico recibida con violación del secreto profesional.

No quedan, pues, sino los artículos 55, 56 y 57 del Código Civil, que impone obligación de dar aviso de los nacimientos al Oficial del Registro Civil, no sólo á los padres del nacido, sino al médico, cirujano ó comadrona ó cualquiera otra persona que hubiera asistido al parto. Pero como el artículo 58, que es el que prescribe la declaración de los nombres, domicilio y profesión de los padres, no está comprendido en la sanción impuesta por el artículo 346 del Código Penal á los que no cumplen lo dispuesto por los artículos 55 y 56, los médicos se acogen á esto para limitarse á indicar el día del nacimiento, el sexo del recién nacido y los nombres que debe llevar, guardando secreto absoluto sobre todo lo que podía delatar á los padres, que es el principal deber del médico, cirujano ó comadrona que asisten a un parto reservado. Y esta conducta de los médicos ha sido aprobada por las Cortes de Agen y de Angers, y por la Corte Suprema de París, y está apoyada en la muy autorizada opinión de M. Demolombe, según exponen Brouardel, Vibert, Thoinot y Lataud en sus obras citadas.

De manera que podemos concluir, que realmente el secreto médico es inviolable en Francia.

En los Estados Unidos está también el médico exento de la obligación de declarar.

En la República Argentina, el Código de Enjuiciamientos Criminales, en el artículo 275, prohíbe terminantemente que se cite como testigos á los abogados, médicos, farmacéuticos y parteras, respecto de los hechos que se les ha revelado en el ejercicio de su profesión; y el Código Penal, artículo 265, establece la pena de suspensión de seis meses á un año y multa de veinticinco á trescientos pesos, sin exceptuar caso alguno. En virtud de estas disposiciones, se tiene por absolutamente inviolable el secreto profesional; y la obligación impuesta por el artículo 165 del Código de Procedimientos Criminales á los médicos, cirujanos, farmacéuticos, etc., de denunciar al Juez competente ó al Mi-

nistro Fiscal los casos de envenenamiento y todos los ataques personales, cualesquiera que fuesen, en los que hayan prestado los socorros de su profesión, se entiende siempre que no haya incompatibilidad con el deber de guardar el secreto profesional. Y aún la Ley de Registro Civil, respetando este secreto, no impone á los médicos y comadronas el deber de declarar los nacimientos, sino á los padres y parientes inmediatos, en los nacimientos legítimos, y á la persona á cuyo cuidado quede el niño, en los ilegítimos. Artículos 36 y 37 de la citada ley.

En el Código Penal chileno, el artículo 247 impone pena de reclusión menor en sus grados mínimo á medio y multa de ciento á quinientos pesos á los que ejerciendo una profesión que requiere título, revele los secretos que por razón de ella se les hubiere confiado. Y como esta disposición no exceptúa ningún caso, se acogen los médicos á ella para negarse á declarar como testigos, en los asuntos secretos de su profesión, cuando son llamados por el Juez en virtud de lo dispuesto por el artículo 484, Núm. 12, del mismo Código, que obliga á los médicos, cirujanos, farmacéuticos, matronas ó cualquier otro llamado como testigo ó perito, á declarar ó practicar la operación exigida, bajo las mismas penas del artículo 247.

La Ley de Registro Civil no impone al médico ó á la comadrona la obligación de declarar los nacimientos, sino cuando es expresamente llamado por el Jefe de la oficina; y en los partos secretos se le exige pura y simplemente el hecho material del nacimiento.

Las disposiciones relativas al secreto profesional en el Perú, son enteramente iguales á las nuestras.

En España, el Código Penal, al tratar de la violación de los secretos, impone también la obligación general de no revelarlos (artículo 281). Mas el Código de Enjuiciamientos Criminales retrocedió bruscamente en esta materia é impuso á los médicos, no sólo el deber de declarar como testigos, sino el de denunciar, sin excluir caso alguno (artículos 262 y 416), formando así un chocante contraste con el espíritu de las legislaciones modernas que, de un modo más ó menos terminante van consagrando el principio eminentemente filosófico y moral de la inviolabilidad absoluta del secreto profesional.

§—RAZONES QUE EXIGEN LA INVIOIABILIDAD DEL SECRETO MÉDICO.

Terminado el estudio de la parte legal relativa á esta importante materia, veamos, brevemente las razones que abogan en favor de la inviolabilidad absoluta del secreto médico é imponen una reforma de nuestras leyes en este sentido.

El primer principio moral «Haz el bien» aplicado á las relaciones de los hombres con sus semejantes, impone el deber de callar lo que á éstos les perjudique. Mas este deber cesa, con arreglo á la misma base, cuando está en conflicto con otros superiores, como el de atender al orden público, al bienestar social, ó á un derecho individual más evidente.

En la naturaleza del hombre y de la sociedad se funda el tributo de verdad, ó sea el deber de cooperar á la acción social y al bien de los demás

dando testimonio de los hechos que sirven á la administración de justicia. ó á la conservación de los derechos de los asociados.

En principio, estamos, pues obligados á responder á la autoridad, que nos interroga, y aún á manifestar espontáneamente á ella ó á los particulares los hechos que les interesan.

Mas esta regla comporta excepciones. Las leyes no son justas y convenientes si no ven en el hombre lo que es y lo que debe ser, tomando en cuenta todas sus relaciones, sus necesidades, inclinaciones y sentimientos, y aún sus instintos. Por esto exímese con razón de aquel deber á los parientes íntimos, para no ponerles en la tortura de cometer una falsedad ó violentar los impulsos de la naturaleza, y para proteger y respetar la unión y fraternidad de la familia, elemento indispensable del bienestar social.

Y con mayor razón se exime al individuo de dar testimonio contra sí mismo.

Otras veces tiene la excepción, base más evidente: si se llega á conocer un hecho á condición de reserva, esta condición constituye un pacto que no nos es lícito violar. El que debe una suma á Pedro, no se la puede dar á Juan, aunque de esto se siga un bien á la sociedad; así también, el que ha recibido una confidencia de Pedro, no puede revelarla á Juan, porque este secreto constituye, por decirlo así, un depósito cuya propiedad pertenece al depositante. Afirmar que, por hacer un servicio al público, se puede revelar un secreto recibido bajo pacto de reserva, equivale á sostener que se puede robar para beneficiar á la sociedad con el producto del robo. Esto en el supuesto de que la revelación del secreto sea realmente útil y ventajoso para la sociedad; pero luego veremos cuan falso es este supuesto tratándose del sigilo médico.

El depositario de un secreto lo tiene á condición de no entregarlo á terceros; de modo que, para el efecto de esta entrega, se puede decir que no lo tiene, porque la tenencia se halla ligada á la condición, como el efecto á la causa. Por tanto, no sólo debe negarse á declarar, sino que en casos extremos, puede y aún debe contestar que nada sabe; ya que, en verdad, para el efecto de revelar, no lo sabe.

«Lo que sé por medio de la confesión, dice San Agustín, sé menos que lo que no he sabido nunca.»

La eficacia de este pacto se aumenta si se ha verificado, no por la libre voluntad de las partes, ó por esa inclinación natural á buscar alivio á las dolencias del alma, mediante desahogos confidenciales, sino por otra necesidad más apremiante, como la de salvar la honra, la vida, la salud.

El que roba en un incendio, el que despoja al naufrago que en nombre de la naturaleza reclama la compasión y el socorro de sus semejantes es más criminal y execrable que los ladrones comunes y es tratado con mayor rigor por las leyes penales.

Y las leyes civiles, al tratar de los contratos, confieren mayores garantías y protección al depósito llamado necesario, que es el que se efectúa en caso de ruina, incendio, saqueo ú otra calamidad.

Por idéntica razón, el abogado y el médico que reciben un secreto del menesteroso que se acoge á ellos, obligado está á parecer mil veces antes que violar ese depósito sagrado, del cual por ningún título puede disponer.

Nadie, absolutamente nadie podrá negar que son, no sólo útiles, sino indispensables para la curación de muchas enfermedades esas confi-



dencias íntimas, esas revelaciones de lo más oculto y secreto, hechas por el enfermo á su médico. Muchas veces por el hecho de manifestar su dolencia, está revelando al médico un secreto que á ninguna otra persona lo confiaría, y que á muchos haría resignarse á la muerte antes que descubrirlo, si tuviera el temor de que pudiera divulgarse. Me admira, por lo mismo, que el Dr. Ferrer, notable médico legista español, haya llegado á decir que los enfermos, callando sus secretos, podrían evitarse el disgusto de verlos revelados; y los médicos negándose á recibirlos, librarse de las odiosas obligaciones que la ley les impone.

Se podrá creer que el enfermo que abre al médico completamente las puertas de su corazón y le confiesa los actos más íntimos de su vida, lo hace por pura indiscreción ó pasatiempo, y no llevado de una necesidad imperiosa, que cubre de rubor su angustiosa fisonomía y hace aparecer muchas veces á sus ojos las lágrimas de la vergüenza? El padre cuidadoso del porvenir y la salud de su familia; la madre que aceptaría gustosa la muerte antes que la deshonra, pero que acepta el horrible dolor de una vergüenza suprema en aras del amor á sus hijos; la esposa desdichada que tiene desgarrado el corazón y envenenado el organismo por las infidelidades de su marido; una desgraciada mujer, víctima de la debilidad de su carácter ó de la mala educación que ha recibido, que no puede resistir á los engaños de un seductor, llamanán al médico para desahogar su corazón atribulado y pedirle el auxilio de su noble y generosa profesión, por sólo un capricho de su voluntad, por una indiscreción y ligereza y no llevados de una imperiosa y amarga necesidad?

Y no sólo en las enfermedades de suyo reservadas, sino en cualesquiera otras que no lo sean, se ve á veces el paciente obligado á hacer al médico revelaciones de cosas secretas que torturan su conciencia y tienen su ánimo abatido y postrado, por estar directa ó indirectamente ligadas con sus padecimientos físicos. Muchas veces en estas amargas secretas está toda la causa de su enfermedad, y para encontrar la salud le son necesarios íntimos desahogos en un corazón amigo; frases de consuelo y de aliento, que sólo puede esperarlos y recibirlos del médico; porque hay secretos desgarradores del alma que no se pueden decir al padre, ni á la madre, ni á la esposa, ni al hijo. Muchas, muchísimas veces está el alma más enferma y dolorida que el cuerpo; y estos dolores y enfermedades se curan solamente con el bálsamo de la confianza íntima que inspira la seguridad de no ser nunca traicionado.

Y podrá decirse que el depósito de los secretos de un enfermo no es un depósito necesario, que debe, por lo mismo, ser más escrupulosamente asegurado y protegido por las leyes que aspiran al honroso título de justas y sabias? «Una confidencia hecha por necesidad á un amigo íntimo, no puede ser de ningún modo comunicada á otros, porque es como una arca sellada que se entrega sin llave, la cual no puede abrirse sin fractura, ó como un depósito sagrado al cual no puede tocarse sin cometer un sacrilegio,» dice el Dr. Pedro Mata.

El pacto ó condición de reserva de que vengo hablando puede ser expreso ó tácito: es tácito cuando la naturaleza del asunto ó las circunstancias manifiestan que las partes proceden en ese concepto. Tal es el que de ordinario media entre los médicos y abogados y clientes, aliñado, además, por el juramento que éstos prestan al recibir su investidura profesional. De aquí que podría justamente reputarse ofendido el médico ó abogado á quien el cliente le exigiese en su favor una renovación expresa

de las promesas hechas en lo más sagrado de la conciencia desde que nos iniciamos en la carrera profesional.

Debe tenerse presente que este pacto expreso ó tácito es aquel por el cual se nos hace sabedores de un hecho, confiándonoslo verbalmente ó dejándonoslo conocerlo de cualquier otra manera en el ejercicio profesional; pacto esencialmente distinto del de no declarar lo que ya sabemos por otros medios, el cual aún puede ser nulo por ilicitud de materia. Si el que presencia un crimen ó un contrato se compromete después con juramento á no declarar, el compromiso y el juramento son nulos; porque el hecho de haber presenciado aquel hecho contragieron el deber social de declarar como testigos y la autoridad adquirió el derecho de exigir esa declaración. El pacto, por lo mismo, tendría por objeto la violación de un deber y la enagenación ó renuncia de un derecho ajeno, perteneciente á la sociedad y á los interesados en la declaración. Lo contrario sucede en el pacto de que aquí tratamos: antes de conocer el hecho no hay deber de declarar; y como si no se acepta la condición de reserva, no se trasmite el secreto, el que lo recibe confidencialmente da nada priva ni á la sociedad ni á terceros. El pacto, en análisis no es, por tanto ilícito.

El único argumento de los adversarios á la inviolabilidad absoluta del secreto profesional, es el de que los respetos y miramientos á los particulares deben sacrificarse al bien general, esto es, al interés social de descubrir los hechos que, sin la declaración de los médicos quedarían sepultados en el misterio. Este argumento no tiene ninguna fuerza, como lo vamos á ver brevemente.

Desde luego es falso que el sigilo médico interese sólo á los particulares. Si convenimos en que él es indispensable para la práctica de la medicina, y sin él se haría casi imposible el conocimiento y curación de muchas y graves enfermedades, se degradaría el nobilísimo sacerdocio del médico, tan beneficioso para la humanidad, llegando á inspirar desconfianza y horror; debemos consentir en que el sigilo médico es un verdadero bien, más aún, una necesidad social, sin duda de mayor importancia y urgencia que la consecución de un odioso medio de investigación de algunos hechos punibles.

Verdad es que en las circunstancias ordinarias de la vida la mayor parte de los individuos no tienen nada que ver con los tribunales, ni están, por lo mismo, expuestos á que sus secretos sean divulgados por la confesión forzosa que arranque un juez á los médicos; pero tampoco existe en la sociedad familia alguna, por honrada y virtuosa que sea, que pueda creerse absolutamente garantizada para todo tiempo, contra toda desgracia, ó al abrigo de esas calamidades que hacen desear desde el fondo del corazón el más absoluto é inviolable secreto. ¿Quién podrá prever los misterios del porvenir y mirar á lo lejos, á través de las densas sombras de lo futuro, para estar seguras de que jamás, ni él mismo ni ninguno de los miembros de su familia, podrán contraer una enfermedad ó ser víctima de cualquier otro accidente que les obligue á recurrir á un médico en la más íntima y profunda reserva?

Un asunto que así toca á la actualidad y el porvenir de las familias y en el cual todos están vivamente interesados, no puede ser de ninguna manera un asunto de interés particular, sino de grande positivo interés social, superior, como ya lo hemos dicho, á la consecución de un vergonzoso medio de pesquisar algunos crímenes. Y esta superioridad del interés social de declarar inviolable el sigilo médico, respecto de la

utilidad que los tribunales podrían obtener obligando á violarlo, fué ya expresamente definida por la Corte de Aix, el 19 de Marzo de 1902; pues en una de sus sentencias dijo: "que la no divulgación del secreto es una "regla de orden público que no admite ninguna excepción ni cede delante "de ninguna restricción; que ella priva al testigo de la obligación de declarar respecto del hecho que su testimonio tenía por objeto; y que, en el "conflicto entre estos dos deberes, debe triunfar la inviolabilidad del secreto profesional."

Menos acertados andan, todavía, los que dicen que defendemos el sigilo médico por interés de los profesionales. ¿Qué utilidad, qué bien le reporta al médico hacer de su conciencia el arca sagrada donde se depositen en silencio los secretos más amargos y vergonzosos de la humanidad desgraciada? Ninguno, absolutamente; y por el contrario, este deber le impone hasta el sacrificio inmenso de no poder defender su honor y su crédito profesional, por no divulgar la verdad respecto de las enfermedades secretas que ha curado, cuando se le hacen imputaciones falsas ó calumniosas relativas á la manera como ha intervenido ó al éxito que ha alcanzado. Y acaso no ha habido clientes ingratos que se han negado á pagar al médico el honorario justamente debido por su asistencia, confiando en que la obligación del secreto hace imposible llevar la demanda ante los tribunales?.....

Entonces ¿por qué jura el médico callar para siempre todo lo reservado que sepa en el ejercicio de su profesión? Lo jura para inspirar confianza absoluta en él á todos los que puedan necesitar; para que todos se le acerquen sin temor ni vergüenza; para que todos sepan que las cosas que van á decirle quedarán cubiertas por el más absoluto silencio, como si jamás se lo hubieran dicho á nadie; lo jura, pues, por hacer un grande bien á todos, es decir, á la sociedad, ya que ninguno de sus miembros puede estar seguro, por lo menos, de no contraer alguna de esas enfermedades que, sin necesidad de ser buscadas por medios buchorrosos, como el cáncer, la lepra, etc. avergüenzan al que tiene la desgracia de contraerlas, y aún á toda su familia; y son, por lo tanto, reveladas al médico bajo la condición y la confianza del sigilo.

¿Y será justo, será razonable que la misma sociedad le quite al médico el derecho de hacerle este graude bien, imponiéndole, en cambio, una obligación humillante, un deber vergonzoso y depresivo de su dignidad?

Dicen algunos que siendo la declaración prescrita por la ley y exigida por la autoridad, no degrada ni envilece de ninguna manera al que la presta. No podemos aceptar esto como cierto, de un modo general, ni en relación con el asunto de que tratamos.

Las leyes humanas no pueden cambiar la naturaleza de las cosas cuando lo que se declara se ha sabido bajo la condición de reserva; esa declaración voluntaria ó forzada es la violación de un pacto sagrado; una traición inieua al que confió en nuestro sigilo, una delación; y la delación nunca es noble, nunca es digna, nunca es honrosa, aun cuando leyes inconsultas la legitimen ó la exijan por medios coercitivos.

"Ora sea espontáneamente, dice el señor Mata á este respecto, "ora por mandato de un tribunal, siempre resulta que el que revela lo "que ha presenciado en el interior de una familia, en la cual le han "introducido los privilegios de su profesión, viola un secreto; hace traición á una confianza; comete, por tanto, una inmoralidad. Poco importa que sea una ley indiscreta la causa de esa inmoralidad. Las leyes "no siempre son justas, no siempre son, como debieran, la expresión fiel

“de ese sentimiento que esculpió Dios, con el cincel de su inmensa sabiduría, en la conciencia de los hombres. Una inmoralidad, ya sea el fruto de una inclinación perversa, ya de una obligación legal, de una ley injusta, siempre empaña, por lo menos, el prestigio de quien la comete; siempre hace perder la estimación de ese individuo en la conciencia del público; porque dentro de esta conciencia nunca ha podido establecer su trono el albedrío de los hombres. Las tablas de la ley natural, de la ley divina, están clavados en ella. La fuerza podrá destrozarse esa conciencia ó el corazón que le da asiento: mas así como roto en pedazos un espejo, cada fragmento refleja entera la imagen de nuestro rostro, así también, aunque destrozada por las iras de los hombres, la conciencia refleja siempre toda entera la ley de Dios, que la soberbia loca de aquellos quiere sustituir con sus caprichos.”

Si la ley que prescribe la declaración obligatoria de los médicos, cuando sean llamados por el Juez, crea para ellos una obligación depresiva y humillante, nivelándolos, en cierto modo, con los agentes de Policía secreta, esto sólo bastaría para que fuera borrada de todas las legislaciones, y para que todo médico honrado y de carácter proteste con noble altivez contra ella, y prefiera sufrir las torturas y vejámenes de la injusticia ó de la tiranía antes que ver humillada su dignidad y ultrajada su conciencia.

Se ha querido disculpar esta vergonzosa humillación del médico, con el pretexto de los grandes servicios que presta á la autoridad; pero ninguna persona de honor sirve jamás á nadie á costa de su dignidad y su buen nombre. Y si alguna vez, en alguna excepcionalísima ocasión, pudiera ser esto, para un individuo, un sacrificio más sublime y doloroso que el de la vida: como condición impuesta á toda una clase social, como norma invariable de conducta para una corporación, sería la abyección más rufa y degradante, el más fundado motivo para el desprecio público.

Por otra parte, el citado argumento de que los intereses de los particulares deben posponerse á los generales, es de aquellos que, por probar mucho, no prueban nada. «Conviene á la sociedad el castigo de los crímenes: luego se han de perseguir todos los hechos criminales y no se ha de omitir medio alguno para descubrirlos.» Este es, en forma silogística, el argumento citado; y con él podría justificarse lo más absurdo é inícuo, hasta el tormento.

Las legislaciones cultas, sin desconocer esta conveniencia, se han visto obligadas á omitir la pesquisa de muchos hechos y á renunciar muchos medios de investigación, para salvar así otros miramientos y consideraciones que no pueden desatenderse en el gobierno de las sociedades humanas.

Conviene que se castiguen los crímenes: y sin embargo, no se persigue el adulterio, sino á instancias del esposo; y se dejan impunes muchos atentados contra el pudor, porque interesa más á la sociedad el respeto á la paz, á la honra y la dignidad de las familias.

Conviene que se descubran los hechos punibles; y sin embargo, no se rompen los vínculos de fraternidad, ni violentan los sentimientos de la naturaleza obligando al reo á confesar su delito, ó á los parientes á declarar unos contra otros.

Conviene que el delincuente sea aprehendido y conservado en cautiverio; y sin embargo, no se castiga al reo que se oculta, ni aún al que se fuga de las cárceles ó presidios, porque se respeta el instinto natural de

libertad, que, como el de la conservación, le fuerza al hombre á huir de lo que le aflige y atormenta.

Conviene el descubrimiento de las infracciones; y con todo, el abogado defensor que tanta luz podría suministrar con su declaración, está eximido de ser testigo; porque al reo se le reconoce el derecho de defenderse y la defensa es imposible sin el secreto del defensor.

Y todas estas disposiciones son buenas, y no hay pueblo civilizado que no las consagre, ni publicista ó juriscónsulto que en estos tiempos trate de confutarlas.

Ahora bien, si todo esto es legítimo y verdadero, forzoso es confesar que la legislación ha incurrido en la más absurda inconsecuencia con los mismos principios que la informan, al reservarse todavía como medio de investigación las declaraciones de los médicos.

Se respeta el honor y decoro de las familias hasta el punto de dejar impunes hechos que son, á veces, de los más criminales y escandalosos; y no se ve que los muros que guardan ese honor y decoro caerían por su base, si el miembro más íntimo del hogar fuere constreñido á entregar al Juez el depósito de los más reconditos secretos de la familia; el más íntimo, sí, porque el médico penetra hasta donde no han llegado á veces la madre, la esposa y la hermana.

Respetando los sentimientos de la naturaleza, la Constitución y las leyes prohíben que se obligue al reo á declarar contra sí mismo; pero no se comprende que el apremio ejercido sobre el médico recae, en último análisis, sobre el mismo reo, á quien se le pone en la terrible disyuntiva de perecer por falta de la asistencia de un médico, ó ser el delator de sí mismo; ya que á esto equivaldría revelar sus secretos á una persona que tiene obligación de declarar ante el Juez.

Con indignación y asombro contemplamos ahora á lo lejos la monstruosa institución del tormento como medio de obtener declaraciones ó confesiones; y para que no queden ni sombras de ellas en las modernas legislaciones filosóficas y humanitarias, no se permite que á nadie se le someta á tormento moral, precisándole á perjurar ó condenarse á sí mismo, ó á sus parientes íntimos, y sin embargo permitimos que, violentando al médico á declarar sus secretos profesionales, se imponga un tormento peor al pobre enfermo, y se constriña al médico á conculcar un pacto legítimo é inviolable, á disponer de lo ajeno, por prestar á la administración pública el menguado y olisísimo servicio de los espías; servicio que, interponiendo entre el médico y las familias el inmenso abismo de la desconfianza, dificulta el ejercicio de una profesión noble y bienhechora, y acarrea á la sociedad males incomparablemente más graves que los que se evitarían con las indignas y vergonzosas revelaciones de los médicos.

No hay, pues, razón ninguna para que subsista la obligación de declarar impuesta al médico; y, por lo mismo, es indispensable la reforma de la ley.

CAPITULO IV

Del principio y fin de la existencia de las personas.

(LIBRO I.—TITULO II DEL CÓDIGO CIVIL).

§ I—PRINCIPIO LEGAL DE LAS PERSONAS

Para ser persona legal, es decir, capaz de adquirir y transmitir derechos civiles, no basta siempre y en todas partes el hecho de haber nacido vivo: pues las leyes de las distintas naciones han apreciado de diferentes maneras esta importante cuestión como lo vamos á ver brevemente, por los variados asuntos médico legales que pueden suscitarse en cada país, según sean sus respectivas disposiciones legales.

Nuestro Código Civil llama PERSONAS á todos los individuos de la especie humana, cualesquiera que sean su edad, sexo y condición, (artículo 51); y después, en el 71, dice:

«El nacimiento de una persona fija el principio de su existencia legal, siempre que viva veinticuatro horas á lo menos, después que fué separada completamente de su madre.»

«La criatura que muere en el vientre materno, ó que perece antes de estar completamente separada de su madre, ó que no haya sobrevivido á la separación veinticuatro horas, á lo menos, se reputará no haber existido jamás.»

Y luego, hablando de los derechos que pudieran corresponderle al no nacido, añade:

«Art. 71.—Los derechos que corresponderían á la criatura que está en el vientre materno, si hubiese nacido y viviese, estarán en suspenso hasta que el nacimiento se efectúe. Y si el nacimiento constituye un principio de existencia, entrará el recién nacido en el goce de dichos derechos, como si hubiese existido al tiempo en que le correspondieron. En el caso del artículo 71, inciso 2.º, pasarán estos derechos á otras personas, como si la criatura no hubiese existido jamás.»

Por tanto, si se hace una donación ó un legado á un feto, suspéndese el derecho hasta el nacimiento: si el donatario ó legatario nace vivo y vive á lo menos veinticuatro horas después de separado de la madre, la donación ó legado valen como si cuando se hicieron aquél hubiera existido legalmente; pero si no nace vivo ó no vive las veinticuatro horas, supónese que no ha existido jamás, y la donación ó legado son nulos, y los bienes donados ó legados siguen perteneciendo á la persona á quien corresponderían si jamás hubiera habido tal legado ó donación.

Por lo mismo, si el feto muere en el vientre materno ó no sobrevive á su nacimiento y separación veinticuatro horas, no puede tener herederos ni transmitir cosa alguna, por cuanto jamás ha reposado en él ningún derecho.

Mas, si la ley no le reconoce al feto como actual sujeto, activo ó pasivo de relaciones civiles, quiere, por lo menos, facilitarle su advenimiento y llegada al mundo jurídico, dire así, á este centro de relaciones civiles; y por esto dice:

*Art. 72.—La ley protege la vida del que está por nacer. El Juez "en consecuencia, tomará, á petición de cualquiera persona ó de oficio, "todas las providencias que le parezcan convenientes para proteger la existencia del no nacido, siempre que crea que de algún modo peligrará. Todo castigo de la madre por el cual pudiera peligrar la vida ó la salud de "la criatura que tiene en su seno, deberá diferirse hasta después del nacimiento.

Las legislaciones antiguas, en especial la romana y la española, consagraban el axioma de que el feto se reputaba nacido para todo lo que podía favorecerle, y no existe para lo que le perjudicaba; y aún algunas modernas, como la Argentina, consideran existente á la persona desde el instante de la concepción; pero todas unánimemente convienen en que si la criatura muere en el vientre materno ó si el nacimiento no constituye un principio de existencia legal, se reputa que jamás ha existido la persona ni puede transmitir derecho alguno.

Hay, sin embargo, gran variedad y discordancia en las reglas dadas para fijar el principio de la existencia legal. Así, el Código Chileno (1) del cual se copió el nuestro casi literalmente, y el argentino no tienen la condición de las veinticuatro horas de vida independiente del niño: basta que la criatura nazca viva y, separada de su madre, viva un instante.

El Derecho Romano exigía lo mismo que el chileno y argentino, añadiendo sólo, según la opinión de los más respetables intérpretes, que tenga figura humana y lloro.

El Francés, secundado por el Napolitano, Austríaco, Bávaro, Sardo y muchísimos otros, agrega la condición de que la criatura nazca viable, esto es, que no sea imposible la continuación de su existencia por lo prematuro del parto ó por algún vicio orgánico.

Finalmente, la Ley del Foro, española, exigía que la criatura naciese viva, fuese viable, viviese veinticuatro horas y recibiese el bautismo (Esto último tenía por objeto excluir á los moros).

Como se ve, existen cinco sistemas distintos entre los cuales ocupa el nuestro un lugar medio, porque unos exigen más y otros menos condiciones. Entre la viabilidad requerida por el sistema francés y sus similares, sujeta á incertidumbres y graves y dudosas cuestiones, y el instante de vida extrauterina, tal vez obscuro y cuestionable, del sistema chileno y argentino, quiso nuestra legislación buscar una base más precisa é inequívoca, las veinticuatro horas de vida independiente de la madre; pero base que carece de un fundamento filosófico y justiciero, puesto que establece enormes diferencias en las consecuencias legales de la existencia según que dure pocos minutos más ó pocos menos; y que puede sacrificar en muchos casos derechos evidentes, ya que puede ocurrir muy fácilmente que dentro del término de las veinticuatro horas perezca por cualquier incidente una criatura que, habiendo nacido viva y con todas las condiciones de existencia, debió naturalmente entrar en la posesión de sus derechos y ser órgano de la transmisión de ellos.

(1) He aquí literalmente transcrita la disposición de este Código "Artículo 74: la existencia legal de toda persona principia al nacer, esto es, al separarse completamente de su madre".

La criatura que muere en el vientre materno, ó que perece antes de estar completamente separada de su madre, ó que no haya sobrevivido á la separación un momento siquiera, se reputará no haber existido jamás.

Síguese de lo expuesto que las cuestiones médico legales sobre viabilidad, tan importantes en Francia y en los demás pueblos que han seguido su sistema, no tienen significación alguna entre nosotros; pues ni la ley penal ni la ley civil atribuyen ninguna consecuencia jurídica á este hecho; sea viable ó no viable el feto, la pena del aborto es la misma; sea viable ó no viable el recién nacido, la pena del homicidio ó parricidio (INFANTICIDIO de otras legislaciones) es la misma; sea viable el hijo separado de la madre, si vive veinticuatro horas, es persona civil; y si no cumple esta condición, no ha existido jamás.

Las enseñanzas de la Medicina Legal concernientes á esta materia deben estudiarse entre nosotros sólo para el caso de que las leyes se reformen, como puede suceder.

Pero sí puede tener gran importancia en nuestra práctica forense la intervención del perito médico para resolver las otras dos cuestiones que se derivan del tenor de nuestras disposiciones legales, á saber: declarar si el niño nació vivo y si vivió, por lo menos veinticuatro horas después de separado completamente del vientre materno.

Los procedimientos de DOSIMASIA PULMONAR ÓPTICA, HIDROSTÁTICA Y HISTOLÓGICA, con sus modernos progresos, permiten al médico afirmar con seguridad, en la generalidad de los casos, si el niño vivió ó no vivió; y ayudado de los demás medios de investigación puede presentar un informe que valga más, en concepto del juez, á este respecto, que las declaraciones testimoniales ú otros medios de averiguación que pudiera emplear. Pero, desgraciadamente, no posee la ciencia datos igualmente precisos para afirmar si la vida de un recién nacido duró pocas horas ó quizá pocos minutos más ó menos; pues las modificaciones que la evolución de la vida imprime al organismo no varían sensiblemente ni puede apreciarse de una manera exacta en términos tan estrechos. Se necesitaría que la vida del niño llegare al tercer día para poder afirmar por sólo el examen del cadáver, que el niño vivió más de veinticuatro horas.

Mas, como un asunto previo para apreciar el plazo de las veinticuatro horas, es necesario resolver lo que en el sentido legal debe entenderse por CRIATURA COMPLETAMENTE SEPARADA DEL VIENTRE MATERNO, puesto que la vida extrauterina puede principiar y durar algún tiempo estando todavía la criatura ligada á la madre por el cordón umbilical.

No se ocupan, por lo general, de este asunto los autores de Medicina Legal, dejando al Juez la interpretación de este concepto como lo hacen también con el de BEBÉ NACIDO que usan las leyes de muchos países al calificar de delito de infanticidio; pero si es el perito quien debe decidir si el niño vivió más ó menos de veinticuatro horas, es indispensable fijar el momento preciso desde el cual ha de contarse este plazo.

Tomando literalmente las palabras del Código, es indudable que el niño no está completamente separado de la madre sino después de la sección del cordón ó después de la expulsión de la placenta; pues aún aceptando que ni el cordón ni la placenta pertenezcan ni á la madre ni al niño, es de todo punto indiscutible que es el medio de unión entre los dos; ya que la placenta y el cordón establecen la comunidad de la circulación sanguínea entre los dos organismos.

Sin embargo, el Dr. Puga y Borne no acepta esta manera de pensar en su «Compendio de Medicina Legal»; porque traería consecuencias inaceptables: «Si el niño no comenzara á existir, dice, sino después

«de practicada esta operación (sección del cordón ó expulsión de la «placenta) resultaría que el nacimiento no sería un acto puramente natural, sino en muchos casos esencialmente artificial. Los padres podrían «entonces decidir á voluntad la hora del principio de la existencia de la «persona.»

Sentimos no estar de acuerdo con el ilustrado Profesor chileno; en primer lugar, porque aquello de decidir á voluntad la hora del principio de la existencia, anticipando ó retardo la sección del cordón no puede aplicarse sino á un tiempo relativamente corto, como es el de la expulsión espontánea de la placenta en los casos normales; pues si hubiera de atenderse á los casos anormales, también la salida del feto del claustro materno se puede anticipar ó retardar, dentro de un límite estrecho, procediendo más ó menos rápidamente á practicar la operación necesaria, ó postergando todo lo posible; y de esto no sería lógico deducir que la hora del nacimiento ó el principio de la existencia se haya convertido en voluntaria.

En segundo lugar, porque el perito no está en ningún caso autorizado para interpretar la ley en contra de su tenor literal, sean cuales fuesen las consecuencias que de ello se sigan. Si la ley dice: «CRIATURA COMPLETAMENTE SEPARADA DE SU MADRE,» debemos necesariamente exigir la extinción de todo lazo, de todo medio de unión entre los dos organismos, puesto que, de otra manera, no existiría la separación completa.

Podría objetarse quizá, con más razón, que el niño vive ya de su vida propia é independiente desde que ha salido del vientre y ha respirado, y que, por lo mismo, éste debería ser el instante preciso para fijar la existencia legal de la persona ó, también, para principiar á contar las veinticuatro horas de vida que exige nuestro Código. Pero si ésta pudiera ser una razón para la reforma de la ley, no la es para señalar el momento desde el cual han de principiar á contarse las veinticuatro horas, tales como ahora están determinadas; ya que no se exige sólo veinticuatro horas de vida, sino de vida de la CRIATURA COMPLETAMENTE SEPARADA DE LA MADRE.

§ II—DEL FIN DE LA EXISTENCIA DE LAS PERSONAS

«Art. 75.—La persona termina con la muerte natural.»

El Código aplica á la muerte el calificativo NATURAL, para contraponerlo al de CIVIL, pues existe legalmente la MUERTE CIVIL, que no termina la existencia de la persona. En el lenguaje médico llamamos MUERTE NATURAL á la que termina la vida de una persona con una enfermedad ó accidente patológico cualquiera; para distinguirla de la MUERTE VIOLENTA ocasionada por un atentado contra la persona, ó por un suceso inesperado é imprevisto, como el descarrilamiento de un tren, la caída desde una altura, etc.

La determinación del momento preciso de la muerte de una persona ó la relación de prioridad entre dos ó más fallecimientos, puede ser de grande trascendencia en las cuestiones de sucesión, dependiendo en gran parte ó en su totalidad del informe de los médicos legistas. La ley no señala ningún medio de prueba para semejantes casos: y, por lo mismo, puede acudirse á todos los que, por regla general, se admiten en los litigios.

El informe pericial estaría, por consiguiente, sujeto en cuanto á su valor probativo, ó mejor dicho, á su fuerza legal de convicción, á las reglas generales que explicamos en su lugar.

Solo para el caso en que no fuera posible probar el orden de los fallecimientos, y éstos hubieran ocurrido en un mismo accidente ó catástrofe, establece el Código Civil la presunción de que todos han ocurrido en el mismo momento, en estos términos:

«Art. 76.—Si por haber perecido dos ó más personas en un mismo acontecimiento, como en un naufragio, incendio, ruina ó batalla, ó por otra causa cualquiera, no pudieran saberse el orden en que han ocurrido sus fallecimientos, se procederá en todos casos, como si dichas personas hubieren perecido en un mismo momento, y ninguna de ellas hubiese sobrevivido á las otras.»

En esto ha seguido nuestra legislación al Derecho Romano. Otros Códigos, como el francés, establecen regla diferente, tomando en consideración la edad y el sexo para presumir, hasta prueba en contrario, el orden de los fallecimientos.

La regla francesa consignada en los artículos 720, 721 y 722, se reduce á lo siguiente: el orden de los fallecimientos se determina por las circunstancias del caso. A falta de toda prueba, si todas las personas tenían menos de quince años, se presume que el mayor ha sobrevivido al menor; si todos tenían más de sesenta años, el menor ha sobrevivido al mayor; si los unos tenían menos de quince y los otros más de sesenta, aquellos han sobrevivido á éstos; en igualdad de edad, ó siendo la diferencia menos de un año, el varón ha sobrevivido á la mujer; y si son del mismo sexo, mayores de 15 años, se sigue el orden de la naturaleza, el menor vive más que el mayor.

Estas reglas son indudablemente arbitrarias; pues la diferencia de fuerza vital ó de energía de resistencia á las causas, de muerte, ni son fijas ni constantes, ni tienen de ordinario importancia alguna al tratarse de accidentes que, como un proyectil de arma de fuego, un terremoto, un naufragio, etc., pueden aniquilar instantáneamente al individuo, sin consideración á su edad ni grado de robustez, ó establecer diferencias dependientes de circunstancias casuales, completamente extrañas al sexo, edad y vigor de la persona; v. g. la naturaleza y sitio de las heridas ó contusiones.

Otros fundamentos mucho más científicos tiene la Medicina Legal para determinar el orden en que han fallecido varias personas; y si es verdad que éstos tampoco son absolutamente precisos y exactos, la determinación aproximada que puede hacerse del tiempo de que data la muerte podría valer, por lo menos en algunos casos, para fijar el orden de los fallecimientos.

Con motivo de la aplicación del artículo 70 del Código Civil, pueden, pues, proponérsele al médico perito las siguientes cuestiones cuya solución consta en todos los tratados de Medicina Legal: 1.º Distinguir la muerte real de la aparente;

2.º—Apreciar el número de horas ó días transcurridos desde el instante de la muerte de una ó varias personas, en presencia de los cadáveres no descompuestos por la putrefacción; y

3.º—Hacer la apreciación aproximada de la data de la muerte, en presencia de cadáveres en descomposición más ó menos completa.

CAPITULO V.

Del matrimonio.

(LIBRO I.—TÍTULO IV DEL CÓDIGO CIVIL Y LEY DE MATRIMONIO CIVIL).

Es el matrimonio uno de los actos de más trascendencia en las relaciones de familia, en las relaciones sociales de orden civil y político, en las religiosas y aún en las internacionales. Las cuestiones que con motivo de él se suscitan son, por tanto, muy varias y muy importantes y delicadas.

Antes de la expedición de nuestra Ley de Matrimonio Civil, el Código principiaba por definir el matrimonio, y luego decía: "Art. 100.—"Toca á la autoridad eclesiástica decidir sobre la validez del matrimonio que se trata de contraer ó se ha contraído.

"La Ley civil reconoce como impedimentos para el matrimonio, los que han sido declarados tales por la Iglesia Católica, y toca á la autoridad eclesiástica decidir sobre su existencia y conceder dispensa de ellos."

También en lo relativo á la disolución del vínculo matrimonial y al divorcio, que era la separación de los cónyuges sin disolución del matrimonio, acataba la ley civil las disposiciones de la canónica, y sometía todas las cuestiones á la autoridad eclesiástica, de acuerdo con el reconocimiento de la unidad religiosa de los ecuatorianos hecha por la Constitución del Estado,

Bastaba, entonces, al médico legista estudiar las disposiciones canónicas concernientes, para estar preparado á resolver todas las cuestiones que se le propusieran con motivo de impedimentos, nulidad ó divorcio matrimoniales.

Mas ahora que tenemos una ley especial para los matrimonios civiles, necesitamos conocer tanto ésta como la canónica: puesto que la inmensa mayoría de los ecuatorianos se casa civil y eclesiásticamente.

§ I—LEY DE MATRIMONIO CIVIL

Las disposiciones de esta Ley que pueden motivar la intervención de un perito médico son las siguientes:

"Art. 3.º No podrán contraer matrimonio:

"2.º—El hombre ó mujer, con su correo en el delito de adulterio;

3.º—Los impúberes;

5.º—Los impotentes;

6.º—Los dementes....."

La ley no dice nada respecto de la manera cómo habría de procederse para probar el adulterio que impide contraer matrimonio, y bien podría apelarse á la intervención de un médico, á fin de que exponga si la existencia de una enfermedad venérea en la esposa de un hombre sano, por ejemplo, ó el estado de preñez de ésta, estando ausente el marido, reconocido y comprobado por el médico, es ó no fundamento seguro para declarar el adulterio.

El Código Civil llama impúber al varón que no ha cumplido catorce años y á la mujer que no ha cumplido doce; si no existe otro medio más seguro de comprobar la edad, el médico puede ser llamado á fijarla, mediante el examen del supuesto impúber.

La impotencia señalada en el No. 5.º de los impedimentos, es *INAMBITAS AD ACTUM CONYUGALEM PERFECTUM* no la esterilidad de cualquiera de los contrayentes; pues ésta jamás se ha tomado como motivo de impedimento por ninguna legislación. El significado literal de los términos, es por sí solo suficiente para no poderlos confundir ni tomar el uno por el otro. El perito médico debería, en consecuencia, limitarse á la investigación de los vicios de conformación y las enfermedades locales y generales capaces de acarrear la impotencia temporal ó perpetua, general ó relativa.

Siendo el matrimonio civil un simple contrato, y sacramento y contrato, según la ley canónica, es indispensable que los contrayentes gocen de la integridad de sus facultades intelectuales y volitivas en el momento de realizarlo, para que sea válido. Esto es lo que la ley dice al señalar la *DENUNCIA* entre los impedimentos del matrimonio, comprendiendo malamente con esa palabra todas las formas de alienación mental. Mas, como hemos de ocuparnos en un capítulo especial en el estudio de todo lo que en nuestras leyes civiles y penales se relaciona con la perturbación y la pérdida de las facultades mentales, nos limitamos ahora á esta breve observación.

Viene después del artículo 5.º de la ley, y en él expone las causas de nulidad del matrimonio, en estos términos:

«Son igualmente causa de nulidad del matrimonio:

- * 1.º—La falta, por parte de alguno de los contrayentes, de libre y espontáneo consentimiento, al tiempo de la celebración del mismo;
- 2.º—El error, en cuanto á la identidad del contrayente,
- 3.º—La impotencia anterior al matrimonio.»

La falta de libre y espontáneo consentimiento puede depender, ya de la coacción física ó moral ejercida sobre uno de los contrayentes, ya de incapacidad mental para manifestarlo, por falta de la inteligencia y voluntad necesarias para conocer el acto y expresar el consentimiento en uso de la propia libertad ó libre albedrío. Este segundo caso se reduce, pues, al mismo de la *DENUNCIA* tomado como impedimento. La coacción moral, esto es, la amenaza que coarta la libertad, debe ser grave; pero la gravedad debe estimarse de un modo relativo á la condición ó estado de la persona amenazada; lo cual podría dar tal vez lugar á algún informe pericial, para descubrir el influjo que en el ánimo de ésta debió ejercer el temor del mal inferido ó amenazado.

El error, en cuanto á la identidad del contrayente, no consiste sólo en que uno de los contrayentes resulte casado con persona distinta de aquélla que debió ser su cónyuge: si María quiere casarse con Pedro y, por error la casan con Juan, el matrimonio es nulo: esto nada tiene de particular. Pero la identidad del contrayente puede resultar dudosa desde otro punto de vista, capaz de hacer necesaria la intervención del perito médico. María quiere casarse con Juan; pero sucede que Juan es, ó parece ser Juana. He aquí, pues, la célebre cuestión del hermafroditismo, figurando entre las causas de nulidad del matrimonio.

Desde el punto de vista puramente legal, este debatido asunto se facilita mucho, tomando los vicios de conformación sexual externos como

causas de impotencia; pues, por regla general, todo pseudohermafrodita, ó hermafrodita verdadero, si los hay, es impotente.

De la 5.^a causa de nulidad hablamos ya al ocuparnos de los impedimentos.

Terminada la enumeración de las causas de nulidad, se ocupa la ley en la manera cómo ha de celebrarse el matrimonio, y de otras cosas que nada tienen que ver con los médicos; pero después constan, en el artículo 22, las causas de divorcio que disuelve el vínculo matrimonial; y la primera de éstas es el adulterio de la mujer, que, como ya dijimos á propósito de los impedimentos, puede motivar la intervención del médico. Las otras causas no puede dar origen á cuestiones médico-legales.

Luego siguen las causas que producen separación de vida marital, sin destruir el vínculo matrimonial; y entre las cuatro enumeradas al respecto no constan las enfermedades contagiosas graves, curables ó permanentes, de uno de los cónyuges; y es, en verdad, cosa digna de notarse, que una ley tan laxa en lo relativo á la disolución del vínculo matrimonial, ni siquiera autorice al un cónyuge para separarse temporalmente del otro, cuando éste se halle afectado de lepra, sífilis, tuberculosis, etc.

Y nada más hallamos en la Ley de Matrimonio Civil, cuyo conocimiento nos interesa desde el punto de vista médico legal. Más, como el artículo 7.^o de esta Ley dispone que LOS PÚBERES MENORES DE EDAD no pueden contraer matrimonio, sin la respectiva licencia de sus padres ó guardadores, con arreglo al Código Civil; necesitamos ocuparnos un momento en el artículo 10.^o de este Código, el cual limitando las causas de oposición legal de los padres ó guardadores de un púber menor de edad, dice:

«Las razones que justifiquen el disenso no pueden ser otras que éstas:

«3.^o—Grave peligro para la salud del menor á quien se niega la licencia, ó de la prole.»

Es evidente que este GRAVE PELIGRO se lo ha de buscar, tanto en el estado de la salud del mismo menor á quien se niega la licencia, como en la posibilidad de un contagio por parte de otro contrayente y lo mismo ha de entenderse de la trasmisión hereditaria á la prole. Pero en todo caso, el médico es el único capaz de dilucidar esta importante y difícil cuestión.

§ II—DISPOSICIONES DEL DERECHO CANONICO RELATIVAS AL MATRIMONIO

En el Derecho Canónico se llaman impedimentos dirimientes los que anulan el matrimonio, y los hechos de que se originan están expresados en los siguientes versos:

- Error; conditio; votum; cognatio; crimen;
- Cultus disparitas; vis; ordo; ligamen; honestas;
- Amens; affinis; si clandestinus; et impos;
- Si mulier sit rapta; loco nec reddita tuto.
- Haec facienda vetant connubia; facta retractant.»

Venmos ligeramente los impedimentos que pueden dar origen á la intervención de médicos peritos en los juicios eclesiásticos; pues en estos se observan las mismas formas y trámites de los civiles, siempre que no se opongan á las disposiciones expresas del Derecho Canónico.

"Error." El error en cuanto á la identidad de la persona, vicia el consentimiento. No tenemos, pues, nada que agregar á este respecto á lo dicho ya, al tratar del error, en cuanto á la identidad de la persona, en la Ley de Matrimonio Civil.

"Crimen." Es el adulterio con promesa de matrimonio, ó el conyugicidio con el propio fin. También hemos hablado ya de este impedimento al tratar de los civiles.

"Vis." Es la fuerza ó coacción física ó moral empleada para obtener el consentimiento.—"Impos."—La impotencia. Ambos puntos quedan ya expuestos.

Los demás impedimentos no tienen ninguna relación con los concimientos médicos y, por lo mismo, no nos interesan.

El divorcio canónico no produce en ningún caso la disolución del matrimonio, sino únicamente la separación temporal de los cónyuges; pero entre los motivos admitidos por el Derecho Canónico para este divorcio, se encuentran, entre otros que no interesan al médico legista, las enfermedades graves que de un modo cierto ó probable puedan transmitir del cónyuge al otro, por el hecho de continuar la vida conyugal. Este asunto es de tal naturaleza que los mismos cánones refieren expresamente al dictamen de peritos de la ciencia médica.

CAPITULO VI

Término legal de la gestación

Terminado el estudio de las disposiciones legales relativas al matrimonio, viene bien ocuparnos en las cuestiones que se refieren á la gestación, aun cuando los artículos pertinentes del Código Civil están comprendidos en el mismo Título II "Del principio y fin de la existencia de las personas, pues procediendo de esta manera resulta mejor ordenado el estudio de los asuntos médico legales."

El artículo 72 del citado Código, dice: "La ley protege la vida del que está por nacer. El Juez, en consecuencia, tomará, á petición de cualquiera persona ó de oficio, todas las providencias que le parezcan convenientes para proteger la existencia del no nacido, siempre que crea que de algún modo peligrará,

"Todo castigo á la madre por el cual pudiera peligrar la vida ó la salud de la criatura que tiene en su seno, debiera diferirse hasta después del nacimiento."

Este solo artículo bastaría para que el médico legista estudiase todas las cuestiones que pueden proponerse relativamente á la gestación ya que, para su completa aplicación, podría pedirsele no solo el diagnóstico de la preñez, sino la fijación del tiempo de que data, la fecha o el plazo en que terminará, la resolución de si la madre pudo ó no ignorar su estado, si la ejecución de tal acto que quiere obligársele á cumplir pondrá en peligro la salud ó la vida del feto, etc.

Pero relativamente á la duración mínima y máxima de la preñez el artículo 73, dice: "De la época del nacimiento se colige la de la concepción, según la regla siguiente:

"Se presume de derecho que la concepción ha precedido al nacimiento no menos de ciento ochenta días cubales, y no más de trescientos, contados hacia atrás, desde la media noche del día en que principie el nacimiento."

Llámanse PRESUNCIÓN en lenguaje legal «la consecuencia que se deduce de ciertos antecedentes ó circunstancias»; pero de manera que se puede probar la no existencia ó la falsedad de esa consecuencia, aun siendo ciertos los antecedentes. Así, cuando se dice: el poseedor se presume dueño, se significa que, á pesar de ser cierto el hecho de la posesión, puede probarse la no existencia del dominio.

Mas, cuando la ley dice que una cosa SE PRESUME DE DERECHO, dá á entender que no admite prueba en contrario.

Teniendo en cuenta esta explicación, veremos que, combinando el hecho del nacimiento con el del matrimonio, surgen los presunciones siguientes:

1.^a Si el nacimiento se efectúa antes de los ciento ochenta días del matrimonio, SE PRESUME DE DERECHO que la concepción fué anterior al matrimonio. Esta afirmación no admite prueba en contra; y, por lo mismo, el hecho del nacimiento no puede dar origen á intervención pericial:

2.^a—Si el nacimiento viene después de los ciento ochenta días, pero antes de los trescientos, se presume, PERO NO DE DERECHO que la concepción ha tenido lugar durante el matrimonio. El hecho acepta prueba en contrario:

3.^a—Si el nacimiento ocurre después de los trescientos días, se presume DE DERECHO que la concepción se efectuó durante el matrimonio;

4.^a—Si el nacimiento se efectúa dentro de los trescientos días subsiguientes á la disolución del matrimonio, existe simple presunción de que la concepción se efectuó en el matrimonio;

5.^a—Si la criatura nace después de los trescientos días, se presume DE DERECHO que la concepción fué posterior á la disolución.

La paternidad del marido nunca se presume DE DERECHO; y en los casos de presunción simple, que son el 2.^o y el 4.^o; puede combatirse probando que, durante los ciento veinte días anteriores á los ciento ochenta que precedieron al parto, el marido estuvo en imposibilidad física de tener acceso á la mujer.

Notemos, sí, que el Código en su artículo 73, define las discusiones relacionadas con la duración mínima y máxima de la gestación, pues afirma de manzera que no quepa prueba en contrario, que esa duración está comprendida entre los ciento ochenta y los trescientos días. Esto es indudablemente arbitrario, tan arbitrario como la exigencia de las veinticuatro horas de vida exigidas al niño que nace vivo para que principie su existencia legal; pero lo ha aceptado, sin duda, para evitar males más graves dejando el asunto al variable criterio de jueces y peritos.

La duración precisa de la preñez, científicamente considerada, ni puede ser determinada, porque no se puede fijar el instante preciso de la fecundación del óvulo, ni parece ser la misma para todos los casos. CALCULADA SEGÚN LOS ELEMENTOS EMPÍRICOS MÁS PRECISOS, como dice Thoinot, es decir, eligiendo los casos en que no ha habido sino una relación entre el hombre y la mujer fecundada, y cuyo parto ha venido á término normal-

mente, el plazo de la gestación oscila entre 262 y 277 días, en once estadísticas distintas de Pinard, Depaul, Vallich, Schaveget, etc. Otra muy importante de Varnier, referentes á novecientos casos, da un término medio de 271 días. En la de Reid, en cuarenta casos, la duración varía de 260 á 294 días. La de Oldham tiene casos desde 266 hasta 285 días. En muchas otras, que sería largo detallar, la duración oscila entre 267 y 287 días.

Pero esto no quiere decir que falten ejemplos, citados por médicos distinguidos, de gestaciones prolongadas. Ya antiguamente Ambrosio Paré decía: "Todos los animales tienen un tiempo fijo para catgar y llevar á sus hijos; pero el hombre no tiene ningún tiempo prefijado, y viene al mundo en todo tiempo; así unos nacen á los siete meses, otros á los ocho, otros á los nueve, que son los más comunes, otros á los diez, y quizá al principio de los once."

Zachás dijo que nunca puede durar la gestación sino hasta diez días después del décimo mes.

Ente los modernos, Olshausen, Veit Winekel, Bensinger y Tuets, citan casos de gestación de más de trescientos días hasta trescientos cuarenta y uno. Pero como dicen Casper y Liman, las mentiras y los hechos apócrifos quitan mucho valor á estas cifras,

Sin embargo, no es posible dudar de la realidad, en presencia de datos como los presentados en la discusión promovida acerca de esta materia por la «Sociedad de Obstetricia» de Berlín, en la cual Alfeld presentó una rigurosa estadística de 683 partos, doce de los cuales se verificaron después de los trescientos días; y Veit otra de 665 partos, con 13 verificados después de trescientos días de gestación. Sumadas estas dos estadísticas, dan casi exactamente un dos por ciento de nacimientos después de 300 días, lo cual no es una cifra despreciable.

Respecto del mínimo de duración de la preñez, la ley se ha apartado quizá más del término normal al fijarle sólo ciento ochenta días. Los caracteres de madurez que permiten sobrevivir después del nacimiento no se adquieren sino más tarde; tanto en Alemania la ley y los reglamentos juzgan inútiles las autopsias de los niños que no manifiestan haber llegado á los noventa y diez días de vida intrauterina (treinta semanas, según la manera de medir el tiempo de la preñez, en esa nación); pues se supone que no podían haber vivido.

En los tratados de Obstetricia se exige, por regla general, siete meses de vida intrauterina para que el niño nazca viable. Un solo caso, citado por Villemín, hace relación á un niño que nació á los cinco meses y medio y se crió perfectamente.

De manera que, por lo tocante al mínimo del plazo de la gestación, la ley más fácilmente puede legitimar hijos concebidos antes del matrimonio, que perjudicar á los legítimos nacidos antes de 180 días, como caso único de Villemín.

Las legislaciones antiguas, entre éstas la Romana y la Española, computaban por meses: seis y un día mínimo; diez y un día máximo; pero como no todos los meses tienen el mismo número de días, la regla no era precisa ni uniforme.

El legislador francés, para formular su regla de 180 días á lo menos y 300 á lo más, imitada casi universalmente por todos los Códigos modernos, consultó al célebre naturalista Tourerroy, quien, citando en su apoyo á Zachás y Hoeker, contestó: "La fijación de 180 días para los nacimientos acelerados y de 286 para los nacimientos tardíos, se enuea-

"tra perfectamente de acuerdo con la opinión de la parte más ilustrada ó "más sabia de los físicos (médicos), de los naturalistas y de los juris-consultos."

A pesar de esto, deseando favorecer la legitimidad y seguir el ejemplo de las antiguas legislaciones, consignáronse en el Código francés los términos de 180 y 300 días (1)

Juriseconsultos hay, y médicos también, que citan casos de gestaciones de cinco y seis meses, y de once y aún doce, pero cuya autenticidad es, por lo menos, problemática; y se sabe que Justiniano y Adriano declararon alguna, previa prolija averiguación, que un hijo había nacido en el mes undécimo (2). Pero estos casos, siquiera sean ciertos, son tan extraordinarios que los legisladores han creído preferible prescindir de ellos, aunque se sacrifiquen alguna vez legítimos intereses, antes que dar cabida á la incertidumbre y arbitrariedad en asuntos de tanta importancia.

El Código de Prusia, anterior al francés, fija en siete meses el mínimo y 302 días el máximo; el actual Código del Imperio Alemán, en 181 el mínimo y 302 el máximo; el de Noruega en 31 semanas (217 días) el mínimo y 40 semanas (280 días) el máximo. Turquía fija en sus leyes seis meses para el mínimo y 14 para el máximo.

CAPITULO VII

A cuál de los maridos pertenece el hijo.

(TÍTULO VII.—§ 4.º DEL CÓDIGO CIVIL.)

Si una mujer se casa dentro de los primeros 120 días de su viudedad, y pare después de los 180 del segundo matrimonio, pero antes de los 300 de la muerte de su primer marido, puede dudarse á cuál de los matrimonios pertenece el hijo; pues coinciden dos presunciones legales contrarias: por una parte, se presume que el hijo que nace dentro de los 300 días posteriores á la muerte del marido, es hijo de éste; y por otra se presume también que el que nace después de los 180 del segundo matrimonio tiene por padre al marido. Para resolver esta cuestión, muchas veces oscura y difícil, el Código Civil dice:

"Art. 195.—Cuando por haber pasado la madre á otras nupcias, "se dudare á cuál de los dos matrimonios pertenece un hijo, y se invo- "care una decisión judicial, el juez decidirá tomando en consideración las "circunstancias y oyendo el dictamen de facultativos, si lo creyere conveniente.

(1) La Facultad de Medicina de Leipzig rechazó en 1630 la legitimidad de un niño nacido 309 días después de la muerte de su padre putativo; y en 1638 aceptó la de un niño nacido 378 días después de la muerte de su presunto padre.

Un crítico lo explen, porque en el primer caso la madre era pobre, y rica en el segundo. Citado por Tholnot, que lo ha tomado de Strassman.

(2) El actual Código del Imperio Alemán, en 181 el mínimo y 302 el máximo.

"En el caso de este artículo, la mujer y su nuevo marido estarán solidariamente obligadas á indemnizar los perjuicios y costas ocasionadas á terceros por la incertidumbre de la paternidad."

El Derecho Romano y el Español, el Código francés y casi todos los europeos, el Argentino y muchos otros americanos, inclusive el Chileno, tienen además otra disposición en la cual le prohíben á la viuda, con severas penas, pasar á segundas nupcias antes de un determinado plazo, que ordinariamente es de 300 días, ó antes del parto si ha quedado en gestación.

El plazo de 300 días llamábase en las Partidas, AÑO DE VIUEZAD.

No sé por qué en nuestro Código se omitió esta disposición, que á la vez que tiende á evitar tan grave conflicto, consulta también otras razones de orden doméstico y moral pública. La Ley de Matrimonio Civil tampoco ha querido acordarse de este importante asunto.

Para el mero efecto de evitar la confusión sobre la paternidad, basta que la prohibición se extienda á los 120 días, que, sumados con los 180 indispensables para que el hijo pueda pertenecer al segundo marido, completan los 300 desde la muerte del primero.

Mas, si con prohibición y todo la viuda se casa y viene el conflicto, las circunstancias del caso y el dictamen de los facultativos será el único medio de resolverlo.

La intervención del perito médico sería en estos casos, si no de ineludible necesidad, por lo menos, indiscutiblemente útil: pues él, mejor que nadie, podría apreciar los caracteres de raza, la semejanza, las enfermedades ú otras condiciones hereditarias, y principalmente, la edad intrauterina del recién nacido, que sería quizá el dato de mayor importancia. Si una viuda se casa, por ejemplo treinta días después de muerto su primer marido, y tiene á los 190 ó 200 de su segundo matrimonio un niño que presente los signos de la madurez, ó respecto del cual no queda duda de que haya cumplido el octavo mes de vida intrauterina, el recién nacido pertenece al primer matrimonio.

El segundo inciso del artículo de nuestro Código entraña en cierto modo, una prohibición tácita impuesta á la viuda ó al que quiere casarse, haciéndoles solidariamente responsables de todos los perjuicios que cause la incertidumbre de la paternidad.

En Inglaterra se le reconoce al hijo el derecho de elegir por padre á cualquiera de los dos maridos, cuando el caso es dudoso.

CAPITULO VIII

De los hijos legítimos concebidos en matrimonio.

(TÍTULO VII DEL CÓDIGO CIVIL)

Al tratar el Código Civil de los hijos concebidos en matrimonio, consigna las siguientes disposiciones que pueden dar ocasión á interesantes cuestiones médico legales.

"Art. 175.—El hijo que nace después de expirados los 180 días sub-

"siguientes al matrimonio, se reputa concebido en él y tiene por padre al "marido."

"El marido, con todo, podrá no reconocer al hijo como suyo, si prueba que durante todo el tiempo en que, según el artículo 73 pudiera presumirse la concepción, estuvo en absoluta imposibilidad física de tener "acceso á la mujer."

Como se ve, para este caso no tiene el marido otra excepción que la de la absoluta imposibilidad física. De nada le serviría, por ejemplo, si el parto viene á los 180 días, probar con el parecer de médicos, de manera segura, indudable, que el recién nacido es un niño de término, que no puede tener menos de 275 días de vida intrauterina, por presentar todos los signos de madurez, que jamás se los puede hallar en un feto de seis meses y cinco días. Si no prueba su imposibilidad física de tener acceso á su mujer, la ley, inexorablemente consecuente con el plazo mínimo y máximo que señala á la preñez, le obliga á reconocer por su hijo legítimo al recién nacido, por mucho que la evidencia mas palmaria clame en contrario.

Pero, en seguida de la traserita, viene esta otra disposición:

"Art. 176.—El adulterio de la mujer, aun cometido durante la "época en que pudo verificarse la concepción, no autoriza por sí solo al "marido para desconocer al hijo como suyo. Pero probado el adulterio "en esa época, se le admitirá la prueba de cualesquiera otros hechos "conducentes á justificar que él no es el padre."

De manera que, para este caso, si valdrían las consideraciones anteriores, y la prueba de este, y de otros hechos, como la transmisión hereditaria de una enfermedad sífilítica, los caracteres de raza, etc., lo mismo que la de ciertos casos de imposibilidad física, dependería en su totalidad ó en su mayor parte del dictámen del médico-legista.

Los artículos siguientes del Código declaran que la acción le compete sólo al marido, y que para ejercerla tiene el plazo de sesenta días desde que supo el parto. Si muere el marido dentro de este plazo, pueden ejercer en los mismos términos, los herederos y todos aquellos á quienes perjudique la supuesta legitimidad.

A continuación se prevee el caso de que el nacimiento venga después de disuelto el matrimonio, en estos términos:

"Art. 180.—A petición de cualquier persona que tenga interés actual en ello, declarará al juez la ilegitimidad del hijo nacido después de "expirados los 300 días subsiguientes á la disolución del matrimonio.

"Si el marido estuvo en absoluta imposibilidad física de tener acceso á la mujer desde antes de la disolución del matrimonio, se contarán 300 días desde la fecha en que empezó esta imposibilidad.

"Lo dicho acerca de la disolución del matrimonio se aplica al "caso de separación de los cónyuges por declaración de nulidad del matrimonio:"

En este caso, con más razón que en otros, la imposibilidad física puede consistir en una enfermedad que haya vuelto al marido impotente con mucha anticipación á la fecha de la muerte, como, sucede en las parálisis de origen medular; y para esta investigación sería ineludible la intervención pericial del médico.

Concluidas estas reglas generales relativas á la legitimidad de los hijos, en el estado normal del matrimonio, vienen las especiales para el caso de divorcio. Desde luego, la presunción es contraria: el hijo concebido en este estado no es del marido, sino se prueba que éste, por actos positivos, le reconoció como suyo, ó que durante el divorcio inter-

vino reconciliación privada entre los cónyuges. (Art. 185). Por cierto, esto debe entenderse ahora sólo respecto del divorcio que no disuelve el vínculo matrimonial, ó sea de la separación de vida conyugal, á que se refiere el Código, al hablar de divorcio.

En seguida, para evitar tan delicadas cuestiones, dispone que la mujer recién divorciada, ó que pendiente el juicio de divorcio, está actualmente separada de su marido, si se creyese preñada, debe avisarlo al marido, y que éste tiene derecho de enviarle una compañera que le sirva de guarda, y una matrona que inspeccione el parto, y de exigir además, que sea colocada en el seno de una familia honesta y de su confianza.

Luego viene la sanción para la mujer que se resistió á estas precauciones y para el marido que las omite, en estos términos:

«Art. 189.—Si no se realizasen la guarda ó inspección, porque la mujer no ha hecho saber la preñez al marido, ó porque sin justa causa «á rehusado mudar de habitación pidiéndole al marido, ó porque se ha «sustraído al cuidado de la familia ó personas elegidas para la guarda ó «inspección, ó porque de cualquier otro modo ha eludido su vigilancia, no «estará el marido obligado á reconocer el hecho y las circunstancias del «parto, sino en cuanto se probasen inequívocamente por parte de la mujer «ó del hijo, en el juicio contradictorio.»

«Art. 190.—Si el marido, después de la denunciañon antecedida no «usare de derecho de enviar la guarda y la matrona, ó de colocar á la «mujer en una casa honrada y de confianza, estará obligado á aceptar «la declaracion de la mujer acerca del hecho y circunstancias del «parto.»

Para esa PRUEBA INEQUÍVOCA de que habla el artículo 189 podría ser solamente útil, sino indispensable el dictamen de facultativos, á los cuales el juez podría proponer, con este motivo, todos los problemas médico-legales relativas al parto, tales como la comprobación de los signos de un parto reciente ó antiguo, de la fecha de que data el parto, de la unidad ó pluralidad de partos de una mujer, de la correlacion entre la edad del niño que se dice haber nacido, y el tiempo de que data el parto, de la época á que llegó la gestación, á fin de saber si fué un aborto, un parto de niño viable prematuro, ó un parto á término, etc.

Después da el Código reglas relativas al hijo póstumo, análogas á las precedentes. La mujer que, muerto el marido, afirma que lleva en su seno un hijo de su esposo, debe avisarlo á los que, no existiendo el póstumo, serian llamados á la herencia. Estos podrían tomar las mismas precauciones sobredichas, con las propias sanciones (artículo 193). Podrían, pues, también en este caso ser necesarias, primero la comprobación de la preñez y después la realidad del parto,

Existen, además, otras disposiciones de nuestro Código Civil, aunque en título diferente, que podrían dar motivo á las mismas cuestiones médico-legales referentes al parto, por lo cual nos limitaremos á transcribirlas á continuación. Tratando de MATERNIDAD DISPUTADA, dice el artículo 290:

«LA MATERNIDAD, esto es, el hecho de ser una mujer la verdadera «madre del hijo que pasa por suyo, podrá ser impugnada, probándose «falsedad de parto, ó suplantación del pretendido hijo al verdadero.»

Trata en seguida de las personas que podrían impugnar la maternidad y del plazo, que es de diez años desde el parto; y añade:

«Art. 291.—Con todo, en el caso de salir inopinadamente á luz algún «hijo incompatible con la maternidad putativa, podrá subsistir ó



«revivir la acción anterior, por un bienio, contado desde la revelación justificada del hecho.»

De paso, y á fin de evitarnos repeticiones, en otro lugar haremos notar que este hecho de la suposición de parto se halla castigado en el Código Penal, lo mismo que el de la sustitución de un hijo por otro, con reclusión menor de tres á seis años. (De los atentados contra la familia y la moral pública, Art. 381).

CAPITULO IX

De la edad según el concepto legal

En la Ley de Matrimonio Civil, cuyos artículos directamente relacionados con la Medicina Legal dejamos ya estudiados, se encuentran algunas disposiciones relativas á la edad de las personas que pretenden contraer matrimonio, enumera entre ellos á los impúberes: y el artículo 7.º dice:

«Los púberes menores de edad no podrán contraer matrimonio sin la respectiva licencia de sus padres ó guardadores, con arreglo al Código Civil; pero el matrimonio celebrado sin esta formalidad, no es nulo si el contrayente tiene más de diez y ocho años de edad.»

En el Código Civil hallamos, igualmente muchas referencias á la edad de las personas en los tratados de la tutela y curaduría, de la sucesión por causa de muerte, de la capacidad para los contratos, de los delitos y cuasidelitos, etc. Lo propio sucede en los Códigos de procedimientos y en el Penal, especialmente cuando éste determina las circunstancias que eximen de responsabilidad ó la atenúan.

Esto nos ha determinado á ocuparnos en un capítulo especial, de todo lo relativo á la edad en el concepto legal y en cuanto puede dar origen á asuntos medico-legales. Así dejaremos estudiada esta materia de una manera general y nos evitaremos incurrir en repeticiones cada vez que la encontremos en las disposiciones legales que sucesivamente iremos viendo.

Es un fenómeno cierto é invariable en la especie humana el de que las facultades físicas constitutivas de la racionalidad se desarrollan lenta y gradualmente; que en los primeros instantes de la vida son casi nulas en su ejercicio; que luego comienzan sus primeras y dudosas manifestaciones, y van en seguida desarrollándose sucesivamente hasta llegar á su plenitud ordinaria y normal. Por consiguiente, las leyes llamadas á arreglar la capacidad en los individuos para los distintos actos de la vida social que requieren el ejercicio de esas facultades, y á regirlos en sus múltiples relaciones domésticas, sociales y políticas debían naturalmente apercibirse de este fenómeno y tomarlo en especial consideración.

Estos grados del desenvolvimiento de las facultades racionales no están separados entre sí con toda precisión y claridad; y, por el contrario, se suceden de un modo lento é imperceptible, como de las tinieblas de la noche se llega á la luz del medio día. Empero, para el efecto jurídico que el legislador se propone, puede reducirse á cuatro, á saber: 1.º falta absoluta del ejercicio de esas facultades; 2.º facultades

imperfectas y dudosas; 3.º facultades imperfectas, pero ciertas; 4.º ciertas y perfectas.

Estos cuatro grados se han reconocido uniformemente en las legislaciones; mas como la naturaleza no suministra ningún dato preciso ó invariable para la determinación del número fijo de años correspondientes á cada uno, los legisladores han tenido que regirse, como dice Ortolán, por la regla DE EO QUOD PLERUMQUE FIT, esto es, por lo que más ordinariamente y generalmente acontece, teniendo en cuenta la índole especial de los pueblos, su grado de cultura y adelanto intelectual y moral, sus hábitos, su clima, los cálculos estadísticos que determinen la duración de la vida media, la precocidad ó lentitud del desarrollo físico y moral, etc. etc.

Así el Código Civil llamado á reglar el estado y la capacidad civil, las relaciones de familia y los derechos y obligaciones civiles, divide la edad de la manera siguiente:

"Art. 21.—Llámanse INFANTE ó NIÑO el que no ha cumplido siete años; IMPÚBER el varón que no ha cumplido catorce y la mujer que no ha cumplido doce; ADULTO el que ha dejado de ser impúber; MAYOR DE EDAD, ó simplemente MAYOR, el que ha cumplido veintiún años; y "MENOR DE EDAD, ó simplemente MENOR, el que no ha llegado á cumplirlos.

Otros legisladores han determinado reglas y medidas del todo diversas: así en orden á la mayor edad, unos la fijan á los veintiún años, otros á los veintitrés, otros á los veinticuatro, y muchos á los veinticinco, sin que falten también algunos que se queden debajo de la nuestra en el número de años; la de Dinamarca, por ejemplo, ha elegido los diez y ocho años; la de Neuchâtel los diecinueve y la de Turquía los quince. Siendo de notarse que habiendo sido nuestro Código una copia fiel del chileno, nuestro legislador quiso hacer en este punto una de sus poquísimas variaciones, pues aquel Código fija los veinticinco años, y el nuestro, como se ve, los veintiuno.

Los pueblos antiguos que apenas reconocían para el hombre otra profesión que la milicia, por lo menos, ninguna más noble é importante, fijaban con frecuencia la mayor edad atendiendo sólo á la capacidad física para el manejo de las armas, y por eso se vieron guerreros precoces tan nobles como Scipión el Africano y muchos otros, decidiendo de la suerte de su patria en muy temprana edad. Mas cuando el círculo de las relaciones que rodean al individuo vino á extenderse y complicarse, fué necesario alterar en algún tanto la regla, atendiendo á todas las consideraciones que debían entrar en cuenta para la fijación.

Antes del Código de Napoleón, la mayor edad comenzaba en Francia á los veinticinco años; y después de larga discusión y de elocuentes y acalorados discursos de los redactores del Código, se cambió la regla con la de veintiún años que ha sido seguida por la mayor parte de los Códigos posteriores.

Esos mismos discursos pueden justificar también nuestra reforma respecto de la regla chilena y la antigua española, que señalaba también los veinticinco. ¡Ja menor edad tiene al individuo paralizado, encadenado, haciéndole depender de otro en el gobierno de sus propios intereses; y esto es perjudicial para el mismo individuo cuyas aspiraciones ahoga ó dificulta, teniéndole privado de estímulos y de iniciativa hasta casi la mitad y mejor parte de su vida, y para la sociedad á la que priva de la cooperación de ese miembro, de su actividad civil y comercial y del

contingente con que él podría contribuir á la riqueza y prosperidad social.

A esa edad, el organismo ha adquirido la plenitud de su desarrollo físico y funcional; y las facultades intelectuales siguen casi la misma evolución. La inteligencia, la voluntad, la memoria han llegado quizá á su apogeo, y sólo necesitan del caudal de la experiencia para adquirir el término de su perfeccionamiento. El individuo puede ya gobernarse por sí mismo, atender á sus negocios y dirigir sus pasos y sus aspiraciones por el mejor camino; y el que á los veintiún años carece de estas aptitudes, probablemente, por no decir seguramente, nunca las llegará á tener.

Dícese que el imperio de las pasiones se ejerce principalmente en esa edad de los dieciocho á los veinticinco años; pero esto lo que significa es que se ha de procurar moderar y enderezar ese imperio que, bien gobernado, es una palanca poderosa para lo bueno, y para esto, sirven no poco los estímulos de que se rodean al joven sacándole de la indiferencia y abandono á que se entrega con una prolongada incapacidad civil, y haciéndolo aspirar á ocupar pronto un puesto honroso en la sociedad; y provocándole desde más temprano á la dignidad del hombre y al ejercicio de sus derechos civiles y políticos; en una palabra enseñándole á luchar y vencer, movido por esos estímulos cuyo influjo es más poderoso cuando el hombre es más sensible, más puro y menos estragado por el imperio mismo de las pasiones.

Así discurrieron los redactores del Código de Napoleón, y así podemos discurrir también nosotros, agregando la circunstancia generalmente aceptada de que la vida en los países ecuatoriales es más corta, y en cambio, más rápido ó más precoz el desarrollo físico é intelectual.

En cuanto á la fijación de la edad de la pubertad, quizá la ley se ha anticipado un poco; pues, por regla general, no principia á los doce años en las mujeres ni á los catorce en los hombres; trece y quince respectivamente habría sido mucho más exacto, no sólo atendiendo á lo que pasa en casi todas nuestras poblaciones, sino á lo que nos enseñan las estadísticas de muchas otras naciones de Europa y América. De las que tenemos á la vista, la de Max Rubner da los siguientes datos para la mujer: «En Laponia la pubertad principia á los 18 años; en Munich, de 16 á 17; en Estokolmo, Berlín y Viena, de 15 á 16; en Londres y París, de 14 y medio á 15; en Calcuta, á los doce años. Para los hombres, dice este autor, generalmente la pubertad se presenta de los 17 á los 20 años.» Ribemot y Lepage fijan en 11 años la edad de la pubertad en la mujer, en los climas cálidos, es decir, cuya temperatura media oscila al rededor de 25 grados; hacia los 16 en los climas templados y de los 15 á los 16 en los fríos. La estadística de Joulin, relativa á más de once mil observaciones, fija la edad de 12 á 13 años, para las mujeres de los climas cálidos, de 14 á 15 años para las de los templados y de 15 á 16 para las de los fríos. Estos mismos y muchos otros autores están acordes en que la pubertad del hombre principia entre los 14 y 16 años, en los climas templados y calientes, y más tarde en los fríos. F. Viault, F. Joliet, M. Duval y los demás profesores de Fisiología que hemos podido consultar, señalan para la pubertad del hombre y de la mujer exactamente estas mismas edades. Por otra parte, el Código establece esta división de las edades para principiar á conceder á las personas algunos de los derechos civiles de que carecen los impú-

•beres y que no los gozan en toda su plenitud sino los mayores de edad; porque para su recto y seguro ejercicio son indispensables, el juicio, la discreción, la prudencia, el discernimiento que sólo se puede alcanzar con el completo desarrollo de las facultades racionales: Los púberes, por ejemplo, pueden, casarse, previo el consentimiento de sus padres ó tutores; pueden servir de testigos en ciertos casos, acompañados de sus tutores ó curadores; y, sobre todo, pueden disponer libremente de sus bienes, por causa de muerte, porque no les está prohibido testar. Una muchacha de doce años goza, pues, en el concepto de nuestro legislador de la razón, el juicio, la prudencia, el discernimiento necesarios para verificar el más solemne y trascendental contrato que puede realizarse en la vida, el matrimonio, ya que la ley lo mira sólo como tal, á condición de conseguir la adjuvencia de sus padres ó tutores; y podría disponer libremente de sus bienes propios, con arreglo al Código Civil, aun haciendo un testamento cerrado; es decir, sin que nadie le guíe, ó aconseje ó sepa siquiera lo que hace.»

Mientras tanto, al tratar de la responsabilidad civil ó penal, el mismo legislador hace una suposición contraria, pues antes de los quince años apenas acepta como muy dudosa la existencia del discernimiento, como vamos á verlo en seguida.

El Código Penal, teniendo en cuenta los cuatro períodos en que, como dijimos antes, puede dividirse la edad, establece las siguientes reglas:

“Art. 22.—Está exento de responsabilidad criminal el menor de diez años; y lo estará también el mayor de diez y menor de dieciseis, cuando constare de manera plena que ha obrado sin discernimiento-----”

“Si constare que el menor de dieciseis años y mayor de diez, ha obrado con discernimiento, se le aplicará una pena que no exceda de la mitad ni bajo de la cuarta parte, de la que se le habria impuesto, en caso de ser mayor de dieciseis años.....”

Si comparamos estas disposiciones con las del Código Civil, relativas á la responsabilidad por los delitos ó cuasidelitos, notaremos una muy notable incoherencia de parte del legislador: en efecto, el artículo 2301 dice: “No son capaces de delito ó cuasidelito los MENORES DE SIETE AÑOS ni los dementes; pero serán responsables de los daños causados por ellos las personas á cuyo cargo estén, si pudiere imputárseles negligencia.”

Queda á la prudencia del juez determinar si el menor de dieciseis años ha cometido el delito ó cuasidelito sin discernimiento; y en este caso se seguirá la regla del caso anterior.

Notemos, en primer lugar, que mientras el Código Penal exige de toda responsabilidad al menor de diez años, por creerle completamente desprovisto del discernimiento, ó de la NEEDEDARIA INTELIGENCIA exigida por el artículo 20 para que alguien pueda ser delincuente, el Código Civil le declara ya capaz de cometer delitos y cuasidelitos al que apenas ha cumplido siete años. Y es evidente, de manera que nadie lo podría poner en duda, que más inteligencia, mejor discernimiento se necesita para calcular el mal que se puede causar á otro, en su persona ó sus bienes, por una simple falta de previsión ó precaución, que para comprender la inmoralidad que encierra el hurto, el herir intencionalmente á otro, etc. Para que quepa en su persona al proceder con FALTA DE PREVISIÓN ó PRECAUCIÓN, es indispensable que sea capaz de discernimiento; porque el carece de él será también incapaz de preveer y calcular los daños más ó menos indirectos que pudieran sobrevenir de una acción, que bien pudiera no ser en sí misma notoriamente moral ni directa ó expresamente prohibida por la

ley. De manera que, en rigor lógico y estricta justicia, debía exigirse más edad en una persona para que sea capaz de *culpa delicto*, que para hacerlo penalmente responsable, y en nuestra legislación sucede todo lo contrario.

Notemos, en segundo lugar, que el Código Penal, para castigar al mayor de diez años y menor de dieciséis, exige que conste que ha procedido con discernimiento; y esta constancia nunca podrá referirse á la mera apreciación hecha por el juez, sino al informe pericial ó á otra clase de pruebas; de manera que cabría comprobar la falta de discernimiento sin tomar en cuenta el criterio personal del juez, ó aún en contra de él. Mas el Código Civil deja la apreciación de un discernimiento, indudablemente más difícil de medir, á cargo únicamente de la *PRUDENCIA DEL JUEZ*.

Por último, el Código Penal señala como máximo de la pena para el menor de dieciséis años, la mitad de la que, por el mismo crimen ó delito se aplicaría á un adulto; y según el Código Civil se podría condenar á la misma indemnización á un niño de siete años cumplidos, y á un mayor de edad.

Todo esto es, pues, muy incoherente, muy contradictorio; y para que haya unidad en la legislación y hayan las leyes siempre de acuerdo con la justicia y la ciencia, es indispensable poner de acuerdo en este punto nuestros Códigos, reformando lo que exige reforma.

Nos queda aún por estudiar el asunto más importante y difícil, desde el punto de vista médico legal, ya que sobre él debería versar principalmente el informe de los peritos relativo á la capacidad para delinquir de un menor de dieciséis años: nos referimos á lo que debe entenderse por el *DISCERNIMIENTO* exigido por las leyes civiles y penales, y á la manera de apreciarlo ó graduarlo.

Ninguno de nuestros Códigos define el *discernimiento* ni determina la manera de comprobarlo; y tampoco dicen nada á este respecto los Códigos de otras naciones que emplean la misma palabra, como el español, el argentino, el chileno y el francés, que hemos podido consultar. Mas, desde que todos ellos suponen que no existe en los menores de nueve ó diez años, declarándoles por esto exentos de responsabilidad, y lo encuentran muy dudoso antes de los quince ó dieciséis, es evidente que no debemos confundirlo con la inteligencia más ó menos desarrollada y el juicio más ó menos perspicaz que á esa edad tienen todos generalmente, excepto los idiotas, imbeciles y degenerados que jamás llegarán á tenerlo. La ley entiende, pues, que para el *discernimiento* se necesita algo más que la simple razón ó inteligencia: alguna experiencia de la vida, algún conocimiento del mundo, son indispensables para formar un juicio apreciativo de las cosas y de sus consecuencias y relaciones, que es lo que se llama propiamente *DISCERNIR*.

Todos comprendemos fácilmente y aplaudimos la razón y la justicia con que procede la ley al dividir la edad en diferentes períodos, con el fin de graduar la responsabilidad según la perfección y claridad que el curso de los años y la experiencia de la vida van dando al discernimiento, pero es muy difícil hacer, en cada caso, la apreciación segura del grado de discernimiento con que se haya ejecutado un acto, en relación con lo exigido por la ley, para abolir ó atenuar la responsabilidad del agente. Desde los primeros años de la vida, con los primeros destellos de la inteligencia, surge en la conciencia humana una vaga idea del bien y del mal, de lo lícito y de lo ilícito, de lo que debemos hacer y de lo que nos está prohibido; y á medida que la vida

avanza, que nuestro organismo se desarrolla y la educación nos da luces que nos guíen en el sendero de la vida, la idea del deber se ilumina en el fondo de la conciencia, y el conocimiento de lo bueno y lo malo se aclara y perfecciona. Pero esta evolución de nuestro ser moral progresa por pasos tan pequeños, por graduaciones tan insensibles, y es tan variable de un individuo á otro, que es harto incierto saber cuándo deberemos decir que existe y cuándo que no todavía, ese grado exigido por la ley para establecer la responsabilidad.

Nada podremos, pues, hacer mejor en beneficio de los médicos legistas, para auxiliarles en sus apreciaciones en esta importante y obscura materia que transcribir algunos conceptos relativos á ella, del eminente comentarador del Código Penal español, Don Joaquín Francisco Pacheco, ya que los autores de Medicina Legal nada, absolutamente nada, exponen al respecto.

«Una cosa nos queda que observar, dice, en este punto de que vamos tratando, y es la expresión particular que usa la ley. El artículo no dice voluntad, no dice inteligencia, no dice razón: dice discernimiento. Y esta palabra no ha sido empleada al caso, sino muy cuidadosamente; porque ninguna otra expresaría lo que la ley ha querido que expresase; y esta palabra es muy digna de ser meditada cuando se presentan en la práctica semejantes casos, para no exponernos á admitir como pruebas de culpabilidad las que justifican otra cosa que lo que ha entendido la ley, otra que lo que ha pedido se justificara.

«DISCERNIR no sólo es juzgar, ni DISCERNIMIENTO es cualquier juicio. Si fuera así no cabría la menor duda de que habría de hallarse en los menores de quince años. De ocho y diez ya juzgan los niños; de trece y catorce no hay ninguno que no raciocine, como no sean aquellos que en toda su vida no han de raciocinar. Si, pues, la ley supone que ordinariamente hasta los quince años no tenemos á no tenemos completo el discernimiento, consiste en que bajo esta palabra se encierra algo más que la mera voluntad y que el mero ejercicio de la simple razón. Alguna otra cosa ha de haber en ella: algún más conocimiento, no sólo de los hechos mismos que puedan emprenderse, sino de sus consecuencias, y de los resultados de estas consecuencias. No es DISCERNIR juzgar únicamente, y en globo, de lo bueno y de lo malo, pues que esto lo hacemos todos antes de llegar á la edad fijada.

«Equivocárase, pues, quien para impugnar en un caso dado la ley, articulase y justificase que el autor del pretendido delito tenía una regular, una clara inteligencia. La ley no había de suponer como base de presunción, que hasta los quince años eran tontos la mayoría de las personas. Sí, pues, estima que hasta los quince años no suele haber discernimiento, debemos inferir de aquí: primeramente, que en su idea de comprender algo más que la inteligencia ordinaria, á la cual no falta, por lo común, prescuidad, sino conocimiento de las cosas y del mundo; y en segundo lugar, que la prueba reconocida en el artículo como posible para destruir la presunción, ha de tener por objeto ese mismo conocimiento del mundo y de las cosas, ese adelanto de malicia, esa comprensión de las consecuencias, esa síntesis, por decirlo así, de los objetos exteriores y de las relaciones que los enlazan, que es el carácter distintivo de la inteligencia varonil.

«A esto en lo que la ley llama discernimiento; y se lo llama con justísima razón, atendida la idea originaria, la aplicación exacta de esta palabra. Discernir es, según el Diccionario de la Academia, juzgar con

rectitud, distinguir una cosa de otra por las diferencias que entre ellas hay. Discernimiento es el juicio recto, por cuyo medio se distinguen las cosas diferentes. Tanto, pues, hacen alusión estas expresiones á la fuerza vital, activa del ánimo, como el conocimiento de lo que está fuera de nosotros. Tanto indican la inteligencia de la mente, como la noción de lo que sucede y pasa en el mundo. Por esto los niños no tienen discernimiento: faltales lo objetivo para que sea recto y completo el uso de su razón. Sin duda tienen ya la idea del mal; pero esta idea es confusa: pero no conocen consecuencias de los males. Están aprendiendo la sociedad y la vida, y no puede juzgárseles como si ya lo supieran. Falta lastre en el fondo del barco, y nada tiene de extraño que cabecee. Hay desgracia ó debe presumirse que la hay, más bien que presumir que haya delito.

De lo expuesto y de los párrafos transcritos se deduce, pues, claramente que es asunto arduo y delicado el concepto que hemos de formar respecto de la falta ó la existencia y el grado de discernimiento con que se haya ejecutado un acto; y esto tratándose de la responsabilidad penal, cuyo objetivo son de ordinario los hechos intencionados. ¿Qué diremos de la seguridad con que deja el Código Civil á la PRUDENCIA DEL JUEZ el determinar si el mayor de siete y menor de dieciséis años ha cometido el delito ó cuasidelito sin discernimiento?

Los frecuentes fracasos de los métodos y sistemas pedagógicos, aun de los escritos por hombres que han dedicado gran parte de su vida al estudio y la observación metódica del niño y del adolescente, nos manifiestan con evidencia lo difícil y laborioso que es darse cuenta exacta de la evolución de la inteligencia, la voluntad, la razón y el discernimiento durante los años de la niñez y los primeros de la juventud. Cuánto tino, cuánta sagacidad, cuan atenta y prolija observación, y qué profundos estudios del desarrollo y el funcionamiento normal de las facultades racionales, son, pues, necesarios para resolver acertadamente el difícil problema legal. ¿Poseerán todas estas cualidades la generalidad de nuestros jueces? ¿Será justo y acertado su juicio PRUDENCIAL, muchísimas veces empírico y ciego, por no decirlo siempre?

Si el Código Penal considera dudoso el discernimiento hasta los dieciséis años, en los actos inmorales directa ó expresamente prohibidos y castigados por la ley ¿será posible hallarlo tratándose de las meras consecuencias de una omisión, negligencia ó imprudencia? No habría sido quizá, más lógico, más conforme con el espíritu de nuestras leyes, declarar al menor de dieciséis años irresponsable del cuasi delito que pudiera cometer, dejando la responsabilidad para las personas á cuyo cargo estén, á fin de no perjudicar al damnificado, como lo hace la ley respecto de los menores de siete años que han cometido delitos civiles, es decir, daños intencionales?

Pero aún existe otra incoherencia en nuestras leyes: El Código Civil limita ó niega la CAPACIDAD de los MENORES adultos, es decir, de los que no han cumplido todavía veintiún años, fundándose indudablemente, en que antes de esa edad el individuo no tiene el discernimiento necesario para verificar contratos ó ejecutar otros actos ó declaraciones de voluntad que le obliguen para con otra persona, sin grave riesgo para sus propios intereses ó los de su familia. Les reconoce, sin duda, algún discernimiento, al que ha cumplido dieciocho años, y en general á todos los menores, salvo el caso de probarse lo contrario, puesto que declara válido el matrimonio que han contraído los mayores de dieciocho años sin el consentimiento de sus

padres ó tutores, y califica de OBLIGACIONES NATURALES, esto es, cuyo cumplimiento no es exigible, pero que, cumplidas, autorizan para retener lo que se ha dado ó pagado en razón de ellas, las ejecutadas por todos los menores (artículo 2160). Pero esto mismo manifiesta que, en el concepto de la ley civil, el discernimiento, ó no existe, ó no es completo antes de los veintitún años.

De muy distinta manera apreciaron la edad del discernimiento nuestros legisladores al redactar el Código Penal; pues el período del discernimiento dudoso principia tres años después, según este Código, respecto de lo que dice el Civil, ó sólo se extiende hasta los dieciséis años.

Entre los dieciséis y los dieciocho años, apenas podrá apreciarse como una circunstancia atenuante la corta edad del delincuente; y de los dieciocho años en adelante, ya no podrá tomársela ni en este concepto. Es decir, que desde los dieciocho años la ley penal conceptúa completo y perfecto el discernimiento.

¿Por qué veintitún años en el Código Civil y dieciocho en el Penal?

La noción de lo justo ó de lo injusto, el discernimiento entre el bien y el mal moral, se anticipa indudablemente al conocimiento de la conveniencia de los negocios y de las complicadísimas relaciones de la vida civil: antes puede, en verdad, ser el hombre delincuente que experto y afinado en el gobierno de sus intereses; pero así y todo, no es equitativo y conforme á la razón exigir el máximo de la responsabilidad á un individuo á quien la ley civil no le reconoce el discernimiento completo. La serenidad de espíritu, el dominio, de sí mismo, la discreción en sus actos, la experiencia de la vida que no puede tener en su plenitud un joven de veinte años, no deben ser tampoco olvidados por el legislador justiciero que gradúa la responsabilidad de los menores de edad; y si hay, en verdad, fundamento suficiente para exigir al mayor de dieciocho años que responda de sus actos, la atenuación de sus faltas, en consideración á la edad debería extenderse hasta los veintitún años. De esta manera sería, en nuestro concepto, la ley más conforme con la razón y con la ciencia, y desaparecerá la incoherencia de nuestros Códigos (1).

Nada dice el Código Civil respecto del otro extremo de la vida humana, de la senectud; y hay razón para ello; prudente, reflexivo, sagaz, desconfiado, bien afeccionado de los hombres, la fragilidad de la esperanza y lo fecundo de la vida en desengaños de todo género; tiene el anciano en sí mismo cuanto es necesario poseer para gobernarse solo y dirigir acertadamente todos sus negocios y todas sus relaciones civiles. Procede siempre con maduro juicio, con orden y lógica; prevee con fundamento las eventualidades futuras, y busca en sus contratos y obligaciones el mayor número de seguridades posibles. No necesita, pues, una protección especial de la ley civil, sino cuando por los mismos progresos de la edad ó por los achaques auxos á la última etapa de la

[1] Varias Códigos Penales, entre ellos el austriaco y el del Brasil consideran como circunstancia atenuante que sea MENOR DE EDAD el delincuente; y nuestro Código anterior estimaba de un modo más general, como circunstancia atenuante, la corta edad del delincuente; lo cual era mucho más racional y científico.

vida, se debilitan las facultades intelectuales, decae la memoria, desfallece la energía de la voluntad; es decir, principia la demencia senil. Pero entonces no es la edad la que vuelve á hacerle acreedor al amparo de la ley, sino la alternación de sus facultades mentales; y desde este punto de vista le hemos de encontrar nombrado en las leyes relativas á la tutela ó curaduría y á la capacidad legal de los dementes, en que hemos de ocuparnos á propósito de las cuestiones médico legales relativas á la alienación mental.

Sólo en el Título XXVI, § 1.º «Del arrendamiento de criados y trabajos asalariados» hace referencia indirecta á la edad avanzada el último inciso del artículo 1981 del Código Civil, que dice: “Si el criado ó “trabajador asalariado quedaren imposibilitados para el trabajo, por el “largo servicio que hubieren prestado ó en razón del mismo trabajo, el “amo no podrá despedirlos, y los conservará dándoles los recursos necesarios para su subsistencia.” Y el artículo 105 del Código de Policía fija la edad de sesenta años, para los efectos de este inciso.

No está tampoco en esto de acuerdo el Código Penal con el Civil, pues nivela al hombre que ha cumplido sesenta años con el joven que tiene más de dieciseis y menos de dieciocho, aceptando la consideración de esas edades en igual grado, como motivo de atenuación de la responsabilidad. En efecto, el artículo 32 del dicho Código está redactado en estos términos:

“Son circunstancias atenuantes:.....

“2.º—Cuando el culpable es menor de dieciocho años y mayor de sesenta.”

Á decir verdad, no encontramos fundamento sólido para esta atenuación de la responsabilidad establecida por nuestra ley. A los sesenta años se conservan aún en pleno vigor todas las facultades intelectuales, exceptuando los raros casos en que principia antes de esa edad la demencia senil; pero entonces deja el individuo de ser responsable total ó parcialmente, no por razón de la edad, sino en virtud de un estado patológico que exime igualmente de culpa á los jóvenes y á los adultos. El hombre procreta tiene, en cambio, en su contra, á más de la presunción del discernimiento completo, el desprecio de las lecciones de la experiencia y la falta de muchos móviles que impulsan á la delincuencia. Frio, sereno, reflexivo, dominado ya el ímpetu de las pasiones, convencido de lo inútil y pernicioso de la venganza, y habiendo saboreado quizá la amargura de muchos remordimientos, lleva en su corazón y su cerebro un gran caudal de lecciones para aprender amar y practicar el bien, y alejarse del vicio y el crimen.

Probablemente así han juzgado los legisladores de otros países, pues en ninguno de los Códigos que hemos pedido consultar se halla una disposición igual á la del nuestro; y la del argentino, que acepta la senectud como circunstancia atenuante, fija la edad de sesenta años, es decir, diez más tarde que el nuestro.

«El Diccionario Penal de Jurisprudencia y legislación Peruana» del Dr. Miguel A. de la Lama, dice: «El anciano en el estado fisiológico, no puede tener motivos de excusa en el hecho solo de su edad avanzada; no es más culpable que otro cualquiera, pero tiene contra sí las lecciones desperdiciadas de la experiencia, el amortiguamiento de las pasiones y la ausencia de más de una causa impulsiva.»

Y en los «Comentarios» del Código Penal argentino, se encuentra esta trascripción de Adolfo Chauveau: «La vejez no nos parece en sí

misma una causa de excusa, porque la edad sola, por avanzada que sea, no es incompatible con la criminalidad. Es cierto que la vejez produce muchas veces una debilitación de las facultades intelectuales, pero esta debilitación mientras no degenera en un estado de imbecilidad, no excluye la culpabilidad. La vejez, por el contrario, es todavía más culpable, puesto que tiene en su contra las despreciadas lecciones de una larga experiencia, los hábitos morales de toda la vida, y el amortiguamiento de las pasiones. Sin embargo, la ley debe suavizar los castigos que inflige á los ancianos, no porque su edad atenúe su acción criminal, sino á causa de la excesiva gravedad que tendrían ciertas penas en su aplicación á un individuo DEMASIADO VIEJO, ó por la repugnancia que suscita el hecho de tronchar una vida expirante.

Son cosas muy diferentes ATENUAR LA CRIMINALIDAD Y ATENUAR LA PENA; y en este concepto estamos completamente de acuerdo con el sabio comentador de los Códigos franceses. La debilitación del vigor físico y moral, y la proximidad de la muerte que se supone naturalmente en un individuo demasiado viejo, abogan enérgica é irrefutablemente en favor de la atenuación de la pena. Por esto, los Códigos que tienen entre sus castigos ó penas las de trabajos forzados y de muerte excluyen de estas penas á los que pasan de setenta años. El Código argentino cambia la pena de presidio con la condena de penitenciaria (Art. 62).

CAPITULO X

De las alteraciones mentales en sus relaciones con nuestra legislación.

La falta de razón produce muy importantes y delicadas consecuencias jurídicas, tanto en lo civil como en lo criminal, en las cuales, si bien las reglas abstractas de derecho son á veces obvias y evidentes, su aplicación práctica da lugar á las más serias dificultades. Es ésta una de las cuestiones en que el hecho domina al derecho, y le toca la peor y más ardua parte á los peritos médicos legistas. En efecto, la determinación del estado psíquico ó intelectual de un sujeto, para juzgar de su capacidad legal, ó de la validez y responsabilidad de sus acciones, es, á veces, uno de los problemas más laboriosos y difíciles que pueda presentarse en la práctica de la Medicina Legal, y que exige de parte del perito profundos conocimientos científicos y mucha práctica y sagacidad en la investigación de las variadas y caprichosas formas que pueden presentar las alteraciones patológicas de la inteligencia y voluntad.

Observemos, ante todo, que á nuestra legislación se le puede hacer en esta materia la misma censura de Don Pedro Mata á la española, respecto del abuso de las diversas denominaciones con que se enuncia la falta de razón. El Código Civil emplea generalmente la palabra DEMENCIA; el de Enjuiciamientos dice LOCO, FATIO, MENTECATO, DISITUCIDO DE FORTIO; el Penal DEMENTE Y LOCO; y como, por otra parte, no ha habido el menor cuidado de ceñirse en el empleo de estas palabras ó frases á su acepción científica y peculiar; y por otra, tampoco ha querido la ley definir las de un modo preciso, es necesario para fijar su alcance y comprensión, atender en cada caso al espíritu de las respectivas disposiciones



legales, á sus antecedentes históricos, al sistema general de la legislación, etc.

Las legislaciones francesas y españolas han sido todavía más arbitrarias que la nuestra en este punto, como lo veremos al hacer el paralelo de las respectivas disposiciones (Véase Tardieu, Legrand du Sault, V. bert Thoinot, Lutnaud, Mata &),

A fin de proceder con orden estudiaremos primero las disposiciones de nuestra legislación civil que hace relación á la pérdida ó perturbación de las facultades intelectuales, y después, las del crimen

§ I—LEGISLACION CIVIL

1.º—CÓDIGO CIVIL—CURADURÍA.

El Código Civil trata por primera vez este punto al desarrollar, en el Libro 1.º, la materia de los tutores y curadores.

Después de haber consignado en algunos títulos las reglas generales sobre los tutores y curadores, ocupase en el XXIV en las especiales relativas á la curaduría del demente; y las que tienen relación con nuestro objeto, son las siguientes:

"Art. 445.—El adulto que se halla en estado habitual de demencia, "debe ser privado de la administración de sus bienes aunque tenga inter-"valos lúcidos.

"La curaduría del demente puede ser testamentaria, legítima ó dativa."

Este artículo se copió en el Código chileno, y de éste en el nuestro, del 484 del Código francés, que comienza así: "El mayor que se "halla en estado habitual de imbecilidad, demencia ó furor, debe ser pues-"to en interdicción.-----" Estas tres palabras tienen, en verdad, diver-sa significación en la ciencia; pero como sería absurdo suponer que nuestro Código ha querido conceder el auxilio del curador al que ha perdido el uso de la razón, mas no al que no la ha tenido jamás, ni al que la tiene en completo desconcierto y desorden, es indudable que la palabra DEMENCIA no tiene en nuestro artículo el significado técnico, y comprende todas las formas de enajenación mental respecto de las cuales existe también la misma razón jurídica.

Por consiguiente; aun cuando el juez en el nombramiento de peritos se limita á decir que informen si un individuo es ó no demente, no han de circunscribirse en el examen, á esta sola forma de enajenación mental, sino que han de investigar la existencia de cualquier otra, aun de las transitorias y sintomáticas, á fin de suministrar al tribunal todas las luces que le sean necesarias.

Si el idiota ó imbecil es, además sordomudo, como sucede algunas veces, estará sujeto á las reglas del Título XXV, dadas especialmente para los sordomudos.

Si los enfermos de delirio parcial sistematizado, ó monomaniacos de Esquiro, y los degenerados (obsesos, desequilibrados, etc) están ó no sujetos á este artículo cuando conservan completa, en apariencia por lo menos la razón, fuera del círculo de sus ideas delirantes ó de sus obsesiones y temas, no está claro en la ley; pero si la perturbación mental fuera evidente y pudiera influir en la administración de los

bienes y en el ejercicio de los derechos civiles, la razón jurídica de la interdicción obraría plenamente y deberían aplicarse las mismas reglas consignadas para el caso de demencia.

Mas si la alteración mental ó monomania se revelase sólo por actos de dilapidación de los bienes, quizá cabría más bien la interdicción establecida para los disipadores.

Y á propósito, no será por demás, recordar aquí, á fin de que lo tengan presente los jueces y abogados, que la clásica monomania, tal como la describen los antiguos autores, con ideas delirantes relativas á una sola idea ó á un círculo muy limitado de ellas, conservando el sujeto íntegro el funcionamiento de sus facultades intelectuales para todo lo que no esté ligado con ellas, ha sido muy debatida desde los estudios de Lasegue y está casi generalmente negada por los hombres más eminentes de la ciencia: pues aun el mismo Dr. Mata, autor ya bastante antiguo, que la aceptó y describió muchas de sus formas en su «Tratado de Medicina y cirugía Legal,» pone esta salvedad: "En sentido absoluto, ni hay locura general ni locura parcial; sólo pueden tomarse una y otra en sentido relativo."

Las locuras ó perturbaciones provenientes de la acción transitoria de algún agente, llamadas sintomáticas, no estarían en lo concerniente á tutela y curaduría, sujetas á la ley; ya que ésta se refiere al ESTADO HABITUAL de demencia ó enajenación mental.

Esto, en lo tocante á la interdicción; pero por lo que respecta á la nulidad de los actos y á la responsabilidad del agente, debe atenderse al estado actual de ésta al tiempo de ejecutarse, como luego lo veremos, y entonces el problema médico legal consistirá en resolver si estuvo ó no el sujeto en uso de su razón cuando ejecutó el acto, haya ó no tenido, antes ó después de ejecutado, cualquiera forma de enajenación mental idiopática ó sintomática, y, respecto de la responsabilidad, haya ó no habido interdicción.

En el artículo 418 encontramos una prueba evidente de que el legislador ha juzgado sinónimas las palabras LOCURA y DEMENCIA, pues dice así: "Podrán provocar la interdicción del DEMENTE, las mismas personas "que pueden provocar la del disipador....."

"Pero si la LOCURA fuera furiosa, etc"

El artículo 449 determina los antecedentes que han de servirle al juez para decretar la interdicción, en estos términos:

"El juez se informará de la vida anterior y conducta habitual del "supuesto demente, y oirá el dictamen de los facultativos de su confianza sobre la existencia y naturaleza de la demencia.

"Pero no podrá decretar la interdicción, sin examinar personalmente "al demandado, por medio de interrogatorios conducentes al objeto de descubrir el estado de su razón."

La forma del procedimiento tiene que ser reglada por el Código de Enjuiciamientos Civiles, el cual dice:

"Art 823. Si se solicitare la interdicción judicial por causa de demencia, el juez nombrará dos facultativos que reconozcan al supuesto demente é informe sobre la realidad y naturaleza de la supuesta demencia y el mismo juez, acompañado del Escribano, le examinará por medio de interrogatorios, y se instruirá de cuanto concierna á la vida anterior, estado actual de la razón y circunstancias personales del supuesto demente, sin perjuicio de oír en privado á los parientes y á las personas con quienes "éste viva."

"Art. 824.—Se sentará neta de lo que se hubiere practicado con arreglo al artículo; y si de las observaciones del juez y del parecer de los facultativos resultare haber justo motivo para dictar la interdicción provisional, el juez la ordenará y nombrará curador interino, previa audiencia del defensor de menores."

Del tenor de estos artículos se sigue: 1.º Que la ley no exige que los facultativos reconozcan al demente en presencia del juez y del escribano, sino que pueden hacerlo separadamente, al contrario de lo dispuesto para el cuerpo del delito; 2.º Que este Código lo mismo que el Civil, insiste en que los facultativos determinen, no sólo el estado, sino la naturaleza de la demencia ó enajenación, para que así quede el juez mejor ilustrado de los hechos que debe conocer para fijar los términos de su resolución; 3.º Que el Juez podrá apartarse del dictamen de los peritos, según las reglas generales ya conocidas; puesto que la ley no hace en esta parte ninguna excepción, y mas bien manifiesta que el juez debe formar también por sí mismo su convicción.

Si los peritos discordaren, se nombrará un tercero según las reglas generales.

La prescripción legal que obliga al juez á examinar por sí mismo al supuesto demente, recogiendo todos los antecedentes de la vida del examinado y todos los demás datos necesarios para formar juicio respecto del estado de su razón, es decir, autorizándole expresamente para hacer un diagnóstico, que podría ser no sólo diverso, sino opuesto al de los peritos, presupone que no son indispensables los conocimientos médicos para resolver si un individuo es ó no demente, en el sentido lato dado por la ley á esta palabra. Pero si esto es verdadero en los casos comunes de enajenación mental completa y franca, en los cuales aún se podría prescindir de la intervención de los peritos, que se reduce á llenar una mera fórmula legal; no sucede lo propio en muchos otros casos en que, como queda dicho, resulta ese uno de los problemas más difíciles de la Medicina Legal. Cuando se investiga el estado de la razón de los que tienen delirio sistematizado, ó de algunos degenerados supervenientes, de los impulsivos y obsesionados, de todos los semilocos, como los llama Grasset, no es posible ni examinar al enfermo, menos formar juicio del estado normal ó patológico de su razón, no poseyendo conocimientos científicos profundos, y práctica en la manera de proceder; lo cual no es frecuente encontrar ni entre los mismos médicos.

En casos de esta condición, el juez tiene que resignarse indudablemente á no formar por sí mismo ningún juicio, por mucho que cumpla fielmente lo prescrito por la ley en cuanto á la forma de procedimiento; y llenará sus deberes escogiendo para peritos á los especialistas ó á los médicos más competentes, y recogiendo el parecer de ellos.

Volvamos al Código Civil. El artículo 453 regla los efectos de la interdicción y de la demencia respecto de los actos jurídicos del demente, en estos términos:

"Los actos y contratos del demente posteriores á la sentencia de interdicción, serán nulos, aunque se alegue haberse celebrado ó ejecutado en un intervalo lúcido.

"Y por el contrario los actos y contratos ejecutados sin previa interdicción serán válidos; á menos de probarse que el que los ejecutó ó celebró estaba entonces demente."

Quando hay interdicción ésta constituye por sí misma una incapacidad jurídica, y no es necesario entrar en cuenta la condición del sujeto, ni

practicar el reconocimiento ó la investigación judicial del estado de su inteligencia al tiempo del acto ó contrato. Cuando no la hay, la nulidad no puede provenir sino de la incapacidad natural del agente en el momento del acto; y podrían suscitarse con este motivo cuestiones médico legales tan difíciles, como determinar si un individuo que ha muerto, ó que actualmente está sano, estuvo ó no enajenado cuando ejecutó un acto de fecha muy remota.

En seguida trata el Código de la conducta que se debe usar con el demente, en lo concerniente á su persona, diciendo:

"Art. 455.—El demente no será privado de su libertad personal, sino en los casos que sea de temer que, usando de ella, se dañe á sí mismo, ó cause peligro ó notable incomodidad á otros.

"No podrá ser trasladado á una casa de locos, ni encerrado, ni atado sino momentáneamente, mientras á solicitud del curador, ó de cualquiera persona del pueblo, se obtiene autorización judicial para cualquiera de estas medidas." (1).

Dispone luego el Código que los frutos de los bienes del demente y aun los capitales se empleen en aliviar su condición y procurar su restablecimiento; y concluye hablando de la rehabilitación, en estos términos:

"Art. 457.—El demente podrá ser rehabilitado para la administración de sus bienes, si apareciere que ha recobrado permanentemente la razón, podrá también ser inhabilitado de nuevo con justa causa."

Nada dice de la forma del procedimiento relativo á la rehabilitación, ni se sabe á ciencia cierta lo que debe entenderse por ese recobro permanente de la razón; pero como habla de que puede volver á ser inhabilitado, es natural juzgar que la permanencia en el uso de la razón bien puede ser sólo temporal.

El Código de Enjuiciamientos Civiles, después de fijar los tramites relativos á la interdicción, de los cuales hemos tratado ya, añade:

"Art. 829.—Para la rehabilitación del demente se observarán los mismos trámites que para declarar su interdicción." Habría, pues, necesidad de nuevo examen del juez y los peritos, y de que la permanencia en el uso de la razón fluya del parecer conforme de ellos.

Concluido el Título XXIV, "De la curaduría del demente," sigue en el Código Civil el XXV, relativo á la del sordomudo; la cual se sujeta á reglas casi idénticas, aun en lo tocante al procedimiento. Por tanto, también á este respecto, habrá lugar al informe de los facultativos, examen del juez, etc.

(1) En el Código de Policía tenemos al respecto las siguientes disposiciones:

Art. 77.—El que se encontrare en cualquier lugar público en estado de enajenación mental será cogido por la Policía, y previo el reconocimiento de facultativos, reducido al Manicomio, si sus padres ó guardadores no garantizaren su conservación en otro lugar seguro.

En caso de locura furiosa, se procederá á las medidas que aseguren inmediatamente á la persona del furioso en el establecimiento destinado al efecto, y si no lo to hubiere en el Manicomio más cercano.

En uno y otro caso, la Policía notificará el hecho á la familia del demente ó respectivo defensor, para los efectos legales.

Art. 38.—Serán castigados con multa de veinte centavos á seis sucres..... 21, los encargados de la guardia de un loco ó demente que lo dejaren vagar por sitios públicos sin la debida vigilancia;.....

Al tratar de los incapaces para curadores, en el Título XXIX. cuéntase á los dementes, aunque no estén en interdicción. Artículo 486 —Núm. 30.

En el Libro II del Código Civil sólo se nombra á los dementes para decir, en el artículo 711, que ellos y los infantes (menores de siete años) son incapaces de adquirir por su voluntad la posesión.

En el Libro III, "De la sucesión por causa de muerte" tenemos la importante materia de los testamentos.

"Art. 995.—No son hábiles para testar:

1.º—La persona que ha muerto civilmente;

2.º—El impíber;

3.º—El que se hallare en interdicción por causa de demencia;

4.º—El que actualmente no estuviere en su sano juicio por ebriedad ú otra causa;

5.º—Todo el que de palabra ó por escrito no pudiese expresar su voluntad claramente:

Las personas no comprendidas en esta enumeración son hábiles para testar.

De donde se sigue: 1.º—que el que ha sido puesto en interdicción por demencia (1), no puede testar ni en sus intervalos lúcidos, ni aún cuando recobre plenamente su salud, á menos que previamente se le rehabilite por declaración judicial, siguiendo los trámites que ya hemos examinado:

2.º—Que si no hay interdicción, es necesario, para que el testador sea incapaz ó nulo el testamento, que conste que al otorgarlo se hallaba aquel privado de la razón por cualquier causa, aun cuando fuera por embriaguez, ó por una enfermedad, ó por cualquier accidente que ocasione delirio ó perturbación de la razón:

3.º—Que en el propio caso, esto es, sino hay interdicción, es válido el testamento del loco otorgado en un intervalo lúcido ó después de haber recobrado el juicio

4.º—Que el monomaniaco ó delirante parcial no sujeto á interdicción, podrá testar, si este acto no está comprendido en el orden de sus ideas delirantes, es decir, si lo ejecuta en uso de su razón:

5.º—Que si este monomaniaco está en interdicción por demencia, será nulo el testamento; pero si está como disipador, será válido; porque los disipadores no son, según este artículo, inhábiles para testar;

6.º—Que será incapaz el sujeto y nulo el acto, si por razón de alguna enfermedad ú otro accidente, ó por ser sordomudo, aquél no puede hablar ni escribir. No cabe, por tanto, el testamento por señas ó gesticulaciones:

7.º—Que la ley no prohíbe los testamentos á la hora de la muerte, aunque en verdad, con frecuencia no tendrá el testador la integridad de sus facultades y la calma necesaria para tan grave asunto; y ha tenido para esto en cuenta que semejante prohibición daría por resultado dejar á la mayor parte de los hombres sin el derecho de expresar su última voluntad y disponer de sus bienes por testamento; pues rara vez se podría obtener que este acto se practicase con la debida oportunidad;

(1) Siempre que usemos la palabra DEMENCIA sin ninguna advertencia ó explicación, se la entenderá que la tomamos en el sentido general que le da la ley, y no en el científico.

Lejos de prohibirse tales testamentos, más bien se facilitan; pues se permite otorgarlos verbalmente en casos de suma urgencia.

Lo más que ha podido hacer la ley es tomar las posibles precauciones; ya para que no teste sino el que está en su sano juicio; ya para evitar las sugerencias interesadas de que pudiera ser víctima en esos momentos. Para lo primero, dispone que el empleado que autorice el acto, ordinariamente, Juez ó Escribano, procure cerciorarse del estado mental del testador, y sienta razón de ello en el mismo testamento. Para lo segundo, se declara incapaces de heredar á los curas y confesores, al Escribano y testigos del testamento y á los parientes íntimos de éstos. (1)

La declaración del Escribano admite prueba en contrario; pues la sanidad intelectual no es siempre un hecho de simple percepción, sino que á veces requiere una apreciación bastante delicada de la circunstancias, y aun el empleo de conocimientos científicos; y el Escribano límitase á exponer lo que él y los testigos pueden notar al respecto por la mera apariencia.

De aquí podría nacer el muy delicado y arduo problema médico legal, de resolver si el testador estuvo fuera del uso de su razón al otorgar el testamento, aun cuando digan lo contrario el Escribano y los testigos.

Por lo demás, el Código ha querido ser muy claro y expreso en cuanto á que, para conocer la capacidad del testador y la validez del testamento, se ha de atender al estado de aquél al tiempo de testar. Por esto, después de enumerar las incapacidades en el artículo 995, añade:

"Art. 996.—El testamento otorgado durante cualquiera de las causas de inhabilidad expresadas en el artículo precedente es nulo, aunque posteriormente deje de existir la causa.

"Y por el contrario, el testamento válido no deja de serlo por el "hecho de sobrevenir después alguna de esas causas de inhabilidad."

Después de la capacidad de testar, trata el Código de la de ser testigo en un testamento; y se rige por idénticos principios en lo tocante á la falta de razón. "No podrán ser testigos en un testamento solemne "otorgado en el Ecuador, dice el artículo 1002:

"1.º—Los menores de dieciocho años;

"2.º—Los que se hallaren en interdicción por causa de DEMENTIA;

3.º—Los que ACTUALMENTE se hallaren privados de razón;

4.º—Los ciegos;

5.º—Los sordos;

6.º—Los mudos"

En este libro III se toman también en cuenta los dementes, para impedirseles ser albaceas y hacer donaciones.

En el Libro IV. —"De las obligaciones y contratos," se los nombra al tratar de los actos ó declaraciones de voluntad; y en el Título de los delitos y cuasidelitos.

Cuanto á los primeros, el artículo 1437 dice: "Son absolutamente "incapaces, los dementes, los impúberes y los sordo-mudos que no pueden darse á entender por escrito.

[1] En el Derecho francés se extiende la incapacidad de heredar á los médicos del testador.

"Sus actos no surten ni aun obligaciones naturales y no admiten caución."

La demencia de que habla este artículo debe también tomarse en su más lato sentido; pues de cualquier modo que el hombre se halle privado del uso de la razón tiene incapacidad natural de declarar racionalmente su voluntad y la ley no puede conferirle capacidad jurídica.

La parte difícil en estos casos consiste en la determinación práctica del grado de demencia necesario para la incapacidad sobre todo tratándose de la embriaguez.

Por lo demás, la incapacidad de que habla este artículo no es la habitual, sino la actual, esto es, la que existe en el momento del acto ó declaración de voluntad. Mas, si ha habido interdicción, los actos posteriores á ella son nulos, aunque en el momento de ejecutarlos tenga el agente capacidad natural.

Cuanto á los delitos y cuasi delitos, cuya naturaleza queda explicada al tratar de la responsabilidad profesional de los médicos, dice el Código Civil, en la parte que nos interesa: "Art. 2300.—El ebrio es responsable del daño causado por su delito ó cuasi delito."

"Art. 2301.—No son capaces de delito ó cuasi delito los menores de siete años, ni los dementes; pero serán responsables de los daños causados por ellos las personas á cuyo cargo estén, si pudiese imputárseles negligencia."

"Queda á la prudencia del juez determinar si el menor de dieciseis años ha cometido el delito ó cuasi delito, sin discernimiento; y en este caso se seguirá la regla del inciso anterior."

Esto es todo lo que tiene el Código Civil en esta materia.

Nada diremos respecto de la responsabilidad civil de los niños y jóvenes menores de dieciseis años, porque fué ya estudiado este asunto al tratar de la edad de una manera general. Tampoco merece observación especial la disposición relativa á la responsabilidad de los dementes; más, atento lo dispuesto por el artículo 2300, creen algunos que el Código hace siempre responsable al ebrio, aun cuando el abuso del alcohol le hubiera puesto completamente fuera del uso de la razón, esto es, en estado de demencia usando la palabra empleada por el Código; y aún dicen que con este exclusivo objeto ha hecho especial mención de la embriaguez, formando una especie de contraste con lo que en seguida se dispone respecto de los dementes.

Más, en nuestro concepto, esa interpretación es errónea, y queremos manifestarlo, tanto por juzgarla injusta, como por la aplicación que de ella podría hacerse para exigir á los ebrios la responsabilidad penal en todo caso.

En efecto, la ley no dice que el ebrio es responsable de todos los daños que caese, sino de los delitos y cuasi delitos que cometa, esto es, de los daños intencionales y de los que provengan de imprudencia ó descuido. Ahora bien, como la embriaguez puede ser absolutamente involuntaria ó inculpable, es evidente que todos los daños que cause el agente en estado de completa perturbación de la razón, no podrán imputarse á malicia ni imprudencia, y por lo mismo, no constituyendo delito ni cuasi delito, no darían lugar á responsabilidad civil.

Si la embriaguez fuera voluntaria, habría cuasi delito; no por el hecho nocivo cometido fuera del uso de la razón; sino porque como la embriaguez puede naturalmente llevar al individuo á ocasionar daños, el que se embriaga voluntariamente comete imprudencia ó culpa.

Si fuese incompleta, voluntaria ó involuntaria, no eximiría de responsabilidad civil; pues no impediría que el sujeto pudiera proceder en el acto dañoso, no sólo con temeridad ó imprudencia, sino aún con malicia.

Toda otra forma de locura inculpable, idiopática ó sintomática, está comprendida en el artículo 2301. Se requiere sí, que la falta de razón sea actual, y para este efecto el mero hecho de la interdicción no tiene gran importancia. El demente, puesto ó no en interdicción, si comete un daño en estado de lucidez, ó después de haber recobrado la razón, es civilmente responsable por delito ó cuasi delito.

La demencia habitual, y con mayor razón la interdicción, podrán suministrar una presunción respecto de la demencia actual, para el caso de que hubiera pruebas suficientes á este respecto; pues si un individuo es habitualmente loco, y no hay prueba del estado en que se encontraba en el momento en que causó el daño, es racional presumir que obró en estado de locura.

Notaremos de paso las dos cosas siguientes: 1.ª que no todas las formas de locura presentan intervalos lúcidos en su evolución; de manera que, aceptado el diagnóstico de una de estas formas, podría, de hecho, desecharse la idea de haber sido cometido el acto en un intervalo lúcido; 2.ª que si bien el Código habla expresamente de INTERVALOS LUCIDOS, cuando dispone que sea privado de la administración de sus bienes el adulto que se halle en estado habitual de demencia (Art. 445) y cuando regla los efectos de la interdicción por causa de demencia (Art. 453), generalmente se refiere, al ESTADO ACTUAL DE DEMENCIA, O DE USO DE RAZÓN, sin expresar si ese ESTADO ACTUAL puede ó no ser un intervalo lúcido, ni hacer referencia ninguna á los estados de demencia anteriores ó posteriores á dicho estado actual.

La doctrina de nuestro Código en lo referente á la locura se halla conforme con la del Derecho Francés y de casi todas las legislaciones que hemos podido consultar. Sólo en el Código Penal español, en el cual se trata á la vez de la responsabilidad civil, quiso introducirse la novedad de hacer civilmente responsables á los dementes, á pesar de haberseles eximido la responsabilidad criminal, pretendiendo justificar esta doctrina con el siguiente sofisma: "El loco es, en verdad, un "agente material; sus hechos dañosos son casos fortuitos; pero el legislador, para proceder con equidad, debe hacer recaer los efectos de este "caso fortuito en el mismo loco á quien la naturaleza le ha deparado "esa desgracia, y no en el tercero que no está de ningún modo obligado á soportar las consecuencias de la locura de aquél."

Pero en este caso, el legislador no está en circunstancias de elegir cuál de los dos ha de sufrir el caso fortuito, puesto que éste, de hecho, ha recaído ya en uno de ellos. Si un loco quema una casa ajena, el dueño está ya acontecido, y el caso fortuito pesa sobre él como si hubiera provenido de un rayo ó de otro accidente natural; y el legislador no puede hacer responsable al loco, sin afirmar el absurdo de que éste es capaz de contraer obligaciones y de obrar como un ser moral que conoce el orden y debe adaptar á él sus acciones; absurdo que resulta más evidente, desde que la ley civil declara al demente tan absolutamente incapaz, que sus actos no surten ni obligaciones naturales; y la penal le absuelve de toda responsabilidad.

Sin embargo, Pacheco apoya la disposición del Código Penal español, con los singulares razonamientos que trascribimos á continuación entre otros que expone en sus Comentarios:

"Así como el demente ha de pagar lo que come, así también ha de reparar lo que daña. Sus semejantes no han de sufrir, porque él sea loco, más de lo necesario, los desastrosos efectos de sus obras. Sus covecinos no han de llorar en la miseria lo que él en su delirio ejecutó. No se le puede igualar con el que obra con derecho, porque él no ha tenido esta circunstancia: es una infelicidad, pero no es un derecho el carecer de juicio."

Sin desconocer ni por un instante el mérito indiscutible del ilustre Comentador, podríamos nosotros decir: es una infelicidad apelar á estas razones para defender una ley que no las tiene.

Réstanos sólo observar que el Código no exige de responsabilidad civil al sordo-mudo que procede con discernimiento, siendo así que, en igual caso, el Código Penal le libra de responsabilidad criminal. Hay, por tanto, incoherencia en los dos Códigos.

CODIGO DE ENJUICIAMIENTOS CIVILES

Este Código es más arbitrario en el uso de los términos con que se enuncia la falta de razón. Fijémonos en sus disposiciones:

En el artículo 159 dice: "No pueden ser testigos en las escrituras públicas, los menores, los DEMENTES, los ciegos, etc."

Posteriormente trata de la prueba testimonial relativa á los actos que no constan de instrumento público, y dice que, para ser testigo idóneo, se requiere edad, probidad, conocimiento ó imparcialidad. Artículo 210.

Y luego añade: "Por falta de conocimiento no pueden ser testigos los LOCOS, FATUOS ó MENTECATOS, EBRIOS DE COSTUMBRE y demás personas que por cualquier motivo están destituidas de juicio."

El testigo que, sin ser ebrio, declare sobre lo que vió ú oyó cuando estuvo completamente embriagado, no hará fé."

El sordo-mudo, es testigo idóneo si sabe leer y escribir y si su declaración se refiere á lo que vió "Arts. 213, 214 y 215."

La Ley Orgánica del Poder Judicial formaba antes parte del Código de Enjuiciamientos: y decía, como dice hasta ahora, que no pueden ser jueces, entre otros, los FATUOS ó LOCOS, y que no pueden ejercer la abogacía los LOCOS ó FATUOS.

Todo esto manifiesta que la variedad en el lenguaje no es sino pura arbitrariedad ó impiedad: pues de otro modo se seguiría el absurdo de que los dementes y mentecatos pueden ser jueces, y los locos ó fatuos testigos en las escrituras, sólo porque no se hace en cada caso mención expresa de todas esas diversas formas de falta de razón.

Habiendo dado el Código Civil á la palabra DEMENTIA un sentido general que comprende todas las formas de alteración mental, lo lógico, lo correcto habría sido usar de esta palabra cada vez que, en cualquier Código, se hubiera tratado de referir á todas las variedades de locura.

Nótese también que á los ebrios de costumbre se les declara inhábiles, por falta de conocimiento, aun respecto de lo que presenciaron sin estar embriagados. La embriaguez actual, para que inhabilite al testigo, debe ser completa.

§ II—LEGISLACIÓN PENAL

CÓDIGO PENAL.—El agente está libre de pena—lo hemos dicho en otra ocasión—ó porque el hecho no le es imputable, ó porque lo ha ejecutado con derecho.

Los elementos de la imputabilidad son dos: la razón moral, es decir, el conocimiento de la bondad ó maldad de la acción, ó sea su relación con el orden; y la libre determinación de la voluntad.

Si falta alguno de estos elementos no hay imputabilidad, ni por ende, responsabilidad: si concurren parcialmente, la hay atenuada ó parcial; si plenamente, la responsabilidad es también plena.

Este es el principio racional abstracto que informa nuestra legislación y la de todos los pueblos civilizados.

Las grandes dificultades dependen tan solo de su aplicación á los múltiples y variados casos concretos.

Nuestro Código Penal, siguiendo al francés, es muy lacónico y medurado en esta ardua y espinosa materia. En el Capítulo III. «De la responsabilidad criminal y de las circunstancias que eximen de ella la excusan, atenúan ó agravan,» tiene las siguientes disposiciones que enuncian su sistema en orden á la irresponsabilidad por falta de conocimiento, dependiente de la locura, la falta de edad ó la condición de sordo-mudo del agente:

«Art. 20.—Son delinquentes únicamente los individuos que han cometido el hecho punible con la necesaria inteligencia y en uso de su libertad.»

«Art. 21.—No hay infracción cuando el hecho está ordenado por la ley; ó determinado por resolución definitiva de autoridad competente; ó cuando el individuo lo ejecutó en estado completo y actual de demencia; ó cuando fué impulsado á cometerlo por una fuerza que no pudo resistir.

«Si el hecho ha sido cometido por un loco ó demente, el juez que conozca de la causa, decretará su reclusión en un hospital de alienados; y no podrá ser puesto en libertad, sino con audiencia del Ministerio Público y previo informe satisfactorio de la Facultad de Medicina, sobre el restablecimiento pleno de las facultades intelectuales del recluso»

«Art. 122.—Está exento de responsabilidad criminal el menor de diez años, y lo estará también el mayor de diez y menor de dieciséis, cuando constare de manera plena que ha obrado sin discernimiento.

«Sin embargo, según las circunstancias, podrá ser conducido á una casa de corrección, para que sea educado en ella, hasta que cumpla veintiún años. Si constare que el menor de dieciséis años y mayor de diez ha obrado con discernimiento, se le aplicará una pena que no exceda de la mitad ni baje de la cuarta parte, de la que se le habría impuesto, en caso de ser mayor de dieciséis años; y podrá ser colocado bajo la vigilancia de la autoridad, por un tiempo igual á la condena.»

«Cuando un sordo-mudo, mayor de dieciséis años, cometiese un crimen ó delito, no será castigado, si constare plenamente que ha obrado sin discernimiento; pero podrá colocársele en una casa de educación adecuada, hasta por diez años; y si constare que ha obrado con discernimiento se observará lo dispuesto en el inciso anterior.

Detengámonos en el estudio de estos artículos.

Dijimos al principiar este párrafo que la imputabilidad supone, de

parte del agente, el conocimiento de la bondad ó maldad del hecho, y la libre determinación de la voluntad. Esto mismo dice, exactamente, el artículo 20 del Código Penal, cuando declara delincuentes sólo á los que cometen el hecho punible, «con la necesaria inteligencia ó en uso de su libertad.» Y el artículo 21 lo ratifica, diciendo que no hay infracción cuando el que ejecutó el acto estuvo en «estado actual y completo de demencia;» es decir, cuando el agente es incapaz de juzgar de la moralidad de sus acciones.

Pero, como el artículo 20 habla sólo de la «necesaria inteligencia» y el 21, del estado «completo de demencia,» podría creerse que para carecer de esa necesaria inteligencia que hace el individuo capaz de ser delincuente, debería hallarse siempre en estado de locura general; quedando, por lo mismo, sujetos á responsabilidad los monomaniacos ó delirantes sistematizados, aun cuando cometan el hecho punible dentro del círculo de sus ideas delirantes; puesto que éstos no son «completamente dementes.

Pero tal interpretación, originada del uso que hace el Código del término de «demencia,» sería evidentemente errónea. Basta que el individuo se halle en incapacidad completa de conocer la moralidad ó inmoralidad de un acto, en el momento de ejecutarlo, para que carezca de la necesaria «inteligencia,» que es elemento indispensable de la imputabilidad. «La demencia completa y actual» del Código quiere, pues, decir cualquier perturbación completa de la inteligencia en el momento de ejecutar el acto; ora sea ésta debida á un delirio transitorio provocado por una enfermedad aguda, como la fiebre tifoidea; ora á un delirio crónico, general ó sistematizado, continuo ó intermitente, como son los de las enfermedades mentales. Lo único que la ley, la razón y la justicia exigen para eximir de imputabilidad al agente, es que esté completamente privado del uso de su inteligencia cuando cometa el crimen ó delito; y el monomaniaco que ejecute un acto dentro del círculo de sus ideas delirantes, carece en ese momento del uso de su razón.

Y para juzgar mejor de lo que debe entenderse por la «necesaria inteligencia» y el «estado completo de demencia,» de que hablan los dos artículos citados, tengamos presente lo que el mismo Código dice respecto de la responsabilidad criminal de los menores de diez años y de los mayores de diez y menores de dieciseis. El menor de diez años, que carece de discernimiento y es por ello siempre responsable, según la ley, no es un individuo absolutamente privado de razón, ni se parece en nada á un enagenado en estado de demencia completa: el niño raciocina, comprende, juzga, recuerda, prevée; tiene, pues, por regla general, el uso de todas las facultades intelectuales. Sólo que estas facultades no han llegado á su completo desarrollo, no tienen la madurez necesaria, ni han acopiado las nociones objetivas y las enseñanzas de la experiencia indispensables para que sea completo el discernimiento, como lo expusimos ya al tratar de la edad.

Esto mismo debe, por tanto, aplicarse al estado de la inteligencia del adulto que, por enfermedad ú otra causa cualquiera, tenga perturbado el uso de la razón. Para declararle irresponsable, no hemos de exigir que se hayan borrado por completo todas sus facultades intelectuales, ó que las tenga en tal estado de perturbación y desconcierto que sea incapaz de formar una idea racional, de conservar un recuerdo, de juzgar con algún acierto, de darse cuenta de sus actos, etc. No exijamos, pues, para la responsabilidad del adulto un estado intelectual inferior al que gene-

ralmente tienen los niños menores de diez años, ó los menores de dieciséis que obran sin discernimiento.

Al hablar de la irresponsabilidad de los dementes, el Código se refiere siempre al estado actual; por tanto, el estado habitual de falta de razón, aun acompañado de interdicción judicial, serviría tan sólo para suministrar una presunción respecto del estado del agente en el momento del acto, como dijimos al tratar de los delitos y cuasidelitos.

Pero, el Código declara también que no hay infracción cuando el actor fué impulsado por una fuerza que no pudo resistir.»

¿Qué deberemos entender por esta «fuerza irresistible»? Será sólo la violencia ó la coacción ejercidas sobre una persona para obligarle á cometer un crimen en el cual ella es solo instrumento material y absolutamente involuntario, como en el caso de tomarle la mano por la fuerza y hacerle clavar un puñal en el pecho de otro individuo?. ¿Estará también comprendido en esa «fuerza irresistible» el temor infundido por medio de graves amenazas ó castigos?

Pero dejando esto al juicio de los juriconsultos, los médicos legistas encontramos mucho más aplicable esta declaración de irresponsabilidad, á los que obran en virtud de impulsos morbosos ó fisiológicos, absolutamente involuntarios é irresistibles, que llevan al individuo á cometer actos que jamás quiso cometerlos, y de los cuales tampoco tiene ningún conocimiento conciente en el momento de ejecutarlos; como son los actos verificados por impulsos epilépticos, los del automatismo ambulatorio, los del delirium tremens y los del sonambulismo natural ó provocado.

Verdad es que algunos de estos estados podrian quedar incluidos en la «demenia completa» de la disposición legal; pues es evidente que el Código Penal, lo mismo que el Civil y los de Enjuiciamientos, ha querido comprender con esa denominación todas las formas de perturbación mental ó enagenación; y el epiléptico que obedece á un impulso anterior ó posterior al ataque, ó sustitutivo de éste, y el sonámbulo, no están en el uso de su razón, aun cuando, pasado el acto impulsivo del primero, y despierto el segundo, gocen de todas sus facultades.

Exigiendo la ley que el agente obre con la inteligencia necesaria y en uso de su libertad, para que sea capaz de delinquir, no puede haber duda respecto de que también las locuras sintomáticas ó perturbaciones transitorias de la razón, debidas á la acción de una sustancia tóxica ó medicinal, como el cloral, la belladona, el estramonio, el alcohol, están comprendidos entre las causas que hacen irresponsable al actor, cuando la perturbación ó locura es completa. De éstas, la embriaguez es sin duda la más frecuente, la más perniciosa, la más equívoca, varía en sus manifestaciones y efectos. Conviene, por tanto, que precisemos respecto de ella algo más los principios, en la inteligencia de que las reglas que vamos á consignar podrán también aplicarse á otras locuras que se hallen en circunstancias análogas.

Recordemos ante todo el teorema general de esta materia: falta absoluta de razón, responsabilidad nula; falta parcial, responsabilidad atenuada.

Tengamos también presente que la falta de razón proveniente de la embriaguez es casi siempre voluntaria, y por lo tanto, culpable en sí misma; pues hay temeridad é imprudencia en el agente, como en el que dispara sin las debidas precauciones, una armá de fuego; imprudencia ó temeridad que implican volición ó aceptación de las conse-

cuencias contingentes, pero más ó menos probables, de la embriaguez

Cambiando, pues, estos dos elementos, el grado y la moralidad intrínseca de la embriaguez, tenemos las siguientes conclusiones:

1.^o—Completa é involuntaria, responsabilidad nula.

2.^o—Incompleta é involuntaria, responsabilidad atenuada; puesto que no hay pérdida completa de la razón, ni hay tampoco imprudencia ni inmorality en el hecho involuntario de la embriaguez;

3.^o—Completa y voluntaria: responsabilidad civil y criminal por la imprudencia ó temeridad, como la del que mata disparando una arma de fuego en una población. La pena es, por tanto, mucho menor que la del acto intencionado; puesto que la embriaguez completa priva integramente del uso de la razón, y lo que la ley castiga en el agente, no puede ser el acto cometido en ese estado de verdadera y completa locura, sino el habersele provocado; es decir, el hecho de haberse embriagado, aceptando temeraria é imprudentemente todas las consecuencias posibles de la embriaguez;

4.^o—Incompleta y voluntaria: atenuación proporcional á lo imperfecto del conocimiento, según el grado de embriaguez, y agravación por la maldad propia de ésta. La pena será, poco más ó menos la misma que se impusiera sin la embriaguez.

Mas nuestro Código Penal, que en todas sus disposiciones está informado por los mismos principios de moral y filosofía que nos han servido para formular estas cuatro conclusiones, no acepta la embriaguez como circunstancia atenuante sino en el caso de habersele embriagado al actor contra su voluntad y completamente; pues el artículo 24 dice:

«El estado de embriaguez en que se hallare el autor del hecho, al tiempo de cometerlo, no se tendrá como circunstancia atenuante; á menos que constare que se le embriagó completamente y contra su voluntad.»

A más de los cuatro casos arriba mencionados, los criminalistas tienen en cuenta otros dos: 1.^o—La embriaguez posterior á la resolución criminal; y 2.^o—La embriaguez buscada como medio de facilitar la infracción, por el arrojó y la exaltación que causa. Y opinan casi unánimemente que en el primer caso no hay atenuación, y en el segundo hay agravación.

Mas, si nos hemos de ceñir rigurosamente á los principios, debemos convenir en que, aun el primero de estos casos, debe haber, por lo menos, atenuación, si la embriaguez es completamente involuntaria, atendiendo á que, en este estado, el hombre se halla en imposibilidad de continuar y desarrollar sus ideas anteriores, y de reflexionar y escuchar los dictámenes de la conciencia para revocar su resolución criminal.

Aun no siendo completa, la embriaguez perturba el discernimiento: el individuo que ha tomado un poco de licor y siente la exaltación general, la actividad circulatoria, la vivacidad de la imaginación y los demás fenómenos de la excitación cerebral, que son los primeros efectos de las bebidas alcohólicas, no se puede decir que está embriagado. La embriaguez implica necesariamente, á lo menos, un principio de perturbación cerebral, un desequilibrio en el funcionamiento normal de las facultades intelectuales. Por tanto, la ley que exige de responsabilidad al que se halla privado del uso de la razón, y le atenua al que no goza de ella completamente, no puede exigir responsabilidad íntegra, sin contradecirse á

si misma, al que está privado parcialmente del uso de sus facultades, como consecuencia de una embriaguez involuntaria. Y el hecho de ser la embriaguez posterior á la intención criminal, tampoco debería agravar la cordición del agente, siempre que fuera involuntaria; ya que, en este supuesto, no la ha buscado el sujeto como medio de facilitar su resolución, aprovechando la acción excitante del alcohol; y, por el contrario, se puede suponer que, sin esta perturbación parcial de su razón, sin este motivo de ofuscación de su discernimiento, no se hubiera decidido á cometer el crimen.

El segundo caso, la embriaguez, voluntaria y buscada como medio de perpetrar la infracción, sí puede estimarse como agravante (1), sobre todo sino es completa, como tendría que ser en la hipótesis; pues una embriaguez completa, es decir, una completa locura, no puede ser buscada por nadie como medio de realizar un plan.

La embriaguez habitual agrava la maldad intrínseca de esa locura voluntaria, es decir, aumenta uno de los factores de que vengo hablando; pero es también cierto que el abuso diario ó constante de bebidas alcohólicas hasta la embriaguez, perturba más gravemente la razón. Pacheco aprueba el que la legislación española quite hasta el carácter de atenuante á la embriaguez habitual, aun cuando sea completa en el momento de ejecutar el acto punible. «Los vicios, dice, no han de ser causa para eximirse de la responsabilidad en los crímenes. Quien no solo cae, sino que permanece en ellos, ni puede ignorar, ni quiere evitar sus consecuencias. Pague, pues, la pena de sus obras; resignese al resultado de lo que seguramente había de prever. No hubo ignorancia: hubo voluntad, hubo culpa.

Pero si los vicios le han llevado á un hombre á la locura, se le podrá castigar como á un sano por las infracciones que en este estado cometa? Evidentemente que no: se castigará en él la inmorality de entregarse voluntariamente al vicio; se le exigirá la indemnización de los daños que cause, por la imprudencia y temeridad que implica el hecho de embriagarse habitualmente, es decir, de privarse voluntaria y habitualmente del uso de la razón; pero ir más allá sería injusto. Supongamos que, en vez del alcohol, abuse el sujeto de la cocaína ó la morfina, y que, en el estado de embriaguez ó delirio que estas sustancias producen, cometa un crimen. ¿Habría quien opine por la responsabilidad completa de este delincuente? Y el abuso de la cocaína ó la morfina no es tan inhumano y pernicioso como el alcoholismo? Y no hay la misma, sino mayor temeridad é imprudencia en entregarse al cocainismo?

Cuando el alcoholismo ha llegado á producir el *BEIIVM TREMENS* no puede dar lugar á dudas, pues en nada difiere de las demás locuras.

Estas son las conclusiones científicas que fluyen el teorema fundamental relativo á la responsabilidad, y á las cuales da cabida el Código Penal con la generalidad y laconismo de sus disposiciones. Así lo creen varios comentadores del artículo 64 del Código Penal francés, que es semejante al artículo 21 del nuestro; y aun citan veredictos de jurado que han eximido de pena á beodos, con arreglo á las precedentes conclusiones.

(1) Así lo declara expresamente el artículo 35, número 1º del Código Penal.

Fáltanos solo tener presente que, tanto el juez como el perito médico legistas deben proceder en esta delicadísima materia con toda mesura y circunspección, cuidando de no conceder á la embriaguez más de lo absolutamente indispensable para salvar la justicia y los principios de razón encarnados en la ley, y teniendo siempre presentes, para los casos dudosos, las presunciones ó consecuencias que suministran la misma lógica y la observación de los hechos. Así, como de ordinario la embriaguez es voluntaria, no se ha de establecer lo contrario sino cuando las pruebas lo manifiestan con evidencia. Del mismo modo si consta del proceso el designio criminal anterior, el hecho de haberlo desarrollado y cumplido hacen presumir que la embriaguez no fué completa, y si, por el contrario, el hecho de completa embriaguez consta plenamente, podrá presumirse que el agente no se entregó á ella con el fin de facilitar la infracción; porque cualquiera comprende que en el estado de completa locura no puede haber concierto en nada, ni menos en la realización de un plan tan complicado y difícil como el que ordinariamente supone el delito.

Otros legisladores han querido avocar con franqueza el asunto; pero temerosos de hacer concesiones á este abominable y desastroso vicio y dar campo á los más perniciosos abusos se han aproximado mucho al extremo contrario. Las legislaciones antiguas eran todas muy severas contra la embriaguez: Solimán I, entre los árabes, ordenó que se virtiera plomo fundido en la boca de los bebedores; los griegos, siguiendo la opinión de Aristóteles, Quintilian y Pitaco, trataban con suma dureza á los bebedores y les imponían dos penas, una por la embriaguez y otra por el delito cometido. Solón condenaba á muerte á los archontes ebrios; y hubo ley entre los romanos, que autorizaba al marido para dar la muerte á su mujer cuando se embriagase con vino.

Pero aun en los modernos hay algunos más rigurosos que la nuestra. En Inglaterra es agravante la embriaguez voluntaria, sea ó no completa, y sólo se admite como atenuante la involuntaria y ajena á toda premeditación de un crimen.

En Alemania sirve de excusa la embriaguez involuntaria y completa, como la que produce una pequeña cantidad de bebidas alcohólicas que han sido mezcladas con sustancias narcóticas; pero si la embriaguez es incompleta, no se le admite ni como circunstancia atenuante, aun siendo involuntaria. La voluntaria contraria con la premeditación de cometer un crimen, no es tampoco atenuante, ni cuando es completa.

En los Códigos de Austria, Baviera y los Países Bajos, se expresa que la embriaguez completa, voluntaria ó involuntaria exime de responsabilidad ó es causa de excusa, es decir, produce una disminución de la pena mayor que las circunstancias atenuantes.

Análogas disposiciones se hallan en las legislaciones de Italia, Portugal y Holanda. En el Código Penal de Francia se encuentra el ya mentado artículo 64, que, lo mismo que el 21 del nuestro, exime de responsabilidad al que ha cometido un crimen ó delito fuera del uso de su razón, pero nada dice expresamente de la embriaguez; ó como el artículo 65 si dice que ningún delito puede ser excusado, ni la pena mitigada, sino en los casos ó circunstancias en que la ley declare el hecho excusable, y permite aplicarle una pena menos rigurosa, no puede alegarse la embriaguez, en ningún caso, como causa de irresponsabilidad ó excusa, ó de atenuación de la pena.

Sin embargo, la mayoría de los expositores franceses opinan en el sentido que dejamos expuesto. Boitard, Chauveau y Helie, Le Sellier y Blanch participan de la convicción de que la embriaguez completa es eximente de responsabilidad.

Pero no juzgan de este mismo modo todos los autores de Medicina Legal: Legrand de Saullé y Luteaud creen que sólo el DELIRIUM TREMENS y la LOCURA ALCOHÓLICA, esto es, la pérdida definitiva de la razón por abuso habitual del alcohol, pueden eximir completamente de responsabilidad. El segundo de estos autores se expresa en estos términos:

«Habríamos podido ocuparnos de la embriaguez, que es un hecho voluntario, y que, lejos de tener el privilegio de la excusa legal, CONSTITUYE MAS BIEN UNA CONDICIÓN AGRAVANTE DEL CRIMEN Y LA PENALIDAD. La Asamblea Nacional de 1871, justamente conmovida por los progresos del alcoholismo, ha dictado una excelente ley de represión; porque la embriaguez es casi siempre voluntaria y sus consecuencias posibles escapan á las previsiones humanas.»

Le Grand dice: «Cuando un hombre traspasa los límites de la templanza y bajo el imperio del vino comete una acción ordinariamente reprochada, existe un mal en la causa y un mal en el efecto..... He aquí un hombre á quien intencionalmente SE LE HA EMBRIAGADO, para obtener su participación en un crimen: el hecho está demostrado en la audiencia por las pruebas testimoniales más evidentes. ¿Cómo se apreciará esta circunstancia muy favorable á los intereses de la defensa? «Cuerto, siempre fué honrado; ebrio, ha manchado sus manos en sangre. ¿Se exigirá que el presidio sea para él el despertar de la embriaguez? «La cuestión de su irresponsabilidad no deberá ser llevada al jurado ni admitida por los jueces, puesto que la excusa legal es inadmisibile en esta materia. El acusado puede únicamente alegarla por interpelaciones dirigidas á los testigos. La embriaguez en este caso, tendrá el carácter de una atenuación penal.....»

De manera que, para este autor, ni siendo involuntaria y completa, en un individuo que siempre fué honrado, puede la embriaguez eximir de responsabilidad, sino sólo servir de condición atenuante de la pena.

El Código Penal español, en el artículo 9.º declara á la embriaguez circunstancia atenuante, siempre que no sea habitual ni posterior al designio de cometer el crimen; y el Dr. Mata critica extensamente esta disposición, manifestando que, si la embriaguez completa es un estado de verdadera locura, que priva al sujeto del uso de la razón y le pone en incapacidad de juzgar de la moralidad de sus actos, debe ser, como las otras locuras, causa de justificación completa del agente, cuando sea además involuntaria.

Pacheco, que no acepta, en sus Comentarios del Código Penal español, la condición atenuante de la embriaguez habitual, dice que la embriaguez completa è involuntaria, eximirá de pena, porque faltarían los elementos esenciales del delito determinados por el artículo primero del mismo Código.

El Código Penal peruano dice casi lo mismo que el español; y el Dr. Lama emite un parecer en todo igual al que venimos exponiendo, en su «Diccionario Penal de Jurisprudencia y Legislación peruana.»

En los Estados Unidos no se admite la embriaguez como causa de irresponsabilidad del agente, ni de atenuación de la pena.

En el Brasil, el artículo 18 del Código Penal, acepta la embriaguez como circunstancia atenuante, en determinadas circunstancias.

En la República Argentina está exento de pena y aún de responsabilidad civil, al ebrio completo é involuntario; y el que no reúne estas condiciones, sufre una pena atenuada.

No se diga que abogamos en favor de la embriaguez, ni que pretendemos que se hagan concesiones capaces de favorecer ese pernicioso y degradante vicio; pues son cosas muy distintas reprimir y castigar directamente la embriaguez, y sujetar á la responsabilidad y á las penas comunes al que comete un crimen privado del uso de la razón por efecto del alcohol.

La responsabilidad debe ser correlativa de la imputabilidad; y ésta exige siempre, como ya lo hemos dicho, el conocimiento de la bondad ó maldad de la acción, y la determinación voluntaria y libre. Ahora, bien, por muy inhumano, degradante y reprehensible que juzguemos la embriaguez; por muy loables que encontremos las más enérgicas medidas que se tomen para impedir la propagación de ese funesto y desastroso vicio, que es indudablemente uno de las más grandes calamidades y vergüenzas que pesan sobre la humanidad, no podemos creer que un hombre completamente beodo sea capaz de juzgar de la moralidad de sus acciones y de ejecutarlas con libertad y conocimiento.

La pena impuesta á un ebrio completo no puede, pues, decirse que sea justa y racionalmente aplicada á su crimen; es un castigo á su embriaguez; pero un castigo desproporcionado é impropio, y por lo mismo, injusto y reprochable.

La embriaguez es ordinariamente voluntaria, pues salvo el caso de que se administre á un individuo bebidas alcohólicas mezcladas con sustancias narcóticas, que por lo regular son en nuestros pueblos jugos de frutos de plantas del género de las solánneas, es muy raro que nadie se embriague sin quererlo ó contra su voluntad. Por otra parte, el que se halla en capacidad de cometer un crimen, especialmente si es premeditado, no está de ordinario en completo estado de embriaguez; porque este estado le pone al individuo en imposibilidad de continuar los raciocinios anteriores y desarrollar los planes preconcebidos, y aun postra las fuerzas físicas y conduce gradualmente á la inacción y al sueño.

Además, la embriaguez completa en el momento de cometer el crimen y el olvido posterior de todo lo ocurrido, son recursos á que apelan con frecuencia los delincuentes que tratan de excusar sus actos con un supuesto estado de inconciencia, á fin de librarse de la pena ú obtener por lo menos, una ventajosa atenuación.

Estas consideraciones justifican la severidad de los Códigos modernos y las precauciones que se han tomado para no dejar impunes el mayor número de crímenes cometidos por los aficionados á las bebidas alcohólicas, que son seguramente las que se cometen en el período de excitación provocado por el licor, periodo en el cual se conservan aun perfectamente la razón y la voluntad, y sólo se hallan más ó menos exaltadas las pasiones, y hasta la energía física.

Mas esto no es imposible que suceda lo contrario; y si de las minuciosas, prolijas y delicadas investigaciones hechas por el Tribunal, resulta que la embriaguez ha sido realmente involuntaria y completa, de manera que el ebrio se halle en total trastorno de sus facultades en el momento de cometer el crimen, no puede ser conforme á la justicia y á la razón que se le haga responsable de sus actos.

Estas investigaciones serán á veces muy difíciles para el Juez y los peritos, y variarán indefinidamente en los distintos casos que se pre-

senten en la práctica, según la condición de los sujetos, en edad, sus hábitos, el mayor ó menor desarrollo de sus facultades, el estado de su salud y del funcionamiento de su cerebro, la calidad y cantidad de bebidas alcohólicas tomadas, el tiempo transcurrido desde la ingestión de éstas hasta la comisión del crimen, etc etc. Pero estas dificultades no pueden modificar en nada los principios fundamentales de justicia que deben informar las leyes, y sólo exigirán condiciones adecuadas para vencerlas de parte del juez y los perito.

De propósito hemos insistido en el estudio de la responsabilidad de los ebrios, no sólo por lo frecuentes que son en nuestro Foro los casos de esta naturaleza, sino también porque mucho de lo que hemos dicho respecto de la irresponsabilidad completa y de la responsabilidad parcial ó atenuada de ellas, según el grado y demás condiciones de la embriaguez, es aplicable á las otras formas de locuras completas ó parciales.

Pero existe en el Código Penal otro artículo que es directamente aplicable á los delincuentes que, sin ser locos completos, tampoco son normales, tampoco gozan del uso completo de sus facultades intelectuales; es decir, de los semilocos, como los llama Grasset.

Este mismo artículo es el que nos da fundamento explícito para decir que nuestra ley acepta el teorema fundamental relativo á la responsabilidad que enunciamos al principiar este estudio; pues mientras los artículos 20 y 21 del Código Penal exime de responsabilidad al que carece del uso de la razón, el 32, que es al que nos referimos, acepta la responsabilidad atenuada de los que sólo tienen parcialmente alteradas las facultades intelectuales, como vamos á verlo brevemente.

"Art. 32.—Son circunstancias atenuantes todas las que, refiriéndose á las causas impulsivas de la infracción, el estado y capacidad física ó intelectual del delincuente, á su conducta con respecto al hecho y sus consecuencias, disminuyen la gravedad ó malicia de su infracción, ó la alarma ocasionada en la sociedad, como en los casos siguientes, y en los demás determinados por las leyes."

El artículo continúa exponiendo ocho de estos casos que atenúan la responsabilidad; y si es verdad que en ninguno de ellos se habla expresamente de la pérdida ó perturbación parcial de las facultades intelectuales; es también evidente que este estado de las facultades intelectuales disminuye la malicia del hecho y la alarma causada en la sociedad, porque el agente procede sin discernimiento completo, y su falta es capaz de esta disculpa.

Entre los ocho casos enumerados en el artículo constan el de ser el actor menor de dieciocho años y mayor de sesenta, y el haber delinquido por temor, esto es, el de obrar sin la plenitud del discernimiento ó de la libertad, por falta ó sobra de edad, y por la coacción ó violencia ejercidos sobre el delincuente. Exactamente estas mismas consideraciones son aplicables al que comete un crimen dejándose vencer de una obsesión, ó de las violentas excitaciones del ánimo tan frecuentes en los estados histéricos y neurasténicos; porque en estos casos, y en todos los análogos, el sujeto no goza del uso completo y perfecto de sus facultades, ni es propiamente libre para no cometer la infracción, ya que la enfermedad ejerce sobre su voluntad una verdadera coacción, por decirlo así, constante y tiránica que le lleva á hacer precisamente lo contrario de lo que querría

No puede, pues, caber la menor duda respecto de que, lo que se lla-

ma en Medicina Legal teoría DE LA RESPONSABILIDAD ATENUADA, es perfectamente aplicable en nuestro Foro, de acuerdo con el Código Penal.

Por cierto no es el perito médico quien ha de resolver si el individuo es ó no civil ó eriminalmente responsable del hecho que se le imputa, en cada caso concreto: lo único que le corresponde es informar, en términos generales, si el sujeto es ó no capaz de responsabilidad ó imputabilidad, teniendo en cuenta el estado en que se hallen sus facultades intelectuales. Dirá, pues, si el acusado, ó el sujeto de cuyos actos se trate, estuvo privado completamente de la razón al tiempo de ejecutarlos, ó sí, por el contrario, gozaba de ella parcial ó totalmente.

De manera que, en definitiva, la cuestión de la responsabilidad ó irresponsabilidad de la validez ó nulidad de los actos de una persona, se reduce para el perito médico á una cuestión de diagnóstico y nada más.

Toda otra intervención de su parte sería una extralimitación, inoportuna y censurable, de sus deberes.

Terminaremos este capítulo haciendo unas pocas observaciones relativas al Código Militar y al de Enjuiciamientos Criminales.

El primero dice expresamente que la embriaguez voluntaria y la habitual son circunstancias agravantes; y la involuntaria atenuante.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente nos parece excesivo el rigor del Código Militar. El que está completamente embriagado, el dipsómano que abusa constantemente del licor, de manera que está siempre ebrio, no por ser militares dejan de ser locos, ó de estarlo transitoriamente, y es injusto ó irracional hacer de su locura una causa agravante de sus crímenes. Castíguese, en buena hora, con todo rigor la embriaguez en los cuarteles; el honor militar, el pernicioso efecto del mal ejemplo; la severidad de la disciplina, y los gravísimos peligros que surgen para la sociedad y para el orden público del abuso del licor en los cuarteles, exigen con evidencia rigurosas medidas de reprensión. Mas no por esto se ha de llegar hasta cambiar la moral intrínseca de las acciones, ni ha de hacerse del soldado ebrio completamente, es decir, incapaz de obrar con razón y conciencia, un ser doblemente responsable, por su embriaguez y por su delito; cuando un particular, en el mismo estado, encontraría por lo menos una atenuación de la pena.

En el Código de Enjuiciamientos Criminales no se dice expresamente, pero se sigue del sistema de sus disposiciones, que si el reo aparece privado de razón durante el juicio plenario, tiene que suspenderse el procedimiento; pues sus trámites hacen necesaria la presencia del reo. El sumario no se suspendería, porque no se dirige contra determinado individuo sino que tiende á inquirir el hecho y descubrir la persona contra quien se ha de proceder.

En el sumario se le toma al reo la declaración llamada indagatoria, y sólo respecto de esta hay disposición expresa de que se suspenda hasta el restablecimiento del sentido. Pero esta diligencia no es esencial para la continuación del juicio.

CAPITULO XI

De los crímenes y delitos contra el orden de las familias y la moralidad pública.

LIBRO VIII DEL CÓDIGO PENAL

Terminado el estudio de las disposiciones del Código Civil que interesa á la Medicina Legal, y el de las cuestiones relacionadas tanto con las leyes civiles, como con las penales, nos corresponde estudiar los artículos del Código Penal que pueden motivar la intervención de peritos médicos en la práctica jurídica; y los primeros que encontramos, desde este punto de vista, son los del capítulo 1.º del Libro VIII de dicho Código, que regulan las penas para el aborto. Después siguen en el mismo Libro las penas para la exposición y abandono de niños, los atentados contra el pudor, etc.

§ I—ABORTO.

Todas las legislaciones antiguas y modernas que conozco, colocan al aborto entre los atentados contra las personas, al lado del infanticidio y del homicidio. Nuestro Código Penal, por el contrario, apartándose aún del francés, su habitual modelo, no considera al feto como sujeto activo de derechos, ni como sujeto pasivo de delitos. El aborto no es, pues, entre nosotros, un atentado contra el feto ni contra la madre, ni se lo cuenta entre los crímenes y delitos contra las personas, que son materia del libro IX del Código Penal; sino una infracción CONTRA EL ORDEN DE LAS FAMILIAS Y LA INMORALIDAD PÚBLICA, objeto del Libro VIII.

Las leyes de los pueblos antiguos distinguían si el feto había ó no estado animado, é imponía la pena del homicidio en el primer caso, y apenas una muy leve en el segundo. Así constaba también en la versión griega del Exodo, siguiendo al cual adoptaron la misma doctrina algunos célebres canonistas y teólogos, como San Agustín, y también los Códigos de España, el Fuero Juzgo y las Partidas.

En Grecia aun parece que se creía inocente la expulsión del feto no animado; pues Hipócrates, que comienza su obra con el juramento de no auxiliar á ninguna mujer para que aborte, refiere que á una le hizo arrojar el embrión de seis días, sin haber tenido ningún motivo grave.

Esta distinción en las penas daba lugar á la escabrosa disquisición teórica sobre el tiempo necesario para la animación del feto, y á la dificultad práctica de reconocer con entera precisión la edad de éste en cada caso.

Las legislaciones modernas, inclusive la española, la francesa y la nuestra, han abolido unánimemente semejante distinción: la edad del feto no influye en manera alguna en la pena del aborto, y por lo mismo, su examen no tiene ninguna importancia á este respecto, en la Medicina Legal ni en la Jurisprudencia.

Otras bases más precisas y prácticas se han adoptado para distinguir las penas. Se atiende, en primer lugar, á si consintió ó no la mujer, y se agrava la pena en el segundo caso. Si no hubo consentimiento, se

distingue si el agente tuvo una intención directa de ocasionar el aborto; y si no la tuvo, pero lo causó por medio de violencias, se subdistingue si conoció ó no la preñez de la mujer; y en estos distintos casos se gradúa la pena proporcionalmente.

Se toma, además, en cuenta el que los medios no aptos para el aborto ocasionen la muerte de la mujer; y, por último, se atiende á la calidad del agente, para agravar la pena si es médico, cirujano, farmacéutico, partera, etc. (1).

Tal es la doctrina de nuestro Código Penal, conforme en la sustancia, á la de los otros Códigos modernos, con sólo la distinción del método ó sistema apuntado al principiar el estudio de este capítulo.

Tampoco atiende nuestro Código, lo mismo que los otros modernos, á si el feto, al tiempo del aborto criminal, es ó no viable. Lejos de esto, aunque nazca vivo y continúe viviendo, hay lugar á la aplicación de la pena.

He aquí el texto de la ley:

"Art. 334.—El que por alimentos, bebidas, medicamentos, violencias ó por cualquier otro medio, hubiere intencionalmente hecho abortar á una mujer que no ha consentido en ello, será castigado con tres á seis años de reclusión menor.

"Si los medios empleados no han tenido efecto, se castigarán como tentativa."

"Art. 335.—Cuando el aborto ha sido causado por violencias hechas voluntariamente, pero sin intención de causarlo, el culpado será castigado con prisión de seis meses á dos años."

"Si las violencias han sido cometidas con premeditación ó con conocimiento del estado de la mujer, la prisión será de uno á cinco años."

"Art. 336.—El que por alimentos, bebidas, medicamentos ó por cualquier otro medio, hubiere hecho abortar á una mujer que ha consentido en ello, será condenado á prisión de dos á cinco años.

"Art. 337.—La mujer que voluntariamente ha consentido en que se le haga abortar, ó causare por sí misma el aborto, será castigada con prisión de uno á cinco años.

"Si consintiere en que se le haga abortar, ó causare por sí misma el aborto, para ocultar su deshonor, será castigada con seis meses á dos años de prisión.

"Art. 338.—Cuando los medios empleados con el fin de hacer abortar á una mujer, hubieren causado la muerte de ésta, el que los hubiera administrado ó indicado con dicho fin, será castigado con tres á seis años de reclusión menor, si la mujer ha consentido en el aborto; y con reclusión mayor de ocho á doce años, si la mujer no ha consentido.

Art. 339.—En los casos previstos por los artículos 334, 336 y 338, si el culpado es médico, comadrón, partera, practicante ó farmacéutico, la pena de prisión será reemplazada con reclusión menor de tres á seis años; la reclusión menor, con reclusión mayor de cuatro á ocho años; y la de reclusión mayor ordinaria, con la extraordinaria.

De estas disposiciones se sigue:

1.º—Que si un médico causa el aborto, sin intención, pero con el uso imprudente de sustancias ó procedimientos que podrían causarlo, no incurrir en responsabilidad penal, porque nada se dice á este respecto en el

[1] No se debe emplear en destruir la ciencia inventada para conservar, deca un axioma, justificando el antiguo rigor de la ley con los médicos,

Capítulo del aborto, y porque lo que observamos al ocuparnos en la responsabilidad profesional de los médicos, farmacéuticos, parteras, etc., comentando los artículos 409 y siguientes del Código Penal, es sólo relativo á los atentados contra las personas, esto es, á los homicidios y lesiones corporales. Podrá castigársele por la enfermedad causada á la madre, aplicando el artículo 413, pero no por el delito de aborto;

2.º—Que la responsabilidad civil si tendrá lugar, porque las reglas que examinamos en ese capítulo, son generales para todo caso de malicia, imprudencia ó negligencia (1).

3.º—Que lo que decimos del médico se aplica á cualquiera otra persona que ocasione el aborto, sin intención y sin violencia, pero usando sustancias que arguyan imprudencia ó temeridad: no hay pena para el aborto:

4.º—Que habiendo intención criminal se castiga siempre el aborto, distinguiendo los casos para el grado de la pena, con arreglo á las bases adoptadas por el Código;

5.º—Que cuando se causa el aborto por medio de violencias, hay pena aunque fulte no sólo la intención de provocar el aborto, sino aún el conocimiento de la preñez. El Código en esta parte; pues en los artículos anteriores hace de la intención la base fundamental de la responsabilidad, y en el 335 castiga al que, no solo no tuvo la intención de provocarlo, sino que ni siquiera supo la condición en que se hallaba la mujer y la posibilidad de que sobreviniera el aborto.

Nada dicen nuestro Código ni los Códigos extranjeros respecto del parto prematuro ni del aborto procurados por un médico con un fin terapéutico, es decir, por un estado patológico ó un vicio de conformación de la mujer que hagan imposible esperar el parto natural, sin que la muerte de la madre y del mismo feto sea probable ó evidente. La ilicitud ó ilicitud de estos actos debe, por tanto, regirse por los principios generales que, fundados en la moral y sana filosofía, informan la legislación.

Tampoco hemos encontrado nada á este respecto en los comentaristas de los Códigos extranjeros, pues los que hemos podido consultar se refieren únicamente á los casos en que el médico es cómplice de la mujer en un aborto criminal, y á los abortos provocados por medicamentos prescritos por facultativos que no tuvieron intención de obtenerlos, ó que ignoraron el estado de la mujer por haberlo ella occultado.

La edición del Diccionario de Legislación y Jurisprudencia de Escribhe, publicada por los Drs. Vera y Caravantes, tiene un extenso artículo relativo al aborto, pero da también este nombre al parto prematuro artificial; y con respecto al verdadero aborto provocado por los médicos con un fin terapéutico, dice solo lo siguiente:

"Los médicos que han querido libertar á toda costa á las mujeres "mal conformadas de los peligros del parto, sin atender á la vida de la "criatura, provocan aquel acto desde los primeros meses del embarazo, "cuando llegan á persuadirse de que la parturición sería imposible ó muy

[1] Según las legislaciones extranjeras que consideran el aborto como atentado contra las personas, si podía haber responsabilidad penal por imprudencia, negligencia ó error craso.

"peligrosa, según las leyes naturales. En Inglaterra, W. Cooper, I. Barlow, Hull, etc.; en Alemania, Oslander, Mende, Noggale, adoptaron semejantes principios, que nosotros REPRODAMOS COMPLETAMENTE. De ningún modo podemos admitir que el médico tenga derecho de atentar á la vida del feto: así cuando el vicio de conformación de la pelvis llega á hacer imposible el parto prematuro, siendo el feto viable, y cuando por consiguiente, el principal, el verdadero objeto de la operación no podría lograrse, no hay porqué titubear, la operación cesárea es la única á que puede acudirse-----." Sigue exponiendo que el aborto es más peligroso que el parto prematuro y las dificultades que surgen al provocarlo.

Y aún entre los autores de Medicina Legal, antiguos y modernos, algunos, como Thoinot, ni se ocupan del asunto, y otros lo tocan muy de paso. Entre estos últimos, el Profesor Vibert dice lo siguiente:

"Tal operación (aborto provocado ó parto prematuro artificial) caería bajo la sanción del Código Penal, al atenderse estrictamente al texto de la ley: pero es evidente que no se debería considerar como un crimen, una intervención médica cuya utilidad y necesidad imperiosa son incontestables."

Atendiendo á lo que dispone expresamente el artículo 339 para el aborto provocado por médicos, cirujanos, comadrones, parteras, etc. quizá se podría pensar del mismo modo. Pero el espíritu de todas las disposiciones penales relativas al aborto, dejan comprender claramente que la agravación de las penas señaladas por dicho artículo para los médicos, cirujanos, etc. presupone la intención criminal.

Veamos, por tanto, si conforme á la moral y sana filosofía, puede el médico provocar el PARTO PREMATURO Y EL ABORTO OBSTÉTRICO ó TERAPEÚTICO, ó sacrificar de cualquiera otra manera la vida del feto para salvar la de la madre que se halle en eminente peligro.

Cuando el parto prematuro, la resolución es sencilla: dudar de su licitud en el caso de la hipótesis, sería poner en duda la licitud de la Medicina. Esta operación, destinada directamente á salvar la vida del mismo feto y la de la madre, puede, en realidad, acarrearle al primero algún daño ó peligro, y aún á veces la muerte: pero esto mal menos grave y menos evidente, acaecido sin la voluntad ni la intención del médico, debe aceptarse para evitar otro mayor y más seguro: la muerte cierta del mismo hijo y de la madre; y para esto tiene la Medicina tan incontestable derecho y de ordinario tan ineludible deber, como para amputar el miembro gangrenado, dejando al individuo valdado y en riesgo de perecer, á trueque de evitar una muerte segura.

A este peligroso y delicado recurso deberá por cierto, acudirse en casos también muy graves y peligrosos: y la responsabilidad del médico, por lo menos moral y civil, puede provenir, como en los demás casos de su ejercicio profesional, del abuso, mas no del uso concienzudo y prudente de las indicaciones de su arte.

El aborto que causa seguramente la muerte del feto para salvar la vida de la madre, difiere esencialmente del parto prematuro, y requiere más detenido análisis.

El ya citado Profesor Vibert se expresa en estos términos: "Es un deber para los médicos interrumpir la preñez cuando una enfermedad provocada ó agravada por ella, AMENAZA la vida de la mujer." Y de esta misma manera opinan muchos otros autores de obras de Obstetricia y de Medicina Legal.

Pero como los médicos católicos no podemos aceptar esas opiniones, expondremos algunas de las razones en que fundamos nuestra convicción.

Procedamos en el supuesto de que la enfermedad ó el vicio de conformación no permiten esperar la época de la viabilidad del feto, y, por lo mismo, es evidente la disyuntiva de expelerlo no viable ó resignarse á la muerte de la madre y el feto.

Debemos, además, convenir en que, siendo ahora doctrina generalmente aceptada y muy conforme á la razón la de que la animación del feto es simultánea de la concepción, el aborto entraña un verdadero homicidio—(hominis cedet-matamiento de hombres), aunque nuestro Código haya querido considerarlo simplemente como un ataque al orden de las familias ó la moralidad pública. Así han juzgado los legisladores de otras naciones. No olvidemos, tampoco, que al practicar el aborto no se trata solamente de salvar una vida amenazada, como en otros casos de intervención del médico: elige éste entre dos vidas que están en peligro, pronunciando un fallo para salvar la una á costa de la otra; y es el derecho de hacer esta elección, de pronunciar esta sentencia de vida ó muerte, la que vamos á investigar si lo tiene ó no.

Previos estos antecedentes, sentemos los principios, ateniéndonos á los de la moral y justicia que informan nuestra legislación y las de todas las naciones civilizadas.

La exención de pena ó responsabilidad no puede provenir sino de la no imputabilidad ó de la justificación. La no imputabilidad supone que el agente no obra como ser moral, esto es, con conocimiento de la bondad ó malicia de la acción, y con libertad: tiene lugar en los casos de demencia, coacción, etc. La justificación implica que el agente, ser moral, ha procedido con derecho.

Como el médico, en el caso supuesto, no puede alegar no imputabilidad, réstanos sólo saber si el hecho está, según los principios y la ley, justificando. Ahora bien, la justificación no puede tener lugar sino en dos casos: mandato de la ley ú orden de la autoridad, y legítima defensa. Y como tampoco puede aducirse ley ni orden legítima que justifique el hecho en análisis, falta saber si se halla en el caso de legítima defensa.

La defensa, para que exima de responsabilidad y de pena, debe reunir dos requisitos, á saber: agresión ilegítima y necesidad del medio empleado para rechazarla. Si falta una de estas dos condiciones, no es un derecho el que se ejercita; no es la reacción del orden sobre el desorden; no es la defensa legítima. Por lo demás, lo mismo es que el agredido se defienda por sí mismo ó por medio del auxilio de otro: el auxilio es lícito siempre que lo requiera la defensa personal.

Si veinte individuos zozobran en una lancha y es evidente que arrojados los diez al mar salvarán los otros diez, y que conservándose todos en ella, no salvará uno solo; los diez no tienen derecho para salvarse á expensas de sus compañeros, porque éstos no son agresores de los primeros, y porque, para que tan absurdo derecho existiese, sería menester que los diez arrojados hubieran estado en el deber de morir para salvar á los otros, ya que todo derecho supone, por su esencia misma, un deber correlativo.

Así lo entendió el Tribunal de Filadelfia que condenó á cinco años de reclusión al Teniente Holmes, Capitán de la nave Villian-Brown que encalló en un viaje de Liverpool á América. El Capitán, después de ago-

tados los recursos, saltó á la chalupa con los pasajeros: y como ésta amenazaba hundirse, arrojó por suerte al mar á 17 personas y salvó á los otros restantes, los cuales dieron razón de lo desesperado del caso, y de que el Capitán aun se despojó de sus vestidos para abrigar á los otros que ya perecían de frío, en la noche glacial del siniestro; pero ni esta circunstancia atenuante le eximió de la pena.

Pues bien, si el feto no es agresor de la madre, sino que los dos se hallan acometidos inculpablemente de un accidente natural, del todo ajeno á la voluntad de ambos, ninguno de los dos puede, para salvarse, sacrificar directa y positivamente al otro.

En 1852 se discurrió este asunto en la Academia de Medicina de París, con motivo de una comunicación del Dr. Lenoir, que había practicado el aborto para salvar á la madre, afectada de una estrechez pelviana incompatible con las necesidades de un parto de término. El Dr. Cazeaux leyó, con este motivo, un extenso informe que fué aprobado, casi sin modificación, por la mayoría de la Academia; y en él sostenía que la madre estaba en el caso de legítima defensa, y comparaba al feto con un loco furioso que atentase irreflexiva é inconscientemente contra la vida de otro:

«Si no hay, dijo, otro medio de garantírnos de los ataques de un loco furioso, está permitido matarle. El pobre insensato no es, sin embargo, más culpable de los golpes que nos dirija, que responsable del feto de los peligros á que expone á su madre, peligros de los cuales no tiene conciencia alguna.»

Véase, pues, por las frases trascritas de ese memorable informe, la poca lógica con que, á veces, se procede hasta en los asuntos más graves, y la grande facilidad con que nos dejamos convencer con raciocinios que halagan nuestras inclinaciones ó vienen en apoyo de nuestros deseos. Comparar al feto con un loco furioso, es decir, con una fiera que trata de despedazarnos; llamar agresión, ataque, á la actitud enteramente pasiva y ajena á toda determinación voluntaria que guarda el feto en el seno de la madre, habría parecido el colmo de la ligereza y la sin razón, si el informe no hubiera venido á sancionar una práctica que ya la deseaba la mayoría de la Academia (1).

(1) El Dr. Beguín, miembro también de la Academia, se opuso al Informe del Dr. Cazeaux con un elocuente discurso, del cual son las siguientes frases:

«Tengo la convicción de que los comadrones partidarios del aborto obstétrico exageran el derecho que se atribuyen para decidir en ciertos casos, de la vida ó muerte de un ser contenido todavía en el seno materno. Estoy, convencido igualmente de que si esta doctrina llegara por desgracia á propagarse, abriría camino á los más desfavorables abusos.

Para el hecho particular del aborto, la ley religiosa no tiene más que reglas absolutas, que no admiten excepción ni excusa alguna para disculpar al autor, siempre que haya acto directo y deliberado. La razón es bien sencilla: esta ley se apoya en las leyes naturales y divinas, que si permiten obrar contra nuestros semejantes cuando nos atacan, prohíben hacerles el menor daño cuando son inofensivos. En el caso de aborto, suponiendo la vida de la madre tan seria é inmediatamente amenazada como se quiera, el hombre de arte no obra tanto sobre ella, como sobre un tercero muy inocente á quien sacrifica para disminuir los peligros que su presencia hace correr á la mujer.»

¶ Pero volvamos al razonamiento anterior. Declamos que no siendo el feto agresor ilegítimo de la madre, ni ésta de aquél, ninguno de los dos podía sacrificar DIRECTA Y POSITIVAMENTE al otro; porque, con arreglo á los propios principios, el sacrificio que venga de un modo indirecto ó negativo, puede quedar legitimado. Si de los naufragos del ejemplo anterior, los diez están en el mar á punto de perecer, y los otros diez en la lancha, estos deberán darles á aquellos acogida en la lancha en cuanto no peligre su propia existencia; pero si de recibirlos se siguiera que perecerían todos, aunque los naufragos fuese sus hijos ó hermanos, podrían legitimamente negarles la acogida.

Así también, si á la mujer que está en gestación le es indispensable tomar un medicamento para salvar su vida, pero que puede ocasionar el aborto, tiene derecho para emplear el medio que tienda directamente á salvar su vida, aunque de un modo indirecto venga el aborto. Si está, por ejemplo, enferma de fiebre palúdica, podrá perfectamente tomar quinina; si tiene hemorragias, podrá emplear para cohibirlas la ergotina, la pituitrina, etc. aunque todos estos remedios están incluidos entre los que pueden provocar el aborto.

Mas no le sería lícito usar de estos ó de otros medios abortivos, con el propósito directo de procurarse el aborto y salvarse así de un peligro que amenazase su vida; porque estos medios tendrían por fin inmediato y directo matar al hijo, esto es, cometer un homicidio.

En este último caso, y si se tratara de un feto que pudiera ser viable, quizá estaría más bien la madre en el deber de consentir, por su salud y la del hijo, en alguna de las operaciones que pudieran salvar la vida de ambos, como la púbiotomía, la operación cesárea, etc. pues por muy graves y peligrosas que sean estas operaciones, ninguna de ellas ataca directamente ni á la vida de la madre ni á la del hijo, ni es infaliblemente mortal para ninguno de ellos; y, por el contrario, ofrecen esperanzas de salvar simultáneamente la vida de ambos, esperanzas que van haciéndose cada vez más fundadas y halagüeñas, con los progresos de la cirugía moderna.

Así lo juzga el Dr. Surbled en su importante obra titulada «*LA MORALE DANS SES RAPPORTS AVEC LA MEDECINE ET L'HYGIENE.*» Título II Págs. 189 y siguientes.—París 1897. «Si se deja seguir su curso el embarazo, dice, puede afirmarse de antemano que no terminará por el parto natural, puesto que la estrechez de la pelvis será un obstáculo absoluto para el paso del niño; ¿pero significa esto que se debe remediar esta dificultad por medio de un infanticidio? La lógica á par de la moral exigen que se evite toda operación perniciosa ó criminal (aborto—embriotomía) y que sea siempre preferida la operación cesárea, que respeta todos los intereses y da ella sola la mayor probabilidad de salvar á la madre y al niño. En este punto la prohibición del aborto es terminante, la indicación de la operación cesárea es absoluta, y todo nos induce á creer que esta última entrará pronto en la práctica común, merced á los recientes progresos de la cirugía abdominal.» (1)

Por cierto, todo lo que hemos dicho respecto del aborto, se aplica igualmente, y aún con mayor razón, á todas las operaciones obstétricas que tienen por fin directo ó inmediato matar al niño como medio de

(1) De la misma opinión son los Drs. Perales y Massana.

salvar á la madre, llámense PERFORACIÓN, DASIOTRIPICIA, EMBRIOTOMIA, etc. Con más razón, decimos, porque en estos casos se trata de ordinario de fetos de término ó próximos á nacer, y respecto de cuya vitalidad ó animación no pueden suscitarse las disputas que se promovían antiguamente cuando se trataba de fetos de pocos días.

El argumento de los adversarios de esta opinión, es el de que siempre debe salvarse la más preciosa de las dos existencias, esto es, la de la madre, que tiene mayor importancia en la familia y en la sociedad; pero este es sólo un argumento utilitarista, que no puede nada en el terreno de la moral y la justicia. Desarrollando de distintas maneras ese argumento, se han escrito hermosos discursos, destinados más bien á conmover el corazón del médico é interesar su sensibilidad en pro de la madre, que no á manifestar la justicia y el derecho que pudiera haber para sacrificar al niño encerrado en el seno materno.

Dícese, en efecto, que no es posible poner en parangón una vida tan débil, tan delicada é incierta de un niño que no tiene más vínculo con el mundo que el de su madre; que todavía no tiene sentimientos ni afecciones, ni temores, ni esperanzas, que sólo es una carga para la familia y la sociedad; con la de una mujer joven, madre tal vez de otros hijos, que está ligada por mil lazos religiosos y sociales, no sólo con la familia, sino con la sociedad, de lo cual forma parte activa é interesante. «Por medio de la operación cesárea, afirma Cazeaux, en el informe anteriormente citado, lo que cortáis es el árbol, y en todo su vigor, para conservar el fruto. Sacrificáis un adulto, de quien tanto la familia como la sociedad podían esperar numerosos servicios, para conservar un niño que, por espacio de mucho tiempo todavía, impondrá no pocos sacrificios á la familia y á la sociedad.»

Mas, siendo cierto todo esto y aceptando como una de las mayores y más lamentables desgracias la muerte de una madre en las condiciones indicadas, no nos es posible deducir de allí el derecho que asista al médico para sacrificar directa y positivamente al feto, con el fin de salvar á la madre. La conciencia y la moral nos prohiben ceder ante estas consideraciones de puro sentimentalismo ó de mera utilidad. Para inclinarse ante ellas sería preciso aceptar previamente que todo lo útil es justo y moral.

«El homicidio es siempre un crimen, dice el Dr. Surlé, en la obra ya citada, y nada lo autoriza, ni aún la necesidad de socorrer á la madre y salvarla..... ¿Por qué el aborto provocado es aconsejado y realizado tan á menudo por los médicos de nuestros días?..... Creen, tal vez, que la vida del niño no vale la del hombre, y que la gravedad de un crimen como el homicidio está en relación absoluta con la edad de la desgraciada víctima?..... La sola garantía sería, eficaz, en los actos de nuestro gran ministerio, es la conciencia, que nos libra de cometer el homicidio, es decir, el aborto.»

Por lo demás, para los católicos está ya terminantemente prescrita su conducta respecto del aborto provocado y de las otras operaciones dirigidas á matar al feto para salvar á la madre, por la Iglesia, único juez positivo en asuntos de moral y de conciencia; pues, por resolución de la SACRADA CONGREGACIÓN DE LA INQUISICIÓN EN ASUNTOS DE FE Y DE COSTUMBRES, han sido prohibidas esas operaciones en tres distintas ocasiones; la primera, en la contestación dada el 28 de Mayo de 1884, á la consulta que al respecto elevó, un año antes, el Cardenal Arzobispo de Lyon; la segunda en una carta dirigida al Arzobispo de Cambrai, el 19 de

Agosto de 1889; y la tercera, con motivo de la insistencia que este mismo Arzobispo elevó ante la Santa Sede, el 24 de Junio de 1895.

Esta última prohibición de la Sagrada Congregación, fué expresamente aprobada, al día siguiente, por Su Santidad León XIII (1)

Resumiendo todo lo expuesto en este capítulo, diremos para terminar:

La Ley castiga, como atentado contra el orden de las familias y la moralidad pública, el aborto provocado con intención criminal; y aún eno intencional que se cause por medio de violencias. Agrava la pena cuando no ha consentido la mujer, cuando se causa la muerte de ésta, y cuando el reo es médico, cirujano, comadrón, partera ó farmacéutico.

No castiga el aborto no intencional ocasionado por el uso imprudente de medicinas ó sustancias nocivas, ó por omisión ó negligencia del médico. Pero sí habría responsabilidad civil, aun en este caso, con arreglo al Código Civil.

Nada dice del parto prematuro ni del aborto provocado con fin terapéutico, y estos casos se rigen por los principios generales de moral y justicia.

La licitud del parto prematuro, en caso de verdadera necesidad, no puede ponerse en duda.

El feto no es agresor de la madre; y por lo mismo, siendo iguales los derechos de los dos, ésta no puede sacrificar directa y positivamente á aquél, por salvar su propia existencia.

Pero sí podría, en caso de ineludible precisión, emplear medios encaminados á la salvación de su vida, aunque indirecta ó negativamente causen la muerte del feto; porque tampoco está obligada á exponer su vida por salvar la existencia natural del feto.

Si atentas las condiciones de la madre, es ésta capaz de soportar las operaciones obstétricas tendentes á salvar la vida del feto y la suya propia, aun cuando no sean de éxito infalible, estaría obligada á recurrir á ellas para librar la vida del hijo y asegurar para sí algunas probabilidades.

El médico católico no puede sacrificar directamente al feto, como medio de salvar á la madre, sin quebrantar sus creencias religiosas.

II—DE LA EXPOSICION, ABANDONO, SUSTRACCIÓN Y SUPLANTACIÓN DE NIÑOS.

Después de castigar el aborto, como hemos visto en el párrafo anterior, tiene el Código Penal dos capítulos dedicados á la represión de los crímenes y delitos indicados en el epígrafe de presente. Los artículos de estos capítulos, que pueden motivar asuntos médico legales, son los siguientes:

(1) Acta Sanctæ Sedis, vol XXVIII, pág. 389—El Criterio Católico en las Ciencias Médicas,—Noviembre de 1898.

«Art. 342.—Si, á consecuencia del abandono, quedare el niño mutilado ó estropeado, los culpados serán castigados.....»

Para la aplicación de este artículo sería indispensable la intervención de los peritos, así para comprobar los maltratos y mutilaciones, como para apreciar si son debidos al abandono, ó si han sido anteriores ó posteriores, y motivados por otra causa.

La misma consideración cabe respecto del artículo 343, que agrava las penas del artículo anterior, cuando el abandono ha causado la muerte del niño. Habría en este caso que comprobar si el niño estuvo vivo cuando se le abandonó, y si, siendo la muerte posterior al abandono, ha sido ocasionada por ese hecho; pues bien pudiera suceder que se tratase simplemente de abandono del cadáver de un niño.

Y esta investigación difícil y delicada, sin la cual no podría comprobarse el cuerpo del delito, sólo la podrían verificar debidamente los peritos médicos,

Respecto de los crímenes y delitos dirigidos á impedir ó destruir la prueba del estado civil de un niño, tenemos la siguiente disposición.

«Art. 348.—Serán castigados con reclusión menor de uno á tres años, los culpados de sustracción de un niño; ó de sustitución de un niño por otro; ó de suposición de un parto; ó de usurpación del estado civil de una persona.»

Como en estos casos se trata casi siempre de niños recién nacidos ó de muy tierna edad, el médico perito podría y aún debería intervenir á fin de suministrarle al juez datos que en algunos casos serían decisivos para la recta apreciación de los hechos. Podrían, en efecto, comprobar la realidad ó falsedad del parto, y, en el primer caso, apreciar la fecha aproximada de que data para confrontarla con la edad del niño.

Y aún podría apreciar si una enfermedad contagiosa que sufre el recién nacido, ha sido ó no transmitida por la mujer que pretende ser su madre, para de ésto deducir la verdad ó falsedad de este hecho. Si el niño tiene conjuntivitis blenorragica, por ejemplo, y la recién parida está libre de esa infección, habría suficiente fundamento para negarle la maternidad de ese hijo, salvo el caso, muy difícil, de que se probara que el recién nacido ha sido contagiado por otra persona.

§ III—DE LOS ATENTADOS CONTRA EL PUDOR Y LA VIOLACIÓN.

En el mismo Libro VIII trata el Código Penal, en varios capítulos, de los atentados contra el pudor, la violación, los ultrajes públicos á las buenas costumbres, la corrupción de la juventud, el adulterio, etc.

Todos estos asuntos pueden dar ocasión á la intervención de peritos médicos, ya para la comprobación de los hechos, ya para apreciar las condiciones del indiciado en el momento que lo ejecutó, pues muchos de éstos son enfermos que han perdido ó tienen perturbado el uso de la razón. Los ultrajes públicos á las buenas costumbres, los atentados al pudor y la violación de muchas menores de catorce años, son relativamente frecuentes en el principio de varias formas de enajenación mental, cuyo diagnóstico es todavía difícil y dudoso en ese período

do de la enfermedad; como la parálisis general, la demencia precoz, etc.

Nada particular ó que merezca detenernos encontramos en estos capítulos de nuestro Código, y por lo mismo creemos innecesario transcribir aquí los artículos pertinentes. Para graduar las penas de los atentados contra el pudor y la violación atiende primero á la edad de la víctima, agravándolas cuando ésta es menor de catorce años, y más aún cuando es menor de once. Tiene, así mismo, en cuenta si hubo ó no violencias y amenazas; si se cometió el crimen abusando de una persona que por efecto de una enfermedad, de la alteración de sus facultades ó por cualquiera otra causa accidental, hubiere perdido el uso de sus sentidos ó hubiere sido privado de él por algún artificio.

Para la investigación de algunas de estas circunstancias, sería también indispensable recurrir á peritos médicos.

Por último, el Código toma en consideración las condiciones del agente, y grava la pena cuando éste es ascendiente de la víctima, funcionario público, ministro de culto, ó médico, cirujano, comadrón ó practicante, y comete el delito en persona confiada á su cuidado; como lo expusimos al tratar de la responsabilidad profesional.

Lo único en que nuestras leyes difieren, en esta materia, de las de otras naciones, consiste en que, para el reconocimiento de las mujeres víctimas de atentados contra el pudor ó de violación, no son llamados los médicos á servir de peritos, sino las matronas, y á falta de éstas, cualquiera mujer que el juez la crea apta.

CAPITULO XII

De los crímenes y delitos contra las personas.

LIBRO IX DEL CÓDIGO PENAL.

§ I—LESIONES Y HERIDAS.

Los cirujanos y profesores de Medicina Legal hacen de las lesiones corporales ó heridas varias divisiones ó clasificaciones más ó menos científicas y apropiadas; pero el médico legista tiene que ceñirse en su práctica al sistema establecido por la ley, á fin de que sus conclusiones puedan servir de base al juez para la apreciación jurídica de los hechos y la aplicación del derecho.

Debemos comenzar, por lo mismo, por exponer el sistema legal, para luego hacer las apreciaciones que merezca y juzgar de su conveniencia.

El Libro IX del Código Penal trata de los atentados contra las personas, entre los cuales figuran en primer lugar el homicidio y las heridas. En todo homicidio presume la intención de matar, mientras el acusado no pruebe lo contrario ó no lo manifiesten las circunstancias; tales como la calidad de las heridas, los instrumentos empleados, etc.

El homicidio cometido con intención de dar la muerte, es calificado de simple, sino concurren las circunstancias agravantes enumeradas en el artículo 35, y de asesinato si concurren dichas circunstancias. (Embraguez intencional para cometer el crimen, premeditación, alevosía, etc.)

Determinados los diversos casos de homicidio y asesinato, pasa el Código á tratar de las heridas voluntarias y del homicidio causado sin intención de matar; y hace de las héridas la siguiente clasificación:

1.º—Heridas ó golpes que causen enfermedad ó incapacidad que no baje de tres días, ni pase de ocho; y que serán castigados con prisión de quince días á seis meses, y multa de cuarenta á cien sures, si no hay circunstancias agravantes, y con prisión y multa dobles en caso contrario.—Art. 397.

2.º—Heridas ó golpes que causen enfermedad ó incapacidad que pase de ocho días; las que, si no tienen circunstancias agravantes, serán castigados con prisión de dos meses á dos años y multa de cuarenta á doscientos sures, y si las tienen, con prisión de seis meses á tres años y multa de ochenta á trescientos sures.—Art. 398.

3.º Heridas ó golpes que causen, ya una enfermedad que parezca incurable, ya una incapacidad permanente para el trabajo personal, ya la pérdida absoluta de un órgano, ya una mutilación grave; y según que concurren ó no circunstancias agravantes, la pena varía de dos años de prisión y multa de doscientos sures, á reclusión menor de seis años y quinientos sures de multa.—Art. 399.

4.º—Golpes ó heridas que causen la muerte, siendo voluntaria la acción de herir, pero sin intención de matar. La pena para este caso es de tres á nueve años de reclusión menor, según que haya ó no circunstancias agravantes.—Art. 400.

Si la enfermedad ó incapacidad para el trabajo personal no llegan á tres días, constituyen sólo contravenciones de Policía, que son juzgadas y castigadas con arreglo á lo dispuesto en el respectivo Código; pero en este caso, y en el de que pasen de tres días y no de ocho, pueden también perseguirse por acusación particular, como injurias de hecho; esto es, como atentados contra la honra y la consideración de las personas.

Si pasa de ocho días la enfermedad ó incapacidad, el Código Penal no hace distinción ninguna, sea cual fuere la duración, con tal que sea limitada. Pero el Código de Enjuiciamientos Criminales si hace subdivisiones, sometiendo al juicio de jurado todas las infracciones de golpes ó heridas castigados con las penas peculiares del crimen; y al procedimiento económico, los delitos de heridas comprendidas en los artículos 397 y 398 del Código Penal. A este mismo procedimiento quedan sujetos también los crímenes ó delitos castigados en el Capítulo V del Libro VIII de dicho Código; es decir, los atentados contra el pudor y la violación.

Este es el sistema legal que, como se ve, ofrece pocas complicaciones y dificultades al perito médico-legista; pero que, en cambio, deja para el juez algunas obscuridades y vacíos que pueden ofrecer graves dificultades. Así, por ejemplo, no dice lo que debe entenderse por mutilación grave ni leve; ni por pérdida absoluta de un órgano; ni hace distinción entre los órganos que pueden perderse por efecto de los golpes ó heridas; ni explica si la incapacidad transitoria ó permanente ha de ser absoluta ó relativa á la industria ú oficio del agraviado. Y la resolución de estos puntos ha ocasionado ya serias dificultades aún á la Corte Suprema.

La sección de un dedo es indudablemente la pérdida absoluta de un órgano: ateniéndonos, pues, al tenor literal de la ley, aún cuando el dedo seccionado fuera el menos útil de la mano ó del pie, esta herida debería ser clasificada entre las de mayor gravedad, y castigada con prisión de dos á cinco años y multa de doscientos á quinientos sueres; y esto, caso de no existir circunstancias agravantes.

En vez de PÉRDIDA ABSOLUTA de un órgano, que dice nuestro Código Penal, el Español dice: «CUALQUIERA OTRA MUTILACIÓN» y la castiga con condena temporal (Art. 342). Comentando esta frase, hace Pacheco las siguientes observaciones, que juzgamos oportuno transcribir, tanto porque la pérdida absoluta de un órgano es una verdadera mutilación, como porque nuestro Código habla expresamente de mutilación grave y no de leve.

«Mutilación dice, es el corte y la destrucción de cualquier miembro de una persona humana. Mutila, quien derriba un brazo, una mano, un dedo, una oreja, una pierna, un pie, quien arranca los dos ojos, y quien saca uno. Esto no tiene duda, pues para que se entendiese de otro modo habría sido necesario que la ley definiera particularmente aquella expresión, y no la dejase en su significado común Que se imponga la pena de condena temporal á quien de propósito corta una pierna, un pie, un brazo, una mano, es cosa que no la rechazaremos absolutamente, aunque casos habrá en que nos parecería más propio y aplicable la reclusión. Pero que se iguale con aquellos otros hechos la mutilación de un dedo ó de una oreja, es cosa inconcebible.»

Hay heridas que no causan enfermedad ó incapacidad para el trabajo de larga duración, ni ocasionan la pérdida temporal ni menos definitiva de ningún órgano, pero que dejan deformidades muy notables; como la sección de la punta de la nariz ó del pabellón de la oreja, las quemaduras de la cara con ácido sulfúrico, & Cómo se graduaria, pues, la pena para estos casos, si el Código nada dice de las deformidades que pueden quedar como consecuencias de las heridas ? (1)

(1) Las leyes antiguas pecaban por el extremo opuesto por el demasiado detalle. Como curiosidad histórica transcribimos la siguiente del Fuero Real, Ley 3, T. 5, Lib. IV.

«Todo home que firiere a otro en la cabeza, o en la cara de que non saliere sangre, peche por cada ferida dos maravedis, e si le firiere tal ferida en el cuerpo, peche por cada ferida un maravedi; e si firiere cuchillada u otra ferida que rompa el cuerpo y llegare al hueso, peche por cada ferida doce maravedis; y estas feridas no monten más de treinta maravedis. E si le sacaren hueso de la ferida, por cada hueso peche diez sueldos, fasta cinco huesos; e si le firiere en el rostro, de guisa que finge señalado, peche la caloña doblada; e si le firiere ferida porque pierda ojo, o mano, o pie, o toda la nariz, o todo el labro, peche por cada miembro doientos cincuenta sueldos; y esto monte fasta quinientos sueldos; e si perdriere el pulgar, peche veinte y cinco maravedis; e por el otro dedo cabel, peche veinte maravedis; e por el tercero dedo pecho quinze maravedis; o por el quarto diez maravedis e por el quinto cinco maravediz, e la mitad de esta caloña peche por los dedos de los pies, en la manera que es dicha de las manos; si perdriere dientes; por cada diente peche diez maravedis; e si fuera de los cuatro dientes de de-

Verdad es que por el mismo laconismo con que trata el Código esta materia, dividiendo todas las heridas en solo cuatro grupos o clases, y por la grande amplitud que establece entre el mínimo y el máximo de la pena por cada uno de ellas, podrá el Juez hacer uso acertado del derecho y la libertad, en que queda para graduar la pena conforme a su propio criterio. El Código penal, lo hemos manifestado, no hace distinción ninguna entre todas las heridas que causan enfermedad o incapacidad por más de ocho días, mientras no dejen como resultado una enfermedad incurable, o la pérdida absoluta de un órgano, o una incapacidad permanente. Lo mismo, es, pues, en el concepto del Código, que la enfermedad dure nueve días o un año, o más todavía; si al fin se ha de curar. Pero, en cambio, el Juez está autorizado a aplicar, según su criterio, una pena comprendida entre dos meses y dos años de prisión, y multa de cuarenta a doscientos sueros. La ley procede en el concepto de que el Juez no abusará de sus derechos; y efectivamente así sucederá de ordinario. ¿Pero, no podría pasar también lo contrario? No sería más prudente detallar mejor los casos a fin de que el Juez tenga reglas más precisas para sus resoluciones?

Al perito médico legista le toca sólo comprobar los hechos y establecer las conclusiones científicas. Por consiguiente, ateniéndose a la clasificación legal, expondrá sus conclusiones distinguiendo los efectos inmediatos o directos de los golpes y heridas, de los que suponen otras causas simultáneas o adyacentes.

Como el hombre no obra sino después de conocer y querer, salvo casos excepcionales, la ley supone, con razón, a «priori», que el hecho se halla conforme a la intención; es decir, que si hay homicidio o heridas ha habido intención de matar o herir; o en términos generales, que si el agente ha producido un efecto, ha tenido intención de producirlo. Pero dice, así mismo, la ley que ésta presunción puede cesar y aún convertirse en la contraria, si así lo manifiestan claramente las circunstancias.

Por consiguiente, si por regla general, del que ha causado una herida mata, se presupone la intención de matar puede presumirse lo contrario si el instrumento o la herida no heran de aquellos que podían dar naturalmente ese resultado; y en estos casos el juez para juzgar de la intención del agente, tendrá que atenerse casi siempre al dictamen pericial. Si un individuo hiere a otro, en una riña, con la mano o con el bastón que lleva habitualmente, le causa la muerte, se podrá y aún deberá suponer que no tuvo intención de matarle, debiendo ser interrogados los peritos por el Juez, para saber con seguridad si de la condición de la herida y del medio empleado, podía deducirse si el acusado tuvo o no intención de causar la muerte al agredido. Y los peritos, en éste y en otros casos análogos, para cumplir su deber tan delicado y difícil, y dejar las cosas en su verdadero punto, distinguirán si el efecto de la muerte,

lante: quier de los de suso, quier de de los yuso, peche por cada diente
quince maravedís; e por la oreja diez maravedís; de estas calloñas
haya el rey tres quintos, y el ferido dos quintos, o sus herederos,
si muriere de las feridas: o si le enturblore el ojo o guareclere de
él, peche doce maravedís: e si le menguare algo del viso, o si le
romplere el bezo, o la nariz, de gulsá que mengue algo de ella, por
cada ferida veinticinco sueldos, y esto no puede montar más de
quingientos sueldos, si tantos fueren las feridas.

o de la mutilación, enfermedad incurable, &, tiene por causa única, directa e inmediata el golpe o herida, u si presupone la existencia de otra causa condyuvante, como la falta de auxilios médicos oportunos, una enfermedad anterior, como la tuberculosis, la sífilis, &, que tanto influjo tienen en el curso desfavorable de las heridas y contusiones; un vicio de conformación que cambie la posición normal de los órganos; una mala constitución, y otras análogas. A este respecto, parece bastante metódica y digna de tomarla en consideración, a lo menos como una norma de lo que se debiera hacer, la clasificación de las heridas propuestas por el Dr. Pedro Mata, en su tratado de Medicina Legal, y acogida por Gómez Pombo. HeLa aquí:

Y como el tiempo que tarda una herida en cicatrizarse y durante el cual se halla el agredido en imposibilidad de trabajar o atender a sus ocupaciones, es la base en la clasificación de las heridas hecha en nuestro Código, tanto para la graduación de las penas como para prescribir la forma de juicio que ha de seguirse: será para el perito punto de capital importancia, al indicar ese plazo, fijarse en que sea debido a la condición y gravedad de la herida, y no otras circunstancia accidentales.

De todos los ramos de la medicina, ninguno ha progresado tanto, desde fines del siglo anterior, como la Cirugía; los descubrimientos de la Bacteriología y la aplicación de la asepsia y la antisepsia o la práctica quirúrgica han transformado de tal manera esa ciencia, que quizá no habría exageración en afirmar que en los últimos treinta años ha progresado más que en todos los siglos anteriores.

Y este maravilloso progreso de la Cirugía se manifiesta prácticamente, no sólo por haber vuelto curables enfermedades, heridas y lesiones que antes no lo eran, y por el perfeccionamiento de los procedimientos y medios operatorios: sino, también, por haber abreviado de una manera sorprendente la curación de las afecciones quirúrgicas. Muchas de las enfermedades, heridas y lesiones que eran tenidas por seguras o casi seguramente mortales cuando se dictaron los Códigos que aún nos rigen, han pasado a ser curables en el mayor número de casos, y a veces fícil y rápidamente; y así mismo, la mayor parte de las que antes tardaban de cuarenta a sesenta días o mas para curarse, ahora se curan en veinte poco mas o menos.

Por lo tanto, parece indispensable que nuestros legisladores tomen en cuenta estos benéficos y maravillosos resultados del progreso científico, para reformar los Códigos Penal y de Ejecuciones en Materia Criminal, de manera que, quedando de acuerdo con el espíritu de justicia y equidad que les dictó, no desdigan de los principios científicos que deben informarlos.

La duración de la enfermedad o incapacidad para el trabajo que ocasiona una herida, es una condición hasta cierto punto accidental e independiente de la gravedad de dicha herida; ya que en eso tienen una importancia capital la manera cómo se la cure, la prontitud o tardanza que haya habido de parte del mismo herido en hacerse atender debidamente, la docilidad con que se someta a las prescripciones del cirujano, y varias otras condiciones. Una herida leve puede tardar en curarse muchos días, si el enfermo, por ignorancia, descuido, o quizá intencionalmente, no toma precaución ninguna para evitar que se infecte y supure. En cambio, una herida relativamente grave y hasta capaz de causar la muerte, como las del abdómen que llegan al peritóneo pero no hieren los intestinos ni otras visceras, por ejemplo, puede curarse en pocos días si el enfermo acu-

de oportunamente a un oltrujano y se sujeta estrictamente a sus prescripciones. Y como algunos de estos hechos no son siempre fáciles de investigar y comprobar con seguridad, puede estar la pena en razón inversa de la gravedad de la herida.

Una clasificación legal, en materia tan importante, basada únicamente en una condición accidental y de suyo tan variable, no nos parece ni justa ni conforme a la razón. El sitio de las heridas, la extensión y profundidad que alcance, el arma con que se han producido, el peligro más o menos inminente en que, por estas razones, pongan la vida del herido, son condiciones imprescindibles para apreciar su gravedad; y como la justicia exige que la gravedad de la pena sea proporcional a la gravedad de la herida, sin prescindir, por cierto, de las consecuencias temporales o definitivas que deje, y el tiempo necesario para la curación, se hace indispensable hacer entrar en la clasificación legal de las heridas, la gravedad intrínseca de éstas, a más de los otros elementos en que se han fijado nuestros legisladores.

Además, reducir sólo a cuatro grupos toda la variedad inmensa, indefinida, de lesiones y heridas, no es propiamente clasificarlas ni distinguir las de manera que se pueda aplicar equitativamente la sanción penal. Por esto se ha visto el legislador precisado a establecer una enorme diferencia entre el mínimo y el máximo de la pena aplicable a cada grupo, y dejar al Juez en libertad igualmente amplia para apreciar los casos según su propio criterio.

Pero esto es, también, dar margen a injusticias y abusos que la ley debe evitar en todo lo posible, y nada difícil nos parece que se hiciera una división más detallada, que, sin llegar a la pretensión de señalar una pena para cada herida o lesión, las redujera a grupos más limitados y mejor definidos: restringiendo, así mismo, la amplitud de la diferencia de las penas de cada grupo.

Los Códigos modernos de otras naciones tampoco han sido intachables en esta materia: algunos, como el de Austria, se limitan a distinguir las lesiones corporales (golpes y heridas) en graves y leves, dejando todo lo demás a la apreciación del juez: otros como el francés, que es el modelo del nuestro, atienden a los días que dura la enfermedad o incapacidad para el trabajo; y por fin otros, como el de Prusia y de Baviera, siguen un sistema mixto, atendiendo tanto a la gravedad de las heridas, como al tiempo que dura la enfermedad o incapacidad que producen. Además, todos estos Códigos, lo mismo que el español, el argentino, & entran en algunos detalles de que carece el nuestro: la castración y otras mutilaciones, la extracción de uno o de ambos ojos, por ejemplo, se hallan castigados con penas especiales; (1) pero tampoco esas clasificaciones pueden pasar como completas o suficientemente detalladas para garantizar la justicia y facilitar la acción de los Tribunales.

(1) En el Código Penal peruano se castigan estos crímenes con las penas del homicidio.—Art. 246.

§ III—INFANTICIDIO

El Código penal no trata especialmente del infanticidio, pero ni emplea en parte alguna esta palabra. Divide los crímenes y delitos en diez clases, comprendidos en otros tantos Libros, cada uno de los cuales se subdivido en Capítulos, según la distinción de la materia. De esos Libros, el IX se ocupa en los atentados contra las personas, y cuenta entre ellos el homicidio, que se subdivide en voluntario, involuntario, simple y asesinato, &: el duelo, los atentados contra la honra y consideración de las personas (que son la calumnia y la injuria), la mezcla de sustancias nocivas con las bebidas o alimentos, y la revelación del secreto profesional. Del infanticidio no dice nada, Tampoco dice nada el Libro VIII que castiga los crímenes y delitos contra el orden de las familias y la moralidad pública, entre los que está, en primer lugar, el aborto.

Síguese, por tanto, que, para los efectos de la penalidad, nuestra ley no atiende a la edad de la víctima, como base de clasificación; y que la muerte dada a un recién nacido, sea cual fuera el tiempo que éste hubiere vivido fuera del claustro materno, será homicidio involuntario, homicidio simple o asesinato.

Según Taylor, también la ley inglesa no mira el infanticidio como un crimen especial, y lo juzga como los otros casos de homicidio.

Pero los Códigos modernos de otras naciones hacen del infanticidio una infracción especial, con el exclusivo fin de atenuar considerablemente la pena en favor de la madre que lo comete por ocultar su deshonra, o de los abuelos maternos en el propio caso. El Código Argentino castiga a la madre y a los abuelos que dan la muerte al recién nacido, en el instante de nacer o hasta tres días después, cuando lo han hecho por ocultar la deshonra de aquella, con pena de penitenciaría de tres a seis años. Disposiciones semejantes tienen los Códigos peruano, brasilero, alemán, napolitano, austriaco, &: pero difieren en el tiempo durante el cual se califica de infanticidio la muerte dada al recién nacido; así el alemán dice: «durante o inmediatamente después del nacimiento»; y el austriaco, en el momento mismo del nacimiento. El napolitano señala como límite el bautismo y la inscripción en el Registro Civil; y otros dicen simplemente niño recién nacido, sin determinar el tiempo que puede mediar entre el nacimiento y el crimen.

Entre estos últimos se encuentra el Código francés, en el cual, hasta hace pocos años, la especialización de este crimen tenía por objeto agravar la pena, en vez de atenuarla, pues era castigado en todo caso, sea homicidio o asesinato, con el último suplicio. Pero últimamente se modificó el artículo 302 de ese Código, cambiando la pena de muerte con la de trabajos forzados a perpetuidad o temporales para la madre acusada de infanticidio, según que éste fuera asesinato u homicidio.

Tampoco hace, ni hacía antes, ese Código, distinción entre la madre legítima y la ilegítima que mata a su hijo por ocultar su deshonra, como la hacen todos los otros Códigos.

Entre nosotros, el interés de ocultar la deshonra podría estimarse indudablemente como una circunstancia atenuante, pero no es capaz de cambiar la especie de la infracción: la cual, como queda dicho, será homicidio o asesinato, según los casos, sin consideración a la edad de la víctima.

Tampoco se tiene en cuenta en nuestro Código, y en casi todas las de otras naciones, si el niño nació viable o no viable, como lo hace el Código



de Baviera (art. 151). Si nació vivo, no se distingue de los demás hombres, como sujeto pasivo del delito, siquiera no alcance a respirar fuera del claustro materno, con tal de que se pudiera comprobar devidamente el crimen.

Y aún creemos que no sería necesario que hubiere acabado de nacer, sino simplemente que pueda ser objeto directo de un ataque contra su persona, independientemente de la madre, estrangulándole, por ejemplo, cuando sólo ha salido la cabeza. Así mismo, si al tiempo del parto, alguien le hiere o mata por malicia, negligencia o error craso, debería aplicarse las reglas generales del homicidio y las heridas. Esta misma opinión se halla expuesta en los Comentarios del Código Argentino.

Si el niño perece, no por efecto de violencias, sino por falta de cuidados y socorros, habría también homicidio, pero sería necesario distinguir entre la malicia y la negligencia para fijar la especie de la infracción y la pena, lo mismo que si no se tratara de un recién nacido: a diferencia de lo prescrito por algunos Códigos de otras naciones, en los que aún para éstos casos se señala penas especiales, menores siempre que las del infanticidio acusado por violencias directas. (Código Austriaco, Art. 399)

Lo especial que pudiera suceder en nuestra práctica forense, respecto del crimen en que nos ocupamos, no estaría, pues, en la ley, sino en las cuestiones particulares que en tales casos deberían resolver los peritos, cuestiones que no pueden ocurrir tratándose del homicidio o asesinato de un adulto, como las siguientes: Ha nacido vivo el niño? Si nació vivo, la muerte fué debida a la falta de los cuidados inmediatos que necesita el recién nacido, a una violencia? Cuánto tiempo ha vivido el recién nacido? &c.

Pero como estas son cuestiones científicas en las que nada tiene que ver las leyes civiles ni las penales, cuyo estudio no hemos propuesto, damos por terminado aquí el presente trabajo.

DISCUSION:

DR. MORAL.—Estimo que la notable erudición y vastos conocimientos que demuestra el DR. PENAHERRERA en su importantísimo trabajo, hacen imposible cualquiera discusión, debiendo tributársele el más entusiasta elogio. Propongo que se recomiende el trabajo á la Asamblea General por tratarse de un tema digno de ser conocido en el Congreso pleno.

El DR. PENAHERRERA agradece á la Sección el honor que se le hace.

Consideraciones sobre Medicina Legal

POR EL

I R. AGUSTIN POLIT MANRIQUE

Vengo a tratar de una cuestión que por su importancia y su constante aplicación práctica en los Juzgados y Tribunales, merece que sea estudiada por los ilustrados Miembros del Prim^{er} Congreso Médico-Ecuatoriano.

La observación diaria en el reconocimiento de las heridas, los numerosos casos de dudosa ó difícil aplicación de las leyes penales relativas á la infracción del atentado contra las personas, detallado en el libro 9^o Capítulo 1^o del Código Penal, me ofrecen la oportunidad de presentar al Congreso estas modestas anotaciones, producto, como he dicho, de la diaria observación en el cargo que desempeño por el espacio de cuatro años en la Policía de Quito.

La responsabilidad legal y penal en las infracciones por heridas y su mayor ó menor gravedad, depende, en concepto del legislador, del tiempo que demorará la curación y del en que inhabilite para el trabajo al que por heridas ó golpes se le redujo á esta incapacidad. Como se ve, enorme es la responsabilidad del facultativo que debe intervenir en el reconocimiento de las heridas ó lesiones, desde que su informe servirá de base para que el Juez establezca la responsabilidad y determine la calidad de la delincuencia, atendiendo á los elementos severos é imparciales suministrados por el perito, debiendo éste, por otra parte, ceñirse al estrictísimo molde que lo ha señalado la ley para la apreciación de la mayor ó menor gravedad de la infracción, según se trate en el informe del tiempo dentro del cual hayan de curarse las heridas y del en que la víctima se halle en capacidad para continuar en las faenas ordinarias, suspendidas por el accidente que produjo dicha incapacidad ó inhabilidad.

En el estado actual de la ciencia médica y con los progresos alcanzados por la cirugía moderna, parece un contra sentido que subsistan en nuestro Código Penal aquellas disposiciones, si oportunas y justas para los tiempos en que se dictaron, desacordes absolutamente hoy en día no solo con los principios científicos que sigue la escuela quirúrgica, sino con los primordiales de la humanidad que exige reparación y sanción en todos los casos en que se han alterado el orden moral y social con la perpetración de un acto punible.

Si la Legislación Penal de Ecuador clasifica las infracciones en crímenes, delitos y contravenciones, según que a gravedad é ilicitud del hecho, sea digno de pena criminal, correccional ó de policía, al tratar en el libro 9^o de los crímenes ó delitos contra las personas y capítulo 1^o del homicidio y de las lesiones corporales voluntarias, comienza en el artículo 307 la calificación de las infracciones por heridas ó golpes inferidos a una persona, tomando en cuenta su mayor ó menor gravedad, bajo la base del tiempo que ha de emplearse en la curación y el del que es imposible al agredido para el trabajo.

Sometido el Juez a un marco tan estrecho para la calificación de la infracción que trata de juzgarse, bajo el informe deficiente del facultativo

que intervino en el reconocimiento de la herida ó lesión, por cuanto éste no indicará sino los dos únicos elementos exigidos por la ley: el tiempo en que curará y el en que permanezca imposibilitado para el trabajo, no es improbable, que la justicia ande descaminada y se proceda, en consecuencia, á un verdadero desafuero al procesar y condenar á un individuo cuya delincuencia, llegue á proclamarse solo en virtud de las deficiencias del informe pericial.

Esenciales, necesarios, indispensables son estos dos elementos para que el Juez informe su criterio en la apreciación del hecho delictuoso, pero no son los únicos, ni pueden tomarse como principales, debiéndose en muchos casos considerarse esas condiciones como secundarias, como meros accidentes.

En nuestro concepto, la clasificación de las heridas ó lesiones establecidas en el Código Penal, no se ha sometido á la apreciación de los principios científicos que son los únicos que deben guiar al legislador para dicha especificación.

La gravedad en estas infracciones y consiguientemente, en la pena que se les impongan, deben estar en relación directa del peligro inminente que corra la persona agredida en su vitalidad, su integridad y aún en la estética, ó en otros términos, en la importancia del órgano lesionado por las heridas ó golpes sin que de un modo esencial y único haya de tomarse en cuenta solo el tiempo de la curación y el de la imposibilidad para el trabajo. Tal acontece en las heridas penetrantes del torax, del abdomen etc. las que merced á los recursos de la cirugía moderna pueden curarse en un tiempo relativamente corto y librar al victimario de la afrenta de salir al banquillo de los acusados, sin otro temor que el del juicio económico por parte de la persona agraviada, es decir, sin que al Ministerio público le sea dado intervenir para reparar la alarma social, el escándalo que producen actos de tal naturaleza.

Un caso inverso al presentado á la consideración ilustrada de los H. H. miembros del Congreso dará cabal idea de lo que venimos diciendo en orden á la inexacta y nada científica clasificación de las infracciones por heridas sentadas en el Código Penal. Un simple desgarramiento de la piel ó del cuero cabelludo debería ser considerado, por lo menos, como delito, puesto que no hay herida por leve que sea, que termine su proceso curativo en los tres días que señalan como minimum el Código para que el autor sea juzgado y castigado como contraventor; sin que tomemos en cuenta cualquiera ligerísima complicación, en cuyo caso, la responsabilidad legal y penal del agresor iría en aumento á medida que transcurran los días sin que el paciente haya obtenido su curación.

En realidad de verdad que todos los Códigos consignan disposiciones análogas á la nuestra, respecto de considerar la mayor ó menor gravedad de la herida ó lesión, según el tiempo que demore en la curación y el de la incapacidad para el trabajo personal, variando tan solo el número de días para uno y otro objeto; por ejemplo, el Código Francés que fija el tiempo mínimo de veinte días para que se considere la infracción como delito: pasado este tiempo el autor será condenado con pena de reclusión.

Justo también es reconocer que sabiamente el Código Penal va graduando la pena de estas infracciones á medida de la gravedad del acto punible, según inhabilite á la víctima para el trabajo, en un período de tiempo menor de ocho días, mayor que éste, ó de que de las heridas ó golpes recibidos resulte una enfermedad incurable ó la incapacidad permanente

para el trabajo personal y finalmente la pérdida absoluta de un órgano ó la mutilación grave.

Más, creemos necesaria una clasificación científica que determine la gravedad de las heridas ó lesiones con la que se armonice la graduación de la pena, facilitando al mismo tiempo al médico perito el cumplido desempeño del cargo: como al Juez, la estricta aplicación de la ley en presencia del informe facultativo que ha determinado el carácter de la herida, como de mayor, menor ó mínima gravedad.

Con la sola última enunciación se manifiesta mi propósito de adoptar la división de esta clase de infracciones en cuatro categorías; levisimas, leves, graves y muy graves.

Las primeras que únicamente en raros casos pueden curar en tres días, extendiéndose el proceso curativo á cinco ó seis con un plazo máximo de diez, no determinan, por su naturaleza, consecuencia alguna en la salud posterior del individuo, sujeto pasivo de la infracción. Las otras, las graves, en cuanto vulneran elementos importantes del organismo, partes delicadas del cuerpo, tienen por característica el imposibilitar necesariamente para el trabajo personal, requiriendo para la curación formal un plazo no menor de diez días y un máximo de cuarenta, el mismo que serviría de base para la determinación del tiempo en que el herido ó lesionado se ha de imposibilitar para el trabajo personal. Las heridas muy graves, aunque no siempre mortales, ponen en inminente peligro la vida del paciente, siendo, por otra parte, susceptibles de perfecta curación en un tiempo igual al indicado para las graves, las que comprometen la vitalidad misma.

Esto último está demostrando que el factor tiempo de curación no es el único que ha de apreciarse en la clasificación, sino que debe atenderse á la importancia del órgano afectado por la herida, á la extensión y profundidad, á la naturaleza del arma, circunstancias y condiciones de esencial importancia en dicha calificación.

Los autores de medicina legal están conformes en la necesidad de que se adopte en la legislación un cuadro sistemático de heridas y el Profesor Mata al hacer la crítica de la Legislación Penal Española, pondera con su reconocida elocuencia y su ilustrado criterio, la conveniencia de adoptar en ella una clasificación de heridas de acuerdo con un cuadro numérico de las diversas lesiones, cuadro en el que se anotarían éstas según la escala de gravedad que presenten, rechazando la que dá el Código, aduciendo como argumento la necesidad de la aplicación de una pena de manera uniforme en Juzgados y Tribunales, en cada caso en un hecho delictuoso. Esta recta aplicación sólo se conseguiría si, adoptándose un cuadro legal, se apreciara con la importancia que merece el órgano ó región lesionados, sin tomarse como únicos factores el tiempo que duró la curación y la incapacidad para el trabajo, consiguiente á la herida ó lesión.

Reconocida, pues, por todos los autores la necesidad de establecer una clasificación de las heridas, es indispensable llevarla á la práctica con la brevedad que las circunstancias exigen, si tratamos de relacionar la ciencia jurídica, armonizándola con los principios que regulan la ciencia médica, á fin de que la justicia no sea vulnerable en ninguno de los casos que, por deficiencia en la apreciación por heridas, se presenten al análisis del magistrado que debe sancionar el acto punible.

Los razonamientos anteriores serán robustecidos una vez más con los conceptos que sobre la materia emite Mata en el tomo tercero de su obra de Medicina Legal. «Toda clasificación debe comprender todos los

casos y dar á cada objeto en ella comprendido el lugar que le corresponda. Cuanto más exprese esta clasificación las diferencias naturales de los hechos clasificados, tanto más se acercará á la perfección. Por último cuanto más acomodada á la práctica esté: cuanto más llene el objeto que le hacen necesaria, tanto más aceptada será . . . »

Si, pues, en la clasificación legal de las heridas hemos de atender á la gravedad intrínseca de las mismas, esto es, según la importancia del órgano; se facilita al perito el examen de los detalles que debe necesariamente considerar para el informe que ofrecerá al Juez, ya en cuanto se dirija á determinar la localización de la herida, la extensión y naturaleza propia, según sea el arma con la que se ha causado, el número de heridas ó golpes y otros incidentes que influirán en el criterio del Juez para la imputabilidad y responsabilidad consiguiente, etc. Dijimos más arriba que es un factor importantísimo en la apreciación de la mayor ó menor gravedad de una herida y por lo mismo, de la mayor ó menor responsabilidad del delincuente, el tiempo en que el agraviado ha de quedar con imposibilidad para el trabajo.

Mas, ¿qué extensión legal, qué interpretación racional tendrá y se dará á esta frase repetida por muchas ocasiones en los artículos del Código Penal, pertinentes á la materia en que nos ocupamos?

Para la recta aplicación de los preceptos legales, ¿deberán tomarse conjuntamente los elementos tiempo de duración y tiempo de imposibilidad para el trabajo, ó queda al criterio del Juez apreciarlos separadamente?

Me he permitido formular las interrogaciones anteriores porque si tomados como ejemplo los golpes dados en la mano á un pianista, á un escultor, á un escribano, etc., todos éstos han sufrido ligera tumefacción, curable en veinte y cuatro horas, después de las cuales ha desaparecido la enfermedad, lo que daría lugar á que el autor sea responsable de mera contravención: pero, como aquellos individuos quedan imposibilitados para el trabajo, talvez por seis u ocho días y esta circunstancia debe ser expresada por el perito llamado á informar sobre el accidente, el hecho será considerado como delito y castigado el autor con pena correccional.

No sólo el espíritu sino la letra misma de la ley dan atención preferente á cada uno de los elementos para graduar según ellos la entidad de la infracción. La ley reconoce separadamente las dos circunstancias ya sea que las heridas ó golpes causen una enfermedad para cuya curación se requiera determinado número de días, ó causen imposibilidad para el trabajo, también en determinado tiempo.

Sin atreverme ni aventurarme á la crítica de estas disposiciones legales, debo unicamente dejar constancia de la extrañeza con que las he mirado siempre y del natural temor para un perito de que por su informe leal y ajustado á los dictámenes de su conciencia, se sepulte por tiempo más ó menos largo, privánle de la libertad, en las celdillas de una penitenciaría á un individuo que no causó un mal físico grave.

En efecto, la enfermedad ó lesión produce la paralización ó cura en menos de tres días y por lo que hace á la imposibilidad para el trabajo, la Legislación Penal misma condena á las indemnizaciones y reparaciones civiles causadas por un acto ya se considere como delito ó cuasi delito. (Art. 55 del Código Penal y 127 del Código de Policía).

Aunque nuestra Legislación distingue perfectamente la incapacidad en permanente y accidental, según se trate de que las heridas ó golpes causaron á la víctima una enfermedad incurable, la pérdida de un órgano, la mutilación de un miembro, todos los médicos legistas convienen

en seguir la práctica de Tourdes quien, para determinar la incapacidad producida por heridas ó golpes, atienden á que ésta sea corporal y absoluta y no parcial ó profesional.

Si se aplica distinto criterio al designado por el sabio profesor, no sería difícil que la justicia sufriera las quiebras consiguientes, como en los casos propuestos más arriba, en que la incapacidad fue parcial y profesional.

Previas las razones anteriormente expuestas, someto á la ilustrada consideración de los Sres. Miembros del Congreso Médico Ecuatoriano el siguiente cuadro de clasificación legal de las heridas ó lesiones en el que se atiende á la región ó parte del cuerpo lesionados, según el cual traerá como consecuencia la reforma de la ley penal á este respecto, reforma que la conceptúo de necesidad imperiosa para la recta aplicación de la justicia penal, en conformidad con los principios científicos que regulan estos fenómenos del orden moral armónicamente unidos con los del físico, en cuanto al mal material causado por esta clase de infracciones y en atención á la importancia de la región u órgano afectado, para determinar ella la mayor ó menor gravedad del acto delictuoso.

Levísimas

partes blandas

Leves

1º. Heridas ó lesiones de la cabeza

Graves comprometen el hueso

Muy graves meninges y sistema
nervioso central

Levísimas

partes blandas

Leves

2º. Heridas ó lesiones del tronco

Graves pared osea

Muy graves interesan órganos
cavitarios

Levísimas

partes blandas

Leves

3º. Heridas ó lesiones de los miembros

Graves-huesos y articulaciones

Muy graves pérdida funcional

4°. Heridas ó lesiones que determinan Graves-pérdida anatómica la pérdida anatómica de un miembro que causa pequeño defecto físico ó parte de él

Muy grave -pérdida anatómica completa

5°. Heridas ó lesiones que causan la pérdida funcional ó anatómica Muy graves de un órgano.

6°. Heridas lesiones ó golpes que determinan la pérdida de piezas dentarias Leves -parcial Graves-total

Este cuadro si no es completo, abarca, sin embargo, gran número de lesiones, siendo, por otra parte, susceptible de referir á él otras que en la práctica pudieran presentarse. Por otra parte facilitaría grandemente la información pericial en aquellos casos en los que el Juez se ve precisado á recurrir á empíricos por falta de facultativos.

Si se adopta en nuestra Legislación el cuadro precedente debe, por lo mismo, reformarse los artículos 397 y 398 del Código Penal en los que, en vez de tomar como base para la delincuencia el tiempo de curación y el de incapacidad para el trabajo, debería atenderse á la determinación de graves ó muy graves, expresada en el cuadro en referencia.

Por lo que se refiere á las levisimas y leves, éstas deben caer bajo la sanción del Código de Policía.

He creído también oportuno presentar á la consideración del Honorable Congreso Médico, otra cuestión de suma importancia, relacionada así mismo con la práctica de la jurisprudencia criminal del Ecuador y cuyo vacío y deficiencia he de esforzarme por patentizarla, á fin de que sea acogida benevolamente por los miembros del Congreso y estudiada con el detenimiento y madurez que ella se merece.

Refiérome al levantamiento del cadáver y a la diligencia judicial de su reconocimiento en todos los casos que la ley exige esta formalidad para la instrucción y continuación del juicio correspondiente.

Al estudiar esta cuestión, es del caso recordar que el artículo 72 del Código de Enjuiciamientos en materia Penal congruente con el 78 del mismo, prescribe que el Juez practicará el reconocimiento en compañía de los peritos nombrados y juramentados, los que presentarán su informe dentro de veinte y cuatro horas; debiendo trasladarse el Juzgado al lugar en que se cometió la infracción para practicar este reconocimiento.

Como se ve, ni en las disposiciones recordadas, ni en ninguna otra del Código de Enjuiciamientos, se habla de la diligencia del levantamiento del cadáver practicada ó que debiera practicarse por el Juez y los peritos encargados de verificar la autopsia, diligencia de suyo importantísima para la investigación acusatoria é inteligente de un hecho que traerá enorme responsabilidad para el que fuere sindicado como autor y que ha de establecer la naturaleza propia de su hecho, calificándolo como casual ó intencionado.

La práctica rutinaria y usual en nuestros Juzgados es la de que los peritos procedan al reconocimiento del cadáver y á su autopsia, cuando

se encuentra éste movido en todo sentido y colocado sobre la mesa de disección.

Esta inveterada costumbre debe proibirse, adoptándose la prescripción legal del levantamiento del cadáver por el Juzgado y los peritos, quienes en tal diligencia se hallarían capacitados para analizar los últimos detalles en la investigación pécica de la causa de una muerte violenta, causa que se confirmaría después por la autopsia legal.

En efecto; constituidos Juez y peritos en el lugar del suceso, se apreciaría con exactitud el cúmulo de circunstancias al rededor de las cuales ha podido realizarse; la posición en que fue encontrado el cadáver; huellas de pisadas al contorno; dirección del proyectil; muebles u objetos esparcidos por el suelo, en fla, un sinnúmero de indicios que podrían dar luz sobre si hubo lucha, si la herida que causó la muerte provino de una caída ó si la infirió una tercera persona, etc., etc.; facilitándose al Juez y peritos la reconstitución, por decirlo así, del drama con los elementos recogidos en el mismo lugar en que se realizó.

Lo anteriormente expuesto manifiesta con toda evidencia la necesidad de que en nuestro Código de Procedimiento criminal se dé atención preferente á esta diligencia que proyectaría mucha luz en el descubrimiento de un hecho oscuro que realizado en el misterio, quedaría talvez sin sanción, con el sólo reconocimiento del cadáver en la mesa de disección.

Los archivos de los tribunales extranjeros, especialmente de los europeos, están llenos de casos en que tan solo por esta reconstitución de las escenas han podido descubrirse á los autores de un hecho criminal que en un principio fue considerado como fortuito, como fatal ó desgraciado.

Conservar hasta hoy costumbres rutinarias en los procesos criminales, contentándose unicamente con la autopsia del cadáver sin que preceda el acto legal y obligatorio de su levantamiento, es cerrar los ojos á la aplicación estricta de la justicia y exponer á ésta á que se condene á un inocente ó se deje en la impunidad á los que, por deficiencia en la investigación, debieron ser declarados culpables como autores ó cómplices.

Talvez la ley, en los artículos invocados de nuestro Código de Procedimientos, ha prescrito esta diligencia, dejando al criterio del Juez instructor del sumario y al leal cumplido desempeño de los peritos, el reconocimiento del cadáver tal cual aconsejan la técnica y los principios establecidos por los autores de Medicina Legal; mas por demasiado amplia la disposición del Código, se han creído exentos uno y otros de proceder á la importantísima diligencia del levantamiento del cadáver por no existir disposición expresa.

Interesa, pues, á la estricta aplicación de la justicia penal que se consignen preceptos claros y determinados en el Código de procedimientos, relativos á la práctica de esta formalidad que auxiliará á Jueces y Tribunales en la investigación de las circunstancias que precedieron y rodearon al acto que se pesquisa y que motivó la intervención de la autoridad para sancionarlo cuando resulte evidentemente criminal.

La importancia que reconoce nuestra ley escrita en el acto del reconocimiento de un cadáver está consignada en la comprobación del cuerpo del delito, sin la cual no puede continuar el proceso; esta comprobación sería deficiente si el Juez y peritos desoidan el acto más transcendental de estudiar los últimos detalles en el lugar mismo del suceso, con la observación prudente ó inteligente; como ya se expresó más arriba, de la

situación y posición en que encontraron al cadáver, circunstancia que por sí sola, precindiendo de otras muchas que no han de pasar inadvertidas al ojo avisador de los Jueces de instrucción y peritos, han de contribuir al descubrimiento de la verdadera causa de la existencia del cadáver, es decir, de la causa que probablemente ha determinado el fallecimiento; el criterio del Juez se informará de una manera evidente con el acopio de pruebas que se aduzcan en la tramitación del juicio y es claro que el acta del levantamiento del cadáver influirá grandemente en el ánimo del magistrado para dictaminar sobre si se trata de un acto criminal ó solamente de un hecho casual ó fortuito.

DISCUSION:

DR. PEÑAHERRERA.— Considero muy atinadas ó interesantes las observaciones del DR. POLIT, sobre algunas de las cuales insistió también en mi trabajo. Sería de desear que al próximo Congreso Médico se presentara un proyecto de reformas á las leyes del país, de conformidad con las modernas tendencias de la medicina legal.



ENSAYO MEDICO LEGAL

POR EL

DR. M. MERCHAN

Hace veinte años, más ó ménos, abolióse en el Ecuador la pena de muerte. ¿Ha disminuído por esto la criminalidad? Ha ganado el Ecuador en civilización y progreso? En una palabra, ha sido útil la abolición de la pena capital? Tales son las preguntas que á primera vista ocurren cuando se quiere estudiar, sin pasión alguna, el problema del restablecimiento de la pena de muerte en nuestra patria.

Por desgracia, habiendo la delincuencia aumentado en los últimos veinte años, la abolición de la pena de muerte ha sido gravemente perjudicial al país,

Considerada la cuestión desde el punto de vista médico-legal, habremos de estudiarla, teniendo en cuenta que el criminal puede muy bien ser detenido en su carrera delictuosa por la acción del Estado y por la eficacia de la ley.

En la medicina legal moderna, se estudia el delito como una entidad patológica, en la que intervienen diversos factores, que el médico legista debe conocer para la resolución de ciertos problemas de orden judicial. La criminalología, viene á ser así una rama de la medicina legal, que comprende el estudio del delincuente, los factores que originan, directa ó indirectamente, las acciones punibles que la ley castiga como delitos, la profilaxis de éstos y su correspondiente tratamiento, como si la criminalidad obedeciera á las mismas leyes que las enfermedades naturales.

En este concepto, libre de prejuicios de partido, someto á la consideración del Primer Congreso Médico Ecuatoriano, el estudio del problema del restablecimiento de la pena capital en el Ecuador.

* *

El delito debe ser castigado, por el hecho mismo delictuoso, y por el perjuicio y daño ocasionados á la sociedad de que forma parte el delincuente, siendo en ocasiones necesario la supresión de éste, ni más ni menos que en el caso de una epidemia se hace necesario suprimir el agente patógeno productor de la infección.

Esta supresión ó eliminación corresponde al Estado, quien debe velar por el progreso de la sociedad, arbitrando y estableciendo medios de legítima defensa contra los agentes que tienden á obstaculizar su desarrollo y perfección.

Naturalmente, no todos los crímenes tienen de ser castigados con las mismas penas; el Legislador debe buscar los medios más adecuados para la desaparición de tal ó cual delito, según las necesidades del país, las condiciones sociológicas de los habitantes, sus costumbres, su actual civilización, etc., etc., con el laudable fin de que tales medios sean enteramente beneficiosos á los asociados y de ningún modo perjudiciales.

Para ello, se impone estudiar, sobre todo, la naturaleza del delito y la condición del delincuente. Hay ciertos crímenes que sólo exigen, para que no vuelvan á manifestarse, de ligera sanción, como hay otros para los cuales se hacen indispensables castigos los más graves y aun la imposición de la pena capital. Hay de estos últimos en el Ecuador? La criminalidad, que se ha extendido tanto en nuestra patria, hace necesario el restablecimiento de esta pena? Los hechos observados á diario van á contestar por nosotros.

* *

A tres formas especiales de criminalidad se pueden reducir todos los hechos delictuosos que se observa actualmente en nuestra patria:

- 1°—Delitos puramente personales;
- 2°—Delitos contra la sociedad; y
- 3°—Delitos contra el Estado.

De los primeros, principalmente los suicidios, de vez en cuando se presentan casos aislados, que si son de importancia en cuanto revelan las

tendencias criminosas de un pueblo, no representan, ni con mucho, el estado delictuoso de nuestra patria.

Los segundos, en los cuales se hallan incluidos los robos, los homicidios, los asesinatos, los estupros, las violaciones, los adulterios, los atentados contra las buenas costumbres, las estafas, el alcoholismo, etc., etc., hanse desarrollado tan extraordinariamente en las provincias interandinas y del litoral, que esta clase de delitos ya no son únicamente la manifestación extemporánea ú ocasional de tal ó cual individuo, sino la exposición más alta que se puede registrar, de la delincuencia venida al extremo en el Ecuador.

La tercera forma, ó delitos políticos, van tan á la par con los crímenes contra la sociedad, que de continuar traerían por consecuencia el aniquilamiento de la patria, porque ningún Estado, por pequeño que sea, puede subsistir sin las condiciones naturales de conservación y de moralidad, como lo atestigua la historia de todos los tiempos y de todas las naciones.

En los crímenes contra la sociedad, la responsabilidad del Estado es muy grande, como que aquella se halla entonces enormemente perjudicada con los daños que le ocasionan los homicidios, asesinatos, estupros, adulterios, etc., etc., que evidentemente ponen en peligro aun su propia conservación.

En cuanto á los crímenes políticos, es cierto que crímenes semejantes no desaparecen con la imposición de la pena capital, sino más bien con la igual aplicación de la ley á todos los asociados, con la apertura de nuevos horizontes comerciales, el establecimiento de industrias no conocidas aún, con la supresión del militarismo y facilidad de trabajo, y más que todo, con el absoluto respeto á la Constitución y á la ley por parte de gobernantes y gobernados. Con todo, no se debe olvidar de que no hay ley, por severa que fuese, que no pueda aplicarse en un momento dado á una nación, siendo mejor y de más provecho una legislación, al parecer rigurosa ó draconiana, si ella se adapta al modo de ser propio de tal ó cual nación. Es este un principio de sociología que no hay necesidad de demostrarlo. Lo comprueban las estadísticas de las cárceles y establecimientos de corrección, según las cuales la aplicación de leyes benignas fué perjudicial en aquellos países que obedecían antes á leyes severas, entre ellas á la imposición de la pena capital. Recíprocamente, hechos evidentes prueban también que la sustitución de penas benignas con penas severas, produjo malos resultados en ciertos países, en los cuales la idiosincracia de sus miembros no permitía la imposición de castigos gravísimos, habiéndose observado que aumentaban considerablemente los mismos delitos ó crímenes que se querían extirpar con aquellas leyes. Todo lo cual prueba que la ley debe hacerse para la nación, y no la nación para la ley, como equivocadamente supuso la Convención nacional de 1898.

Por tanto, constituyen grave peligro para los pueblos y para las naciones los cambios repentinos de leyes y las innovaciones prematuras en la constitución del Estado, frutos casi siempre de las ideas filosóficas ó políticas reinantes, pero que no conviene á la idiosincracia particular de tal ó cual pueblo. Por ejemplo, en la Francia del siglo XVIII, la revolución de los filósofos dictó leyes que, si bien en armonía con las ideas que en aquella época reinaban, resultaron contraproducentes, dando lugar á las mantanzas de Septiembre y ocasionando el reinado del Terror.

Y bastaría echar un ojeado á la historia de cualquier pueblo ó na-

ción para convencerse de que las leyes que no están de acuerdo con la índole propia de los asociados originan más graves y mayores males que los que se registraban antes de que existiesen dichas leyes. Es lo que sucedió á nuestra República. Oprimidos los ecuatorianos hacia algunos lustros, por leyes que talvez no se hallaban en armonía con el grado de cultura y civilización de los tiempos modernos, se dieron en la obra de destruir lo antes establecido y sancionado por el tiempo, aboliendo la pena capital, á ejemplo de otros pueblos y naciones más civilizados que el nuestro.

Los veinte años que han pasado desde aquella innovación nos manifiestan que la Convención de 1896 no legisló juiciosamente, desterrando de nuestros Códigos la pena de muerte. En efecto, los crímenes individuales, los crímenes contra la sociedad y el Estado, han alcanzado hoy su máximo de desarrollo, y á tan alto grado, que se impone de un modo absoluto la necesidad de establecer otras penas que las que actualmente establecen nuestros Códigos, más severas y más apropiadas al espíritu de nuestra raza y á nuestra tendencia á la criminalidad.



Los factores étnicos tienen más importancia de lo que se cree en la manifestación del delito. Sucede en los pueblos lo que en los individuos: la herencia influye poderosamente en el desarrollo del carácter físico y moral. Y así como los individuos que nacen de padres enfermos no poseen el vigor, ni la intelectualidad, ni las dotes morales, que es la regla en aquellos que proceden de padres sanos, del mismo modo, en los pueblos cuyos progenitores fueron aventureros ó delincuentes vulgares, no se puede observar en ellos sino manifestaciones delictuosas que recuerdan siempre el origen de donde provienen. Y es ésto, precisamente, lo que se observa y está sucediendo en el Ecuador. Los conquistadores de estas ricas comarcas y los primeros colonos que á ellas vinieron, como se sabe, no fueron de ningún modo dechados de virtud ó sabiduría. Muy al contrario. Los aventureros españoles que sujetaron con engaño y perfidia á los infelices moradores de estas regiones tropicales, obedeciendo á una sed insaciable de oro y no á ideal alguno que cohoneste sus perfidias, nos legaron para siempre, al mezclar-se espúreamente con la raza indígena de nuestro país, la triste herencia de sus vicios y de su corrupción.

Por eso, la historia de América conquistada por Colón, es historia de revoluciones que se han sucedido indefinidamente desde los primeros tiempos de la conquista hasta nuestros días.

Tenemos, pues, los ecuatorianos, como factor de primera importancia en la manifestación de nuestra criminalidad, la herencia; que exige la supresión del delinente tarde ó temprano, tanto más, cuanto que en ciertos casos, en los cuales la eliminación de un individuo semejante no se realiza por la intervención de la ley, es la misma sociedad que se encarga de ello, aconteciendo entonces lo que á diario se observa en un miembro gangrenado: cuando el cirujano no le ha extirpado por completo, es el organismo quien verifica la eliminación. Es esta una ley á la cual obedecen inconscientemente los pueblos. Así es como aquellas revoluciones, esos linchamientos que ponen en balanza la civilización de un pueblo, se verifican de tiempo en tiempo, cuando el ambiente moral se halla saturado de delitos, que para su equilibrio reclama la inmediata supresión ó eli-

minación de la causa de semejante desequilibrio, que conmueve en su base misma á la sociedad, la cual no puede por menos que reaccionar en el sentido de su propia conservación, obrando por sí misma y con independencia absoluta de las leyes que por demasiado benignas ó deficientes no bastan para detener ese desborde de criminalidad.

Y entonces la misma sociedad, inconcientemente, como ya dijimos y en un acto de legítima defensa origina la antedicha supresión ó eliminación.

La pena capital es, pues, un acto natural de selección que tiende á perfeccionar en la humanidad, suprimiendo de raíz lo que puede ocasionar un obstáculo en el camino de su felicidad, hecho que no sólo se observa en la sociedad humana, sino también entre los animales y plantas de la grande serie de vivientes que pueblan el Universo.

No habiendo correspondido la supresión de la pena capital á los antecedentes étnicos de la familia ecuatoriana y habiendo pasado muchos años de dolorosa experiencia, no sería necesario que se estudie el restablecimiento de la pena capital? ¿no sería juicioso reflexionar que esta pena volvería á ser la obligada sanción de ciertos crímenes que ponen en peligro á la sociedad y al Estado? ¿no se conseguiría así la disminución de tantos crímenes que afligen á nuestra desventurada patria?

La más libre y la más sabia de las repúblicas modernas, la Francia, restableció no hace mucho la pena de muerte, obligada por el enorme desarrollo que había tomado la criminalidad, debido, entre otras causas, á que los castigos no fueron suficientes para contrarrestar el sinnúmero de delitos y crímenes, que día á día fueron aumentando de modo terrible.

Como la Francia, ¿no obrará también el Ecuador cuerdamente, reconsiderando, con calma y libre de prejuicios de escuela, lo que en 1896, de modo apasionado y ligero, se tomó como inútil, y como señal de opresión, la imposición de la pena capital?.

* *

A las anteriores reflexiones, relacionadas con la etiología del crimen en el Ecuador, deben seguir las que se relacionan con su tratamiento, esto es, con el sistema penal ó Código de sanción establecida para castigar los hechos delictuosos, que alteran de un modo ú otro el equilibrio que debe reinar en toda sociedad para que ésta vaya rectamente al camino de su perfección.

Siendo la delincuencia una entidad patológica como cualquier otra, que á veces toma un carácter alarmante de epidemia, como por desgracia sucede actualmente en el Ecuador, es muy natural que se piense en los medios para impedir esta propagación y destruir, si es posible, de raíz tan grave mal. Lo que en las enfermedades ordinarias son los remedios, los cuales, cuando son oportunos y convenientes, detienen el curso de la afección, destruye el agente patógeno y acaba por extinguirlas por completo, de idéntico modo, salvo algunas diferencias, la ley detiene la marcha y desarrollo de los crímenes y delitos, los cuales, con una legislación adecuada, conveniente al estado transitorio de perturbación en que se halla la sociedad, á consecuencia del desarrollo ó incremento de la delincuencia, acaban por desaparecer por completo.

Por consiguiente, es de grande importancia, que la ley sea adecuada, no sólo á tal ó cual forma de crimen, sino también á la extensión del mismo, tanto á los casos aislados de criminalidad, como á los hechos delictuosos graves y en gran número, que exigen la inmediata aplicación de le-

yes severas, capaces de modificar situación tan anormal según aquel sabio precepto: «¡Salus populi, suprema lex!».

Cuando en una infección cualquiera, el remedio no ha sido adecuado al estado de gravedad del paciente, aquella sigue su curso ordinario y termina de modo necesariamente fatal. Cuando las leyes no son suficientes para detener la infección criminal que se ha presentado epidémicamente en un país, es porque no corresponden exactamente al fin para el cual se promulgaron ó porque no se hace de ellas la correspondiente aplicación.

Ambas cosas suceden en el Ecuador. La actual Legislación no es suficiente para detener el desborde criminoso que afecta hoy á toda la República, debiéndose, por tanto, arbitrar nuevos medios, ó mejor formular nuevas disposiciones más severas que las actuales, que detengan el curso de la criminalidad y la extingan por completo, obrando de un modo eficaz é irrevocable sobre la causa misma de la infección.

La aplicación de nuestras leyes, especialmente de las que sirven como de castigo y sanción á los crímenes y delitos, no se la lleva á cabo con todo rigor y con toda exactitud que exige el mal que se quiere remediar.

Los criminales, en efecto, no reciben por sus actos delictuosos todo el peso de la ley. Nuestro Código Penal es enormemente deficiente. No poseemos cárceles ni establecimientos penitenciarios en los cuales, la sociedad puede estar segura de que el criminal expie su delito. Los llamados entre nosotros establecimientos de corrección, son miserables asilos, en donde la falta absoluta de higiene física y moral, lejos de provocar en el deliniente una reacción favorable hacia el bien, concluye por volverle refractario á los más triviales principios de moralidad, convirtiéndole en un verdadero criminal de hábito. La ociosidad, la compañía de criminales empedernidos, la benignidad misma de la pena, que al fin ó al cabo se reduce á la privación de la libertad, aún en los crímenes más atroces, facilita esta obra de destrucción moral, saliendo un individuo que ha permanecido en la cárcel ó en alguno de aquellos establecimientos, más criminal de lo que era antes de que hubiese traspasado los dinteles de esos que nosotros llamamos presidios. Así es como vemos continuamente, que los criminales salidos de nuestras cárceles, cometen nuevos crímenes y se convierten en verdaderas causas de contagio, originando la extensión de la delincuencia y provocando la aparición de nuevos delitos en aquellas colectividades que por una ú otra causa, son más fácilmente impresionables, por sus antecedentes hereditarios y por sus condiciones particulares, en el sentido de la criminalidad.

Más, no sólo nuestras leyes son insuficientes para contrarrestar la epidemia del crimen en nuestra República, la aplicación misma de ellas, como dijimos, es lamentable, irrisoria. No creemos ser exagerados al afirmar que en los últimos veinte años no hay un solo criminal que haya cumplido con las penas que le impuso la ley. La evasión de los criminales de los establecimientos de detención, ha llegado á ser tan clamorosa que las leyes no van sirviendo para nada. Causa asombro en verdad, que en un país civilizado como el Ecuador, no se dé importancia alguna á la defensa social, que exige, de modo perentorio, el inmediato y legal castigo de los criminales, por instinto mismo de propia conservación. Y el asombro se cambia en estupor al ver que criminales de hábito, verdaderos delinquentes, á los cuales la ley les ha castigado ordenando su detención en los presidios, al día siguiente de nuestras eternas revoluciones, de nuestros continuos cambios de Gobierno, se les pone incondicionalmente en li-



bertad, se les premia, si así debemos expresarnos, con la más absoluta falta de pudor, por jefes de soldados y caudillos sin conciencia, con empleos públicos y aún con las diputaciones á nuestros Congresos, favoreciendo con la impunidad más grande el desarrollo rápido de la criminalidad, por imitación, ó por la natural manifestación en individuos candidatos al crimen, perturbando la paz y tranquilidad del Ecuador y dando el triste espectáculo á las demás naciones que nos contemplan, de que entre nosotros, con raras excepciones, se premia el crimen y se castiga la virtud.

En vista de cuadro tan lamentable, cuerdo y lógico es reflexionar si la pena de muerte convendría restablecerla en nuestro país, o conveniencia que debería estudiarse más aún teniendo en cuenta que la pena capital es de suyo irrevocable, esto es, que una vez aplicada, destruye para siempre y definitivamente un agente de propagación, lo que practica el cirujano cuando el mal que radica en un miembro amenaza á extenderse á todo el organismo, imponiendo la evisceración de aquél, para salvar la salud.

* *

Para la completa extinción de una epidemia que se ha desarrollado en extremo, no sólo es necesaria la aplicación de remedios adecuados; lo es aún más la profilaxis, ó sean los medios más á propósito para limitar su propagación y procurar que desaparezcan por completo los agentes que la originaron. En virtud de este principio, en los países atacados por alguna infección epidémica, se promulgan leyes tendientes á destruir lo más pronto y lo mejor que se pueda el agente productor de ella. Así vemos que se decreta la creación de lazaretos y se aísla á los enfermos para evitar que contagie á los sanos, poniendo á éstos fuera del peligro de la trasmisión. En estos casos se tiene que proceder con toda severidad, destruyendo ó eliminando todo lo que sirva de medio de propagación ó de lugar á que la epidemia permanezca indefinidamente y se vuelva difícil hacerla desaparecer por completo.

Hay también epidemias del delito. Al principio, sólo se presentan casos aislados, y bien pronto, en virtud de la influencia favorable que sobre la criminalidad ejercen múltiples y variados factores, ésta adquiere un carácter francamente epidémico, observándose entonces el número más alto de crímenes y delitos que es dado observar en una comarca ó nación. Para contrarrestar esta clase de epidemias, que obedecen á leyes precisas, mejor es prevenirlas que tener que remediarlas. Y esto se consigue con la profilaxis del crimen. Siendo tan numerosos los factores que obran como causas determinantes de éste, y siendo tan variados los medios que sirvan para su desarrollo y propagación, cuyo estudio bastaría para llenar algunos volúmenes, el Legislador debe conocerlos á fondo, para aplicar los medios de previsión convenientes, impidiendo así que la criminalidad estalle en aquellos individuos ó clases sociales que más expuestas se hallen á la acción nociva de aquellos factores, que, de no combatirlos, traerían por consecuencia la manifestación repetida de nuevos actos delictuosos, constituyendo así una atmósfera de verdadera criminalidad.

No son únicamente, empero, las leyes tendientes á mejorar física y moralmente á los individuos de una sociedad dada, las que más utilidad prestan en casos semejantes; las leyes penales son más provechosas cuanto más severas y mejor aplicadas, como que evitan se manifiesten nuevos hechos análogos y vengan á convertirse luego en focos y centros de contagio y propagación.

Para la criminalidad, cuando se presenta con caracteres alarmantes del todo nocivos á la sociedad y no se imodifique en un tiempo más ó menos largo, queda, pues, para combatirla, el grave problema de la supresión ó eliminación, para aquellos delinquentes que son verdaderos focos de delincuencia, como que de ellos nacieron las primeras manifestaciones del crimen.

La pena de muerte obra entonces como verdadero medio de profilaxis, y, según ya tuvimos ocasión de exponerlo, como de selección, mediante la cual el organismo social, por intermedio del Estado, destruye ó elimina á ese miembro que le acarrea tan graves daños y comete verdaderos atentados contra la mayoría de los individuos ó colectividades, que se ven así constreñidas á buscar su defensa por instinto y por propia conservación.

Toca al Legislador estudiar cuáles sean estos crímenes y cuáles sean estos delinquentes, porque la Legislación tiene que variar constantemente según las costumbres y según los pueblos y naciones.

En nuestra patria, la criminalidad tiene tan múltiples formas y tan variadas manifestaciones, que puede decirse que ella existe entre nosotros de un modo endémico que adquiere, en ciertos tiempos, todos los caracteres de una epidemia tenaz. Los medios que para combatirla señalan nuestras leyes actuales, son del todo deficientes, sobre todo para prevenir nuevos delitos ó crímenes, y que no hay necesidad de demostrarlo, porque está en la conciencia de todos. El problema de la pena de muerte vuelve á ser así de grande interés, cuya resolución implica necesariamente el restablecimiento de la paz y del orden, alterados, hace mucho tiempo, por la incesante repetición de crímenes y delitos contra la sociedad y el Estado, dando lugar á que se observen diariamente, robos, homicidios, asesinatos, revoluciones, el bandolerismo en los campos etc, etc., que son manifestaciones espontáneas, de forma determinada, de la tendencia que, á la ejecución de actos delictuosos, se halla en nuestro temperamento hispano-americano. Y este problema se impone como medida profiláctica para evitar el desarrollo del crimen en nuestra patria. Tanto más, cuanto que en tiempos anteriores á la abolición de la pena capital, la delincuencia no había llegado al extremo que en nuestros días, confirmando aquel sabio proverbio «natura morborum ostendunt curationem», lo que equivale á decir, que la eliminación del delincuente, es en muchas ocasiones entre nosotros, de absoluta necesidad.

* * *

Para terminar las reflexiones que anteceden, brotadas en consideración al bien de la patria, sin pasión alguna política, creemos de nuestro deber resumirlas brevemente.

La abolición de la pena de muerte en nuestra República, por la Convención de 1836, desde luego resultante de las equivocadas interpretaciones que se hicieron entonces de la situación interna del Ecuador, no fué el fruto de una sabia reflexión sobre si ella se adaptaría ó no á la idiosincrasia particular de nuestro pueblo, resultan lo un fracaso lo que se creía un éxito, y abandonando á todos los ecuatorianos á su particular defensa, como lo prueba claramente las continuas represalias entre particulares, que no defienden con la ley sus derechos, sino que usan de la fuerza para asegurarlo; lo mismo que los crímenes y asesinatos políticos,

que unas veces el Gobierno y otras el mismo pueblo han cometido, impulsados por el ambiente social saturado de criminalidad.

Nuestros establecimientos de corrección no son suficientes para impedir la propagación del crimen sobre todo en aquellas clases de la sociedad que, por hallarse bajo la influencia de ciertos factores, están más expuestas á que se manifieste de modo endémico, constituyendo focos permanentes de criminalidad que va multiplicándose, para tomar luego un carácter epidémico y de infección general. Hay, en efecto, cierta clase de delitos, y hay en nuestra patria, como en todas las naciones del mundo, seres tan degenerados y tan nocivos á la sociedad en que viven, que es necesario, absolutamente necesario, suprimirlos ó eliminarlos, por motivos de natural conservación. Por esto, en todos los países del universo, la imposición de la pena capital existe actualmente, á excepción de uno que otro, en los cuales la eliminación definitiva del delincuente, como sucede por ejemplo, en Italia, se halla substituída por la eliminación temporal, la cual tiene el mismo efecto que aquella, esto es, de poner á la sociedad al abrigo de los males que pudiera recibir, si bien es verdad que este procedimiento, criticado ya por muchos orministas y sociólogos, es contrario á los principios de economía, además de que carecen de la eficacia ejemplarizadora de la pena capital.

Siendo la impunidad uno de los factores más influyentes en la delincuencia, especialmente en pueblos que llevan consigo taras ancestrales, como acontece por desgracia con nuestra patria, para que ella no tenga luz con demasiada frecuencia, que resulta de la benignidad del castigo y de la posibilidad de que el delincuente no llegue á cumplirlo, por uno ú otro motivo, por ejemplo, por los cambios frecuentes de Gobierno, las pasiones políticas, las continuas revoluciones, la inestabilidad de las leyes, es de suma importancia que la corrección, es decir, el castigo impuesto al crimen, siempre en relación con la naturaleza y gravedad de éste, sea absolutamente irrevocable, tal como es de suyo la pena de muerte, que, una vez aplicada, hace imposible la impunidad, quedando de este modo el organismo social, además de vengado por la ofensa irrogada á sus derechos, en condiciones de ser nuevamente el blanco de nuevos delitos, puesto que el agente perturbador de su tranquilidad desapareció completamente con tal imposición.

La extensión de una epidemia de criminalidad exige severas y eficaces medidas profilácticas. La historia demuestra que, en aquellos países en donde la impunidad seguía al delito y en los cuales por este motivo, al que se añadía la benignidad de las leyes, los delincuentes se multiplicaron en exceso, tomando la delincuencia algo como una carta de naturaleza, fué únicamente la pena de muerte, lo atestigua la historia, la que alcanzó á poner un dique á la epidemia de criminalidad reinante, lo que prueba con elocuencia de los hechos que para las epidemias del crimen, la mejor, la más segura y la más eficaz medida de profilaxis, es la imposición de la pena de muerte.

..

Por todo lo expuesto creemos que el primer Congreso Médico Ecuatoriano cumple con un deber de higiene pública y con un precepto de Medicina Legal, relacionados íntimamente con el bienestar de nuestra Patria, si, en vista del grado culminante al que ha llegado la criminalidad entre nosotros, solicitar á quien corresponda que se estu-

die, si es llegado el caso de que para tales ó cuales crímenes gravísimos, se imponga la pena capital, como única medida salvadora de tan clamorosa situación y como el mejor medio de terapéutica, de profilaxis y de sanción para la actual epidemia de criminalidad que reina en el Ecuador.

No quisiéramos que se nos crea, por esto, que dudamos del adelanto de los pueblos y de su progreso y civilización. Todo lo contrario. Quisiéramos que las leyes se modifiquen de tiempo en tiempo, en armonía con el grado de cultura que van adquiriendo los pueblos, rechazando tan sólo, no en principio, en virtud de la necesidad de que tienen las sociedades de conservarse y progresar, en las ciencias, en las artes, en las industrias, la imposición de aquellas, que si responden á las ideas políticas reinantes, no responden de ninguna manera á la necesidad real de los individuos y sociedades para quienes son dictadas, según lo acredita la observación más superficial y el estudio desapasionado de los hechos, los únicos que en este caso sirven para formar un criterio seguro de verdad.

En este concepto, el infrascrito se permite someter al recto criterio de sus H. H. Colegas la siguiente conclusión:

•En vista del estado epidémico de criminalidad en la República, el primer Congreso Médico Ecuatoriano, solicita de la próxima Legislatura de 1916, se estudie el problema del restablecimiento de la pena de muerte en el Ecuador.



SEGUNDA SECCION

CIRUGIA NACIONAL Y SUS CLINICAS

GRUPOS 1o., 2o., y 3o.

COMISION DIRECTIVA DE LA SECCION

Presidente.—DR. FRANCISCO J. MARTINEZ AGUIRRE, Profesor jubilado de Clínica Externa de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guayaquil.

Secretario.—DR. JUAN FEDERICO HEINERT, Profesor de Catología Externa y Médico del Hospital General.

Vocales:— DR. MARIO V. DE LA TORRE, Profesor de la Universidad Central.

DR. JUAN A. CORTES GARCIA, Profesor sustituto de Clínica Externa y Director de la «Casa de Salud».
DR. TEOFILO N. FUENTES ROBLES, Profesor de Clínica Externa y Cirujano del Hospital General.

DR. JOSE JULIAN SANCHEZ, Profesor sustituto de Medicina Operatoria y Cirujano auxiliar del Hospital General.

Sesión del día lunes 11 de Octubre

SUMARIO.—DR. MARIO V. DE LA TORRE, (Quito): Consideraciones clínicas sobre sesenta y dos laparotomias practicadas por tumores abdominales.—DR. JOSE JULIAN SANCHEZ, (Guayaquil): Herida por arma de fuego en la cavidad abdominal con perforaciones del intestino delgado.—DR. MIGUEL H. ALCIVAR, (Guayaquil): Tratamiento quirúrgico de las hemorroides por el procedimiento de «Whitehead».

Por ausencia del doctor Francisco J. Martínez Aguirre, declaró instalada la sesión el doctor Teófilo N. Fuentes R.

Consideraciones clínicas sobre 62 laparotomías practicadas por tumores abdominales

POR EL

DR. MARIO V. DE LA TORRE

En este trabajo que tenemos el honor de presentar al primer Congreso Médico Ecuatoriano, expondremos el resultado de nuestra observación personal, y las deducciones clínicas que derivan de ésta.

Haremos notar, desde luego, que la época de Cirugía Aséptica en Quito, se inició con la primera laparotomía practicada por nosotros, con éxito, en el Hospital Civil el año 1906, tratándose de un embarazo extrauterino.

Las primeras laparotomías fueron hechas en el Hospital, durante nuestra corta permanencia en el profesorado de Ginecología. Las demás han sido practicadas en nuestra Clínica particular, que la dirigimos desde el año de 1908.



Los 62 tumores se clasifican de la manera siguiente.

48 fibromas uterinos, habiendo sido algunos cavitarios, intersticiales, subperitoneales y mixtos. El peso y volumen han variado, desde los pequeños de 4 libras, hasta los más voluminosos que han pesado 14, 16 y 18 libras, este último fué un fibroma completamente subperitoneal con un pedículo grueso de 3 cms. y 15 cms. de longitud. El pedículo se insertaba en el útero cerca del istmo.

Dos fibromas típicos, autóctonos del ligamento ancho, independientes del útero.

Un cáncer incipiente del cuello. En esta enferma hemos practicado la operación de Wertheim, con resultado magnífico. Son ya 16 meses de la operación, y la enferma no presenta trazas de recidiva.

Los once tumores restantes, han sido quistes del ovario, tres dermoideos, de los cuales uno á pedículo torsido, diagnosticado antes de la

intervención, un quiste supurado, tumor con adherencias intestinales, siendo la operación muy laboriosa. Felizmente el éxito coronó nuestros esfuerzos. Cuatro grandes quistes del ovario, uniloculares. El contenido de estos quistes, ha sido mucóideo de color algo negruzco, y la cantidad ha oscilado entre 7 y 12 litros.

Hemos perdido en las 62 laparatomías 6 enfermas, notándose que han sido éstas operadas de fibromas uterinos; lo que nos dá una mortalidad global de 9 1/5 o/o.

Las causas han sido varias.—Dos peritonitis post-operatorias (Laparatomías de Hospital); en las que, averiguando la causa, descubrimos faltas en la esterilización. Una embolia sobrevenida el décimo día, en una enferma portadora al mismo tiempo de una lesión mitral compensada; el accidente se produjo, sin duda alguna, á consecuencia de un movimiento demasiado brusco. Este día habíamos quitado los puntos de sutura, encontrándose completamente bien la enferma; una de shock operatorio; esta enferma tuvo una fibroma de la cara posterior uterina, encontrándose enclavado en la pequeña pelvis y en el Douglas. Una por asfixia; los vómitos pasaron á la tráquea; en esta enferma habíamos terminado la operación y nos preparábamos á trasladarla á su cama, cuando el accidente sobrevino y se produjo el desenlace fatal, á pesar de haber empleado todos los medios científicos para combatirlo; y por último, otra de intoxicación post-clorofórmica.—Esta enferma tuvo localizaciones renales evidentes como anemia y uremia de forma cerebral; murió al octavo día de la intervención.

Como anestésico hemos empleado el Cloroformo, marca francesa Adrian, administrado con el excelente aparato de Ricard.—Los accidentes notables post-clorofórmicos que hemos observado han sido 3 ictericias ligeras;—una oclusión duodenal post-operatoria y una insuficiencia suprarrenal.—Estas dos observaciones muy interesantes, las detallaremos más adelante.

En el tratamiento ante y post-operatorio hemos seguido casi siempre, exceptuando los casos particulares, una misma norma de conducta.

Hemos sometido á nuestras enfermas, á un reposo físico y moral, á un régimen dietético, alimentación fácil y ligera, evitando de este modo las fermentaciones intestinales y los residuos voluminosos; hemos administrado tres días antes un purgante (sulfato de sodio, limonada citro-magnésiana, calomel, y la víspera de la operación un enema de infusión ligera de sen con glicerina.

En la asepsia bucal hemos tenido especial cuidado; ordenamos lavados continuos con una solución de agua esterilizada, y agua oxigenada, y creemos que esto ha influido poderosamente, para no haber tenido ni una sola neumonía post-operatoria, ni una parotiditis.

La víspera de la operación, por la noche, aplicamos un apósito aséptico abdominal que es retirado al día siguiente, momentos antes de la intervención. La piel desinfectamos á la tintura de yodo.

Una vez terminada la operación, la enferma, bien cubierta, es trasladada á su lecho, el que se encuentra calentado con bolsas de caucho de agua caliente. Cuando la hemorragia ha sido abundante y la operación laboriosa, inyectamos suero, vía subcutánea ó intravenosa; usamos generalmente las inyecciones de aceite alcanforado y las de estriquina,

Para combatir el shock ponemos un enema de una solución salina con una cucharada de sopa de Whiskey; la reacción se manifiesta poco

tiempo después por una transpiración abundante y por una sensación de calor agradable.

Respecto á la administración de la morfina, heroína ó cualquier otro derivado del opio, para combatir los dolores post-operatorios, hemos sido muy parcos; es indudable que hubo un tiempo en que fué administrada con demasiada prodigalidad; los inconvenientes de su empleo son manifiestos; aumenta la paresia del intestino, los vómitos, la sed y el timpanismo es más exagerado; hemos observado que sin su administración, hay disminución del timpanismo y de la sed; los gases son más fácilmente expulsados; cuando en realidad las enfermas han estado excesivamente doloridas, hemos empleado en la noche del primer día una inyección de medio centígramo de heroína.

Los vómitos post-clorofórmicos; cuando no han sido sintomáticos de complicaciones, los hemos combatido con cucharaditas de té ligero, caliente ó helado, administrado cada media hora. El hielo en trocitos pequeños se nos ha mostrado inferior como calmante en estos casos.

La expulsión de gases por el recto se ha efectuado regularmente de una manera espontánea, á la tarde del segundo día, ó al tercero por la mañana. Facilitamos esta emisión en muchas ocasiones, con pequeños enemas de una infusión ligera de hojas de sen con glicerina; en otras, usamos de la sonda rectal. El cuarto día por la mañana, administramos un purgante (Limonada citro-magnesiana, aceite de ricino, &).

Al principiar el cuarto día comenzamos la alimentación con caldos ligeros, leche, sopas, y poco á poco vamos aumentándola hasta llegar á la ordinaria.

Nuestras operadas han abandonado el lecho desde el duodécimo hasta el décimoctavo día, bien entendido esto, cuando la convalecencia ha sido normal. Las discusiones entre cirujanos á este respecto, continúan todavía; algunos aconsejan el abandono precoz al cuarto ó sexto día por ejemplo, aduciendo, el que las funciones intestinales, respiración y circulación se normalizan pronto; otros, por el contrario, esperan el décimoctavo día; el temor de las embolias justifica este procedimiento.

Esta gravísima complicación contra la cual casi nos encontramos desarmados aún, se presenta todavía con relativa frecuencia (4 á 5 por mil).

Nosotros hemos tenido que lamentar la pérdida de una enferma por esta complicación; se trataba de una histerectomizada por fibroma uterino, enferma que adolecía además de una lesión mitral compensada.

Los diez primeros días pasan sin alerta de ninguna clase, el décimo se quitaron los puntos de sutura, y se acuerda trasladar á la enferma en su misma camilla á otra habitación. Algunos minutos después de esta movilización, talvez un poco brusca, la enferma se quejaba de opresión, disnea intensa, respiración anhelante; tenía pulso rápido, sensación de asfixia. Murió á los cinco minutos, sin darnos tiempo para nada. Aquí es evidente que la embolia, fué seguramente la consecuencia directa de la movilización precoz.

En la preparación del material de apósitos, de instrumentos, preparación del cirujano y ayudantes, procedemos invariablemente de la siguiente manera: material de apósitos, campos operatorios, tubos de drenaje; se esterilizan al autoclave á tres atmósferas, guantes de caucho (modelo Chaput), al autoclave á 120 grados; para los instrumentos usamos el Poupinel, elevando la temperatura entre 160 y 170 grados durante tres



cuartos de hora; para retirarlos del aparato en el momento de la operación, sirviendo la misma caja de plátanos.

Para aseptisar las manos, usamos un lavado cuidadoso con agua esterilizada y cepillos esterilizados, luego son pasadas al alcohol y después á una solución de sublimado; nos ponemos los guantes al principiar la operación.

En los fibromas uterinos hemos practicado siempre la histerectomía sub-total sin cauterización del muñón uterino, contentándonos con cerrar el orificio con tres puntos de sutura al catgut N.º 2. Hemos empleado diferentes métodos operatorios, tratando siempre de acomodarnos á las circunstancias especiales en cada uno de los casos; pues, el excesivo volumen, y el desplazamiento de los órganos por las adherencias, nos ha obligado á recurrir muchas ocasiones, al empleo de técnica especial; en los casos típicos nos hemos decidido por el procedimiento americano de Kelly y por el método de Faure, la decolación posterior.

En la peritonización hemos empleado cuidado especial, usando catgut N.º 0 y una aguja de Reverdin á pedal. Como material de ligadura usamos catgut esterilizado de diferentes marcas, y como material de sutura, crines de Florencia y agraffes Michel. Regularmente hacemos la sutura en tres planos.

En los dos fibromas del ligamento ancho que hemos operado con éxito, la técnica ha variado; la operación ha sido delicada y laboriosa, el uréter lo hemos encontrado en contacto íntimo con el neoplasma en el un caso, y en el otro, adherido, existiendo además un desplazamiento completo y adherencia de la vejiga al tumor.

En ambos casos, los tumores han sido voluminosos y sesiles, el uno pesó 14 libras y el otro 16.

Me permitiré en vista de su sintomatología especial, relatar estas dos observaciones, resumidas:

Fibroma del ligamento ancho izquierdo, tumor sesil, independiente del útero. Tipo abdómino-pelviano.—Peso 14 libras—Laparotomía. Curación. Esta observación ha sido presentada á la sociedad de Cirujía de París, por mi respetado profesor Legueu,

N. N. de Loja, 43 años, ha gozado de buena salud. Reglada á los 14 años y siempre con regularidad. Hace 9 años, por la primera vez, siente un dolor profundo y lento á la fosa iliaca izquierda, con irradiaciones al muslo del mismo lado; este dolor desde entonces hasta ahora, ha sido constante condenando á la enferma en varias ocasiones á permanecer en cama; hace tres años notó por la primera ocasión la presencia del tumor; desde hace ocho meses el crecimiento del mismo ha sido rápido. El excesivo volumen del tumor, y el dolor que seguía el trayecto del ciático, impedían de tal modo la marcha, que la enferma prefería permanecer en el lecho. Las micciones desde el principio han sido frecuentes, difíciles. Estreñimiento pertinaz. No ha tenido metrorragias.

Al examinar encontramos un vientre deformado, sobre todo en el lado izquierdo; á la palpación se siente un tumor duro, inmóvil. Sus límites hacia arriba son: seis centímetros encima del ombligo, en el lado izquierdo ocupa toda la fosa iliaca, el flanco y parte del hipocondrio; hacia la línea mediana, pasa de seis centímetros siguiendo una línea irregular. Al tacto encontramos un útero pequeño, desviado hacia el lado derecho, y



el fondo á dos centímetros encima de la sínfisis: hay independencia entre el neoplasma y el útero. El Douglas se encuentra ocupado por una masa dura que evidentemente forma parte integral del tumor. No hay ascitis. Respecto del diagnóstico dudábamos entre un tumor sólido del ovario, ó un fibroma del ligamento ancho izquierdo; más, nos inclinamos hacia este último, por la inmovilidad del tumor, y por los síntomas vesicales. En efecto, la operación practicada el 6 de marzo de 1907 comprobó el diagnóstico de fibroma autóctono del ligamento ancho.

Practicamos una laparotomía ordinaria; durante la decorticación del tumor, reconocimos el uréter en contacto íntimo con aquel, habiendo sido necesario una disección minuciosa y prolija para no herirlo. La enucleación del tumor fué muy difícil sobre todo á consecuencia de la prolongación al fondo de saco de Douglas. La enorme cavidad que había servido de lecho al tumor, naturalmente estaba formada por las dos hojas del ligamento ancho; como había una hemorragia en «nappe» muy abundante, tuvimos que proceder á un «capitonaje» minucioso de la cavidad. Drenaje Mikulicz. Duración de la operación 90 minutos. La enferma cura perfectamente bien, sin ninguna alerta. Como vemos, la forma del tumor es bastante irregular, gruesas venas serpentean en su superficie en todas direcciones. El tumor se compone de tres partes, la una enclavada en el Douglas, redondeada, separada de la otra que se había amoldado á la fosa ilíaca; y por último, la parte abdominal.

La otra observación se asemeja en muchos puntos á la precedente. Enferma de 58 años. Casada, reglada á los 13 años. Es operada en la Clínica el 15 de marzo de 1915. Hace 15 años las reglas durante algunos meses fueron abundantes; consulta á un médico, el cual nota por la primera vez la presencia de un tumor en la fosa ilíaca izquierda, avanzando un poco al abdomen; diagnostica un tumor del ovario y aconseja á la enferma no operarse. Algunos meses después los fenómenos vesicales hacen sufrir mucho á la enferma, las micciones son frecuentes, difíciles, algo dolorosas y últimamente con el crecimiento del tumor se presentan crisis de retención, necesitando el empleo de la sonda, la cual en algunas ocasiones no penetra hasta la vejiga. Estas retenciones frecuentes, el crecimiento del tumor y los dolores constantes al muslo, le deciden á la operación. Al examinar encontramos un enorme tumor que llena por completo la cavidad abdominal, teniendo un límite superior de cuatro dedos encima del ombligo. El tumor es inmóvil, de consistencia renitente en algunas zonas y duro en otras. Al tacto se siente un útero pequeño, rechazado hacia atrás de la sínfisis. El Douglas está ocupado por una prolongación del tumor. No hay ascitis. Estado general satisfactorio. Orina normal. Estreñimiento pertinaz. Hacemos orinar á la enferma, lo cual se efectúa con mucha dificultad.

Pensamos, sin asegurarlo desde luego, en un fibroma del ligamento ancho, izquierdo, complicado seguramente con adherencias vesicales. Este diagnóstico lo hemos basado, en primer lugar, por tratarse de un tumor que en su principio fué lateral; 2º. en los fenómenos vesicales; 3º. por la inmovilidad del tumor; 4º. por los dolores que seguían el trayecto del ciego; 5º. por la prolongación del tumor al Douglas y por la independencia del neoplasma con el útero. La operación confirmó el diagnóstico; practicamos una laparotomía, ésta fué excesivamente laboriosa por las ad-



herencias vesicales y por la del uréter izquierdo. La vejiga había sufrido un desplazamiento considerable; en el momento de la decorticación la hemos encontrada completamente hacia atrás y abajo, y con una adherencia tan íntima, que la abertura fué imprescindible. Cerramos con unas pinzas de Kocher por lo pronto, y después de terminada la enucleación del tumor, practicamos la sutura en tres planos, terminando con una peritonización perfecta. El uréter lo encontramos adherido en la parte mediana del tumor, siendo la sección inevitable.

Hemos terminado nuestra operación haciendo una ureterostomía á la pared abdominal: las razones que tuvimos para proceder así son fáciles de comprender: no podíamos aventurar una nefrectomía, sin conocer el estado del riñón del otro lado. La implantación del cabo central en la vejiga era imposible; pues, la sección se encontraba muy arriba, y la anastomosis con el intestino es una operación muy laboriosa, y no podíamos aumentar el shock operatorio; pues la operación había durado ya dos horas. Hemos colocado una sonda vesical á permanencia, durante ocho días, y también otra ureteral, permanente, durante seis días. La enferma ha curado perfectamente bien: son ya ocho meses de la operación. La vejiga funciona normalmente: en cuanto á su fistula ureteral, practicaremos más tarde una nefrectomía. El estado de la enferma es magnífico. Examinando el tumor hemos encontrado un fibroma con una cavidad central quística algo considerable.

La pitogenia algo oscura que reinaba hasta hace poco respecto de estos tumores, se encuentra ahora completamente dilucidada, gracias á los trabajos de Sanger y los de Stroheker publicados en sus excelentes tesis. Las pruebas anatómicas, embriológicas y clínicas confirman el origen autóctono de estos tumores.

Las complicaciones post-operatorias que hemos observado (prescindiendo de los seis casos fatales), han sido: 1°. Un principio de peritonitis, en una enferma hysterectomizada por fibroma: inmediatamente que comprobamos un pulso á 120, vómitos, balonamiento de vientre, hemos quitado un punto de sutura é instituímos el tratamiento clásico: lavado del peritóneo con éter, inyección rectal de suero gota á gota, posición de Fowler, é inyecciones de aceite alcanforado.—Curación.

Una flebitis de la pierna izquierda en una ovariectomizada por un enorme quist. Tratamiento clásico. Curación.

Una insuficiencia supra-renal post-clorofórmica: esta observación es de un alto interés clínico y científico á la vez; nos enseña á dirigir nuestra atención hacia esta complicación, que gracias á los estudios modernos sobre el síndrome de la insuficiencia de la sus-renal por intoxicación clorofórmica, la conocemos perfectamente bien. La sintomatología se reduce á trastornos cardio-vasculares con presión arterial disminuida, aceleración del pulso, contracciones cardíacas débiles, trastornos neuro-musculares que se manifiestan por una fatiga extrema, sensación de cansancio, astenia y adinamia profundas: además hay hipotermia y por último, muerte en colapso.

He aquí nuestra observación resumida.

Enferma de cuarenta años. Ha sufrido desde hace algún tiempo

de una enteritis muco-membranosa; es operada en la Clínica, el 23 de enero de 1915, de un fibroma uterino ligeramente enclavado en Douglas, habiéndose practicado una sub-total. Operación regular, durante 35 minutos. Los dos primeros días todo marcha muy bien. Orinas normales; expulsión espontánea de gases por el recto; no existe balonamiento de vientre; temperatura normal; pulso 90. Súbitamente á la mañana del tercer día, sensación brusca de cansancio y fatiga; la enferma dice que siente morirse de debilidad (sic); la examinamos y encontramos un pulso á 130 liliforme, ritmo cardíaco normal, contracciones débiles, náuseas, temperatura 36°2, una adinamia profunda. Levantado el apósito no encontramos nada, no hay hemorragia interna ni balonamiento de vientre; pasan diez minutos en una perplejidad, sin saber á que atribuir esta sintomatología; felizmente nos acordamos de los estudios del Profesor Delbet, sobre la insuficiencia sus-renal post-clorofórmica é inmediatamente administramos XX gotas de la solución de adrenalina al milésimo en una cucharadita de coñac: el efecto se hace sentir al cabo de un cuarto de hora poco más ó menos, el pulso baja á 120, siendo más amplio, las contracciones cardíacas un poco más fuertes, la adinamia no es tan profunda, las náuseas se alejan un poco; al mismo tiempo practicamos una inyección de estrienina y otra de aceite alcanforado. En la noche del mismo día el pulso late todavía á 120, y la enferma se queja aún de debilidad y fatiga; volvemos á administrar X gotas de la solución de adrenalina; el estado de la enferma mejora notablemente. Viendo un efecto tan notable continuamos durante un día mas la administración del medicamento (X gotas en las 24 horas). Al quinto día la convalecencia es franca y la enferma completamente curada sale de la Clínica el vigésimo día.

Las conclusiones clínicas que de esta observación se desprenden son importantes. Los trabajos del profesor Delbet, Herrenschmidt y Beauvy han demostrado la relativa frecuencia de la insuficiencia sus-renal post-clorofórmica, muchas muertes rápidas post-operatorias deben imputarse á las lesiones de las glándulas supra-renales. Es muy conocido, por ejemplo, el caso de Doleris y Malartie: una enferma operada de una salpingitis muere el tercer día en pleno colapso; á la autopsia, no se encuentra nada que pueda imputarse á la operación; pero sí se hallan encefaladas las glándulas supra-renales; es por esto que el profesor Delbet practica siempre una inyección de adrenalina la mañana de la operación. ¿Talvez esta práctica debía generalizarse? Creemos que el empleo sistemático de la adrenalina mejorará mucho nuestras estadísticas.

No terminaremos este trabajo sin daros cuenta de otra complicación contra la cual felizmente nos encontramos armados de una terapéutica eficaz, basada en lo bien conocida que es ahora su patogenia: me refiero, señores, á la oclusión duodenal post-operatoria.

Los estudios de Legueu y Lenormant en Francia, de Kendrat y Schnitzler en Alemania han dilucidado completamente la cuestión, al extremo que ahora los cirujanos conocen perfectamente la sintomatología, diagnóstico y tratamiento de esta afección; el nombre de Schnitzler es conocido por todos, como el que ha estudiado perfectamente la patogenia y ha sabido darnos un tratamiento clásico y una terapéutica racional.

Veámos nuestra observación resumida. Enferma de 24 años, ha sufrido antes de dilatación estomacal. Es operada en la Clínica de una histerectomía supra-vaginal por fibroma uterino voluminoso y de forma muy irregular, que habia desdoblado el ligamento ancho izquierdo. Operación regular. Peritonización perfecta. Duración 40 minutos. Drenaje.

Las primeras 48 horas normales, la enferma arroja por la boca algunos gases y orina abundante.—Temperatura 37°5.—Pulso 90.—Al principiar el tercer día, se quita el tubo de drenaje observándose un poco de balonamiento del vientre.—La enferma no arroja gases por el recto.—Algunas horas después el balonamiento ha aumentado, se presentan vómitos negruzcos y fuertemente ácidos; tampoco hay emisión de gases por el recto, enferma pálida, respiración ansiosa, el pulso bate á 120 y no siendo un pulso de infección peritoneal.—Temperatura 37°5; inyección de aceite alcanforado y otra de estriquina, se coloca la sonda rectal.—Ordenamos un enema de infusión de sen y glicerina que no dió resultado.—Dos horas después el estado de la enferma ha empeorado notablemente, el balonamiento es enorme, respiración anhelante, pulso late á 130, temperatura normal, los vómitos continúan.—Diagnosticamos una oclusión duodenal y se establece inmediatamente el tratamiento: lavado del estómago con un litro de agua alcalina esterilizada, y colocamos á la enferma en posición de Schnitzler, (decúbito ventral), inmediatamente después los gases son arrojados en gran cantidad.—Inyección de aceite alcanforado y otra de estriquina.—La enferma guarda esta posición durante media hora.—El estado mejora notablemente, la respiración es más fácil, pulso bate á 110 y el balonamiento ha disminuido. Se coloca á la enferma en decúbito dorsal, una hora más tarde los vómitos vuelven á presentarse y el balonamiento aumenta. Nuevo lavado del estómago con la solución alcalina esterilizada, y se coloca nuevamente en la posición de Schnitzler; el resultado es inmediato, la enferma arroja gran cantidad de gases, el pulso desciende á 90, y por último, siete horas después del principio de la oclusión, la enferma está salvada, y se duerme tranquilamente. Al otro día se administra un enema de infusión de sen con glicerina, el que da por resultado una cámara abundante y emisión de gases. La enferma se levanta el duodécimo día y sale de la Clínica completamente curada, el vigésimo.

Diferentes explicaciones de la patogenia de este sintoma han sido dadas por los cirujanos, el fondo de la cuestión está en saber si la compresión duodenal por los vasos mesentéricos que es indiscutible, es anterior ó posterior á la dilatación aguda post-operatoria del estómago. Nosotros aceptamos como explicación más satisfactoria, que es posterior á la dilatación estomacal, y diremos que la oclusión duodenal no parece sino una de las graves complicaciones de la dilatación aguda del estómago, siendo los más probables candidatos para esta complicación los que han sufrido antes de dilatación estomacal.

DISCUSION:

DR. DAVID DIAZ CUEVA (Cuenca).—Creo que una de las causas de la dilatación del estómago post-clorofórmica está en relación con la administración de hielo poco tiempo después de la anestésia.

DR. ALCIVAR.—Felicitó al Dr. de la TORRE por su tra-

bajo y pregunta porqué en el caso de la fijación del uréter a la piel, no operó la fistula tan pronto como salió de la laparotomía.

DR. ENRIQUE GALLEGOS ANDA (Quito).—No cree demostrada la insuficiencia de la supra-renales; y en cuanto al éxito determinado por la adrenalina administrada por la vía bucal que se invoca como comprobación, hace presente, que se han administrado tónicos cardiacos, estrocinina, aceite alcanforado, que han motivado la desaparición de esos fenómenos.

DR. JOSE J. SANCHEZ (Guayaquil): Pregunta qué contraindicación se presenta para la cauterización del muñón en las histerectomías.

DR. FUENTES R.—Dice haber tenido dos casos de dilatación gástrica y oclusión intestinal post-operatoria. Le parece que en uno de ellos la causa radicó en la posición de Trendelenburg prolongada á que fué sometida la enferma. La trató por la posición ventral y le dió buen resultado.

Está conforme con la opinión del Dr. Alcívar en su pregunta, y con los Dres. Gallegos Anda y Sánchez en lo referente á la insuficiencia suprarenal y á la cauterización del muñón.

Cree necesaria mayor dieta con los laparotomizados, dada las condiciones de nuestro clima donde son frecuentes las insuficiencias hepáticas.

DR. JUAN FEDERICO HEINERT (Guayaquil).—Ha tratado un caso de dilatación gástrica y paresia intestinal post-operatoria con el Peristaltic-hormón de Smith y ha obtenido magníficos resultados: dos horas después de administrados por vía hipodérmica 10 c. c., la enferma expulsaba gases y se calmaba de todo accidente.

DR. JUAN B. ARZUBE CORDERO (Guayaquil).—Da gran importancia á la larga exposición de las vísceras como causa de la paresia intestinal.

Siempre administra á sus operados pequeños terrones de hielo y no ha obtenido malos resultados. Hace notar que los fenómenos que en ocasiones se observan, hasta los prevée, pues los considera como accidentes de aereofagia frecuentes en algunas histéricas,

DR. DE LA TORRE.—Contesta en los siguientes términos: Al Dr. Díaz Cueva, que él no administra hielo á sus operadas; al Dr. Gallegos Anda que no afirma en lo absoluto la insuficiencia suprarenal, pero insiste en creer que esa fué la causa; al Dr. Alcívar, que no hizo la nefrectomía por no conocer el estado funcional del otro riñón y que esperaba que la paciente convalesciera para operarla, cuando pudo comprobar que la curación espontánea de la fistula se había hecho; al Dr. Sánchez, que no rechaza la cauterización, pero que la Academia de Cirugía de París, acababa de resolver que era preferible abstenerse; sin embargo, en caso de temer la infección del endometrio, él cauteriza, pero no lo hace sistemáticamente.

Hace presente que no ha hablado de oclusiones intestinales; ni tampoco de aereofagia; que esos casos existen, pero que solo se ha ocupado de la oclusión duodenal.

Herida por arma de fuego en la cavidad abdominal con perforaciones del intestino delgado

POR EL

DR. JOSE JULIAN SANCHEZ M.

Al amanecer del día 17 de Febrero del presente año, con motivo de la celebración de las fiestas del carnaval, S. B. Ruiz, joven de 21 años, natural y residente en esta ciudad, de oficio comerciante, fué invitado á un baile popular, en que los efectos del alcohol hicieron estallar un alboroto que dió por resultado el uso de armas de fuego, habiendo salido B. Ruiz herido en la región abdominal, siendo trasladado por algunos amigos al Hospital á las pocas horas del accidente.

Por ausencia del señor doctor Miguel H. Alcívar, Cirujano de la sala de cirugía San Miguel, me encontraba hecho cargo de dicho servicio. Al pasar la visita cotidiana, encontré al interno señor Carrera acompañando de varios practicantes, efectuando la primera curación del herido.

El paciente era de color mestizo, de regular estatura y de buena conformación, presentaba una herida circular, correspondiente á un proyectil de calibre 38 ó 40, situada á dos travezos de dedo á la izquierda del ombligo, no había punto de salida. Se hallaba muy agitado, todavía bajo la influencia del alcohol; se notable la alteración del semblante: los ojos hundidos, la nariz perfilada y con las alas batientes cubierta de sudor

en forma de rocío, la sequedad es ardiente, presenta vómitos biliosos y fecaloideos, hipo y ansiedad. El vientre poco elevado, doloroso, hay defensa muscular y timpanismo pre-hepático; el pulso frecuente, regular y bien golpeado late 100 veces al minuto, la temperatura rectal 38°5. La incisión se efectúa sin dificultad y las orinas son claras.

La herida no ha sido á tan corta distancia para dejar las huellas indelebles del tatuaje clásico en las heridas á quema ropa. Merced á una contracción de los músculos abdominales observamos la salida de mas terias fecales, habia por lo tanto perforación intestinal. Aunque los conmemorativos no podfan darnos ninguna luz, ya que el paciente se encontraba en completa embriaguez, juzgamos por el pulso y la temperatura que no hay hemorragia interna.

Nos encontramos, pues, en presencia de una herida penetrante del abdomen con perforación del intestino y debiamos tomar una resolución pronta: ó bien la expectación armada, procurando inmovilizar el intestino y dejar obrar á la naturaleza, ó bien la intervención inmediata. Convencido de que en la cavidad peritoneal habia derrame de materias fecales me resolví por la segunda. Ayudado por los internos señores Carrera è Hidalgo Nevárez procedí á la laparotomía, bajo la anestesia general al éter subministrada por el externo señor Borja. Aunque la incisión media umbilical es la indicada, tomando en consideración que la herida solo distaba dos travezces de dedo de la línea media, prelongué la incisión seis centímetros arriba y seis abajo de la herida, limitamos el campo operatorio por las pinzas fija-campos, incido el peritoneo protegiéndolo por grandes compresas empapadas en suero artificial caliente. En la cavidad encontramos líquido fecaloide y materias fecales sólidas hice la toilette y exploramos el intestino: descubrimos una perforación en el borde libre de una asa yeyunal: á veinte centímetros de distancia otra en la cara anterior y á unos tres travezces de dedo de ella, una tercera en el borde mesentérico: á 15 centímetros más ó menos de ésta una cuarta perforación en el borde libre, semejante á la primera. Todas estas heridas fueron cuidadosamente limpiadas y previo badigeonage á la tintura de yodo suturadas á la Lembert; exploramos todavia unos cincuenta centímetros arriba y abajo de las lesiones encontrando el intestino indemne. Ibamos ya en busca del proyectil y no pude darme la satisfacción de encontrarlo: teníamos ya dos horas de intervención y el enfermo no soportaba más la anestesia. Hicimos un lavado al éter, como acostumbra mi distinguido maestro doctor Aleívar, lo que facilita mucho la reducción del intestino, cerramos incompletamente el peritoneo y la pared para dejar un drenaje en la cavidad.

Se toman los cuidados post-operatorios del caso: inyecciones de suero Hayem, estrienina, aceite alcanforado; el lecho es calentado y el enfermo colocado en posición de Nelaton, después de dos horas hielo al vientre y opio al interior. Por la tarde la temperatura es 38°5 y 120 pulsaciones, vómitos biliosos escasos y mucha sed; por la noche se le hace una picadura de morfina.

2.º día temperatura 38°, pulso 100, los vómitos han desaparecido. El tercer día el Mickuliez es retirado y empleando la mayor antisepsia limpiamos la cavidad con suero fisiológico y agua oxigenada, dejando un nuevo drenaje cubrimos la herida con grueso apósito.

Los días siguientes la temperatura y el pulso se acercan á la

normal: el 5.º día la temperatura máxima fué 37°4 y 83 pulsaciones, la inmovilización por otra parte se había obtenido.

El 6.º día la temperatura sube bruscamente á 39°5, precedida de escalofríos, náuseas, vómitos y elevación del vientre, ordenamos entonces 15 centigramos de calomel á dosis refractas y 60 gramos de ricino. Las primeras evacuaciones fueron copiosas y fétidas, pero no hubo sangre, las siguientes se hicieron muy frecuentes y líquidas.

El 7.º día las facie del enfermo se altera volviéndose terrosa, el pulso latía 140 veces al minuto y la temperatura subió á 40°. Los vómitos se hicieron incoercibles, el pulso disminuye en tensión y aumenta en frecuencia volviéndose arritmico. Las inyecciones de aceite alcanforado, cafeína, esparteína y electragol son insuficientes para contener el estado tóxico, falleciendo el paciente al 8.º día de la intervención.

Algunos días después me encontré con mi estimado colega, señor doctor Carlos F. Cuelalón, uno de los peritos que practicaron la autopsia legal del infortunado B. Ruiz, habiéndome informado que las suturas del intestino estaban completamente cicatrizadas, no encontraron más perforación. La bala estaba alojada á la izquierda de la columna, un poco más abajo de la herida abdominal y que la muerte se había producido por una peritonitis.

Es probable que algo del contenido intestinal quedó en algún repliegue mesentérico á pesar de la desinfección y los cuidados post-operatorios.

Sin embargo, el éxito operatorio se obtuvo, y es por eso que presento á la consideración del Congreso uno de los primeros casos, de heridas abdominales con perforaciones del intestino, que ha sido asistido oportunamente, siguiendo los preceptos de la doctrina moderna en el tratamiento de las heridas penetrantes del abdomen, y demostrar que en Guayaquil existen salas de cirugía muy bien montadas, con un personal apto para efectuar cualquier operación de urgencia en un momento dado.

DISCUSION:

DR. CORTES GARCIA.—Llama la atención sobre los incidentes que se presentaron el 6.º día y creo que debió abrirse la cavidad abdominal para practicar un lavado del peritoneo en lugar de la administración de calomel y aceite de ricino.

DR. HEINERT.—Habló extensamente sobre la necesidad de establecer y reglamentar los servicios quirúrgicos de urgencia; y á este fin, hizo la siguiente proposición:



Que se recomiende á los poderes públicos:

- 1.—La fundación de puestos permanentes de socorros;
- 2.—La provisión en los hospitales de médicos internos con la obligación de permanecer, cuando menos uno, en el establecimiento;
- 3.—La reglamentación en los hospitales de los servicios médicos y quirúrgicos de urgencia.

Fué aprobada por unanimidad y se acordó someterla á la consideración de la Asamblea General.

Operación de las hemorroides por el método de Whitehead

POR EL

DR MIGUEL H. ALCIVAR

Las hemorroides, afección conocida desde los tiempos más antiguos, está constituida por un desarrollo exuberante y una dilatación del plexo venoso hemorroidal. El nombre de hemorroide, del griego, flujo de sangre, con que se ha denominado á esta enfermedad, se debe á las frecuentes y abundantes hemorragias á que da lugar y que constituyen el mayor peligro por el decaimiento anémico que produce en el paciente.

Bien que las hemorroides se desarrollen en el plexo venoso hemorroidal inferior, subcutáneo, se las denomina «internas» ó «externas».

Es esta una enfermedad muy frecuente entre nosotros y son pocos los individuos que traspasan la edad media de la vida sin hallarse atacados de ellas hasta cierto grado, siendo por lo tanto muy conocida por el vulgo, quien al sentir cualquier molestia en el ano, establece inmediatamente el diagnóstico de hemorroides y se aplica uno de los miles de medicamentos de «acción segura» que cada persona tiene para tan generalizado mal.

Como esta comunicación tiene por único objeto poner de manifiesto los magníficos resultados que he obtenido haciendo la escisión total de las hemorroides por el procedimiento de Whitehead, método que lo considero el más práctico, de técnica sencilla y de seguros resultados, prescindiendo por completo de hablaros de los múltiples tratamientos médicos así como de los variados métodos operatorios.

No me detendré tampoco en hablaros de su sintomatología ni de su etiología, tan discutida; desde la más antigua en que se creía que las he-

morroides eran una «organización benéfica» de la naturaleza y que con las hemorragias se expulsaba del cuerpo los malos humores, al extremo de designarla con el sugestivo nombre de «vena de oro»: hasta las investigaciones de Quenu y de Reimbach en que el primero las atribuye principalmente á alteraciones inflamatorias tanto en las paredes venosas como en el tejido intersticial y el segundo que opina que las hemorroides son verdaderos nevimformaciones, angiomas venosos.

Voy, pues, á relataros la historia de 29 casos de hemorroides operados por mí, tanto en el Hospital como en mi clientela civil, en todos los cuales he hecho la escisión total según el método de Whitehead. Por la lectura de ellas podréis ver los buenos resultados obtenidos á pesar de que casi todos los operados han sido enfermos que han sufrido muchos años tan molesta enfermedad y que sólo después de haber ensayado toda clase de tratamientos, algunos de los más bizarros, y cuando su afección se ha hecho intolerable ó incompatible con las ocupaciones habituales, es que han ocurrido al cirujano.

OBSERVACION N.º 1

M. T. E., ecuatoriano, escribiente, casado, de 53 años de edad. Refiere el enfermo que comenzó á sufrir de las hemorroides hace 15 años; es decir, desde 1886, pero que, solamente de un año acá, es que se ha agravado, pues han comenzado á sangrarle con mucha frecuencia, al extremo que, desde los últimos cuatro meses, no ha podido salir á sus ocupaciones. Los dolores que al comienzo eran sufribles, son actualmente intolerables y tan intensos que no le dan reposo para nada, calmándose sólo los momentos en que toma un baño de asiento cuya temperatura es muy cerca de 100°.

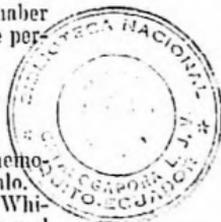
Al tiempo de la operación tenía las hemorroides enormes y comenzaban á gangrenarse, eran externas. El enfermo pedía á gritos la operación y tuvo que postergar una operación que debía practicar ese día.

Fué operado el 3 de Diciembre de 1901 teniendo de ayudante al Dr. R. E. Cubillo y al estudiante Sr. Heinert: anestesiando al enfermo en colega compatriota del Dr. Cubillo. El operado no tuvo el menor accidente post-operatorio, no tuvo fiebre, vómitos ni retención de orina. Fué este caso en que hice por primera vez la Whitehead, y apesar de las másimas condiciones del enfermo y de la antigüedad de la afección, los resultados fueron de lo mejor. Pues E. curó completamente sin haber quedado la más ligera estrechez y gozando hasta este momento de perfecta salud.

OBSERVACION N.º 2

N. N. de 45 años de edad, tenía una fistula sub-esfinteriana, hemorroides externas y estrechez rectal específica; estado general muy malo.

El 6 de Febrero de 1905 practiqué por el procedimiento de Whitehead, la extirpación de las hemorroides, la abertura de la fistula y el ensanchamiento de la estrechez. La anestesia general con el clorofórmico fué dada por el Dr. Payze Gault, la que fué rápida y sin el menor accidente. Ayudaron el Dr. Becerra y el estudiante Sr. Heinert. No hubo fiebre, pero sí retención urinaria. El enfermo curó de las hemorroides y de la fistula. De la estrechez mejoró, desapareció la consti-



pación, no quedando sino la salida de un líquido más ó menos abundante, como secuela de la anterior rectitis.

OBSERVACION N.º 3

X. X., de 60 años de edad, viene sufriendo de hemorroides internas procidentes y externas desde hace 7 años, pero sólo últimamente es que ha padecido tanto, que pide con ansia la operación. Las hemorragias que periódicamente tiene son muy considerables y han llegado á producir extrema debilidad y anemia.

Bajo la anestesia general por el cloroformo administrado por el Dr. Cubillo y ayudado por el Dr. Heinert y estudiante Solis, hice la operación el 10 de Agosto de 1905.

En este enfermo se encontraban extrangulados los paquetes hemorroidales externos al tiempo de la operación; no se presentó después de ella otro accidente que la retención de orina. La convalecencia fué algo delicada, pero curó completamente, pues el enfermo goza hasta la fecha de la más completa salud y sin que haya la menor estrechez.

OBSERVACION N.º 4

N. M., ecuatoriano, casado, 50 años de edad y de ocupación agricultor. Hace 14 años que viene sufriendo de hemorroides internas y externas, acompañadas de dolores muy intensos, hemorragias abundantes y sobre todo, una entero colitis que es rebelde á todo tratamiento médico y que lo había enflaquecido mucho y lo imposibilitaba para dedicarse á su trabajo.

Practiqué la extirpación de las hemorroides por la escisión Whitehead el 2 de Junio de 1906. Se trataba de un enfermo excesivamente nervioso así que le hice una inyección de escopolamina y morfina, dos horas antes de la operación. El cloroformo fué aplicado por el Dr. César Borja y sirvió de ayudante el Dr. Heinert. A pesar de tratarse de un enfermo alcohólico no hubo ningún accidente y la narcosis fué rápida por haber producido un sueño profundo la inyección. No tuvo retención urinaria, como tampoco fiebre.

No obstante el habersele administrado una dosis fuerte de extracto tebaico por día, se le presentó una evacuación muy abundante y fétida en la madrugada del día siguiente á la operación, diarrea que siguió repitiéndose todos los días y que infectó las suturas; sin embargo, estuvo completamente curado de la herida el 12 de Julio, quedando sólo una ligera estrechez que se trató con buen resultado por medio de la dilatación.

OBSERVACION N.º 5

G. V. M., ecuatoriano, de 60 años de edad, casado, agricultor. Sufre de hemorroides internas y procidentes desde hace 5 años, las que siempre han sangrado abundantemente y son muy dolorosas. Últimamente los paquetes procidentes comenzaron á gangrenarse por lo que tuve que practicar de urgencia la escisión de Whitehead.

Esta fué hecha el 18 de Julio de 1907 y como el estado del paciente no permitía la anestesia general, le hice la raquí-cocainización,

usando una ampollita Carriere de un centímetro cúbico. Pocos momentos después comenzaron á presentársele síntomas de intoxicación por la cocaína, al extremo de que se creyó no reaccionaría. Se le hicieron inyecciones de cafeína, estricnina, aceite alcanforado, etc. en medio de estos accidentes se practicó la operación la que se concluyó estando el enfermo ya reaccionado. Presenció la operación el Dr. Samuel Mora y ayudaron el Dr. Heinert y el estudiante Solís.

Desde el primer día la micción fué natural; se le constipó durante ocho días, después de los cuales se le administró un purgante con el que hizo varias deposiciones, sin dolor alguno; estando curado, el operado, el 17 de Agosto, sin que haya quedado estrechez.

OBSERVACION N.º 6

N. N., ecuatoriano, dedicado á la agricultura, casado, de 36 años de edad. El enfermo sufre desde hace unos once años de trastornos intestinales, caracterizados sobre todo por dolores agudos y repetidos á los intestinos, acompañados de diarreas excrementicias, á veces sangui-nolentas y muy fétidas, que lo tenían completamente imposibilitado para el trabajo, pues todos estos síntomas se exacerbaban cada vez que montaba á caballo; ó se excedía un poco en los alimentos y bebidas. Era tal el estado de enflaquecimiento que habían causado los trastornos intestinales que se pensó en una tuberculosis intestinal (dado el antecedente de que un hermano murió de tuberculosis pulmonar) ó en un cáncer ó en una helmintiasis.

Habiendo practicado en asocio del Dr. Ismael Carbo un examen de lo más prolijo, con el espéculum, encontramos que el enfermo sufría de hemorroides internas; se decide á la operación, la que fué hecha el 21 de Diciembre de 1907 por el procedimiento de Whitehead. Administró el cloroformo el Dr. Carbo y fueron ayudantes el Dr. Heinert y el estudiante Sr. Solís. No tuvo fiebre, las orinas fueron espontáneas desde la primera tarde de la operación. Se le retiró el tubo de caucho á las 48 horas; á pesar de habersele administrado opio, evacuó al cuarto día, persistiendo por algunos días más, pero sin dolores; las suturas de catgut cayeron al octavo día.

Continuó por algún tiempo la diarrea; pero poco á poco fué desapareciendo con la administración de la Estafilisa simple del Dr. Doyen. Hoy está radicalmente curado y dedicado á sus labores agrícolas, sin haber quedado estenosis y habiendo el enfermo ganado mucho en peso.

OBSERVACION N.º 7

X. X., casado, guayaquileno, de 38 años de edad, agricultor. Lo que más lo ha hecho padecer han sido los trastornos intestinales, deposiciones dolorosas y diarreicas; las hemorragias se han presentado muy abundantes; después de una crisis hemorroidal le quedó una fistula in ano que lo hacía sufrir enormemente y lo imposibilitaba dedicarse á sus ocupaciones.

Hice la escisión total, método de Whitehead el 16 de Julio de 1908; administró el cloroformo el Dr. Payeze Gault; presenciaron la operación los doctores Coronel y Pareja, sirviendo de ayudantes el Dr. Heinert y el estudiante Maldonado. Duró la operación 38 minutos. Retención y

cateterismo por la noche, el que hubo que continuar durante los 8 primeros días; pequeña febrícula en los tres primeros días. La constipación se hizo con el opio hasta el octavo día que se le administró un purgante; un mes después estuvo totalmente curado sin haber quedado ninguna estenosis. En el día continúa perfectamente bien, ha ganado en peso y sólo se nota un ligero prolapso de la mucosa, fácil á hacerlo desaparecer con una ligera intervención.

OBSERVACION N.º 8

F. A., ecuatoriano, soltero, de 24 años y de profesión agricultor. Viene padeciendo de hemorroides desde hace algunos meses mortificándose sobre todo los fuertes dolores que tiene al momento y después de defecar, al extremo que le impedirían dedicarse al trabajo y especialmente montar á caballo; no sangran.

Le practiqué una Whitehead el 14 de Octubre de 1908; fué administrado el cloroformo por el Sr. Maldonado y ayudó el Dr. Heinert. Ningún accidente durante la anestesia, ni post-operatorio, el trabajo duró 35 minutos; micción espontánea desde la primera tarde, se retiró el tubo de caucho el segundo día de operado; temperatura normal; constipación durante ocho días mediante el opio. Al octavo día habían caído los catguts y se le mandó un purgante, las deposiciones fueron naturales y sin ningún dolor. Estuvo completamente curado á los 21 días de ser operado sin que le quedara el más ligero vestigio de estenosis, ni ha vuelto á sufrir hasta hoy de los dolores que tanto lo mortificaban; habiendo en cambio engordado notablemente.

OBSERVACION N.º 9

N. N., ecuatoriano, casado, de 40 años de edad y dedicado á la agricultura; sufre desde hace 7 años trastornos intestinales que se traducen por diarreas frecuentes, dolores al ano y recto en ocasiones muy violentos, deposiciones mucosas y sanguinolentas. Ha hecho toda clase de tratamiento, cambió de clima y se sometió en fin á todo consejo que le daban.

Le diagnosticué una entero-colitis de origen hemorroidal y practiqué la escisión de Whitehead el 20 de Octubre de 1908. Anestesia al cloroformo, dada por el Dr. Payze Gault, la que se hizo sin ninguna alarma; ayudaron los doctores Cortés García y Heinert y el estudiante señor Maldonado. Tuvo retención urinaria por lo que hubo que hacerle el cateterismo durante los tres primeros días. En la madrugada del tercer día de la operación se presentaron deposiciones abundantes y frecuentes que siguieron por algunos días, las que fueron desapareciendo poco á poco, mediante la administración de unos purgantes y de la Estafilasa de Doyen.

Las deposiciones aunque fétidas, eran indoloras; á consecuencia de la diarrea que se presentó al tercer día hubo infección de la herida, quedando por lo tanto una ligera estrechez, la que fué tratada por la dilatación gradual, por lo demás el resultado de la operación ha sido satisfactorio, pues N. se halla dedicado completamente á sus trabajos agrícolas.



Fig. 1.—Dilatación del estínte anal con el dilatador de Nicalse

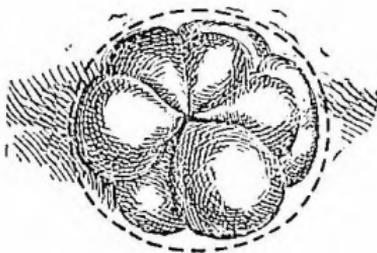


Fig. 2.—Inciisión circular entre la mucosa y la piel.

OBSERVACION N.º 10

F. N., ecuatoriano, soltero, tiene 26 años de edad y sufre mucho de hemorroides desde hace unos seis meses. Se le presentan fuertes dolores al intestino y frecuentes diarreas, seguidas de hemorragias más ó menos intensas, que lo han imposibilitado para montar á caballo y seguir en sus trabajos de agricultura.

Lo operé el 30 de Diciembre de 1908. Presenció la operación el Dr. Falconi y ayudó el Dr. Heinert, habiendo administrado el cloroformo el Sr. Maldonado. Retención y catetismo por la noche; orinas espontáneas desde el segundo día. En la madrugada del 7 de Enero de 1909, tuvo una deposición, que siguió presentándose con frecuencia los días subsiguientes, hasta que poco á poco fué desapareciendo. Estuvo completamente curado y dado de alta el 19 de Enero de 1909.

OBSERVACION N.º 11

A. F., ambateño, de 22 años de edad, de ocupación jornalero. Tiene las hemorroides hace tres años; son externas. Ha sufrido varias crisis hemorroidales y á consecuencia de ello un paquete hemorroidal se le inflamó tanto que le quedó una fistula sub-estlinteriana cuyo orificio interno se abre en la mucosa á un centímetro del ano; sufre dolores que le impiden caminar y le sangran ligeramente después de la defecación.

Practicé la escisión total el 8 de Febrero de 1909 bajo la anestesia á la raqui-estovaina; dura el trabajo 35 minutos. El enfermo no ha acusado otro trastorno que el hormigueo característico de los miembros inferiores que se observa en las raqui-aneestias. Por la tarde del día que se operó tuvo cefalalgia y náuseas pero no llegó á vomitar; hubo que hacer el cateterismo las doce primeras horas; no tuvo fiebre.

Se le constipó con opio; al sexto día cayeron las suturas y se le administró un purgante y lavado intestinal que hacen buen efecto; sigue su curación normal y sale de alta el 12 de Marzo.

OBSERVACION N.º 12

F. J., ecuatoriano, residente en Guayaquil, soltero de 37 años de edad y de oficio carpintero. Está enfermo desde hace 10 años, su profesión le obliga á esfuerzos repetidos y á permanecer de pié durante horas seguidas. Son hemorroides externas, dolorosas, irradiándose el dolor hacia el periné y cara interna de los músculos. Al comienzo le sangraban poco; pero desde hace un año y medio, no sólo después de la defecación, sino también en los intervalos y con frecuencia. Al caminar siente un estorbo en el ano; la descongestión que le produce la hemorragia, lo alivia notablemente.

Le hice una Whitehead el 15 de Abril de 1909, anestesiado con cloroformo, sin que tuviera ninguna alerta; se presentaron vómitos post-anestesia y retención urinaria la primera tarde. La operación duró 42 minutos; se dejó un tubo de caucho durante 48 horas, no hubo fiebre. Se hacen las curaciones diariamente y al décimo día han caído todas las suturas, se le constipó con opio hasta el octavo día en que se le dió un purgante. Fué dado de alta con la herida bien cicatrizada y sin haber quedado estrechez, el 24 de Mayo.

OBSERVACION N.º 13

A. P., ecuatoriano, residente en Machala, casado, agricultor, de 39 años de edad. Desde los 25 años sufre de hemorroides, y es en vista de la imposibilidad en que se encuentra para trabajar que resuelve hacerse operar. Ha sido siempre estético; las hemorroides son internas y desde hace un año son procliventes después de la defecación, siéndole bastante difícil en ocasiones la reducción; los dolores al comienzo fueron poco intensos, pero en el día son tan violentos que teme la defecación y después de ella tiene que acostarse á veces hasta tres horas consecutivas; siempre le han sangrado y en los últimos años, en abundancia.

El 11 de Octubre de 1909, bajo la anestesia por el cloroformo administrado por el estudiante señor Sánchez y ayudado por el estudiante señor Maldonado, le hice la escisión de Whitehead. No se presentó fiebre, ni vómitos, ni retención de orina; á las 40 horas se le retiró el tubo de caucho y fué constraído con extracto tebaicoo durante unos ocho días en que se le administró un purgante precedido de un lavado.

Este ha sido uno de los enfermos en que la curación ha sido de lo más rápida, no habiendo demorado más de catorce días para que la cicatrización fuese completa.

OBSERVACION N.º 14

F. S. V., ecuatoriano, residente en Manta, soltero, de 42 años de edad, de oficio sastre. Hace ocho años que sufre este enfermo, teniendo que tomar siempre laxantes para combatir su habitual estreñimiento. A los comienzos de la enfermedad sólo tenía un ligero peso al ano, que poco á poco fué aumentando, sobre todo en la defecación, hasta llegar en el día á hacerse violento. Son hemorroides internas procliventes pero reductibles con facilidad. Hasta hace ocho meses no le sangraban, pero de esta fecha acá se han presentado hemorragias que le han ido aumentando cada día más hasta que resolvió ingresar al Hospital General de esta ciudad para hacerse operar.

Ha padecido cinco crisis hemorroidales que se manifestaban sobre todo por quince ó más asientos diarios, con fuerte tenesmo y deposiciones muco-purulentas.

El 29 de Octubre de 1909 y bajo anestesia clorofórmica sin ninguna alarma practiqué la escisión total por el método Whitehead. No tuvo retención ni vómitos y los días siguientes pasó sin fiebre. Primera curación á las 48 horas en que se le retira el tubo de caucho. Se le dió opio, no evacua seis días, al séptimo un purgante y un lavado lo hacen deponer abundantemente; los puntos de sutura han caído al octavo día, se sigue la curación diaria y sale de alta completamente curado y sin estrechez alguna el 17 de Noviembre.

OBSERVACION N.º 15

E. E., de Esmeraldas, soltero, de 31 años y trabajador en el campo. Ha sufrido en varias ocasiones dolores reumáticos en diversas articulaciones; de las hemorroides se queja hace tres años, habiendo hecho con fre-

cuencia uso de purgantes por lo muy estreñido que es, notando que cuando dejaba de evacuar varios días le dolía el hígado; los escibalos que con gran esfuerzo defecaba, en estas ocasiones salían cubiertos de gleras y mucopus.

Comenzó por sentir un peso al ano y cuando evacuaba, dolores que iban hasta el periné. Las hemorroides eran externas y tenía el enfermo que cambiar frecuentemente de posición pues le estorbaban mucho; han sangrado bastante y el tenesmo que lo atormentaba mucho, terminaba sólo con sangre. Como trabajador en el campo que es, tiene que montar á caballo con frecuencia, y últimamente sufría mucho. La única crisis que ha tenido le dejó una fistula en el paquete lateral derecho.

Operado el 16 de Noviembre de 1909. Anestesia con cloroformo sin ningún accidente: las primeras 24 horas retención y cateterismo, después pasó sin tener fiebre ni vómitos. Se inmovilizó el intestino con extracto tebáico; las suturas cayeron al sexto día, en que se le administró un lavado y un purgante. Defeca bien y sin dolor, continúa su curación diaria y sale curado el 20 de Diciembre sin llevar signo alguno de estenosis rectal.

OBSERVACION N.º 16.

R. V., riobambeño con residencia en Guayaquil, casado, de 42 años de edad y de ocupación comerciante. El enfermo es un antiguo reumático y manifiesta haber sufrido mucho por el estreñimiento habitual que padece, lo que ha hecho que abuse con frecuencia de los purgantes. Las hemorroides son externas; las tiene hace cuatro años, estando los paquetes laterales más grandes que el posterior. Sufre mucho con el dolor, sobre todo al momento de defecar, que es también cuando le sangran. Como el padecimiento que lleva no lo deja dedicarse á su trabajo, decide operarse, lo que tuvo lugar el 26 de Noviembre de 1909, bajo anestesia con cloroformo y sin ninguna alerta. El día de operado tuvo vómitos y cefalalgia y durante dos días retención urinaria, no hubo fiebre. Se inmovilizó el intestino con opio, evacuó al séptimo día mediante un lavado y un purgante; se levantó el enfermo al duodécimo día, seguía su curación sin ninguna novedad, cuando un imprevisto accidente de familia obligó á dejar el Hospital el 10 de Diciembre y tener que continuar la curación en la calle. Posteriormente fué examinado no encontrándole novedad alguna.

OBSERVACION N.º 17

N. N., ecuatoriano, casado, de 28 años de edad, comerciante. Este enfermo hacia muchos años que se quejaba de sus hemorroides que eran internas y externas. El dolor que al principio era poco, le fué más tarde aumentando hasta llegar á hacerse muy agudo y necesitar frecuentes aplicaciones calientes á la región; este dolor se irradiaba hacia el periné y parte superior é interna de los muslos, le estorbaban bastante para caminar y no podía permanecer sentado mucho tiempo por impedirsele el dolor; teniendo que cambiar diversas aptitudes para aliviarse; las deposiciones eran disenteriformes, con moco y sangre.

Le practiqué una Whitehead el 1.º de Diciembre de 1909; anestesia administrada por el Dr. Payeze Gault, sin ninguna irregularidad; presencié la operación el Dr. César Borja y ayudó el doctor Maldonado Carbo. No

tuvo fiebre pero sí retención de orina, por lo que hubo que hacerle el cateterismo durante unos ocho días. No obstante el opio que se le administró, tuvo á las 48 horas una evacuación abundante y fétida, que produjo una ligera infección de la herida; sin embargo, la cicatrización siguió su marcha y el 21 de Diciembre estaba curado, quedando sólo en la parte inferior una pequeña escoriación de la que no hizo caso el operado para ausentarse de la ciudad. Esta pequeña escoriación le duró por algún tiempo, siendo sostenida más bien por la frecuencia de deponer, pues le había quedado una pertinaz entero-colitis de origen amibiano y que cedió con mucha facilidad al tratamiento de las inyecciones de cloridrato de emetina.

OBSERVACION N.º 18

L. M., de 37 años, del Salvador, pero residente en Guayaquil desde los 4 años de edad, soltera. Dice la enferma haber tenido siempre buena salud, aunque ha sido una estreñida habitual.

Las primeras reglas se presentaron á los 15 años, ha tenido tres hijos; ántes de ser madre tenia los menstros con cólicos, después desaparecieron y han sido siempre en la misma época, cantidad y calidad. Hace 15 años que comenzó á sufrir la afección que al fin la trajo al Hospital; ella cree y está convencida, haberla tomado por sentarse una ocasión en un sitio caliente dejado un momento ha por un hemorroidario. Al principio eran sólo externas, en la actualidad son también internas, procidentes y gangrenadas, le sangran en mucha abundancia; el dolor es intolerable durante la defecación, lo mismo que en toda posición, sea de pié ó sentada, al extremo que se botaba al suelo cuando acababa de evacuar. Sentía algo de alivio tomando baños muy calientes; ha seguido todos los tratamientos médicos que le indicaban.

Fué operada el 6 de Setiembre de 1910, anestesiada con cloroformo que lo soportó sin ningún accidente; hubo que hacerle el cateterismo durante los dos primeros días; se le constipó con opio. Fué dada de alta en los primeros días de Octubre perfectamente curada y sin estenosis rectal.

OBSERVACION N.º 19

V. A., de Riobamba, reside en Guayaquil hace muchos años, casado, de 40 años de edad, de oficio zapatero. Ingresó al servicio de San Miguel el 23 de Mayo de 1911. Viene sufriendo de hemorroides desde hace diez años, son internas, procidentes y fácilmente reducibles. Los trastornos digestivos comenzaron á presentarse hace cuatro años y desde entonces padece la entero-colitis que lo atormenta mucho; terminada la deposición queda un dolor más ó menos fuerte al ano y periné y comienzan á dar sangre en abundancia, pero hace treinta días que este síntoma lo ha agravado mucho, pues las hemorragias son tan intensas y repetidas que el enfermo está completamente anemiado, por lo que decide operarse.

Es operado el 26 de Mayo de 1911, bajo la narcosis clorofórmica. Tenia el enfermo una antigua estrechez del recto á cinco ú ocho centímetros del ano, la que fué dilatada con las sondas de Hegar. No tuvo retención, por la tarde temperatura de 37°3; al siguiente día se le cura encontrándose la herida en buenas condiciones ha tenido expulsión de gases.

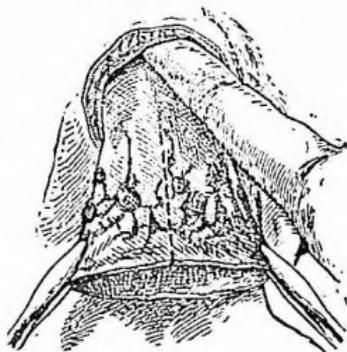


Fig. 3.—Disección del cilindro mucoso é incisión mediana anterior de la mucosa.

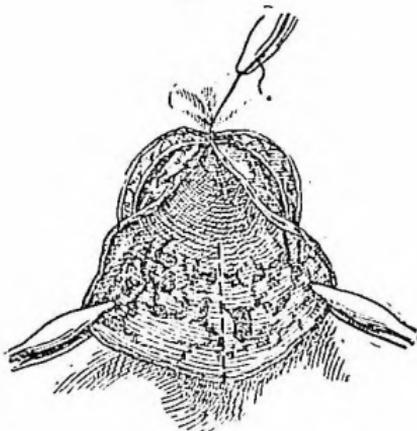


Fig. 4.—Incisión del cilindro mucoso en la línea media anterior y sutura á la piel.

El 28 de Mayo amanece con 38°5; se queja de agudo dolor de costado izquierdo, fuerte disnea, tós y expectoración muco-purulenta. Se diagnostica una bronco-pneumonía post-anestésica; los signos pulmonares aumentan de intensidad y la gravedad del enfermo hace prever un próximo fin, el que tuvo lugar cuatro días después de la operación.

OBSERVACION N° 20

N. T., barcelonés, soltero, de 31 años de edad, reside en Guayaquil en donde ejerce el oficio de sastré; ingresó al servicio de pensionistas que está bajo mi dirección. Es un antiguo estreñido y ha tenido también varios ataques de reumatismo articular; viene sufriendo de las hemorroides desde hace seis meses, habiéndosele iniciado la enfermedad por una enteritis que lo hacía deponer cuatro ó cinco veces al día, con tenesmo y mucosidades. Al segundo mes de enfermo es que comenzaron á sangrarle; desde entonces las deposiciones han ido aumentando diariamente, haciendo en la actualidad 15 y 20 hemorragias. Son hemorroides internas, no proclidentes; estando de pie necesita cambiar frecuentemente de posición, encontrando en esto alivio. Ha tenido cuatro ó cinco crisis hemorroidales durante las cuales aumentaban mucho las deposiciones y la enteralgia.

Practiqué la operación el 27 de Mayo de 1911, bajo la anestesia clorofórmica que duró 38 minutos; no se dejó tubo de caucho. Por la tarde hubo que hacerle cateterismo, no hubo fiebre, ni vómitos; la primera noche evacua á pesar del opio que se le ha dado. Al día siguiente se le dá un purgante de Agua de Janos, que hace buen efecto y comienza nuevamente á tomar opio. Se le han hecho dos curaciones diarias durante los seis primeros días; los puntos de sutura caen desde el sexto día; las deposiciones á los diez días son amoldadas y no líquidas como las tenía hacia cinco meses; por las noches ha seguido haciendo algunos asientos, por lo que se le prescribe la Estafilasa simple de Doyen, y disminuyen; la herida continúa en buenas condiciones. Como las deposiciones disminuían muy lentamente se le manda lactobacilina, la que prueba bien.

En esta condiciones estaba, cuando una afección intercurrente hizo que el enfermo tuviera que pasar al Lazareto. Curado allí pasó nuevamente al servicio, sin tener ya trastorno alguno intestinal; fué dado de alta después de algunos días perfectamente bien y sin estrechez alguna, habiendo ganado de peso.

OBSERVACION N° 21

N. B., francés, casado, de 42 años de edad, oficio panadero, reside en el Ecuador hace 20 años y es de costumbres alcohólicas. Padece de las hemorroides hace 19 años, habiendo comenzado la enfermedad como una disentería; deposiciones con sangre y tenesmo, llegando á hacer 15, 20 y 30 diarias. Son hemorroides internas y externas, aquéllas al principio entran con facilidad, pero poco á poco ha ido aumentando la dificultad para la reducción. Periódicamente desde hace muchos años le han sangrado cada mes, encontrándose muy aliviado después de esto. Los primeros años de enfermedad mejoró con baños de asientos que se daba, pero veía que después de cada defecación, siempre perdía algunos gramos de sangre en las 24 horas. En estos últimos años ha tenido que sufrir

largas privaciones y jornadas á pié sin reposo alguno, por las selvas del Oriente, obligado á ello por un contrato: esto indudablemente le ha producido un agravamiento en su mal, pues ha vuelto la enterocolitis con sangre, tenesmo y mucha frecuencia de asientos; en los tres últimos meses de enfermedad ha tenido tres crisis hemorroidales que le han durado cuatro ó cinco días y desaparecido ó mejorado con baños de asiento y medicamentos.

Fué operado en mi servicio de cirugía de San Miguel el 5 de Junio de 1911. Previa anestesia con cloroformo se hizo la intervención sin ningún accidente. No hubo fiebre, vómitos ni retención de orina; se le dió extracto tebaico y no evacuó hasta el sexto día que tomó un purgante; los puntos cayeron al sexto día y se hizo la cicatrización normal. Se manda al interior lactobacilina para acabar de mejorar los asientos diarreicos que hacía cada 24 horas, lo que se consigue, saliendo poco después sin novedad alguna.

OBSERVACION N.º 22

N. R., ecuatoriano, residente en Santa Rosa, casado, de 57 años de edad, agricultor; ingresa al servicio de pensión del Hospital General el 5 de Junio de 1911.

Refiere el enfermo que sufre de las hemorroides desde hace treinta años, que al principio eran sólo internas pero no procedentes, no eran dolorosas pero sí le sangraban con frecuencia; desde muy jóven ha sido estético estando obligado á aplicarse todas las mañanas un lavado intestinal y hacer uso de cuanto laxante leía ó le fuera recomendado; desde hace once años los dolores y las hemorragias han aumentado de intensidad, siendo hoy día las hemorroides internas y externas, procedentes, difíciles á reducirse y con crisis dolorosas y congestivas de lo más intensas.

Al ser examinado se vió las malas condiciones del enfermo, resolviéndose ponerlo en mejor estado, haciendo entre tanto curaciones y aplicaciones antisépticas. Como tuviera también una infección sifilítica se instauró el tratamiento mercurial, cuyos buenos resultados no se hicieron esperar.

En vista de que los dolores son muy fuertes y de que el paquete lateral izquierdo comienza á esfacerarse, hago la escisión parcial, con anestesia local el 24 de Junio. A pesar de esto, los dolores continuaron y llegaron á hacerse intolerables, al extremo de no poder dormir ni tener un instante de reposo. En vista de esto le hago la escisión total según el método de Whitehead el 20 de Julio de 1911. No tuvo fiebre ni vómitos pero sí retención, por lo que hubo que practicar el cateterismo durante los cuatro primeros días: se le constipa con opio y el séptimo día se le prescribe un ricino y un lavado intestinal, que le hacen buen efecto. La herida se cicatriza perfectamente bien; los agudos dolores desaparecen del todo y el enfermo es dado de alta el 9 de Agosto, sin que le haya quedado la menor estrechez.

OBSERVACION N.º 23

M. G., natural de Ambato pero residente en esta ciudad, de 30 años de edad, soltera, de oficio costurera, ingresó al servicio de Santa

Teresa del Hospital General el 22 de Mayo de 1911. Refiere la enferma que desde hace seis meses sufre de las hemorroides, que le comenzaron por un peso al ano y estorbo al caminar que poco á poco se le ha ido aumentando hasta serle hoy muy molesto; no le han sangrado, las defecaciones son muy dolorosas y anunciadas por tenesmo.

Le hice la operación de Whitehead el 28 de Julio, bajo anestesia clorofórmica. No tuvo fiebre ni vómitos, retención los primeros días; constipada con opio, no evacuó hasta el séptimo día, que se le administró un purgante y un lavado intestinal; la cicatrización se retardó un poco á consecuencia de haberse infectado unos puntos de la sutura; fué dado de alta completamente curada.

OBSERVACION N.º 24

P. C., nacida en Machala, tiene 43 años de edad, soltera, de oficio doméstica, ingresó al servicio de Santa Teresa del Hospital General el 8 de Mayo de 1911, ocupando la cama N.º 16.

Sufre de hemorroides desde hace dos años, habiendo comenzado después de un viaje que hizo de dos días á caballo, al término del viaje tuvo diarrea y pasadas las primeras deposiciones sintió las hemorroides; son internas, no proclidentes, de apreciable volúmen, muy dolorosas pero no le han sangrado nunca, la defecación es acompañada de tenesmo.

Practicó bajo anestesia clorofórmica, la escisión según el método de Whitehead, el 13 de Setiembre de 1911. No hubo fiebre, retención de orina en las primeras 48 horas. Se le constipa durante ocho días, pasados los cuales se le manda un ricino y un lavado intestinal, que le hacen varias cámaras sin dolor; deja el servicio con su herida completamente cicatrizada y sin la menor estrechez.

OBSERVACION N.º 25

M. S., natural de Riobamba, soltero, 28 años de edad y de oficio agricultor; ingresa al servicio de cirugía de San Miguel, el 6 de Agosto de 1912. Dice que sufre desde hace tres años de las hemorroides, las que son externas, le sangran bastante y son muy dolorosas; ha ensayado muchos tratamientos sin que haya podido encontrar alivio, motivo por el cual se ha decidido á operarse.

Bajo la anestesia con cloroformo, le practico una Whitehead el 16 de Setiembre de 1912, pasó sin ninguna novedad, salvo una ligera infección de la herida que retardó un poco la cicatrización de ésta; el 25 de Octubre es dado de alta curado del todo y sin ninguna estrechez.

OBSERVACION N.º 26

A. M., ecuatoriano, residente en esta ciudad, soltero, de 30 años de edad, capitán de un vapor fluvial. Desde hace dos años viene sufriendo de las hemorroides, las que son externas, hemorrágicas y sumamente dolorosas durante la defecación, existe también su entero-colitis. Viendo que cada día su mal se agrava más y que le es imposible dedicarse á su ocupación, que es bastante pesada: resuelve operarse y entra á un servicio de pensionistas del Hospital General.

Previamente preparado y bajo anestesia clorofórmica le practiqué

el 2 de Octubre de 1912, la operación de Whitehead. Ningún accidente post-operatorio; hay que hacerle cateterismo los dos primeros días, no se presenta fiebre pero apesar del opio que se la ha administrado tiene una abundante deposición el tercer día, que se repitió unos días más. La cicatrización se retardó algo, sin embargo dejó el servicio el 29 de Octubre. Un año más tarde se presentó á mi servicio para que lo examinara encontrando un ligero prolapso de la mucosa; le hice una resección de la mucosa-prolaxada y salió curado completamente después de pocos días.

OBSERVACION N.º 27

C L., natural de Tumaco (Colombia) casado, 38 años de edad, ebánista. Sufre de las hemorroides que son externas, voluminosas y sumamente dolorosas á la defecación, hace más de cuatro años. Viendo que su mal se agravaba cada día más, resolvió ingresar á mi servicio de cirugía del Hospital General para ser operado.

El 3 de Diciembre de 1913, bajo anestesia clorofórmica le hice la cura radical de sus hemorroides según el método de Whitehead. Orina espontáneamente desde el primer día, no tiene fiebre; no evacua hasta el octavo día que se le administró un purgante y un lavado intestinal. Salió curado completamente y sin que le haya quedado la menor secuela el 30 de Enero de 1914.

OBSERVACION N.º 28

R. B. de M., ecuatoriana, residente en Babahoyo, casada, de 35 años de edad, ingresa á un servicio de pensionistas del Hospital General el 30 de Enero de 1914.

Refiere que viene sufriendo de las hemorroides, desde hace seis meses, que éstas son sumamente dolorosas y que las hemorragias que tiene en cada defecación son abundantísimas, al extremo de que en los pocos meses que lleva de enfermedad la han puesto en un estado de anemia y de debilidad muy grande. Al exámen se observa que las hemorroides son internas y externas, bien procedentes, turgentes y con tendencia á gangrenarse.

A pesar de la enorme postración de la enferma, y bajo la anestesia general con el éter, le hice el siguiente día, en compañía del doctor Estrada Coello, la escisión completa según el método de Whitehead. No se presenta ningún accidente post-operatorio, no hay retención de orina ni fiebre; la enferma desde el siguiente día se siente muy animada; á pesar del opio se le presenta una abundante evacuación desde el siguiente día y que dió lugar á que algunos puntos de la sutura se infectaran y retardaran la cicatrización, pero ésta se hizo completa y hoy he sabido que nuestra operada goza de la mejor salud.

OBSERVACION N.º 29

J. C., ecuatoriano, soltero, de 28 años de edad, oficio herrero, ingresó á la sala de cirugía San Miguel del Hospital General el 15 de Junio de 1914. Sufre de las hemorroides desde hace tres años, las que son externas, dolorosas y le sangran en abundancia después de la defecación.

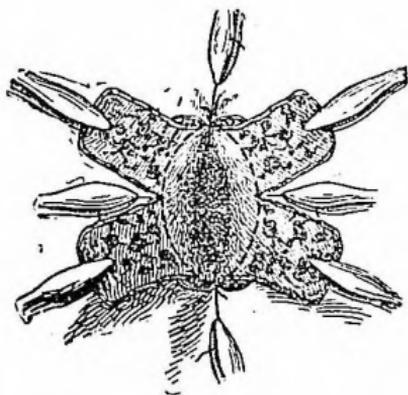


Fig. 5.—Incisiones mediana y lateral y sutura á la piel.

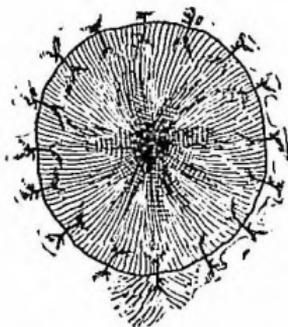


Fig. 6.—Sutura del cilindro mucoso á la piel.

Se le prepara convenientemente y el 12 de Julio, previa anestesia por el cloroformo se le practica una Whitehead. No tiene la menor novedad después de la operación y sale curado del todo, sin que le haya quedado ninguna estrechez el 16 de Agosto de 1914.

* * *

Las precedentes observaciones demuestran que las hemorroides son más frecuentes en la edad adulta, siendo raras en los niños y en los viejos. De los 28 operados tenemos 7 de 20 á 30 años; 10 de 30 á 40; 7 de 40 á 50 años y 5 de 50 á 60.

Respecto á la antigüedad de las hemorroides escindidas ha sido muy variable, los que ménos tenían seis meses al momento de operarse, llegando á contar el que más, treinta años de sufrimientos.

Su asiento ha sido 21 externas y 8 internas de las cuales 7 eran proclidentes.

Considerando la nacionalidad de los operados tenemos 24 ecuatorianos y 5 extrajeros, de los cuales 16 casados y 13 solteros, todos ellos de distinta clase social, constitución física y temperamentos distintos.

El trabajo ó profesión de estos 29 enfermos se divide así: 12 agricultores, 2 sastres, 3 comerciantes, 3 carpinteros, 1 zapatero, 1 panadero, 1 herrero, 1 costurera, 1 capitán de vapor fluvial, y 4 sin profesión.

Se explica que el mayor número de hemorroidarios corresponda á los agricultores, porque dichos individuos están obligados por su oficio á permanecer durante largas horas en la estación vertical y á montar casi diariamente á caballo.

Agrupando los enfermos según el predominio de síntomas, tenemos el siguiente resumen:

17 con hemorragias abundantes y repetidas.

7 con hemorragias pequeñas.

5 sin hemorragias

21 con dolores intolerables.

6 con las hemorroides esfaeceladas

11 con entero-colitis.

4 con fistulas.

12 con constipación habitual.

La mayor parte de estos operados sufrían tanto con sus hemorroides, que se encontraban imposibilitados para dedicarse á sus ocupaciones, ya fuera por los intensos dolores ó por las abundantes hemorragias ó por la gran debilidad.

La conducta que de una manera sistemática he seguido para la escisión total de las hemorroides, por el procedimiento de WHITEHEAD de Inglaterra, ha sido la siguiente:

Durante varios días que han precedido á la operación y tomando en cuenta el temperamento y hábitos de cada persona, he procurado calmar la excitabilidad de su sistema nervioso, prescribiéndole los bromuros y antiespasmódicos. Tres ó cuatro días ántes se hacia la limpieza del intestino por medio de purgantes y lavados; la víspera se disminuía la alimentación, permitiendo solo líquidos y al mismo tiempo se comenzaba la inmovilización del intestino, administrándole al interior unos 0.10 centg. de extracto tebaico, continuando con una dosis semejante durante unos seis días. Sin embargo no en todos los casos se pudo conseguir la constipación, pues en ocho enfermos (obs. Nos. 4, 6, 9, 10, 17, 20, 26 y 27) con-

tinaron las deposiciones, habiendo sucedido esto siempre en los hemorroidarios que sufrían de entero-colitis.

Los cuidados de asepsia han sido muy esmerados, teniendo en cuenta que se iba á operar en una región que normalmente es habitada por multitud de agentes microbianos. Se ha verificado siempre del modo siguiente: la víspera de la operación si no había ninguna contra indicación, se le hacía tomar un baño general, por la tarde afeitada de la región seguida de un buen lavado con jabón y otro de oxiciannuro de mercurio en solución al 1 por mil, dejándola recubierta con un apósito húmedo hasta el día siguiente, en que una vez anestesiado el enfermo se le hacía una buena aplicación de tintura de yodo, extemporáneamente preparada.

La anestesia que más he empleado ha sido la clorofórmica. Del total de operados, 25 han sido anestesiados con cloroformo, sin que se haya presentado ninguna alerta. Uno (obs. N.º 5) con raquicocaina, usando una ampollita de Carriere, habiendo observado momentos después síntomas de intoxicación por la cocaina, que hicieron temer mucho por la vida del paciente, al extremo de que se creyó no reaccionarla, mas transcurridos algunos minutos de haberle inyectado estimulantes, mejoró y fué concluída la operación; tenía éste enfermo 60 años y era un arterioescleroso avanzado.

Otro (obs. N.º 4) fué operado con anestesia mixta, usando una inyección de escopolamina-morfina dos horas ántes de administrar el cloroformo, se trataba de un individuo sumamente nervioso y de hábitos alcohólicos, la anestesia se hizo rápidamente y no tuvo ninguna novedad. En otro (obs. N.º 11) se trabajó con anestesia á la raqui-estovaina sin ninguna irregularidad; por último, una (obs. N.º 28) por medio del éter, ésta era una enferma que se encontraba en una gran prostración á causa de las frecuentes y abundantes hemorragias de sus hemorroides.

Paso á describirlos el procedimiento de WHITEHEAD que es el que he seguido en los 29 casos que figuran en esta comunicación.

Anestesiado el enfermo y colocando en la posición ordinaria de la talla, se hace la dilatación forzada del esfinter del ano, valiéndose de los dedos ó de un dilatador, el dilatador de Nicaise es del que me he servido todas las veces, dejando introducido un tapón de gasa aséptica á fin de evitar que durante la operación fluya el contenido intestinal, y el que será retirado tan luego sea concluída ella.

Se cogen con unas pinzas de Kocher los paquetes hemorroidales y se hace con el bisturí una incisión que rodee todo el ano, al nivel de la unión de la piel y la mucosa anal; cuando la piel está alterada en este punto, debe hacerse la incisión un poco más afuera, pero no mucho á fin de evitar se produzca un prolapso de la mucosa. En dos casos (obs. Nos. 7 y 27) tuve este accidente, debido á que en uno de ellos hubo que hacer la incisión un poco á fuera á consecuencia de una fistula; este accidente es fácil á curarlo.

Al hacer esta incisión debe tenerse la precaución de distender bien la piel y comenzarla por la parte posterior para evitar que la sangre moleste en el resto de la incisión, á pesar de que es bastante raro que se produzca una hemorragia importante.

Un ayudante sujeta las pinzas que penden de las hemorroides y cogiendo con una pinza de disección el borde de la mucosa, se comienza ayudado de una tijera curva y roma á desprender la mucosa de la submucosa, desprendimiento que á veces puede hacerse, sólo con el auxilio de una compresa de gasa esterilizada; si hubiese algunas adheren-

cias de la mucosa á los planos subyacentes, se cortan con las tijeras. Al llegar al esfínter externo, el que se reconoce por sus fibras semi-elípticas y su coloración rojiza, se prosigue la denudación pasando por dentro de él, hasta encontrar la mucosa en buen estado, continuándola unos 3 ó 4 centímetros más allá, para que el descenso sea más fácil y la sutura quede menos expuesta á desunirse por la gran tensión, lo que daría lugar más tarde á una estrechez.

La hemorragia durante este tiempo, siempre que se haya seguido el buen camino, es casi nula, pero si se llega á cortar un vaso importante, se le toma con una pinza, para ligarlo después con catgut.

Terminada la liberación de la mucosa anal, la que se presenta bajo la forma de un cilindro, se la distiende entre dos pinzas de Kocher y se hace con la tijera, en la línea mediana anterior, una incisión longitudinal, que comenzando en el borde libre del cilindro termine por encima de la mucosa enferma. En el vértice de la incisión se pasa un catgut que reúna la mucosa á la piel exactamente en la línea media.

Se repite la misma operación en la parte posterior y en las partes laterales, quedando fijada la mucosa á la piel en cuatro puntos, que limita entre sí, igual número de colgajos. Se cortan dichos colgajos al ras de la piel y se hace un número suficiente de suturas, de manera que la unión cutáneo-mucosa quede igualmente hecha, dando el aspecto, una vez concluida, de una corona.

El número de suturas puestas en los 29 operados ha sido variable, estando comprendido entre un mínimo y un máximo de 12 y 16 puntos; éstas se han hecho siempre con catgut número 2 en los puntos de referencias; indistintamente con catgut números 1 y 2 en los intermedios, ya que no tienen éstos mayor tensión. Debe preferirse el catgut porque tiene la ventaja de eliminarse solo y no hace sufrir al enfermo con la «quita-da» de los puntos que siempre es dolorosa.

En los primeros operados se ha terminado la intervención, dejando introducido un tubo de caucho, cubierto de gasa y lubricado con vaselina esterilizada, pero en los últimos he dejado simplemente una gasa xeroformada en el ano y sostenida la cura con un vendaje en T. El tubo de caucho si bien desempeña el papel de conductor de los gases intestinales, también la gasa lo hace sin ninguna dificultad y en cambio no causa la molestia y el dolor que produce el tubo durante el tiempo que está allí colocado.

La primera curación se ha hecho 24 horas después, la que se ha continuado diariamente y si ha sido necesario, mañana y tarde. En la mayor parte de los operados los puntos de catgut comenzaron á caer del sexto día para adelante, terminándose al décimo día.

*
* *

En vista de los verdaderos éxitos obtenidos en los 29 operados, cuya historia acaba de hacerse, se puede concluir:

1°. que la escisión total de las hemorroides, según el procedimiento de Whitehead, es el método de preferencia, especialmente en todos los casos graves, por su técnica sencilla, por su benignidad y por los admirables resultados que se obtienen; lo comprueban los 29 operados, de los cuales hasta hoy, que yo sepa, ninguno ha vuelto á sufrir de hemorroides.

2°. Que son manifiestos los resultados inmediatos, haciendo desaparecer el mal, no sólo localmente, sino para la nutrición en general;

pues los enfermos que han podido ser vistos posteriormente han engordado de una manera visible; finalmente, su benignidad en sí, casi podemos calificarla de total: ningún operado ha fallecido por la intervención, exceptuando al enfermo de la observación N.º 19, á quien lo mató la aguda complicación pulmonar post-operatoria.

3.º. Que los fracasos operatorios que se le atribuyen, han sido en épocas en que la bacteriología aún no había demostrado los peligros microbianos. Hoy con los cuidados de asepsia que se toman, han desaparecido las graves infecciones, que antes eran tan frecuentes; sacando el número de los heridos que se han infectado ligeramente, tenemos que han sido solamente unos cinco, de los cuales todos ellos sufrían de enterocolitis y no se pudo conseguir la constipación, á pesar del opio que se les administró.

4.º. Que la estrechez post-operatoria, la mayor objeción que se le hace á la escisión de Whitehead, no tiene hoy fundamento de ser, desde el momento que la asepsia ha hecho desaparecer las cicatrizaciones por mummelamiento, causantes de las estenosis. En los enfermos en quienes ha sido posible un exámen, pasado algun tiempo después de la operación, se les ha hecho, sin haber encontrado en ninguno de ellos ninguna estrechez. Si en las observaciones 2, 4, 9, 17, se han presentado pequeños signos físicos y funcionales de estrechez cicatricial, ha sido por infección de la herida á consecuencia de las deposiciones que estos enfermos han tenido en el transcurso de los cinco primeros días, complicación que es fácil á hacerla desaparecer con algunas dilataciones.

DISCUSION:

DR. DE LA TORRE.—Felicitá al DR. ALCIVAR y dico haber visto uno de los operados el cual conservaba en muy buen estado la función rectal. Hace suyas las conclusiones del DR. ALCIVAR.

DRES. AGUSTIN ROSALES y CORTES GARCIA.—Opinan porque el método de Whitehead es el mejor.

DR. FUENTES R.—Expone que opera por el método do Reclus en los casos en que no puede usar anestesia general ó la raquicocainización para proceder por el método de Whitehead.

DR. ALCIVAR.—Manifiesta que solo ha relatado las operaciones totales de hemorroides. Que ha practicado algunas por el método de Reclus con buen éxito,

Sesión del día martes 12 de Octubre

SUMARIO.—DR. MIGUEL ANTONIO LAZO (Cuenca): Monografía del absceso hepático.—DR. MARIO V. de la TORRE, (Quito): Amibiasis hepática y su tratamiento por la emetina.—DR. GUILLERMO ORDOÑEZ, (Quito): El absceso hepático en el Ecuador.—DR. WENCESLAO PAREJA, (Guayaquil): Sarcomatosis de la piel.—DR. MIGUEL H. ALCIVAR, (Guayaquil) Heridas de los gruesos troncos nerviosos de los miembros.

Instaló la sesión el señor doctor Francisco J. Martínez Aguirre, quien ordenó se pasara á la orden del día.

Absceso hepático

(Hepatitis vera-Hepatitis suppurativa)

POR EL

DR. MIGUEL ANTONIO LAZO

Las enfermedades del hígado y en especial la conocida con el nombre de absceso hepático, aquejan al hombre más de lo que generalmente se supone. Comunes á todos los climas, lugares y estaciones, hacen de su escogida víctima un ser débil que, lentamente llevando á cuestras una víscera putrefacta que se disgrega, camina á su aniquilamiento y á la tumba. La multiplicidad de causas: contusiones, traumatismo, derivaciones de otros males, excesos y rudeza del trabajo, dan origen á que su estudio preste interés en la práctica diaria, donde continuamente se presentan muchos casos que combatir.

Según el desarrollo de dichas afecciones, marcha y complicaciones, vienen en auxilio, la medicina: ciencia que tiene por objeto la curación de las enfermedades por agentes ó medio terapéuticos; y la cirugía: ciencia, que, con igual objeto, emplea las operaciones quirúrgicas.

En el presente trabajo, debo concretarme á la aplicación de la segunda, cuando la afección á la glándula hepática ha llegado á uno de sus grados máximos: el absceso.

En somera revista apuntaré estudios de diferentes autores en la marcha ascendente que ha recorrido la ciencia—evolución obligada del progreso—desde tiempos lejanos hasta nuestros días; de allí, á grandes rasgos, me concretaré á ciertos casos ocurridos en la práctica profesional, especialmente en la región interandina de los trópicos ecuatorianos.

Prolegómenos

El hígado es una glándula destinada á la secreción, entre otras, de la bilis y de un producto cuya sustancia se denomina glicógeno, ó sea generador del azúcar. Este solo aspecto determina su importancia anatomo-fisiológica.

La glándula hepática, sobre ser la mas voluminosa de las del cuer-

po, pesa más que todas reunidas: dos kilogramos. Ocupa todo el hipocondrio derecho, la región comprendida en las seis últimas costillas, una parte encima del estómago (epigastrio) y termina hasta el hipocondrio izquierdo, cubriendo también parte del estómago.

Algunos autores para determinar el volumen normal por medio de la percusión— método de explorar las cavidades y lesiones del cuerpo por el golpe—, toman desde el apéndice xifoídes tres ó cuatro centímetros hacia arriba, ocho centímetros en la línea mamaria desde el borde de las costillas en la misma dirección superior, y doce centímetros en la línea axilar, desde dicho borde. Fuera de estos límites, estará afectado el hígado, ya de aumento (hipertrofia) ya de disminución (atrofia).

Los vasos que le circundan, llamaremos aferentes y eferentes, son: arteria hepática, venas suprahepáticas, vena porta, linfáticos y conductos biliares. Todos ellos pueden servir de vías para la trasmisión de gérmenes piógenos, lo cual tiene verdadera importancia patológica.

No continuaremos sin antes enumerar las múltiples relaciones del hígado con los órganos vecinos: estómago, intestinos, peritoneo, diafragma, repliegue pleural, y de ahí al pulmón, puntos que se deben tomar en cuenta, ya que en la evolución de los abscesos puede conducirse el pus para la eliminación por cualquiera de estas vías.

Historia

Los abscesos hepáticos son muy conocidos: Hipócrates, en sus aforismos, nos habla de la calidad del pus: si blanco, de buen agüero; si de color alpechín, caso mortal. No sólo se presentan en los climas cálidos y pantanosos, sino que en climas fríos, como en el del Azuay, su número no es despreciable. Obsérvase también que en ciertas localidades de climas cálidos dichos abscesos son más frecuentes que en otros: en el valle de Yungilla, p. e. Prov. del Azuay, entre la serranía y la costa, á 1590 metros de altura, donde domina la malaria, he encontrado mayor número de abscesos del hígado que en varios lugares del litoral.

Al tratar de las causas, manifestaré algunas observaciones propias.

LA RAZA.—Si dijera que esta no influye en la formación del absceso; no obstante, la raza blanca es la más atacada; raro, muy raro en la clase indígena; excepción que debe atribuirse tal vez al régimen alimenticio, á las costumbres, á la higiene; cuestiones dignas de especial estudio. Nuestros indígenas, todavía atados á usos de primitivos pobladores de la tierra, en consonancia acaso con las leyes más amplias de la naturaleza, parece que han encontrado el antídoto ó braquel contra muchas enfermedades: son los que menos sufren en relación con los habitantes de las urbes modernas. Duermen al aire libre, sin cuidarse del curso y corrientes de los vientos; trabajan, sujetos á la influencia directa de los rayos solares; andan descalzos, como baseando en la humedad de la tierra savia que nutra el cuerpo humano; y así, son casi inmunes á las afecciones del hígado. ¿Cuál es la causa? Está aún por descifrársela.

Hay también individuos de color subictérico, que los clínicos denominan constituciones hepáticas.

EDAD.—Los abscesos son peculiares á los adultos: no tenemos observación alguna en los niños (sabemos de los casos citados por Trousseau y Jaccoud, á consecuencia de quistes hepáticos); en la senectud, muy pocos.

Sexo.—Los hombres son más atacados; encontrándose casos aislados en las mujeres; podemos afirmar el 1.º.

Etiología

Las causas de los abscesos hepáticos son numerosas: ocupan, en primer término, los traumatismos intensos: pues, á pesar de estar defendido el hígado por las paredes torácicas, refieren algunos cirujanos que, á consecuencia de choques de pedazos de granada en este órgano, y aun sin ocasionar herida alguna, *hase producido desgarramientos* que dieron origen á verdaderos abscesos, en virtud de ser demás friable su tejido.

Para apreciar los motivos originarios del absceso, será mejor recordar los diversos pareceres de los autores, en orden cronológico y en armonía con las ideas científicas de su tiempo.

Benjamín Bell, (1798), reconocía en los climas cálidos los abscesos «talvez porque la bilis adquiere en estos países tal acrimonia que irrita las partes que toca».

L. C. Roche, miembro de la sociedad de Medicina de París y L. I. Sanson, cirujano 2º. del Hotel Dieu (1836), se expresan en la siguiente forma: «Las causas más frecuentes de la hepatitis son puramente mecánicas, como golpes, &.....» En seguida de estas, las que más comúnmente lo producen son las fuertes excitaciones del estómago ó intestinos, con particularidad las que resultan del uso intempestivo de vomitivos y purgantes drásticos. La inflamación de la mucosa gastro-duodenal produce por continuidad de la flegmasia....., irritándole por simpatía.....»

Mr. Rives, determinaba como causa de los abscesos una propagación de la inflamación venosa. La hepatitis se forma también por influjo de las heridas de la cabeza, y de las pasiones de ánimo violentas y repentinas, como la cólera y fuertes pesadumbres. En fin, una serie de causas, no dignas de mención.

Dr. José Frank, Consejero de Estado del Emperador de Rusia (1816). Determina tres grupos: 1º. La hepatitis producida por influencia de la simpatía que une el cerebro con el hígado, principalmente por los nervios. 2º. La continuidad de textura del tejido celular, que permite que el pus se extienda desde la cabeza al hígado. 3º. Una metástasis....

No es nuestro propósito refutarlas: las dos primeras causas podrían rechazarse por erróneas, pudiendo admitirse la última.

Dr. F. J. Valleix, médico del Hospital de la Piedad, de París, dando pasos gigantescos admitidos en el día, atribuye, entre varias causas, á la fusión de los tubérculos en este órgano, y consecutivas á la disenteria y á las ulceraciones intestinales, que constituyen la lesión anatómica de esta enfermedad.

F. Niemeyer (1875). Declara causa de la hepatitis supurativa las mismas células hepáticas. Estas, al principio, se hinchan y se impregnan de una sustancia albuminosa; luego se desorganizan y forman en el hígado cavidades llenas de estos elementos destruidos. Liebesmeister, citado por el mismo, es de opinión que el proceso principia por el tejido intersticial, y que es secundaria la fusión de las células hepáticas. Además rememora: las heridas y contusiones del hígado, si bien como causa rara; la extrangulación de concreciones angulosas en las vías bili-

res; los desórdenes gastro-intestinales; y las metastasia, desarrollando su mecanismo.

S. Jaccoud (1887). Presenta las mismas causas anteriores e indica que de las investigaciones de Gluck resulta que las embolias disintéricas varían según el estado en que se encuentra el hígado: si no ha sufrido ninguna alteración por la malaria, el elemento disintérico es estéril. De ningún modo podremos convenir con esta teoría, como lo veremos más adelante.

J. J. Peyrot. Los grandes abscesos del hígado son el resultado de una hepatitis circunscrita: de las disenterias, la mayor parte, y también de la malaria. En las alteraciones de los abscesos hepáticos, unos resultan estériles, y en otros observáanse micrococcos aislados, estafilococcos, aureus ó albus, estreptococcos, pneumococcos, bacterium coli, y amibas. Débese apreciar la angiocolitis infecciosa, como también la propagación por la vía linfática arterial.

Dr. Hermann Eichhorst (1894). Cita las mismas anteriores.

Dujardin Beaumetz (1895). Hace notar como uno de los orígenes, la disenteria y la hepatitis.

G. Dieulafoy (1899). Atribuye gran importancia á la disenteria; si bien indica que hay abscesos independientes de ella, cuya naturaleza íntima le es desconocida, y afirma que no tiene nada de común con el paludismo.

A. L. Dentu y Pierre Delbet (1901). Profesores de la Facultad de Paris, nos proporcionan un estudio completo de dicha etiología, y admiten, que todo absceso del hígado proviene de una infección microbiana, concurriendo á su desarrollo casi toda la flora piógena; los traumatismos, desde el más leve ó la más pequeña herida, hasta las rupturas por contusión, siempre que concorra una infección causada por cualquier microbio séptico; los cuerpos extraños, los cálculos infectados, los parásitos intestinales, los quistes hidáticos infectados, las infecciones biliares, la angiocolitis, los antrax, la fiebre tifóidea, la piohemia é infecciones periuterinas y supuraciones apendiculares.

La disenteria, como una de las principales causas de esta enfermedad, es reconocida por la mayor parte de los autores, observando que ciertas condiciones climatológicas aumentan la virulencia y el desarrollo. Pero no están conforme en el origen de los abscesos llamados palúdicos y opinan borrarle del cuadro nosológico.

Admiten también, que gran número de estos abscesos hállanse perfectamente estériles; pero que en su origen fueron primitivamente fértiles y sépticos; que si son asépticos, es por una esterilidad tardía secundaria, en virtud de que han desaparecido los microbios debido al envenenamiento de sus propias toxinas (excreciones microbianas).

Conclusión

De las causas que acabamos de ver se desprende que los abscesos primitivos ó idiopáticos (descritos por algunos autores), son infundados. Admítase como «condición sine qua non» para el desarrollo de los abscesos la concurrencia de microbios piógenos en tal ó cual estado del órgano; es decir, en la actitud ó predisposición capaz al desarrollo de aquellas colonias.

Es innegable que la *entoameba histolítica*, elemento productor de la disenteria, es la causa más frecuente del absceso hepático. En las

aguas de nuestros manantiales y de uso común encontramos estos protozoarios en abundancia: el distinguido micrógrafo Sr. Francisco Brown Weber, en las clases de *Histología* dictadas por él, nos demostró varias veces tal particular.

Enseña la terapéutica que los efectos de la ipecacuana ó de su principio activo, la emetina, son mortales para esta clase de hongos «fisiparos», como algunos los llaman. Últimamente, el doctor Nicanor Merchán, distinguido intelectual y profesor de la Universidad del Azuay, hizo un ensayo práctico en la persona del Sr. Luis Belisario Delgado, comerciante de Cuenca; quien sufría de un absceso hepático desde hace algunos años, que se eliminaba en forma de vómitos, sin que hubiera podido la intervención médica obrar en su favor: pero el Dr. Merchán le hizo algunas inyecciones de emetina, con las que consiguió curar al paciente radicalmente de su afección. Con lo cual quedaba demostrada la naturaleza ámbiana del absceso en cuestión.

Me atrevería á sostener ante este honorable é ilustre Congreso, que el paludismo, como causa productora de los abscesos hepáticos, no debe borrar del cuadro nosológico.—El Dr. P. Ehrlich, en su *Hematología* trae extenso estudio del paludismo: divide en tres tipos, por razón de la forma de los parásitos que concurren en la infección de la malaria, y son: 1º.—El terciano; 2º.—El cuartano; y 3º.—El estivo-autumnal.

Los parásitos tercianos poseen gran actividad en sus movimientos amiboideos y muestran muchos pseudópodos (falsos pies); el glóbulo rojo se hincha, aumentando de volumen: en el cuerpo segmentado por completo, en forma de roseta, se ven 18 masas compactas de cromatinas, que son los núcleos de los nuevos esporos.

En el tipo cuarto, «el plasmodium» ó parásito es más pequeño, de menos movimientos amiboideos. La roseta cuartana contiene de 6 á 12 esporos en vez de 18, y los glóbulos rojos infectados se encogen, mientras que los del tipo terciano se hinchan.

El parásito estivo-autumnal produce una fiebre de carácter terciano y cotidiano. Las varias formas de malaria perniciosa, proceden de este parásito, que da también lugar á diversas clases de fiebre. Es más pequeño que el tipo cuartano; de débiles movimientos amiboideos; su cromatina es menos abundante, y se subdivide antes de llegar al estado de pigmentación. Los glóbulos rojos disminuyen aún más que los producidos por parásitos tercianos, y tienen una apariencia opaca metálica.—Todos estos tipos de parásitos se guían por la tendencia de alojarse en las vísceras, ocasionando estados patológicos verdaderos.

Según observaciones propias, en el valle de Yungilla, domina el tipo terciano con infarto del hígado y del bazo, por regla general, constituyendo notables hipertrofias. Los enfermos así atacados sufren más tarde de los abscesos que venimos estudiando. Pocos son los afectados del tipo cuartano, y raros del pernicioso ó estivo-autumnal.

Todos estos enfermos conservan sus energías por mucho tiempo: tienen color tinte subictérico, y muy tarde cambian por el caquético.—La malaria propia de este valle-Yungilla, es muy resistente á la quinina y sus preparados.

Distintos efectos he observado en centenares de enfermos en la parroquia de Naranjal, provincia del Guayas: las personas que contraen el paludismo se vuelven caquéticos en poco tiempo, y raros son los casos con hipertrofia del hígado y el bazo. Su tipo es del estivo-autumnal, con marcada tendencia al estado pernicioso, dominando la forma algida,

que el pueblo conoce con el nombre vulgar de «pasmos», cuyos síntomas se parecen á los de la colerina. He tratado á muchos de estos enfermos por medio las inyecciones de quinina, logrando salvarles.

Consignaré el siguiente caso, diré de tipo epileptiforme. Paciente, un joven N. Aguirre: por el enfriamiento glacial del enfermo, diagnosticué de pernicioso, é incontinenti le inyecté dos ampollas de quinina, logrando moderar los ataques intensos; desde el siguiente día, inyecciones una por la mañana y otra por la tarde, consiguiendo dominar su estado. Después de algunos días se le presentó escalofríos: le administré preparados de quinina por la vía gástrica hasta su completo restablecimiento; sin que en el transcurso de muchos meses de observación, se repitiera ni los ataques epileptiformes, ni ningún absceso palúdico.

Como único caso en esa localidad, fui llamado á asistir á una mujer, esposa de J. Cajamarca, de absceso hepático maniifesto.

Por estas y otras observaciones, creo que la virulencia del estivo-
autumnal, no proporciona tiempo suficiente para la formación de abscesos hepáticos, por la destrucción inmediata de los glóbulos rojos en el torrente circulatorio, y por la casi inmovilidad de este tipo de parásito. Innegable es la hiperplasia de las células hepáticas por el paludismo; de ahí la hipertrofia del órgano y las degeneraciones amiboideas. ¿Sería de admitir que en este estado, la concurrencia de los desechos de los glóbulos rojos, la metemoglobina, el pigmento ocre como último residuo; la demasia movilidad amiboidea del «plasmodium malaria», principalmente del tipo terciano y cuartano, produzcan los abscesos hepáticos? Es de creerlo.

Como se ve, pues, «el origen patogénico» de los abscesos, es demasiado múltiple; y en ciertas condiciones del órgano, traumatismo, inflamaciones, &c., concurren para el desarrollo de aquellos, cualquiera de los seres microbianos: hongos filisporos, «plasmodium malaria» y aún la fusión de tubérculos, que si no son demostrados por los estudios bacteriológicos, es porque la misma evolución de los abscesos destruye la causa generadora.

División

Se dividen y clasifican los abscesos en pequeños y grandes.

Los pequeños, destruyen la célula hepática, degenerándola en gránulo-grasosa; son excesivamente diminutos, y por su misma proporción minúscula no pertenecen al campo de la cirugía. No obstante, pueden estos reunirse y formar un grande absceso.

Los grandes, se subdividen en perihepáticos, unilobulares, y multilobulares. En todos estos interviene dicha ciencia, de manera indefectible, confirmando el diagnóstico, por aquello de que: «ubi pus, ubi evacua».

Sintomatología

Los grandes abscesos, por las distintas formas que presentan en su desarrollo, tienen variedad de síntomas. Naturalmente, los abscesos en su formación recorren todo un ciclo determinado en la patología general, de manifestaciones de congestión, influencias é inflamación (hepatitis): sus formas son, aguda, subaguda, crónica, y velada ó latente,

La forma aguda suele presentarse por un gran escalofrío; y tal iniciación puede originar que el médico lo confunda con otras muchas enfermedades, con una neumonía ó cualquiera infección en vía de desarrollo; suele tomar también las formas gripal, tifoidea, de absceso palúdico y provoca vómitos biliosos.

En la subaguda, los síntomas atenuados en el primer septenario, se desenvuelven bajo la forma intermitente ó remitente, y entra al estado crónico: puede durar muchos meses, á veces años, determinando sus manifestaciones según la localización del absceso; el cual por lo común ataca al lóbulo derecho.

Los signos físicos son muy inconstantes: cuando domina el color icterico ó la insuficiencia hepática, puede presumirse un absceso. La hipertrofia difusa del órgano; la existencia de un tumor localizado; el edema y rubicundez de la región que cubre el hígado, son signos de un absceso próximo á abrirse. En la línea axilar correspondiente desde la sexta costilla hasta la última, caracterizada por un edema y signos de fluctuación, son datos de un absceso perihepático. Los ruidos de frote, indicado por algunos autores, no los he comprobado.

Es síntoma inseparable del absceso hepático, el elemento dolor; localizado unas veces en el propio lugar de su formación y destino, otras, por transmisión de los filetes nerviosos, en el abdómen y en las regiones del hombro derecho, subclavicular y supraescapular. Cuando el desarrollo es de forma latente, por lo menos domina una impresión de peso permanente, y que se traduce por sensación aflictiva, en los esfuerzos de locomoción, tos, defecación, y en las fatigas exageradas, principalmente al cabalgar.

Es digno de notar en el enfermo un sudor pegajoso inseparable que, según la intensidad del foco, se convierte en profuso y que aumenta particularmente después de las comidas, acompañado de profundo dolor de compresión en toda la extensión del órgano.

Marcha---Duración---Terminación

El desenvolvimiento de los abscesos, es variable: en las formas subaguda y crónica, se repiten con frecuencia, á intervalos, ataques paroxísticos. La duración indeterminada, guarda relación con la marcha de la enfermedad.

La terminación verificase de distintas maneras: por enquistamiento—se presume que serán abscesos de pequeño volumen—; por transformación, no por reabsorción primitiva, puesto que el absceso sufre metamorfosis jabonosa, grasosa ó caseosa y en este estado recorrerá el organismo como producto de asimilación; lo cual dá á traslucir la terminación feliz de los abscesos pequeños.

El principal modo de terminación es por medio de la evacuación espontánea: por las numerosas relaciones que tiene, puede abrirse paso por la piel y por las vísceras torácicas y abdominales, ocasionado la perforación del enfermo, y aún la muerte, según el órgano importante por donde se elimina el pus.

En las observaciones que luego anotaré, iré señalando ciertas modalidades de terminación.

Diagnóstico

El conocimiento de los abscesos por sus signos, no puede obtenerse, en ciertos casos, á primera vista, por la misma variedad de manifestaciones. La forma aguda puede confundirse con muchas enfermedades infecciosas: con la neumonía; mediante suma atención en la auscultación de esta, sentiremos los ruidos crepitantes ó subcrepitantes: con una pleuresía purulenta; pero los signos de frote de la pleura y lo velado del murmullo vesicular del pulmón, esclarecerán el diagnóstico; con la fiebre tifoidea, en especial con un estado tífico del hígado; debiéndose para el diagnóstico exacto tomarse en cuenta la posición del enfermo: pues, en dicho estado tífico, vese obligado el paciente á adoptar determinada posición, doblar los muslos sobre el vientre y el costado enfermo afectado, que se llama «hacerse ovillo»; además se confirma por los vomitos biliosos. Con el paludismo agudo, la administración de los preparados de quinina, nos guiará á la verdad.

La forma subaguda confúndese con el paludismo de clase remitente ó intermitente; también los preparados de quina darán luces para la apreciación exacta.

La forma crónica tiene semejanza con las diversas cirrosis, cáncer, quistes hidáticos; pero el cortejo de síntomas en estas enfermedades es muy distinto, particularmente faltan los abscesos febriles.

La forma latente puede equivocarse con una simple congestión del hígado y con todas las hipertrofias mencionadas.

Para determinar el acercamiento á un diagnóstico preciso, he procedido de esta manera: extender la mano derecha, con los dedos unidos, colocarla verticalmente, cubriendo ligeramente la línea media de la región gástrica, y con la izquierda notar la tensión del hipocondrio derecho, comparado con el izquierdo; una percusión metódica con el dedo índice de la mano derecha, á manera de martillo, y recibiendo—en distintos puntos de la región abdominal y torácica que cubre al hígado y en cada uno de sus espacios intercostales—la trasmisión del golpe con el pulpejo de uno de los dedos de la mano contraria, he logrado notar cierta elasticidad peculiar y la repleción poco perceptible de una oleada de líquido, que me han guiado á un seguro diagnóstico.

La manera ulterior de la comprobación del diagnóstico del absceso, es, sin disputa, la punción exploradora, con el aparato de Potain, del cual declaro ser partidario.

Pronóstico

El pronóstico de los abscesos hepáticos grandes localizados, depende de la precocidad del diagnóstico, de la inmediata intervención y de las observaciones en las curas diarias, hecha con eficaces desinfectantes. Recuerdo que llamado á ver á un amigo, diagnosticó su afección de absceso hepático, y le aconsejó la inmediata intervención quirúrgica: sea por temor al cirujano (prejuicio arraigado en el pueblo, de que «la cuchilla mata»); sea por esperanza de que se resolviera espontáneamente, cual lo conceptúa muy fácil el vulgo, dejó pasar un tiempo de ocho meses más ó menos; y agravado su estado, decidióse al fin á ser operado. Lo atendió el Dr. Ayora, y asistí á la operación con el solo objeto de ver si se comprobaba el juicio por mí formado acerca de los cambios y variantes de

la enfermedad: todo el órgano estaba invadido ó destruido; la pérdida de fuerzas y la demacración eran notables; lo cual tenía necesariamente que conducirlo á la tumba.

No debe descuidarse también, para el pronóstico, de examinar la virulencia de los gérmenes infectantes que pueden dar lugar á abscesos gangrenosos, manifestados por muchos autores. Fuera de estos casos, los grandes abscesos del hígado son generalmente curables con la intervención de la cirugía; y su curso y evolución es fácil preverlo.

Tratamiento

Para exponer los métodos de tratamiento, seguiré el mismo orden de estudio observado en la «Etiología», presentando los diversos procedimientos de los autores.

Desde época muy remota ha sido admitida en el «modus operandi» evacuar el pus del absceso hepático, confirmado el diagnóstico; sin embargo, algunos maestros eran de opinión no tocarlo hasta que se hiciera superficial.

Benjamín Bell, (1798).—Después de tratar el período de inflamación por escarificaciones, sangrías, laxantes, vegigatorios y mercuriales y fricciones hasta la saturación, se resolvía, confirmando el absceso, á extraer los humores purulentos ó líquidos mórbidos, por cuanto aumentase sus proporciones en razón directa de la tardanza: hacía una incisión longitudinal suficiente en los tegumentos externos sobre la parte más declive del absceso; llegado á este lugar procedía á verificar una incisión directa en el hígado, llenándola en seguida con lechinos (mechas) previamente untadas con aceite ó con algun unguento. También acostumbraba introducir una cánula para conceder libre paso á lo que vaya formándose después.

Velpeau, (1834).—Refiere en su obra, que los abscesos, los quistes hidatíferos se han mirado por muchas personas como superiores á los recursos de la cirugía, y deshechaban abrirlos, ya por falta de precisión del diagnóstico, ya por temor de producir derrames en el peritoneo, ya—finalmente—por recelo á la acción del aire é influencias sobre las paredes del foco. «Recamier» aplicaba la potasa cáustica en varios puntos en que el absceso señalábase por una eminencia, con el objeto de formar una gran escara; así ir profundizando hasta dar con el foco; obtenido lo cual hacía sus curas simples con lechinos y lavados. En la actualidad, que la ciencia ha trazado nuevas rutas en el campo especulativo, no es aceptado este método porque puede perfectamente, fácilmente producir una gangrena de infección secundaria: la misma objeción, para con los sedales.

El mismo autor indica también la punción exploradora como medio de asegurar el diagnóstico.

M. Begin.—Se decidía por el procedimiento de llegar lámina por lámina hasta la colección purulenta, para luego dejarla en suspenso para que se abra espontáneamente y de salida á las materias allí contenidas.

L. C. Roche.—Partidario del sistema anterior: sus lavados los empleaba mezclando agua con miel.

José Frank.—No habla de la hendidura quirúrgica; manifiesta que después que se ha abierto espontáneamente la «vómica hepática interna», así lo designa, debe ayudarse á la eliminación por curas, enemas y espec-

lorantes, según la vía por donde se verifique aquella. Contraindica el uso de los mercuriales, cuando se tiene sospecha de la formación del pus.

R. J. Graves.—En presencia de un absceso hepático hallábase indeciso en proceder ó no á la abertura artificial, atendiendo á que varios cirujanos estaban por la negativa. Consultado en un caso, recordaba que, ciertamente, algunas veces había hecho incisiones con el objeto de abrir abscesos profundos de diversas partes, y si bien no había dado salida inmediata al pus, después de pocos días solían evacuar espontáneamente; prevalido de esta observación aconsejó á su profesor M. Mac Namara á que practicara la operación; y al efecto, hizo al paciente una incisión de 10 centímetros hasta llegar á 2 ó 4 milímetros del peritoneo, encontrándose en estado normal los músculos del abdómen. Esperaron con ansiedad el resultado: al cabo de dos días, después de que el enfermo estornudó—así refiere—salió gran cantidad de pus por el ángulo de la incisión; pero descubriéndose que esta no correspondía al centro del absceso. Sanó el enfermo, y desde entonces dicho facultativo adoptó tal método en su práctica.

F. L. I. Valleix, F. Niemeyer, Alfonso Guerin.—Aluden al tratamiento de los autores anteriores, desechando por completo el uso de los calomelanos ó preparados mercuriales y administrando la medicación tónica.

S. Jaccoud, J. J. Peyrot.—Al recomendar la punción como medio de diagnóstico hablan del procedimiento operatorio, capa por capa y del establecimiento de un drenaje ó tubo de desagüe.

Herman Relehorr.—Indica unir la incisión con la resección costal para dar mayor amplitud á la salida del pus: considera que la intervención quirúrgica es indispensable á los abscesos.

Dujardin-Beaumetz.—Desecha las opiniones contrarias á la intervención y aconseja se proceda á operar lo más pronto posible. Presenta estadísticas acerca de que la mortalidad es mayor é incomparable en la no intervención: considera la operación muy fácil y de ningún peligro, apoyado en el conocimiento por medio de los benéficos aparatos aspiradores de Dieulafoy y Potain, que no causa accidente alguno con su penetración.

Los procedimientos rápidos son preferibles á los lentos, y la forma de incisión, capa por capa ó primitivamente y directa en el saco, depende de que el absceso sea superficial ó profundo: aconseja también hacer uso del cauterio Paquelin.

Dieulafoy, es del mismo parecer.

Stromeyer-Little, (1880).—Dió un paso ventajoso en el tratamiento: introducía un trócar para comprobar la salida del pus, y guiándose por el mismo, colocado en el foco, hacía una incisión rápida en toda su profundidad, dividiendo los tegumentos y el tejido hepático. De esta manera conseguía reducir los casos de mortalidad, según datos recogidos por la estadística.

Muchos cirujanos no se convienen con este método, que lo llaman «la ciega y peligrosa incisión de Little», por varios accidentes que puede ocasionar: la herida de un vaso importante, produciendo una hemorragia incontrolable; lesiones del epíplon, del intestino, estómago, y á veces de la vesícula biliar. Puede también quedar destruido el paralelismo entre la herida hepática y la de los tegumentos externos, derramándose el pus en la serosa peritoneal; y por consiguiente, desarrollándose una peritonitis; puesto que las materias purulentas hepáticas no son enteramente asépticas.

Hoy, todos los cirujanos están convenidos que á la intervención quirúrgica en los abscesos grandes, débese proceder como para una laparotomía, de modo metódico, incidiendo capa por capa. De esta manera, es una operación de «visu» en todas sus circunstancias ó modalidades, sin recelo á ninguno de los accidentes que hemos apuntado. Una vez abierto el foco y lavado, se le drenará asegurándole como fuere posible. Actualmente dan importancia al raspado, para la destrucción de la bolsa ó membrana y para evitar la septicemia consecutiva; pero hay necesidad de tomar precauciones y de mucha prudencia para manejar una cureta, como si se manejara una pluma de escribir.

Los tratamientos de los abscesos hepáticos puestos en práctica por nuestros cirujanos, han variado notablemente. Cursaba los primeros años de medicina: la asistencia al Hospital de esta ciudad era obligatoria é indispensable; el servicio interno del establecimiento, malo y pésimas sus condiciones higiénicas. El médico, uno solo, no podía prestar la buena y prolija atención que requieren establecimientos de este género, donde la caridad y la filantropía emulan en la grande y noble labor de auxiliar á la humanidad doliente. Se presentan entermos de abscesos hepáticos, muy frecuentes en esta población: después del diagnóstico, determinado por la percusión é indicios de fluctuación—no he visto hacer uso de asepsia—, se procedía á operar al paciente, y nuestro maestro, con rubor debo confesar, en la misma cama del enfermo—nidat de microbios—procedía á inferir á éste una cuchillada profunda de bisturí en la parte donde estaba la mayor eminencia; y luego le introducía lechinos, que no conocieron ni un mediano aseo. Neófitos en la ciencia, no obstante, mal podíamos convenirnos con semejante procedimiento; y á tal método, raro y bárbaro, dábamos los estudiantes el nombre de «cuchillada criminal». Sin embargo de los conocimientos modernos y reglas de antisepsia y asepsia, habíamos retrocedido dos siglos.

Traslademe á la ciudad de Guayaquil con el objeto de aprender y practicar la cirugía: el nuevo teatro, con la instalación del Hospital General, era amplio; y comparado con el nuestro, resultaba este, una gota de agua al caudal del mar. Los distinguidos cirujanos doctores Francisco Martínez Aguirre y Miguel H. Alcívar trabajaban admirablemente. Operaban los abscesos hepáticos, plano por plano; en cuanto al dren variaba el primero, con tubos de gutapercha con dos compartimentos—ideados por el mismo doctor—y de diferentes dimensiones; el dren establecido por el doctor Alcívar, de tubos de goma elástica, parecíame excelente por todo concepto. El servicio de desinfección, como la cooperación de alumnos era recomendable. Al afamado cirujano Dr. Larré (francés), durante su visita á dicho hospital, en el que operó apendicitis y varias otras enfermedades, le oí manifestar que no encontraba deficiencia alguna en el servicio de aquel establecimiento, digno de la culta Guayas.

Con las ventajas obtenidas durante algunos años de aprendizaje, resolvíme á operar siguiendo el mismo método de aquellos hábiles, diestros y justamente reputados cirujanos. Casi en la totalidad de los operados he obtenido éxito. Seame permitido ahora pasar al relato de algunas observaciones, entre los muchos casos prácticos que se me han presentado.

Observaciones

Absceso difuso del hígado.—Colerragia

(1907) Daniel S. Lery: joven de 24 años, soltero, nacido en la ciudad de Cuenca, de ocupación dependiente empleado en casas de comercio—, de vida activa y recomendable en el desempeño de sus labores.

Antecedentes. Color, paizo blanco; una de constituciones que podríamos llamar hepáticas: cuando impúber había contraído una pulmonía de pocos días de duración, verificándose la convalecencia sin complicación alguna: no conocía disenterias, ni sufrido abscesos palúdicos, como tampoco enfermedades específicas (sífilis), ni erupciones á la piel; simplemente tenía quistes cobáceos (espinillas): de padres excentos de enfermedades crónicas. En uno de sus viajes al litoral, sufrió una caída de caballo, recibiendo fuerte golpe en la región lateral del hígado; contusión que le causó vivos dolores y persistió por algún tiempo.

Desarrollo. La enfermedad manifestóse al principio por abscesos intermitentes cotidianos: que disminuyeron para tomar la forma terciaria; y luego, la remitente: la lengua conservaba saburrosa y de sabor metálico; la orina, cargada de urea, color amarillo oscuro; dejada en reposo aparecía, antes del análisis químico, con sedimentos que, al removerla, tornaba á un color opaco... «de chicha de jora», expresión comparativa vulgar y propia de esta provincia.

Los signos físicos de la región hepática, determinaba un aumento de volumen de la región torácica y parte de la abdominal, formando una eminencia en toda la extensión de la primera. A la percusión se notaban oleadas de retroceso del líquido; por último, confirmóse más aun el diagnóstico con una jeringuilla de Roux, por carecer de otra en el lugar.

Tratamiento.—Para entrar al tratamiento, bajo estricta desinfección, se necesitaban medicamentos y útiles indispensables para el objeto; pero surgieron dificultades; por una parte, la suma pobreza de la familia, imposibilitada á erogar los gastos, en un país en donde, generalmente, fortuna y comodidad son privativas de pocos habitantes; por otra, la carencia, á la sazón, en las boticas de la ciudad de Cuenca, de catgut, de gasas desinfectadas, aparato auto-clave, &c. &c.: apenas se conseguía en las farmacias un poco de algodón hidrófilo. En tan desfavorables circunstancias, ordené conseguir género nuevo para hacer vendajes, apósitos y lo más necesario, previo lavado y esterilización de la tela, secándola en seguida con planchas calientes, y aconsejando guardar en cajas de cartón, con aseo escrupuloso.

De catgut, disponíamos de cuerdas de alambre y pita para guitarras; de drenaje, tubos de goma elástica, utilizados de los de un irrigador; mesa de operaciones, una común de madera, lavadas con agua hirviendo y son una disolución de sublimado al 2/1000. La pieza ó cuarto determinado para la operación, aseada, y su suelo ó piso bañado también con agua hirviendo y sublimado. He allí el arsenal para el tratamiento.

Al enfermo se le sujetó á la cloroformización, atendida esta por el doctor Miguel O. Bustos, colega que con destreza y precisión sabe desembararse en estos casos, y en seguida fué operado plano por plano capa por capa, en los cuales se observaban muchísimas adherencias, que estaban en relación con los tegumentos externos. Por último, procedí á la incisión del hígado, evacuándose una gran cantidad de pus obscuro verdoso y de

tinte rojo obscuro, propio del detritus del hígado, cantidad más ó menos de cinco litros.

Los lavados posteriores fueron hechos con una solución de permanganato de potasa al 1/4000, bajo mediana tensión del irrigador. Todas las demás curas siguieron por este método; y después, conforme la eliminación purulenta disminuía, los lavados se arreglaron con mezcla de agua esterilizada y tintura de yodo al 4.000.

El estado del paciente fué muy satisfactorio á los 30 días, sin embargo de su perfilada demacración: la eliminación del pus era total, y veíase claramente la reorganización hepática. Posteriormente se presentó una colerragia abundante, cuya eliminación se verificaba por el lugar de la incisión y por los intestinos, siendo imposible poder contenerla. Todos los medios que presta la terapéutica me fueron inútiles; y después de catorce días falleció el enfermo por inanición absoluta. Caso malogrado, debido á complicaciones del todo extrañas á la operación quirúrgica.

Trató de verificar la autopsia con el objeto de patentizar que no existía fistula biliar alguna, y hacer observaciones que acaso hubieron redundado en amplitud de conocimientos para el operante, y servido de enseñanza práctica á los jóvenes amigos que aun cursaban las aulas universitarias; pero no se me consintió, talvez por prejuicios arraigados á costumbres.

Absceso perihepático--Pleuresia purulenta

En el año 1907, fui llamado como en consulta, ante el Licenciado en medicina Sr. Darío María Muñoz, cuencano, edad aproximada 40 años, quien se encontraba y era atendido por varios facultativos. Su estado general, sumamente demacrado; posición semi-sentado; con bastante disnea; dejaba notar una expectoración dificultosa de esputos pegajosos y blanquizcos.

Antecedentes.—Conocido este Sr. por el suscrito desde tiempos anteriores, considerábele, por su estado de enflaquecimiento y depresión de los hombros, constitución predispuesta á la tuberculosis. Antes de encontrarse en dicho estado, habia sufrido de paludismo, contraído en uno de los pueblos de la costa, con tendencia á las inflamaciones hepáticas. Próximo á sufrir el desarrollo del absceso, tuvo una disenteria.

Sintomatología.—A más de los signos propios de los abscesos, conocidos ya, noté un engrosamiento de las articulaciones de las últimas falanges de los dedos de las manos, con deformación de las uñas, cuya forma habia tomado la convexa. Al hablar, se aumentaba la disnea, con ligeras quintas de tos; temperatura, 39°; lengua, saburrosa y pastosa; orinas, en reposo, color amarillo tinte opaco. En toda la extensión, entre la línea mamaria y axilar de la región derecha del torax, comprendiendo desde la sexta costilla hasta la novena, mas ó menos, se veía una eminencia, que por su estado edematoso, era fácil deducir el absceso, situado en la cara convexa del hígado.

Al siguiente día de haberle examinado, habia disminuído la fiebre, y resolví hacerle la punción exploradora, simplemente con una jeringuilla de Pravaz, por tenerla á la mano; conseguí determinar entonces, con las pocas gotas que se extrajo, una colección purulenta; por lo cual, con anuencia de buenos facultativos, se decidió á ser operado.

Tratamiento.—Dispuse preparar un aposento aislado, nuevo, sin más muebles que los indispensables para el enfermo. Por no haber catgut, gasas, &c., se procedió de igual manera á la citada en la observación anterior: resultado una medicación muy económica.

Los señores doctores Miguel Moreno y Miguel O. Bustos se encargaron de la cloroformización. Abiertos capa por capa los tegumentos en el espacio de la sexta á la séptima costilla, entre la línea mamaria y axilar, y suturados, se dió con buenas adherencias, que en masa también se las suturó. En seguida, amplia incisión en toda la extensión descubierta, dió paso á una cantidad de pus, dos á tres litros, de diferentes aspectos, verde oscuro, amarillo terroso, y por último de color hepático. Los lavados con solución débil de permanganato de potasa, completando la operación un drenaje de dos tubos, cada uno de 12 milímetros de diámetro.

Las curas sucesivas, realizadas con toda prolijidad, influyeron en la pronta reorganización del órgano: á los 18 días estaba cicatrizado, satisfaciendo anhelos de deudos y facultativos. Mas, quince días después se presentaron nuevos síntomas de disnea; elevación de temperatura, cuya remisión se notaba por la mañana; catarro, tos, dolor de la garganta, diarrea, síntomas de un estado gripal; pero, consagrada la atención al examen de los pulmones—por la auscultación—nos libró de dudas, determinándonos una pleuresía, que asomó á rápidos pasos. Por el mismo punto cicatricial, y establecido ya un derrame, hice una punción diagonalmente dirigida hacia la parte superior, que dió lugar á una buena cantidad de pus purulento, amarillo verdoso y fluido. Inmediatamente le desbridé la cicatriz: y lavados con agua yodada completaron la curación en el transcurso de seis meses, más ó menos.

A consecuencia de esta pleuresía le quedó al paciente una pequeña fístula, que se redujo al tamaño de una cabeza de alfiler; mas hoy se me informa que le ha desaparecido por completo. Actualmente reside el Sr. Muñoz en la provincia de Manabí.

Absceso latente del hígado, unilobular

Estos abscesos podemos llamar velados, porque sus síntomas no demuestran indicios del desarrollo ulterior y pasan desapercibidos aun á la conciencia del enfermo.

En 1908, el doctor Jesús María Bernal, abogado, residente en Cuenca, padecía de aumento del hígado, cuyo diagnóstico podía acercarse á una enfermedad de Hanot, por la falta de síntomas, con toda exclusión de abscesos.

Antecedentes.—Sufría de dispepsia desde hace algún tiempo. Después se presentó en el órgano hepático, cual signo predominante, una pequeña molestia casi indolora. Su aspecto y color revelaba una constitución hepática: blanco-amarillo, semejante al tinte de paja toquilla. Carácter, algo hipocondriaco, propio de aquellas constituciones.

Examinado por el suscrito, con entera prolijidad, determiné, por medio de la percusión metódica de golpes directos de dedo sobre el abdomen y con la recepción de un dedo de la mano contraria, unas pequeñas oleadas de líquido, con lo que formé diagnóstico de absceso velado.

Reunidos algunos médicos, en junta de profesores, se resolvió



hacer la punción exploradora como medio que invocaba á favor de mi diagnóstico y contra la voluntad del paciente; quien conformóse al fin, sólo por obedecer al dictamen facultativo.

Al día siguiente, preparado con un aspirador de Potain, introduje en el espacio intercostal de la 7 á la 8 costilla, entre la línea mamaria y axilar, una aguja de poco calibre; primero, 4 centímetros, después, 5 á 6, y al fin 7 á 8: con gran sorpresa del enfermo, vióse entonces en el recipiente del aparato, el depósito de un pus loable, cuya cantidad sería 60 gramos. Inmediatamente resolvióse á ser operado.

Tratamiento.—Preparado de antemano las cuerdas, apósitos, vendajes y soluciones antisépticas, según nuestro método económico, procedí á la operación. La cloroformización la atendió el doctor Bustos, y en mi trabajo fui ayudado por el inteligente médico doctor Nicanor Merchán. Como el diagnóstico del absceso era profundo, se hizo la sutura aun del tejido del hígado: la cantidad aproximada del pus fué de un litro, de la misma calidad antes indicada.

A los 20 días estaba el enfermo completamente restablecido; y para mí érame grato apuntar en mis observaciones una modularidad clínica.

Gangrena del hígado por infección secundaria

La historia clínica de este caso, muy poco llegué á recoger: motivos de tiempo y circunstancias, impidieron averiguar antecedentes.

Se trata de un joven de 35 años de edad, Belisario Nieto: agricultor, residente en el valle de Yunguilla (Prov. del Azuay), lugar propiamente palúdico. Fui llamado á atenderlo después de que le habían operado del modo que, cuando yo estudiante, presenciaba en el hospital de esta ciudad; es decir, sin desinfección, ni precisión de diagnóstico con la indispensable punción exploradora, menos con observancia de la prescripción de drenaje, sino con lechinos detestables.

Puesta al descubierto la incisión en toda la línea angular del omóplato y entre el espacio intercostal derecho de la 7 á la 8 costilla, se dejó notar una escara negra de 5 centímetros de diámetro, cuya línea diametral ocupaba la incisión. Púsose todo empeño en contener la gangrena; más fué imposible conseguir resultado; antes por el contrario, de instante en instante, de hora á hora, invadió de tal manera que se necrosaron las costillas hasta carbonizarse; su espacio de eliminación fué tanto como el volumen de todo el hígado, que se veían los movimientos del corazón, pulmones é intestinos.

Pereció el infeliz después de poco, en medio de torturas indecibles.

Absceso hepático del lóbulo izquierdo, multilobular

1912.—Sr. Ezequiel Abal, comerciante de la ciudad de Cuenca: edad, 45 años más ó menos; color, rubio; de vida activa y costumbres moderadas. Por haber sido mi cliente, conocía la buena constitución de su organismo.

Antecedentes.—Hace seis años padeció una disenteria; de la cual sanó sin quedar con complicación apreciable. Poco tiempo antes del

desarrollo del absceso hepático, sufría de una descamación del cuero cabelludo y de la cara: psoriasis. En este estado recibió una impresión moral muy grave y seria: él y su esposa fueron faltados de obra y corrieron riesgo inminente, por dos ocasiones, de ser asesinados por militares de la guarnición de esta plaza. Desde entonces sintió una descomposición del organismo, traducida por escalofríos y elevación de temperatura. Llamado á asistirle, después de varios días de observación, diagnosticué de fiebre gripal, con ligera congestión hepática: los antitérmicos, febrífugos y la ipecacuana, desempeñaron su papel produciendo la mejoría; pero sin completar el objeto final. La descamación continuó en progresura, y de vez en cuando sufría dolores y ligeras fiebres; y transcurrido algún tiempo los síntomas de fiebre intermitente y algunos signos físicos determinaron la formación del absceso.

Tratamiento.—Para verificar la operación quirúrgica, nuestro campo de acción había ya variado, pues se disponía de los elementos que pueden encontrarse en una sala de cirugía, propia para el caso: mesa de operaciones, gasas, vendajes, catgut, guantes de cirujano, &c.: todo lo cual aseguraba el éxito. La cloroformización corría á cargo del Dr. David Díaz; verificóse la incisión en el punto más sobresaliente, un poco fuera de la línea media de la región del abdómen del lado izquierdo: abierto el foco con el bisturí, víme precisado á abrir otro interno con el dedo. El pus era de un detritus hepático, cuya cantidad pasaba de un litro. Los cuidados posteriores de lavados, con permanganato al principio, después con agua yodada, y por último agua oxigenada empapada en gasa, únicamente para limpiar la cavidad, dieron el resultado apetecido. Como complicación, después que estaba completamente cicatrizada la herida, se presentó un pequeño epiplón herniado.

Hoy, el Sr. Abad, hállase consagrado á sus trabajos anteriores.

Absceso hepático del lóbulo derecho

Esta clase de abscesos son los más comunes y constituyen un verdadero tipo.

El Sr. Ramón Crespo, cuya edad es de 56 años, más ó menos, de ocupación agricultor y residente en una de las haciendas del valle de Yungilla, había contraído durante su vida, varias veces, accesos palúdicos, que ocasionaron, cual obligado tributo, la depresión del organismo. Más tarde sufrió una disenteria, sintiéndose á la par afectado del hígado, luego, se le desarrolló el absceso.

Había sido operado en seguida, según el método antiguo; y efectuadas las curas con mechas, los lavados con una jeringuilla de cristal. Sentía el paciente continua fiebre; su demaeración iba en aumento; sus energías físicas, perdidas; y las materias purulentas se acrecentaban. En tal estado se me recomendó asistir á dicho enfermo.

El plan curativo fué distinto: desbridé la herida en toda la amplitud necesaria; púsele drenaje; y los cuidados solfeitos y precisos en cumplir mis indicaciones, abreviaron la curación de un caso que estaba en peligro de perderse. A los treinta días se encontraba sano.

Anoto estos casos por la variedad de forma, que constituyen verdaderos tipos de diferentes manifestaciones sintomatológicas. No cabe duda su origen patogénico; debiendo apuntarse, por lo demás, que la



forma más común y generalizada, es la de presentación de los abscesos en el lóbulo derecho.

Profilaxis

Conocidos los diferentes gérmenes y complicadas causas que influyen en el desarrollo de los abscesos hepáticos, los medios para preservarlos son también múltiples.

La disenteria amibiana, como causa primera de dichos abscesos, débese tratar por medio de los preparados de ipecacuana: y aun desaparecida aquella, es conveniente hacer inyecciones de clorhidrato de emetina; puesto que hemos visto enfermos que han contraído abscesos á pesar del desaparecimiento de síntomas desintéricos.

El agua es el principal vector de las amibas. Débese usar para bebida la potable, filtrada ó por lo menos esterilizada; también es conveniente agregarle ácidos: el limón, para este objeto, tiene especial importancia y utilidad.

Para los individuos atacados por la malaria, que residen en el litoral y habitan en lugares pantanosos, les es provechoso salir á la sierra; donde se disminuye la virulencia y se atenúan, cuando menos, los efectos; donde permite al enfermo mantenerse en un equilibrio relativo del organismo, para la lucha y destrucción del hematozoario.

Apenas se sienta una persona afectada del hígado, le es de todo punto indispensable el cambio de régimen alimenticio, disminuyéndolo en cantidad y calidad; prohibición de las carnes magras, reemplazándolas ligeramente con carnes blancas; que se dé preferencia á la alimentación vegetal y se prescriba el uso de la leche; prohibición absoluta de bebidas alcohólicas, y aun de las fermentadas. No están contraindicadas las aguas minerales.

Relacionadas á las indicaciones precedentes, están las demás causas infecciosas productoras de los abscesos.

CONCLUSIONES

De la anterior exposición, tengo el honor de presentar á los H. H. Miembros del Primer Congreso Médico Ecuatoriano, las siguientes conclusiones:

1°.—El absceso hepático es una afección que se observa tanto en el interior como en la costa de la zona ecuatorial, siendo más frecuentes en los lugares de clima cálido (por el germen palúdico), que en los de clima frío.

2º.—Las causas de esta afección son: A.—El entoameba histolítico, particularmente en la sierra; B.—El bacilo de la disenteria (disenteria basilar) propia de la costa; C.—El estivo-autumal en los países palúdicos. Las demás causas obran secundariamente, poniendo al hígado en condiciones de recibir una infección piógena.

3º.—El mejor tratamiento de esta afección hepática, una vez diagnosticada, es la intervención quirúrgica, á excepción de los abscesos amibianos abiertos espontáneamente, en los cuales ha dado sorprendentes resultados las inyecciones de emetina.

4º.—Como medidas profilácticas contra esta enfermedad deben practicarse las inyecciones de emetina para la curación de la disenteria amibiana, y de sueros polivalentes para la bacilar, continuados algún tiempo después de la desaparición de la enfermedad.

También el tratamiento antipalúdico se aconsejará en estos casos.

DISCUSION:

DR. CORTES GARCIA.—Pregunta si le es posible hacer el diagnóstico diferencial del absceso antes de hacer la operación y cuál es el método de diagnóstico que emplea.

DR. HEINERT.—Dada la sucesión y conexiones frecuentes entre las disenterias y las hepatitis supuradas es indispensable propender al diagnóstico etiológico de las disenterias para aclarar simultáneamente el de las hepatitis supuradas. Estas son bastante frecuentes en el Ecuador y se debe tratar de clasificarlas de un modo científico para dar á cada una de ellas un tratamiento especial.

DR. LAZO.—Opina por la intervención quirúrgica como el mejor tratamiento de las hepatitis supuradas, con excepción de los abscesos amibianos abiertos espontáneamente, en los cuales han da-

do sorprendentes resultados las inyecciones de emetina. Cree que debe continuarse la administración de emetina algún tiempo después de la desaparición de la disenteria como medida profiláctica contra la hepatitis

Amibiasis hepática y su tratamiento por la emetina

POR EL

DR. MARIO V. DE LA TORRE

Nos vamos á ocupar de esta enfermedad que por desgracia es tan común entre nosotros, y que hasta hace poco tiempo, revestía caracteres muy graves, con una mortalidad exagerada, 60 %. (1)

En la actualidad, con la feliz aplicación de la emetina, de este medicamento heroico, la mortalidad es mucho menor, de tal manera, que ahora la amibiasis hepática es una afección fácilmente curable.

De propósito deliberado hemos dado como título á este pequeño trabajo el de Amibiasis hepática; pues, creemos y estamos firmemente persuadidos, de que la denominación de absceso hepático ó absceso tropical es impropia; el profesor Legrand en el Congreso de Cirugía de París del año 1908 ya propuso el cambio, probando que el líquido que impropiamente se le dice purulento es el resultado de la necrosis del tejido hepático por las amebas, una verdadera hepatolisis.

Las razones que prueban lo que acabamos de decir son claras; desde luego, los estudios clinicos y de laboratorio han confirmado la relación directa de causa á efecto estrecha entre la amibiasis hepática y la disenteria.

Esta última, como sabemos, es producida por la ameba histolítica de Schaudinn, llamándose así á causa de la acción desorganizadora que ejerce sobre los tejidos, y ésta es la patógena para el hombre como para el gato; la ameba-coli de Loesch vive en el intestino normal, no teniendo ninguna acción específica en la disenteria.

Además, el proceso anatómico de la amibiasis hepática en sus rasgos esenciales es el mismo que en el proceso disentérico de la mucosa cólica.

La lesión amibiana primitiva del hígado es un nódulo necrótico en el cual se encuentran los detritus de la célula hepática y amebas en número considerable; este pequeño nódulo se convierte en una pequeña cavidad que va aumentando, gracias á la necrosis lenta del tejido hepático.

(1) Tesis.—Sr. Dr. Antonio Pérez.—Quito—1913.

La palabra absceso será justa, cuando coexista al mismo tiempo la amibiasis, y una infección de bacterias en el foco. La invasión microbiana en algunas ocasiones es evidente, siendo ésta primitiva, precoz ó tardía. Se han encontrado en el líquido purulento, en los exámenes bacteriológicos, asociadas las bacterias y las amebas; en otras ocasiones amebas puras, y por último, en otras el pus ha sido completamente estéril.

Nosotros por la falta de laboratorio no hemos podido controlar todas estas nociones, que en la ciencia se las considera como clásicas y fuera de toda duda.

A nuestro modo de ver el punto clínico que en la actualidad se debe discutir es el de saber cuándo y cómo una amibiasis hepática se complica con una infección microbiana; pues de este estudio sacaremos las conclusiones para adoptar tal ó cual tratamiento.

En efecto, como veremos luego, en las observaciones que presentamos, hay casos en que es suficiente evacuar el pus del foco é instituir inmediatamente el tratamiento por la emetina, para que el enfermo cure perfectamente bien; y otros, en que á pesar del vaciamiento del foco y de la emetina, la temperatura y los demás síntomas continúan en el mismo estado, siendo necesario abrir ampliamente el foco, obteniendo con la operación, acompañada naturalmente, del tratamiento de la emetina, la curación rápida.

La emetina es un alcaloide de la ipecacuana descubierto en 1817 por Pelletier y Magendie; según Flandin el principio hipotensor y vomitivo de la ipeca es debido á la cefelina y psicotrina descubiertas por Paul y Cownley.

Velders fué el primero que estudiando los cultivos de las amebas descubrió que la emetina aun en solución diluida mataba estos cultivos; conociendo estos datos Rogers de Calcuta tuvo la idea de aplicar á la clínica los resultados de laboratorio y puso en planta el tratamiento de la disenteria amibiana por la emetina; desde entonces, las observaciones abundan, corroborando los grandes resultados de este tratamiento.

La aplicación de este medicamento contra la amibiasis hepática la hizo en Francia Chauffard, habiendo presentado su interesante observación á la Academia de Medicina de París. Se trataba de una amibiasis hepática abierta á los bronquios, coincidiendo con una ulceración disintérica en el recto. Después de las primeras inyecciones de emetina la cantidad de pus disminuyó, concluyendo por desaparecer al cabo de pocos días.

Los estudios de Marchoux del Instituto Pasteur y los de Dopter, de Val-de-Grace, han demostrado que la emetina curando la disenteria puede impedir la amibiasis hepática; y si el hígado se encuentra ya atacado, es suficiente hacer una punción para vaciar el foco, é instituir el tratamiento por la emetina para que la curación se efectúe; de tal modo que este medicamento puede impedir y curar al mismo tiempo la amibiasis hepática.

Para su administración se han empleado diferentes métodos; ahora está abandonado el procedimiento de lavar el foco con una solución de emetina, y sólo se emplea el método de las inyecciones, sean sub-cutáneas ó intravenosas, y la sal que se usa regularmente es el clorhidrato. La dosis oscila según los casos de 4 mgrms. á 0,10 mgrms. en 24 horas.

La etiología, evolución y sintomatología de la amibiasis hepática es demasiado conocida para que nos detengamos en su estudio. Sin embargo, haremos notar que en algunas ocasiones la evolución es tan enmascarada y su forma tan larvada, que exige por parte del cirujano mucha aten-

ción para arribar á un diagnóstico seguro.—Creemos que el estudio de la temperatura, una vez comprobada la amibiasis hepática, será un dato tal vez preciso para diagnosticar una invasión microbiana del foco.

Entre las causas que hasta hace poco tiempo figuraban para la amibiasis hepática constaba el paludismo; la clínica y el laboratorio se han encargado de desmentir tal aseveración: en la actualidad consideramos el ligado en un palúdico como «locus minoris resistentie».

La amibiasis hepática puede ser de localización primitiva y presentarse en sujetos que no han tenido antes una disenteria amibiana.

Creemos que el agua es el vector más común de las amebas; pero también suponemos que éstas pueden ser introducidas en el intestino con ciertas legumbres (lechugas, coliflores, etc).

* * *

Desde el año de 1907 hasta ahora hemos operado cincuenta abscesos hepáticos; los cuarentinueve han sido tipo-parietal torácico, y uno solo tipo-abdominal. De éstos hemos perdido cuatro, lo que nos da una mortalidad de ocho por ciento. (Haremos notar que estos cuatro casos fatales han sido antes de la aplicación de la emetina). De los cincuenta abscesos sólo diez han sido tratados con la emetina y todos diez han curado con rapidez asombrosa.

Como se ve, en los cuarenta operados, en los cuales no se ha aplicado la emetina, hemos perdido cuatro. Estos casos fatales han sido la consecuencia no de complicaciones operatorias, sino del estado enquéetico de los enfermos y de la insuficiencia hepática; la mortalidad que hasta entonces era tan alta, 60 o/o, perfeccionando la técnica habíamos logrado disminuirla notablemente. Siempre hemos practicado como método operatorio el transpleural con resección costal; hemos empleado la punción sólo como medio de diagnóstico; el método de Stromeyer-Little no lo hemos empleado tampoco, por ser un método imperfecto y que no llega al desideratum de la cirugía actual.

El curetaje como Fontana y Bertrand lo aconsejan, tampoco lo hemos puesto en práctica, pero sistemáticamente hemos empleado el torundaje con gaza esterilizada como tiempo operatorio final, habiendo observado que con este medio todos los detritus voluminosos que se encuentran adheridos á las paredes del foco y que casi materialmente es imposible se eliminen por el drenaje, salen adheridos á la compresa de gaza, obteniendo de este modo una limpia perfecta del foco.

Desde que empleamos el torundaje hemos observado que la cicatrización del foco es más rápida, no habiendo necesidad de emplear ningún lavado antiséptico; habiéndonos contentado, cada dos ó tres días después de la intervención, de hacer el torundaje con una compresa de gaza esterilizada, empapada en una solución de agua oxigenada y suero, á partes iguales. Con este método, antes de la aplicación de la emetina, nuestros enfermos han curado relativamente con más rapidez; el tiempo para la curación ha variado desde quince días hasta cuarenta y cuarenticinco.

El contenido de los abscesos ha variado desde un litro hasta tres litros y medio.

Como complicaciones post-operatorias no hemos tenido que lamentar ninguna, ni pleuresía, ni gangrena de la pared, etc.

Hemos abierto la pleura cuando no ha habido adherencias; en algunos casos la hemos suturado; en otros sin preocuparnos gran cosa de este pequeño incidente, hemos empleado taponamiento con gaza al rededor del drenaje y á las veinticuatro horas la adherencia ha sido perfecta.

Siempre hemos fijado con tres ó cuatro puntos de sutura en U el hígado á la pared.

En los diez casos en que hemos empleado la emetina, hemos observado lo siguiente: dos se han curado sólo con punción y con las inyecciones subcutáneas de clorhidrato de emetina. En los demás hemos practicado la operación transpleural y hemos asociado la operación al tratamiento por la emetina, habiendo observado que la curación ha sido más rápida que con el tratamiento sólo por la operación y torundaje.

Nos parece que en la actualidad el punto de discusión es, cuándo se debe intervenir con la operación, y cuándo sólo nos contentaremos con el vaciamiento del foco? Para decidirnos por una ú otra conclusión nos falta todavía acumular observaciones y ayudarnos de estudios de laboratorio; por lo pronto, creemos que existen casos en que la intervención es necesaria, sobre todo, cuando los abscesos son voluminosos con detritus espesos y abundantes, existiendo, además, una infección microbiana del foco.

o
o o

Vamos á relatar cuatro observaciones que nos parecen muy interesantes; en ellas veremos lo que hace poco enunciamos, á saber: hay casos en que la intervención se impone asociada al tratamiento por la emetina; y otros en que es suficiente vaciar el foco por una punción para obtener una curación rápida y perfecta.

1ª. Amibiasis hepática primitiva. Curación con emetina y vaciamiento del foco por punción.

N. N. 31 años. Siempre ha gozado de salud. A la edad de 15 años, paludismo ligero que cura sin dejar ninguna complicación. No ha tenido disenteria, ni ha sufrido nunca de trastornos intestinales. No hay alcoholismo, ni sífilis. El mes de mayo de 1913, primeros síntomas de congestión hepática, dolor al epigastrio, sensación de pesantez á la región hepática, dolor y amortiguamiento al hombro derecho; se presentan calofríos, temperatura y sudores. Desde entonces, con ligeras mejorías, hasta ahora, á pesar del tratamiento que ha seguido (medicación purgante, sulfato de sodio y revulsivos), no ha conseguido nada. Entra al hospital el 5 de diciembre de 1913. Del examen encontramos síntomas netos de absceso hepático: deformación torácica, hígado voluminoso, dolor y amortiguamiento del hombro derecho, calofríos, temperatura 38°5. No hay diarrea, un poco de inmovilidad respiratoria en la parte del tórax que corresponde á la región hepática. No hay pleuresía, un poco de congestión en la base del pulmón derecho. Diagnóstico: Absceso hepático. Tipo parietal-torácico-lútero-posterior.

Primera punción el 7 de diciembre de 1913, en el 9º. espacio intercostal; son retirados 800 gramos de líquido achocolatado mezclado con algunos grumos espesos. Primera inyección sub-cutánea de emetina, clorhidrato 0,03 cgrms. La temperatura baja al otro día y el estado general es excelente. Se hacen durante ocho días seguidos las inyecciones de emetina á la misma dosis; el noveno día el hígado está un poco aumentado de volúmen, como que en el foco existiera todavía líquido. Efectivamente, hacemos una segunda punción en el espacio intercostal siguiente y retiramos 100 gramos. Se continuaron las inyecciones diarias de emetina de 0,03 cgrms., cuatro días más, y después solamente de 0,02, hasta el día que el enfermo sale curado completamente, veinte días después de la primera punción. Lo hemos visto seis meses después gozando de perfecta salud con un hígado normal.

Amibiasis hepática primitiva. Curación con emetina en inyección intra-venosa y vaciamiento del foco por punción.

N. N. Quito, 26 años.—Hace diez años tuvo fiebre tifoidea. De tiempo en tiempo ha sufrido de dolores al hígado. No ha tenido disenteria, ni ninguna otra enfermedad intestinal. Un poco de alcoholismo. Hace nueve meses principió á sentir dolor, pesantez al hipocondrio derecho. Entre el día sentía algunos calofríos, mucho calor, é insomnio por las noches. No ha tenido diarreas. Examinado por un médico diagnostica una congestión hepática y le somete á un tratamiento que consistió en purgantes, revulsivos. No habiendo conseguido ningún resultado se decide ingresar al hospital el 24 de julio de 1915, en donde es atendido por el Sr. Dr. Diez Arr-yo, como Cirujano Jefe del Hospital Militar.

Al examen se encuentra un hígado bastante voluminoso rebasando un poco el reborde costal, doloroso, con irradiaciones al hombro derecho; calofríos, temperatura 38° por la tarde, lengua seca y suburrosa; no hay diarrea. A la auscultación se encuentra un poco de congestión de la base del pulmón derecho; no hay pleuresía. Se diagnostica un absceso hepático, tipo parietal torácico, después de una punción hecha con una aguja de jeringuilla de inyecciones. Se hace la punción con el aspirador de Potain y se extraen mil quinientos gramos de líquido achocolatado, bastante espeso. Se inyecta inmediatamente después, en el mismo foco, una solución de 0,08 cgrms. de emetina; pero desde ese mismo día se practica una inyección intra-venosa de 0,04 cgrms. de emetina, y se continúan las inyecciones durante quince días. El estado del enfermo que era muy precario se mejora desde el otro día de la punción y sale completamente curado, veinte días después.

Amibiasis hepática consecutiva á una disenteria crónica. Operación trans pleural y emetina. Curación.

N. N. 34 años, Quito. Ha sufrido durante algún tiempo de disenteria crónica. Desde hace dos meses poco más ó menos ha comenzado á sentir dolor y pesantez al hígado. Los dolores se irradiaban siempre al hombro derecho; en algunos días se sentía muy acalorado la

tardes y de repente tenía calofríos, cortamientos al cuerpo (sic). Consultado un médico, diagnostica una hepatitis, con un hígado bastante voluminoso y establece el tratamiento conveniente: baños, purgantes, revulsivos. No consiguiendo nada con este tratamiento, decide ingresar al hospital. Examinamos al enfermo y encontramos síntomas clásicos de absceso hepático.

Primera punción el 14 de julio de 1914, retiramos mil seiscientos gramos de pus achocolatado, muy grumoso. Inyección sub-cutánea de 0,04 cgrms. de emetina que la continuamos durante cinco días más; el estado del enfermo es poco más ó menos el mismo; la temperatura por la tarde llega á 38°.05; el hígado está dolorido y todavía voluminoso, lengua saburrosa. Decidimos la intervención. Resección costal, cinco cents. Existen adherencias á la pleura. Abertura del absceso. Cantidad mil doscientos gramos, pus excesivamente grumoso; con el torundaje salen detritus abundantes y sumamente espesos, que se encuentran bien adheridos á las paredes del foco. Torundaje con agua oxigenada y suero. Drenaje. Inyección sub-cutánea de 0,05 cgrms. de emetina.

Al otro día el estado del enfermo es satisfactorio. La temperatura ha bajado, la lengua está menos saburrosa. Los días siguientes continúa la emetina á la dosis de 0,04 cgrms. El líquido achocolatado, desde el día siguiente al de la primera inyección, se vuelve blanco completamente y sigue disminuyendo con rapidez. También hemos practicado cuatro torundajes más. A los diez días de la intervención se quita el drenaje. El enfermo está completamente inconcible; se encuentra en un estado altamente satisfactorio y ya no sale sino muy poco pus en el apósito, pus que lo creemos más bien del trayecto. Como habíamos quitado el dren. las curaciones posteriores se hacían con mechas de gaza esterilizada. A los dieciocho días después de la intervención ya no existe cavidad, y el pequeño trayecto tarda todavía algunos días en cerrarse. Curación completa á los veinticinco días después de la operación.

Amibiasis hepática á repetición, consecutiva á una disenteria. Operación transpleural. Emetina. Curación.

N. N. 45 años. Pujil. Desde hace cuatro años poco más ó menos sufrió una disenteria. Hace un año es operado de un absceso bien circunscrito del lóbulo derecho del hígado, que se encontraba situado en el epigastrio, absceso casi superficial. Curación rápida después de una ligera incisión que da salida á una pequeña cantidad de pus achocolatado. Poco tiempo después principian las congestiones repetidas á pequeños intervalos. Hígado voluminoso, dolor con irradiaciones al hombro derecho; calofríos, temperatura, sudores. Entra á la clínica el 19 de marzo de 1915. Al exámen constatamos un gran absceso, hígado muy voluminoso; temperatura 38°.5. Primera punción con el aspirador de Potain, mil ochocientos gramos de pus achocolatado. Inyección de 0,06 cgrms. de emetina, que se continúa en la misma dosis durante seis días. El estado casi no ha mejorado; el hígado está todavía voluminoso y doloroso: la temperatura sube todas las tardes hasta 38°.

Operación. Resecciónl costa (de la 9°, longitud 5 cents). Adherencias pleurales. Abertura del foco, salen todavía mil doscientos

gramos de pus muy cremoso y color chocolate. Con el torundaje salen detritus espesos y abundantes de las paredes del foco. La cavidad de éste es enorme y apenas, con seguridad, existe muy poco de tejido hepático sano. Taponamiento de la enorme cavidad con gaza esterilizada. Inyección de 0,06 cgrms. de emetina. Desde el día de la operación el pus ha desaparecido completamente. El enfermo se cura á los treinta días. Se le han hecho veinte inyecciones de emetina á la dosis de 0,04 cgrms. Este es el absceso más voluminoso que hemos operado. El estado del enfermo era tan grave que creíamos que no salvaría.



Resumiendo, 1º. diremos que la emetina es el medicamento heroico de la amibiasis hepática. 2º. El tratamiento por la emetina sola, es insuficiente en algunos casos en que el foco es voluminoso é infectado secundariamente; y que, además, existiendo detritus espesos y abundantes, la punción y vaciamiento no son suficientes, habiendo necesidad de la intervención: ésta no es tan grave ni difícil como puede pensarse. Nuestros alumnos han presenciado la rapidez de la intervención, hecha muchas veces con anestesia local, á la stovaina.

DISCUSION:

DR. ALCIVAR.—Diserta sobre lo difícil del diagnóstico de algunos abscesos hepáticos; sobre la dificultad, en muchas ocasiones, de elegir el método operatorio. Se decide por la intervención en todos los casos.

DR. HEINERT.—No acepta el cambio de nombre para los abscesos hepáticos por el de «Amibiasis hepática», ya congestiva, ya supurada.

DR. DE LA TORRE.—Se declara partidario de la intervención quirúrgica en la hepatitis supurada. Reconoce que las indicaciones del DR. HEINERT son únicamente de términos, como éste lo manifiesta al presentarlas.

DR. MARTINEZ AGUIRRE.—Se declara por la intervención quirúrgica en todos los casos de abscesos hepáticos.

“El absceso hepático en el Ecuador”

POR EL

DR. GUILLERMO ORDOÑEZ

He elegido como tema para el presente trabajo «El absceso hepático» por haber tomado esta enfermedad un desarrollo enorme entre nosotros y haber llegado á constituir una entidad patológica especial y característica de nuestra clínica.

Hallándome por espacio de muchos años al frente del servicio de Clínica Interna en el Hospital de San Juan de Dios, en Quito, y habiendo llamado mi atención, desde el principio, la frecuencia y caracteres propios de esta enfermedad, le he dedicado un estudio preferente y he procurado, en la medida de mis alcances, seguir con el más grande esmero las múltiples facetas de su desarrollo, recogiendo, además, todos los datos anteriores al tiempo en que inicié mi práctica, labor desde luego bien pobre, si se tiene en cuenta la falta absoluta de estadísticas sobre la materia; pues que he tenido que contentarme con lo que he podido encontrar en los libros del hospital.

De entonces á esta época, he procurado formar una más apreciable estadística con cerca de trescientos casos observados personalmente por mí, ya en el servicio hospitalario, ya en la práctica civil; y sobre la base de sus datos y enseñanzas, he escrito el presente trabajo, que, tan sólo por no carecer de interés y de alguna originalidad, me atrevo á presentarlo ante este Congreso formado por distinguidos y eminentes médicos, quienes, por lo misma, sabrán acogerlo con la benevolencia propia de los sabios, considerándolo en su verdadero punto de vista; pues que, sin haber tenido, jamás, la pretensión de formar una monografía de tan importante enfermedad, no he querido sino manifestar mis propias observaciones, que quizá sirvan para suministrar datos á quienes con mejores luces y aptitudes, se dediquen á escribirla; y correspondiendo, así, á la invitación de la Ilustre Facultad Médica del Guayas, que, tan oportuna y acertadamente ha contribuido á la reunión de la primer Asamblea Médico-ecuatoriana.

Revista anátomo--fisiológica

El hígado es un enorme órgano glandular; mas, ¿á cuál de los tipos anatómicos ó fisiológicos establecidos corresponde? No es un folículo cerrado, ni una simple tubular, ni un racimo; no es tan sólo glándula de secreción interna ni de secreción externa, sino el tipo más perfecto de la combinación de ambas. Al definirla: «glándula vascular sanguínea», nada se dice, pues, si es verdad que su gran vascularización y la especial distribución de ésta le dan carácter único, en cambio, no podemos imaginarnos glándula alguna de la economía humana sin el concurso de la sangre; y además, para su clasificación, debemos tener presente en primer lugar, la naturaleza y modo de agrupación del elemento celular. Si nos

remontamos á su origen, al principio de su desarrollo y al estudio comparativo en las distintas especies de animales, veremos que es una simple tubular, que se presenta á manera de dedo de guante, y que toma origen en la porción ventral del tubo endodérmico, en el punto duodenal; tubo que bien pronto se ramifica, dicotomisándose y dividiéndose todo él en dos partes: la externa, más próxima al intestino, con luz relativamente amplia, formada por una delgada capa de tejido conjuntivo, revestida de epitelium de células aplanadas, origen del conducto biliar con pared propia; y la profunda, terminada en fondo de saco, formada exclusivamente por grandes células granulosas, y en las cuales, el protoplasma embrionario, no ha sido modificado en su estructura, y que constituirán las células hepáticas, cuyos intersticios son los que únicamente forman el verdadero origen del conducto biliar, llamándose «paso de Hering» al punto de unión de las dos partes. En esta forma queda definitivamente en los vertebrados inferiores, tales como los batracios, reptiles y aves. Siguiendo su división, y transformándose en islote hepático en los vertebrados superiores, llega por fin, á constituir el lobulillo hepático cuando ha fusionado y unido su tejido trabecular, propio del parenquima y proveniente del epitelium endodérmico, con el tejido conjuntivo y la grande y complicada red sanguínea del mesodermis.

Resulta, pues, que el hígado es una glándula de naturaleza especial; un túbulo completamente modificado y perfeccionado, y que, debido á este perfeccionamiento, desempeña la doble función de glándula de secreción interna, dando origen á la formación del azúcar, producto, que una vez formado en ella, es lanzado en el torrente circulatorio, y de glándula de secreción externa, produciendo la bilis que, vertida en el duodeno, desempeña tan importante papel en la digestión. Pero, lo que más llama la atención en su constitución anatómica es, en verdad, su vascularización sin igual en otro órgano; pues bien sabido es que el hígado posee, aproximadamente, la quinta parte de la masa total de sangre. Recibe parte de ésta de la circulación general, sangre nutritiva por medio de la arteria hepática, y sangre especial, mezcla de sangre venosa y de quimo, por medio de la vena porta; los capilares terminales, tanto del uno como del otro sistema, se anastomosan con un solo grupo eferente, la vena supra-hepática, entre los elementos celulares de los islotes hepáticos, que desemboca dentro del mismo órgano en el tronco de la cava. Téngase presente que también éstos entran en relación con la circulación de los órganos vecinos y de la piel á través del tejido conjuntivo por medio de las portas accesorias, y que el tronco porta carece de válvulas, á pesar de su trayecto ascendente. Tanto los capilares portas, como los hepáticos, se alojan en los espacios de Kiernan ó portas, recorriendo las aristas de los poliedros que forman los lobulillos, al paso que los intersticios celulares se encuentran en la parte media de las caras de las células, formando el capilar biliar sin pared propia al unirse dos células entre sí.

Patología

Me alejaría de mi propósito, si tratase de escribir un capítulo de Patología sobre el absceso hepático. En primer lugar, nada podría decir de nuevo sobre lo que con tanta lucidez se ha escrito sobre la materia, y quien quisiese consultarla, tendría mucho en que escoger, siendo la obra de los señores Bertrand y Fontan una de las más completas, tratándose de la descripción del absceso hepático de los países cálidos. El

ánimo, no es, pues, sino manifestar mis observaciones relacionadas con nuestra localidad, y tan sólo sobre ellas versará el presente trabajo.

Dos son las formas bajo las cuales se presenta entre nosotros el absceso hepático: como consecutivo á una verdadera hepatitis aguda, y el grande absceso propio de nuestra zona.

Tratándose de este último, no hay lugar alguno de la República donde no se lo haya observado; pero, parece que hay localidades más propicias. Por los datos recogidos por mí, es más frecuente en Quito, Ambato é Ibarra, siendo relativamente raros en los otros pueblos. Según las afirmaciones de los colegas que ejercen en la costa, son también muy frecuentes en las poblaciones de ella. El sexo masculino es el atacado de preferencia, pues, en más de seiscientos casos, apenas cinco corresponden á mujeres, pudiendo decirse que es casi patrimonio exclusivo del hombre.

Puede presentarse en cualquiera época de la vida; pero es muy raro en el viejo y no lo he observado en el niño, siendo la edad adulta la preferida, sobre todo de los treinta á los cincuenta años. Ciertas profesiones parece que tienen una influencia marcada en su desarrollo: pues, es muy frecuente en los cocheros, carpinteros, agricultores y los de la vida sedentaria como los escribientes. Se han indicado como causas determinantes el alcoholismo, el paludismo y varias otras, sin que nada se haya podido comprobar al respecto, pues, lo encontramos en individuos que jamás han estado en lugares palúdicos, y en otros sin ningún antecedente alcohólico.

Registrando las estadísticas antiguas constantes en los libros de hospital, se observa que antes se presentaban muy pocos casos, y, si bien pudiera suponerse que muchas veces hayan pasado inadvertidos, es evidente que su frecuencia ha aumentado considerablemente de unos treinta años á esta parte; por lo cual nuestro mayores pensaron que el uso de la cerveza, generalmente de mala calidad en ese entonces, favorecía su desarrollo, afirmandoles en esta creencia, el hecho de ser muy raro el absceso hepático en la raza india que la consume en pequeña escala.

¿Será el mosto en malas condiciones un cultivo apropiado para el desarrollo de las amibas dadas nuestras condiciones climáticas? Muy fácil me parece hacer un estudio sobre el particular, teniendo á disposición los mostos de nuestras cervecerías los que podrían ensayarse como medios de cultivo en sus distintos grados de fermentación y pudiendo de sus resultados sacar grandes y provechosas conclusiones. La ingestión de ciertas frutas, como duraznos, capulies y otras, sobre todo, cuando éstas no han llegado á su completo estado de madurez y hacen su primera aparición, ha sido considerada generalmente también y desde muy antiguo, como causa de la disenteria y del absceso que es su consecuencia. En efecto, hase podido comprobar que su aparición coincide con el desarrollo casi epidémico de ésta. ¿Obrarán simplemente alterando las funciones digestivas y preparando el terreno para el desarrollo del agente patógeno, ó serán los medios apropiados para la conducción é ingestión de éste en la economía?

Téngase presente bajo este punto de vista, que el modo general de conducir las frutas indicadas á los lugares de consumo y madurarlas' es conservarlas envueltas en paja y que ésta y las maderas en descomposición son un verdadero semillero de amibas. Hoy que van vulgarizándose los estudios microscópicos y que muchos jóvenes se dedican á ello poseyendo los medios apropiados y bajo la dirección de competentes pro-

fesores en la materia, es de esperarse la solución de estos problemas. En la actualidad, parece ya un hecho confirmado que su causa única es la presencia de las amibas en el intestino y su transporte al hígado, á través del sistema porta.

En cuanto á la etiología de la hepatitis supurada, es la misma que se observa en cualquiera otra localidad; la infección bacilar, ya sea á través de la misma porta, de la circulación general, ó siguiendo un camino inverso por las vías biliares ó linfáticas,

Patogenia

Conocido el agente, tratemos de ver cuál es el proceso en virtud del cual llega á constituirse el absceso hepático. Dos son los modos, á mi parecer; como se verifica la infección. Unas veces es el intestino grueso el asiento primordial donde se manifiesta ésta. Sabido es que este es el lugar donde habitualmente se alojan las amibas. Pues bien, cualquiera causa que obra sobre la digestión alterándola (alcoholismo, paludismo, exesos de mesa ó de cualquier otro género) produce un terreno abonado para su cultivo, y entonces varemos presentarse la disenteria y secundariamente la infección hepática. En otras ocasiones, esta víscera (el hígado) es la primitivamente atacada: pues que vemos aparecer desde luego las manifestaciones hepáticas sin que le haya precedido la más ligera alteración intestinal. En uno y otro caso, la puerta de entrada es la misma: los orígenes intestinales de la vena porta, variando, tau sólo, la localización del agente patógeno.

Para Roger, el trayecto recorrido por las amibas, sería la misma pared intestinal en su plexura hepática teniendo en cuenta sus movimientos amibóideos que le permitirían atravesarlas; pues que según dicho autor al ser los orígenes portas, el absceso sería múltiple; más, como luego vamos á verlo, precisamente, esta circunstancia, es la que nos autoriza á creer que no existe otra vía de introducción sino los indicados orígenes portas.

Se concibe, desde luego, la mayor gravedad en el primer caso. Ya nuestros mayores, guiados por sus observaciones clínicas establecieron esta diferencia, empleando la denominación de «Disenteria simple» cuando la infección se había localizado sólo en el intestino, y «Disenteria al hígado» cuando se había generalizado hacia este órgano. Una vez el agente en el hígado, parece que se aloja en los intersticios celulares adheriéndose probablemente, teniendo en cuenta su naturaleza parasitaria y merced á sus pseudópodos, al parénquima del órgano, del cual saca sus elementos de nutrición. Allí provocan focos inflamatorios de naturaleza crónica en su contorno, éstos dificultan, en un principio, la circulación intra celular, y termina por abolirla, llegando á determinar una especie de gangrena molecular del parénquima de la glándula y constituir, bajo esta forma, un semillero de pequeñísimos puntos supurados, los que, poco á poco, van uniéndose por fusión para constituir focos cada vez más voluminosos, hasta llegar á la constitución del enorme foco único, ó sea del grande absceso constituido por un detritus hepático antes que por un verdadero pus, con los caracteres de tal. De aquí que en esta sustancia no se halle, generalmente, ninguno de los agentes piógenos y se haya considerado como pus aséptico. Las amibas no se encuentran en

ella y cuando se las quiere observar, débese hacer un raspado de las paredes del foco, lugar donde se hallan adheridas.

He tenido ocasión de comprobar, en unión de varios colegas, estos distintos grados de formación. En un caso observado por los señores doctores Peñaherrera, Ortiz, Ontaneda y Reimburg pudimos sacar por punciones repetidas con una aguja fina gotas de pus en cada una practicadas en distintos puntos. Con el señor doctor Cousin, en una autopsia, encontramos en el lóbulo derecho cuatro focos, cada uno del tamaño de una naranja grande, completamente independientes, separados por gruesas paredes de tejido en buenas condiciones; la pieza fué fotografiada por el doctor Cousin. En otro caso observado con el señor doctor Gallegos, cuando el enfermo se hallaba con su absceso casi curado, sucumbió, y en la autopsia, pudimos comprobar que el foco abierto se hallaba en verdad casi cicatrizado; pero, próximo ha abrirse en este, hallamos otro enorme foco central.

En muchas otras ocasiones he comprobado casos análogos, no siendo raro que en el curso de la curación de un foco, cuando la supuración se halla casi agotada, la irrupción de una enorme cantidad de pus manifieste la abertura de un nuevo foco. Además, cuando se abre un voluminoso absceso por hepatostomía con ancha abertura, se comprueba con la introducción del dedo, la existencia de varios tabiques que separan cavidades á manera de celdillas.

Descripción

De tan diversa manera se presentan las dos formas del absceso, que bien podríamos considerarlas como entidades completamente distintas. En la hepatitis supurada, siempre asistimos al desarrollo de una inflamación aguda del órgano con todo su cortejo de síntomas propios: calorífico violento, alta temperatura, intenso dolor en la región, lengua seca, resquebrajada y saburrosa, anorexia, estreñimiento pertinaz, ictericia pronunciada y aumento considerable del volumen del hígado. Después de dos septenarios, por lo regular, ceden, poco á poco, todos estos síntomas, y puede el enfermo entrar en plena convalecencia, habiéndose terminado el proceso por resolución.

Mas, generalmente, llega á constituirse el absceso; éste es de pequeño volumen, rodeado de una capa de tejido lardáceo, que en algunas ocasiones, llega á constituir una verdadera membrana que se desprende con la supuración; el pus, verdadero pus, es blanco, cremoso, y, cuando el foco es muy reducido, puede enquistarse. Con el mismo doctor Ontaneda, asistí en un caso típico, tal cual acabo de describirlo; tratábase de un joven de treinta años de edad, más ó menos, bien constituido, de profesión militar y que fué atacado de hepatitis; después de veinte días de tratamiento, quedó completamente restablecido, pudiendo al poco tiempo dedicarse á sus ocupaciones habituales; de vez en cuando fué consultado por ligeros dolores y molestias al hígado, sin que pudiese comprobar ningún otro síntoma, á pesar de un minucioso exámen. Yo habia atribuido todo esto á ligeras congestiones, provocadas por su vida algo disipada, hasta que un hecho casual me dió ocasión de descubrir la verdadera causa de estos pasajeros trastornos.

Como á los diez meses de la hepatitis, y hallándose en pleno goce

de salud, puso fin á su existencia por el suicidio; y, deseando ver el estado del órgano que creía sano, concurrí á la autopsia reglamentaria. El hígado nada presentaba de anormal en su aspecto exterior, ni en la forma, ni en el volumen, ni en la coloración; más, al practicar cortes en su espesor, encontramos en el centro del lóbulo derecho un foco del tamaño y forma de un pequeño huevo de gallina, rodeado de una zona de tejido blanco, duro al corte, probablemente conjuntivo, y de ocho milímetros de espesor, que aislaba un pus blanco, caseoso. ¿Se hallaba, acaso, en vías de organización?

Otro de los caracteres de esta clase de abscesos es la falta de cavidad entre el contenido y la pared; de manera que por la percusión no se nota diferencia alguna de sonido en toda la extensión del órgano.

En el grande absceso, las cosas pasan de distinta manera. Según hemos indicado en la Patogenia, el enfermo, ó ha estado en plena disenteria ó en aparente estado de salud. En uno y otro caso, empieza á sentir un sordo dolor al hígado con irradiaciones al hombro derecho y amortiguamiento del miembro superior, debidos á la compresión del frénico; el apetito permanece normal, y, en ocasiones, aumentado, siendo de notar la predilección que la generalidad de estos enfermos manifiestan por los alimentos azucarados, aún cuando en estado de salud hayan sentido repugnancia por ellos; la lengua permanece normal, limpia y húmeda, pero con sabor amargo; poco tiempo después, aparecen calofríos vespertinos, seguidos de reacción febril, que rara vez pasa de treinta y nueve grados, y sudores nocturnos. En muchos casos, esta forma intermitente de la fiebre, precedida de calofríos y seguida de sudores, ha sido causa para que se les tomara á los pacientes por palúdicos, hasta que la presencia de un enorme foco visible á la simple inspección, ha hecho suspender el tratamiento específico; error que ha inducido al vulgo á mirar la quinina como substancia de acción dañina especial sobre el hígado.

La piel se pone seca, ligeramente ictérica y con manchas melánicas; por lo general, hay tos seca, debida á la compresión del pulmón, pero sin dispea, toda vez que haciéndose la compresión poco á poco, se establece la tolerancia pulmonar, salvo el caso en que la enormidad del foco, ocupando casi todo el tórax, dificulta los movimientos respiratorios. Suele también presentarse edema en las extremidades inferiores, cuando el absceso, por su situación, comprime la cava inferior. Todos estos síntomas se manifiestan de una manera lenta y con poca intensidad, de manera que los enfermos, sobre todo de la clase menesterosa, no acuden á la consulta ó al hospital, sino cuando el absceso se halla ya completamente formado, y, muchas veces, cuando se ha fraguado paso á través de los bronquios ó del intestino, que por lo regular es el grueso.

En dos casos muy especiales, los enfermos no se dieron cuenta de su enfermedad, sino cuando la presencia del pus en los esputos en el uno y en las deyecciones en el otro, puso de manifiesto el absceso. En otras ocasiones preséntase el enfermo con un absceso al parecer de las paredes, ya sea del hipocondrio ó del epigastrio; y, al abrirlo, creyendo operar sobre un simple absceso subcutáneo, se da salida á una gran cantidad de pus manifiestamente hepático.

El aspecto del enfermo á la inspección según el tamaño y sitio que ocupa el foco: cuando es voluminoso y ocupa la zona externa del lóbulo derecho, se nota á primera vista un abombamiento y elevación del hipocondrio con separación y levantamiento de los espacios intercostales, pudiendo percibirse, cuando las paredes del abdomen se hallan laxas y

delgadas, el reborde del hígado formando relieve á distintas alturas según el grado de relleno que ha sufrido el órgano hacia abajo; la piel de la región, con la circulación venosa suplementaria bien desarrollada, se pone pastosa y, en ocasiones, tan edematosa, que desaparecen los espacios intercostales y costillas. Si el absceso ocupa el centro del órgano ó su cara superior, entonces el abombamiento y separación de los espacios son poco manifiestos; pero casi siempre se ve la circulación venosa de la pared y su pastosidad.

A la palpación se nota con más claridad el reborde del hígado, pasando por lo general el borde costal á distintas alturas del abdomen, según el sitio del foco, y cuando el absceso es superficial y voluminoso, no es difícil percibir su fluctuación.

Los datos suministrados por la percusión son, á mi modo de ver, los más característicos: la zona maciza es enorme. Para diferenciarla de la macidez producida por la hepatización del lóbulo inferior del pulmón, ó por una pleuritis enquistada en la base del mismo, tenemos dos signos muy precisos que permiten establecer su diagnóstico diferencial y que casi podría llamarlos patognómicos: en primer lugar, cuando la percusión se practica con el cuidado requerido, en plena zona maciza, se nota un punto claro muy distinto del percibido cuando se percute sobre el pulmón, la sonoridad es especial y se debe á la cavidad que se forma entre el nivel del líquido y la pared superior del foco; formado el pus por el detritus proveniente de la destrucción del órgano, ocupa la parte inferior de dicho foco, dando lugar á la presencia de la referida cavidad; no es raro observar, cuando la punción ha sido practicada en ésta, la falta de pus, que empieza á colocarse, tan pronto como se cambia la posición del enfermo, cambiando en consecuencia el nivel del líquido.

El otro signo se percibe cuando se combina la percusión con la auscultación: si aplicamos el pabellón de un estetoscopio sobre el centro de la región hepática y damos golpes de igual intensidad en sus alrededores, notaremos que el sonido es el mismo, mientras la parte percutida pertenece al mismo órgano, al paso que se obscurece por completo cuando se trata de un órgano distinto, por más que éste se halle hepatizado.

Tratamiento

Una vez establecido el diagnóstico, veamos cual es la conducta que debe seguirse.

Varias son las cuestiones que pueden proponerse acerca del tratamiento del absceso hepático, cuestiones que las tocaremos muy á la ligera, tanto porque la índole de este artículo no nos permite extendernos sobre ellas, cuanto por ser generalmente bien conocidos por todos los prácticos.

TRATAMIENTO MEDICO.—¿Débase esperarse algo provechoso de él?

Para resolver esta cuestión, debemos tener presente la naturaleza del absceso y el período en que se encuentra la enfermedad. Si nos hallamos en presencia de una hepatitis, y asistimos al principio de su desarrollo, tendremos que limitarnos exclusivamente al tratamiento médico, pudiendo, merced á él, conseguir provechosos resultados, y aún evitar la formación de pus, favoreciendo la resolución del proceso inflamatorio.

Muchos son los agentes terapéuticos empleados con este objeto; pues se ha recorrido á toda la serie de colagogos, purgantes drásticos, salinos, desinfectantes, revulsivos & c., con resultados más ó menos favorables; pero el tratamiento con el que mejores efectos he obtenido es el que consiste en la administración de las sales alcalinas á dosis purgante, asociando esta medicación al uso oportuno de los tónicos. Más, si el foco se halla ya constituido, el tratamiento médico no nos servirá sino de auxiliar.

Tratándose del grande absceso, el uso de la emetina con su acción eficaz sobre las amibas, logra detener la infección en cualquier período que se encuentre. A este propósito, conviene recordar que desde muy antiguo era usado entre nosotros la ipecacuana como específico para la disenteria, y que ya nuestros maestros pudieron apreciar sus magníficos resultados, empleándola como base del tratamiento tanto en esta enfermedad como en el absceso abierto por los bronquios. Cuando el absceso se halla ya completamente formado, no nos queda otro recurso que la intervención.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.—¿Conviene intervenir tan pronto como se sospeche la presencia de pus en el hígado?

La casi totalidad de los prácticos se hallan de acuerdo en sostener la afirmativa; mas, permítase manifestar mi modo de pensar sobre la materia, apoyado en los resultados obtenidos. Al principio de mi práctica, siguiendo el precepto establecido, intervenía tan pronto como sospechaba la presencia de la más pequeña cantidad de pus y no fueron pocos los fracasos que tuve que lamentar, tanto en la una forma como en la otra.

Quando el absceso no se halla bien formado y aislado por así decirlo, dentro de su zona protectora, en el un caso, la abertura al exterior, presta mucha facilidad para la infección: pues que hallándose las paredes del foco en condiciones muy apropiadas para la absorción, es una puerta más, abierta á ella, por grandes que sean los cuidados de asepsia y antisepsia que se tengan. Débese, pues, en consecuencia, esperar que la disminución de todos los síntomas y la aparente mejoría del enfermo manifiesten el momento oportuno para hacerlo, y en este caso creo que la ancha abertura con resección costal ó sin ella según el sitio, es la que se halla plenamente indicada seguida de torundaje ó ligero raspado de la pared del foco.

En la otra forma tampoco soy partidario de intervenir, sino cuando ya más ó menos se puede estar seguro de la fusión de los múltiples focos, porque, de otro modo, se comprende que poco ó nada se gana abriendo un foco cuando otro ú otros dejan al enfermo en las mismas condiciones.

Una vez resuelta la intervención, ¿qué procedimiento conviene emplear? Más bien como una ligera reseña histórica, que por utilidad práctica, se me permitirá pasar revista á los múltiples usados entre nosotros, desde que he podido recoger los datos al respecto.

En un principio, practicábase la punción y concebido el cirujano de la presencia del pus, se procedía á la abertura llamada, por capas: procedimiento bárbaro, propio para la época de la inquisición, y que consistía en hacer cortes sucesivos en varios días y dejar la parte oruenta con granos de rebada, trozos de hierro ó cualquier otro cuerpo extraño, con el objeto díz que, de provocar adherencias entre la pared del abdómen y el hígado y evitar las hemorragias.

Como se comprende, semejante procedimiento no tardaba en producir la gangrena, la que pronto terminaba con los sufrimientos del desgraciado. En vista de estas decepciones, se recurrió á la abertura por medio del termocauterio: si bien se ganó algo con él, sin embargo, mucho dejaba que desear. Entonces se optó por las punciones repetidas, sobre todo, desde que la introducción entre nosotros de los aparatos de Potain y Dieulafoy facilitaban su uso, la que constituyó un paso adelante, pues que, evitando los sufrimientos del enfermo, se evitaba, á la vez, sin saberlo, la infección: en cambio, este procedimiento tenia el grave inconveniente de provocar con frecuencia hemorragias bastante graves, debido al desequilibrio de la presión sanguínea.

En el año de 1895 con el inolvidable compañero, señor doctor Cevallos, sustituimos las punciones repetidas, por una punción hecha con trocar de ancho diámetro y la introducción de un dren por su luz; con lo que llegamos á obtener más felices resultados, aunque no del todo satisfactorios, pues que la mortalidad llegaba todavía á un treinta por ciento, hasta, que puse en práctica la hepatoromía en el año 1898, logrando así reducir la mortalidad á un quince por ciento.

Por último, la introducción de la emetina vino á llenar todas nuestras aspiraciones: puesto que desde entonces, volviendo á la simple punción seguida de drenaje, en sesenta casos no hemos tenido sino tres desgraciados, lo que da un cinco por ciento de mortalidad. El procedimiento, pues, que uso, en la actualidad, se reduce simplemente á asegurarse de la presencia del pus por medio de una punción exploradora, introducir en seguida un trocar de grueso calibre y pasar por su luz un tubo de caucho, practicar lavados con suero fisiológico. Hago poner al enfermo cuatro centigramos diarios de emetina en una sola dosis por cinco días consecutivos, y al cabo de veinte días, se halla completamente restablecido.

No terminaré sin manifestar que el distinguido cirujano doctor de la Torre me ha referido varios casos de curación practicados por él, mediante la simple punción con vaciamiento del foco y uso de la emetina sin drenaje de ninguna clase ni necesidad de repetir la punción. Una vez terminado el absceso, el hígado queda completamente regenerado, probablemente por la naturaleza embrionaria de su elemento celular, lo que explica, por otro lado, el enorme engrasamiento que adquieren los individuos curados de un absceso hepático.

He tenido ocasión de observar en personas que habían tenido su absceso y muertas posteriormente por otra causa distinta, el hígado completamente normal y sin el menor vestigio de cicatrización.

Estas son las pequeñas observaciones que he querido someter á vuestro ilustrado criterio, y muy feliz me consideraré si logro con ellas despertar el interés de los jóvenes estudiosos para que encaminen sus estudios y esfuerzos á la supresión de esta terrible enfermedad que es lo único que puede esperarse por hoy en el terreno práctico.

En consecuencia, me permitirá indicar la conveniencia de la formación de tres comisiones, radicadas, una en la Capital, otra en Guayaquil y otra en Cuenca, las cuales, encargándose del estudio del agente patógeno bajo todos sus aspectos, busquen sobre todo su origen, é indiquen los medios posibles para su destrucción. Pues si es verdad que la alarmante mortalidad ha disminuído, notablemente, el verdadero triunfo consistiría en evitar la enfermedad destruyendo su causa.

Fractura de la bóveda craneana. Ruptura de la meníngea media. Hematoma extra-dural. Trepanación. Ligadura de la meníngea.--Curación

POR EL

DR. MARIO V. DE LA TORRE

N. N. 30 años. Agente de Policía, entra al servicio el 14 de octubre de 1913; encontrábase sin conocimiento y en pleno coma; recogemos los datos á la familia. Con motivo de haber sido robada una de sus hermanas por un panadero, fué á reclamarla; el raptor le atacó á palos, recibiendo un garrotazo en la sien izquierda, tan fuerte y con tanta violencia, que cayó al suelo sin sentido; el hechor creyéndolo muerto lo abandona en una calle solitaria. Unos agentes de Policía que aciertan á pasar por ahí tropiezan con él, y suponiéndolo ebrio lo conducen al calabozo de la Policía, en donde permanece hasta al otro día. Al ver que no recobraba el conocimiento y seguía en el coma lo trasladan al hospital.

Vemos al enfermo ese mismo día; lo encontramos en coma profundo, afásico, con los ojos cerrados, hemiplejía derecha, respiración lenta y estertorosa, pulso lento (cincuenta pulsaciones por minuto) y duro (pulso cerebral). Pupila dilatada é inmóvil. Náuseas, vómitos biliosos. Relajación vesical y rectal. Extremidades inferiores frías. En la región tèmpero-parietal izquierda se nota un abultamiento, debido á una infiltración sero-sanguinolenta; este abultamiento es resultado del gran traumatismo. Temperatura, 36°2.

Diagnosticamos una fractura de la bóveda, complicada con una hemorragia intra-craneana; pues existen síntomas evidentes de una compresión cerebral.

Habiendo sido imposible la operación inmediata, á causa de la organización tan defectuosa de nuestros hospitales, nos contentamos ese día con la aplicación constante de hielo en la cabeza.

Trepanación al otro día, el 16 de octubre de 1913, la cual se practica sin cloroformo.

Para asegurar la hemostasis del cuero cabelludo damos dos vueltas, con un tubo de caucho, al redor de la cabeza, pasando por encima de la región supra-orbitaria, y atrás por encima de la protuberancia occipital externa.

Trazamos un colgajo convexo hacia arriba y de base inferior, de tal modo que la fractura está casi en el centro del colgajo; descubrimos rápidamente la región ósea y caemos en la zona de la fractura.

Es una fractura irradiada, conminuta: quitamos unas esquiras algo grandes, limpiamos bien el foco y comenzamos con el cincel y el martillo á agrandarlo para darnos luz suficiente y proceder á la ligadura de la meníngea media, que es la rota. Una vez ensanchado el orificio encontramos un coágulo extra-dural bastante voluminoso. Una vez quitado el coágulo constatamos que la meníngea media es la fuente de la hemorragia; hay integridad de la duramadre, y ésta sigue los movimientos

isóronos á los de circulación del líquido céfalo-raquídeo, lo que prueba que no hay derrame intra-cerebral. Existen pequeñas partículas de hueso incrustadas en la duramadre que salen adheridas á la compresa de gaza. Inmediatamente procedemos á la ligadura ayudados de una aguja de Reverdin bien fina; esta maniobra no da resultado alguno; pues, la aguja de Reverdin desgarró la duramadre y no podemos cohibir la hemorragia. Después de haber agotado inútilmente todo esfuerzo, nos decidimos á dejar una pinza á permanencia. Taponamiento ligero. Apósito aséptico simple. Gorro de hielo á la cabeza.

El enfermo principia á hablar apenas hemos quitado el coágulo; la respiración estertorosa y el coma desaparecen. El pulso sube á 65; el enfermo se da cuenta, aunque de una manera vaga, de lo que le ha pasado. Al otro día se cambia el apósito, dejando todavía la pinza. Estado general bueno. Temperatura 37°.6. Pulso 80, menos duro. El conocimiento ha vuelto completamente. La relajación de los esfínteres vesical y rectal ha desaparecido. Ordenamos calomel, 0,40 cgrms. á dosis refractas, lo que da por resultado cámaras abundantes. A la 48 horas quitamos la pinza y el gorro de hielo. La hemostasis es perfecta. Los días siguientes, apósito ordinario.

El enfermo, completamente curado á los 14 días, es dado de alta á los 28, después de la operación. Lo hemos visto algún tiempo después; goza de lucidez perfecta, notándose sí, un poco de retardo en la locución. Sus facultades intelectuales son normales. Localmente tiene una pérdida de sustancia ósea algo considerable. En la actualidad sigue ejerciendo sus funciones de agente de Policía.

DISCUSION:

DR. MARTINEZ AGUIRRE.—Aprueba el procedimiento y lo considera de práctica general: Cuando no se puede ligar un vaso, se le debe coger con una pinza hemostática.

DR. ALCIVAR.—Relata un caso de fractura de la bóveda craneana con penetración de la lámina interna. Después de operado el enfermo permaneció afásico por algún tiempo.



Sarcomatosis de la piel

POR EL

DR. WENCESLAO PAREJA

Visitando en meses pasados la Clínica del Dr. Coronel en el hospital de esta ciudad, tuve la sorpresa de ver un individuo, casi anciano que presentaba una erupción, cuyo aspecto recordaba bastante á la verruga peruana ó enfermedad de Carrion, magistralmente descrita por el Profesor Odriozola (de Lima).

Esta enfermedad me es bastante conocida por haberla visto muchas veces en la época en que fui interno del citado Profesor. Tentado estuve de lanzar ese diagnóstico, pues en la cara del enfermo existían dos pequeños tumorcitos rojos, esféricos, lustrosos, en todo semejantes á los que yo había conocido como «verrugas miliares»; pero me detuve, y después de investigar la procedencia, la duración, &c.—el enfermo no había residido nunca en el Perú, era natural de Cuenca y hacía solo un mes que se le habían presentado esos tumores; — descubrí al sujeto y encontré en el abdómen y en los miembros unos tumores bastante mayores, desde el tamaño de un garbanzo al de una nuez, hemi-esféricos, rojo violáceos, de superficie lisa y delgada; pero bastante diferentes en su aspecto á los verrucomas. Algunos, principalmente los del abdómen, estaban ulcerados, segregando un líquido de fetidez particular. Estaban implantados estos tumores en la región umbilical, siguiendo en cierto modo el surco formado por la compresión del pantalón; en las regiones del pliegue inguinal, las regiones poplíteas, ambas regiones axilares y las del pliegue del codo. Además, había varios en la cara; uno en el ala de la nariz, varios mas pequeños en el pliegue naso-geniano y otro en un párpado. Por los caracteres anteriores, pensé mas bien que se trataba de una sarcomatosis de la piel ó micosis fungoide de Alibert. Esta sospecha, que comuniqué á algunos estudiantes que me acompañaban en ese momento, fué después plenamente comprobada por el exámen microscópico practicado por el Dr. Ismael Carbo.

Ya en la obra de Odriozola se cita la opinión de Cowe que propone la semejanza de la verruga peruana con la micosis fungoide. La duda desde luego no puede ser más que momentánea, pues un exámen algo prolijo aclara rápidamente toda confusión. La evolución, por otra parte, es completamente diversa. El enfermo de que me ocupó falleció pocas semanas después, con varios de los tumores ulcerados y en plena coquecía.



Heridas de los gruesos troncos nerviosos de los miembros

POR EL

DR. MIGUEL H. ALCIVAR

Las heridas de los nervios periféricos que ya desde las guerras Boers, Ruso-Japonesa y Balkánica, habían llamado la atención de los médicos militares por su frecuencia, se han observado de un modo considerable durante la presente guerra europea, y cuya causa es la gran velocidad inicial de que están animados los proyectiles de las armas modernas.

Muchas é interesantes comunicaciones se han hecho sobre esta cuestión, tanto por distinguidos cirujanos como por conocidos neurologistas, sobre todo bajo el punto de vista operatorio: es necesario operar? en qué casos debe operarse? qué conducta debe observarse en presencia de tal ó cual lesión?

Actualmente se discute en la Academia de Medicina de París una memoria de M. Delorme titulada «Nuevo tratamiento de las heridas de los nervios por proyectil» y de cuyas conclusiones dependerá sin duda alguna, la conducta que deba seguirse con respecto á dichas heridas.

La parte original del método de M. Delorme consiste en la resección sistemática de toda porción nerviosa que parezca á simple vista alterada; método que M. Pozzi lo califica no solamente nuevo sino atrevido, puesto que va contra la experiencia hasta aquí adquirida y cambia radicalmente la práctica establecida por la clínica, al aconsejar la resección sistemática, que muchas veces puede ser útil y peligrosa.

La circunstancia de haber tenido la oportunidad de intervenir en cuatro casos de estas heridas, me han inducido á hacer la presente comunicación ante este Ier. Congreso Médico, por creerlo oportuno y contribuir en algo á este estudio médico-cirúrgico entre nosotros.

Los cuatro casos que me ha tocado tratar han sido enfermos que presentaban trastornos sensitivo-motores bien marcados, que databan de cinco á siete meses y que habían seguido un tratamiento más ó menos prolongado de masaje y electricidad.

OBSERVACION N.º 1

F. S., ecuatoriano, natural de Cuenca, de 35 años de edad, casado y de oficio carpintero; ingresó á mi servicio de cirugía del Hospital Civil, el 20 de julio de 1900.

Refiere el enfermo que el 29 de marzo de este mismo año, recibió una herida cortante en el brazo izquierdo, la que fue suturada el mismo día; cinco días después le retiraron los puntos de sutura, habiéndose hecho la cicatrización por primera intención, pero notó que su mano estaba colgante, que la presión de la mano era muy débil, que no podía servirse de los dedos para su trabajo y que creyendo que esto le desaparecería con la gimnasia no se sometió á ningún tratamiento, hasta que viendo que no sentía ninguna mejoría resolvió ingresar al hospital,

Examinado el enfermo se pudo constatar, que en la parte media de

la cara externa del brazo izquierdo había una cicatriz de unos seis centímetros de largo; los músculos de la región externa del antebrazo atrofiados, lo mismo que los de la región posterior. Elevado el antebrazo horizontalmente, la mano pende relajada hacia abajo y no puede levantarse; los dedos están en flexión, el pulgar caído bajo los otros dedos y también en flexión; por más esfuerzos que hace no puede extender la mano y los dedos; los movimientos de abducción y de adducción de la mano están abolidos; la sensibilidad está intacta y sólo durante unos ocho días después del accidente dice que estuvo abolida en la cara posterior del antebrazo y de la mano.

Se diagnostica «una parálisis del nervio radial», por sección de éste, y apesar del tiempo transcurrido se resuelve hacer la sutura secundaria del nervio.

El 24 de julio de 1900, previa anestesia del enfermo con cloroformo y desinfección del campo operatorio, se hizo una incisión del tejido cutáneo paralela á la cicatriz; se entró en el espacio intermuscular que queda entre el braquial anterior y el triceps braquial, encontrando en la profundidad de este espacio, el cabo superior del nervio, el que estaba dilatado y presentaba la forma de un bulbo. El cabo inferior fué hallado en la parte inferior del brazo en el espacio que separa el braquial del supinador largo; los dos extremos del nervio seccionado fueron refrescados y aproximados el uno al otro; la sutura se hizo con seda fina, introduciendo la aguja en la vaina del nervio y sacándola por la cara seccionada del mismo, se introdujo luego en la cara de sección del otro cabo y se sacó á través de la vaina á una distancia de medio centimetro de la extremidad, se hizo otra sutura semejante y se serró el nudo suavemente, teniendo cuidado de establecer perfectamente el contacto de los segmentos. Procedióse después á la sutura de la piel, la que fué cubierta con un apósito aséptico y se colocó el miembro en un aparato de inmovilización, quedando el codo en flexión.

Este día por la tarde había una gran hiperestesia en la cara posterior del antebrazo y de la mano, la que persistió hasta el siguiente día en que desapareció completamente. El octavo día después de la operación se le quitaron los puntos de sutura y el miembro fué dejado en completa libertad; la mano ejecutaba perfectamente los movimientos de abducción y de adducción, la flexión y extensión de los dedos era completa, la sensibilidad no había sufrido ninguna variación y sólo la fuerza muscular no había sido recuperada del todo; la mano si bien no caía como antes de la operación, sin embargo no guardaba la dirección del antebrazo, esto debido indudablemente á la elongación de los ligamentos posteriores por encontrarse la muñeca durante mucho tiempo en constante estado de flexión.

El enfermo abandonó el hospital el día 10 de agosto, dedicándose en seguida á sus trabajos usuales. Visto posteriormente se constató que la atrofia había desaparecido del todo, persistiendo solamente un poco la caída de la mano.

OBSERVACION N.º 2

A. P., ecuatoriano, residente en esta ciudad, de 32 años de edad, soltero y de oficio peluquero; ingresó al hospital general, sala de «San Miguel» el 31 de mayo de 1912.

Dice el 22 de diciembre de 1911, fué atacado por un individuo ar-

modo de un yatagán que le infirió tres heridas cortantes: la primera en el vértice del cráneo, la segunda en la región temporo-maxilar y la tercera de unos cuatro centímetros de largo en el brazo derecho por encima del codo. Fué atendido inmediatamente por un médico, quien hizo la sutura de las tres heridas, que cicatrizaron por primera intención.

La herida del brazo dió lugar á una abundante hemorragia, acompañada de un dolor muy intenso, presentándose desde el primer momento una inmovilidad del miembro superior derecho y que día á día se fué acentuando más, motivo por el cual se ha visto obligado á ingresar al hospital.

Quéjase el enfermo de la impotencia funcional de su miembro superior derecho y llama la atención desde el primer momento la actitud de su mano («mano de garra»). Hay incapacidad para doblar las primeras falanges de los dedos y para extender las de los dos últimos, excepto del pulgar; el movimiento del dedo meñique está algo reducido, estando abolidos los movimientos de abducción y de adducción de los demás dedos; la flexión y la abducción de la muñeca está debilitada; existe una marcada atrofia de las eminencias ténar, lupoténar é interóseas; la piel está fría y luciente.

La sensibilidad al tacto se halla abolida en la cara palmar y disminuída en la cara dorsal de la mano; hay anestesia completa también en el borde cuditral de la mano y en la cara palmar y dorsal de los dedos meñique y anular.

Se hace el diagnóstico de una «sección completa del nervio cubital» y aunque ha transcurrido mucho tiempo, se resuelve hacer la sutura secundaria de dicho nervio.

Operación el 5 de junio de 1913, bajo anestesia clorofórmica. Incisión vertical de siete centímetros siguiendo el borde interno del biceps; estando modificados los planos por la retracción cicatricial, hay que hacer una disección delicada para encontrar los dos cabos nerviosos que están separados uno de otro como dos centímetros; el cabo superior se halla abultado en su extremidad. Avivadas ambas extremidades con el bisturí y valiéndose de una aguja fina de Hagedorn y de la seda fina se hace la «neurorrafia», terminándose la operación con la sutura de los planos y la inmovilización del miembro en una gotiera.

Cicatrización «per-prima»; algunos días después el enfermo comienza á recobrar los movimientos de flexión en sus dedos y la sensibilidad principia á restituirse. Tratamiento electro terapico: la sensibilidad y la motilidad son en gran parte recuperadas, pudiendo verificar con bastante facilidad todos los movimientos del antebrazo y de la mano. Se le da de alta el 30 de junio de 1912, ordenándole continuar el tratamiento eléctrico por algún tiempo más.

Examinado este enfermo últimamente, encontramos que la restauración funcional del miembro superior es casi completa, no quedando como secuela de su accidente, sino muy pequeñas zonas de anestesia y algo de atrofia interósea.

OBSERVACION N.º 3

E. M. P., ecuatoriana, natural de Chone (Provincia de Manabí) de 34 años de edad, casada; ingresó á la sala de «Santa Teresa» del hospital general, el 13 de marzo de 1915.

Cuenta la enferma que el 26 de agosto de 1914, á eso de media no-

che fué asaltada en su habitación por unos individuos, pudiendo escapar, pero en la fuga sintió á sus espaldas una descarga de tres disparos, uno de los cuales vino á herirla en el brazo derecho; en el primer momento no se dió cuenta de lo sucedido, sino euando desmayada por la gran pérdida de sangre, cayó, de donde la llevaron á su habitación como media hora después del suceso. Casi inmediatamente sintió un fuerte dolor en todo el brazo, el cual estaba adormecido y le sangraba abundantemente. Las heridas cicatrizaron después de algunos días, pero le quedó un dolor muy agudo en el miembro y la mano caída; sufría también de grandes insomnios, debido en gran parte á los fuertes dolores que se acrecentaban más por la noche.

Examinada la enferma, se encuentra que tiene una cicatriz en la unión del tercio medio con el inferior (cara anterior del brazo derecho) otra en el pliegue del codo y una última en la mitad de la cara posterior del antebrazo, siendo el punto de entrada la primera y el de salida la última. Presenta la «mano de garra» bien notable; atrofia de la eminencia hipoténar, de los espacios interóseos y de la parte interna de la eminencia ténar.

Los movimientos laterales de los dedos son imposibles; la flexión y la extensión de las falanges las unas sobre las otras abolidas; anestesia en todo el trayecto del nervio cubital; dolor á la presión sobre dicho nervio, un poco por encima y al nivel del codo; cianosis de la mano y dolor lancinante al nivel de los dos últimos dedos. 1

Intervención el 20 de marzo de 1915 en compañía de mi estimable colega el doctor Arzube Cordero. Se encuentra que el nervio cubital está dividido completamente por detrás de la epitroclea, el cabo superior muy abultado, el inferior un poco adelgazado y á un centímetro y medio del cabo superior. Avivamiento minucioso de las dos extremidades nerviosas, sutura con catgut y una aguja fina, sutura de la piel y aplicación de apósito aséptico, dejando el miembro en flexión colocado en una gotiera.

La herida cicatrizó «per-primam», pero el estado del brazo permanece el mismo, por lo que se resuelve hacer una nueva intervención el 26 de abril. En esta vez se hace una incisión sobre la cicatriz de la cara posterior del antebrazo, encontrándose que la extremidad superior del radio estaba alterado, por lo que se hizo la resección de esta parte con desarticulación de dicha extremidad. Se hace la liberación del nervio el cual estaba comprimido, pero al parecer sano, rodeando solamente de un poco de tejido fibroso. La operación se termina con la sutura de los distintos planos, dejando un drenaje en la herida é inmovilización del miembro.

Después de pocos días se deja notar una mejoría muy apreciable pues los dolores han desaparecido del todo, los movimientos vuelven poco á poco, la sensibilidad se restituye, desaparece la cianosis y la enferma después de haber seguido un tratamiento eléctrico durante algunos días, abandona el hospital, casi curada de su parálisis. Últimamente he tenido la satisfacción de saber que la enferma se encuentra mejorada notablemente y dedicada á sus quehaceres.

OBSERVACION N.º 4

P. R., ecuatoriano, residente en Portoviejo, de 40 años de edad, soltero y de oficio agricultor; ingresó á mi servicio del Hospital general el 27 de mayo de 1915.

El 5 de marzo del presente año, fué herido en un combate por el brazo izquierdo y le salió por la cara interna del brazo del mismo lado; pero al día siguiente fué atendido por un estudiantante de medicina, quien le hizo una curación aséptica.

La herida sangró en abundancia, sintiendo desde el primer momento un vivo dolor en el sitio lesionado y la caída completa del antebrazo. La cicatrización se hizo a los quince días, pero como el dolor y la impotencia persistían resolvió trasladarse a esta ciudad para ingresar al hospital.

Examinado el enfermo se nota inmediatamente, la actitud de su mano (mano de garras) producida por la extensión de las primeras falanges y flexión de las dos últimas falanges del anular y del dedo pequeño. Las primeras falanges del dedo medio y del índice se hallan en extensión, el pulgar en abducción. Hay una atrofia bien marcada de la eminencia hipotenar, de los espacios interóseos y de la parte interna de la eminencia tenar.

La sensibilidad está abolida en la cara palmar y dorsal de la mano, anestesia del dedo pequeño, de la mitad interna del anular y de la mitad interna de la primera falange del dedo medio. La piel se nota longitudinalmente,

Operación el 3 de julio de 1915, bajo anestesia clorofórmica. Incisión vertical de 10 centímetros de largo siguiendo el borde interno del triéps braquial, encontrándose en el espesor de la cicatriz los dos cabos del nervio muy abultados y separados el uno del otro como en un centímetro y medio; hecha la liberación y avivados perfectamente sus bordes se hizo la sutura con una aña-ña y catgut fino. La operación se terminó con la sutura del plomo muscular y de la piel, dejando el miembro en flexión y colocado en una gótera.

Cicatrización por primera intención, retirándose los puntos de sutura a los siete días. A los 25 días de operado el enfermo comienza a mover los dedos, la triada y la diáfisis han desaparecido, la atrofia muscular ha disminuido un poco y la sensibilidad principia a recobrarla. Se le somete a un tratamiento eléctrico con el cual el enfermo después de algunos días deja el servicio notablemente mejorado.

* * *

Por si exponerlos brevemente los resultados obtenidos en los pocos casos de heridas nerviosas que me ha sido posible tratar y que creo haber sido yo quien en el año de 1900, ayudado por mi inteligente discípulo el doctor Hemert, practico por primera vez la «sutura secundaria del nervio radial» y cuya historia acabas de leerla; recordando de antemano, que ellos no constituyen una gran experiencia, pero sí me parece se prestan a algunas consideraciones que no carecen de interés.

La causa más frecuente de las heridas de los nervios periféricos, son las batallas de fusil; sin embargo, en los cuatro casos operados tenemos que dos han sido causados por arma cortante y dos por batallas de fusil. El «nervio cubital» ha sido tres veces seccionado y una vez el «radial», siempre en el brazo por encima de la epitróclea; sólo en un caso (obs.

Nº. 3) se encontró que el nervio cubital estaba comprimido por un callo vicioso del radio.

La aparición de la parálisis en todos los cuatro casos ha sido inmediata, todos los enfermos refieren que notaron la caída completa de su mano á raíz del accidente, de manera que no se puede poner en causa la producción del tejido cicatricial, ni tampoco atribuirse á la intensidad de los fenómenos inflamatorios y á la persistencia de la supuración, pues todos ellos tuvieron cicatrizadas sus heridas por primera intención.

El nervio se ha encontrado siempre seccionado completamente y separado un cabo de otro más ó menos en unos dos centímetros, en uno de ellos unido por un tractus fibroso; los cabos todos ellos abultados tenían la forma de un bulbo.

De los casos operados, dos presentaban dolores muy agudos, en uno (obs. Nº. 3) los dolores eran tan atroces, que no le permitían un momento de reposo, ni conciliar el sueño.

Los trastornos vaso-motores, cianosis de la extremidad del miembro lesionado, frialdad, hyperhidrosis, eriestesia á veces dolorosa, uñas hipocráticas, han existido en casi todos los casos, lo mismo que la atrofia de los músculos.

En ninguno de los cuatro enfermos se ha podido hacer la exploración eléctrica, para conocer la «reacción de degeneración», que reconozco es de suma importancia, puesto que muchas veces sólo con el exámen clínico, por muy minucioso que este sea, no es posible saber con seguridad la alteración orgánica del nervio y poder eliminar las falsas parálisis de origen psíquico.

Todas mis operaciones las he practicado bajo la anestesia clorofórmica, haciendo la hemostasia preventiva por medio de la banda de Esmarch y rodeándome de las precauciones más rigurosas de asepsia á fin de evitar la más pequeña infección.

El procedimiento que he seguido en todos los operados más ó menos ha sido el siguiente: Incisión larga de la piel siguiendo la cicatriz, cuidando de hacerla, no precisamente sobre ella para evitar seccionar el nervio, que algunas veces puede encontrarse formando parte del tejido cicatricial. Por medio de una delicada disección, buscaba el tronco nervioso sano, tanto en la parte superior como en la inferior, sirviéndome esto de guía para encontrar el lugar de la sección, hacia la liberación de las adherencias, tiempo un poco difícil por encontrarse casi siempre el nervio rodeado de un tejido escleroso, formando un bulto sumamente duro y que puede estar adherido á algún vaso vecino. Cuando el nervio ha estado descubierto, he hecho el avivamiento de los bordes, valiéndome del bisturi para obtener un corte bien neto; procediendo en seguida á la sutura del nervio después de una ligera elongación y relajado por medio de una actitud apropiada del miembro. La sutura que he practicado siempre ha sido la «perinuclear» y usando indistintamente seda ó catgut fino y agujas de Hagedorn finas. La operación se ha terminado con la sutura del plano muscular y aponeurosis después de haber resecaado completamente todo el tejido cicatricial y evitar nueva formación de él al redor del nervio; suturada la piel con crin de florenzia y cubierta con un apósito aséptico dejaba el miembro en flexión dentro de una gotiera. Sólo en un caso (obs. Nº. 3) se dejó un drenaje para evitar una infección.

Los resultados obtenidos han sido excelentes, todos los cuatro operados han curado por primera intención y manifestado notable mejoría desde el siguiente día de la intervención; desaparición de los dolores, re-

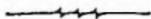
torno de la sensibilidad y de la motilidad, quedándoles sólo como secuela de su accidente un poco de atrofia de los músculos y que mediante un buen tratamiento eléctrico por las «corrientes galvánicas» pueden llegar á una curación completa.

Concluyo esta comunicación, manifestando, que en presencia de una herida, bien sea esta producida por una bala de fusil ó por un instrumento cortante, y que se halle situada en el trayecto de un nervio periférico, debe explorarse ésta cuidadosamente y cerciorarse de que el miembro funciona bien, pues en el caso de que haya una sección del nervio debe procederse inmediatamente, siempre que no haya ninguna infección, á hacer la sutura primitiva del nervio seccionado, con lo cual se evitarán multitud de complicaciones, una de las cuales la más difícil á desaparecer es la atrofia de los músculos.

Que la sutura secundaria de los nervios periféricos está siempre indicada, no importa el tiempo que haya transcurrido desde el accidente, pues contra la teoría de que la separación de los elementos nerviosos, cilindro eje, prolongaciones protoplasmáticas del cuerpo de las células, produce la degeneración, está la clínica y la cirugía probando que es posible la regeneración completa, mediante la sutura ó la deliberación del nervio cuando este se halle comprimido por la cicatriz, un callo vicioso etc.

DISCUSION:

DR. DE LA TORRE.—Refiero un caso de sección del ciático-poplíteo externo que lo trató por medio de ingerto tomado del ciático-poplíteo interno, con resultado parcial solamente.



SUMARIO.—DR. TEODORO MALDONADO CARBO (Guayaquil): Heridas tóraco-abdominales.—DR. JOSE M. ESTRADA COELLO (Guayaquil): Tratamiento de las tuberculosis quirúrgicas por el procedimiento del Dr. Calot.—DR. JOSE J. SANCHEZ (Guayaquil): Las tuberculosis quirúrgicas en Guayaquil. Indicaciones que deben llenarse en su tratamiento.—DR. DAVID DIAZ CUEVA (Cuenca): Cura radical de un tumor blanco en la rodilla de 8 años de evolución: DR. MIGUEL H. ALCIVAR (Guayaquil): Fiebre amarilla y apendicitis.—DRS. MIGUEL H. ALCIVAR y ALFREDO J. VALENZUELA V. (Guayaquil): Un caso de quiste Hídático del hígado.—DR. PEDRO PABLO EGUEZ B. (Guayaquil): Traumatismo de los gruesos troncos nerviosos por proyectiles de guerra.

Declaró instalada la sesión el Sr. Dr. Francisco Martínez Aguirre.

Heridas tóraco-abdominales

POR EL

DR. TEODORO MALDONADO CARBO

Este título suficientemente expresivo define de manera clara la lesión clínica que he observado en los dos enfermos cuya relación voy á hacer.

Llegado el término de mis estudios médicos y poco antes de separarme del internado del Hospital General de Guayaquil, tuve ocasión de comprobar un caso de herida tóraco—abdominal, por arma blanca, en el que intervine activamente en asocio de mis compañeros de internado, hoy Dres. Juan F. Rubio y Pedro P. Egúez.

Si la herida antedicha mereció nuestra atención por varios conceptos, creo aun de mayor importancia haceros conocer la historia de uno de los casos más interesantes y raros que entre los heridos franceses de la guerra europea he tenido oportunidad de observar y seguir con marcado estudio á mi paso por el Hospital Necker, de París, en la clínica de vías urinarias que tiene á su servicio el eminente especialista Profesor Félix Legueu.

La clínica de Necker fué militarizada desde los primeros meses de la guerra, estando desde ese momento á la disposición del Servicio de Sanidad Militar y encontrándose en condiciones de recibir heridos, que si en un principio pertenecían á cirugía general, poco á poco su número fué disminuyendo y reemplazado por sólo heridos del aparato urogenital.

Los servicios prestados bajo la dirección del Profesor Legueu á esos valientes defensores de su Patria, fueron rápida y debidamente apreciados por el Director del Servicio de Sanidad del Gobierno Militar de París, quien no tardó en establecer un centro urológico en la Clínica de Necker, cuyo funcionamiento es oficial desde los primeros meses de 1915—La casualidad me ha colocado en este centro de enseñanza donde he podido apreciar de cerca los horrores de la gran guerra europea, viendo y estudiando lo que, ni la experimentación, ni los laboratorios con sus más completos adelantos nos enseñarían.

Las lesiones de mis dos enfermos, cuyas historias bien pronto relato, han sido producidas por agentes traumáticos muy distintos: en el uno

es el arma blanca, en el otro una bala de fusil de guerra; ambos han originado trastornos siempre complejos, y que, en razón de su misma diversidad, han sido causa de que la terapéutica sea completamente desigual.

Teóricamente hablando las cavidades esplánicas al ser vulneradas por una arma blanca no siempre producen una herida penetrante con lesión visceral, contrariamente á lo que se observa en las heridas por armas de fuego que crean casi siempre heridas penetrantes con lesiones viscerales, siendo estas heridas de trayectos muy caprichosos y algunas veces fantásticos, las que multiplican las lesiones en las zonas atravesadas. En el caso de Abad no había comprometida viscera alguna; en el de Coude, aparentemente tampoco, exceptuando la herida del músculo vesical y no obstante el muy largo camino franqueado que seguía la dirección de los diámetros mayores torácico y abdominal.

OBSERVACION
TOMADA EN EL HOSPITAL GENERAL DE GUAYAQUIL
SERVICIO DE LA SALA DEL DOCTOR
MIGUEL H. ALCIVAR
PROFESOR DE MEDICINA OPERATORIA

Pedro Abad de 42 años, soltero, residente en las Lojas (Daule) ingresa al servicio de la sala San Miguel el 5 de Noviembre de 1910.

Doce horas antes de venir al Hospital y en estado de ebriedad, recibe una puñalada en el 9º espacio intercostal izquierdo á unos 4 centímetros afuera de la línea mamilar. Longitud de la herida 3 centímetros. No recuerda cómo ni porqué fué herido y á su ingreso al Hospital el estado de ebriedad persistía aún. Nuestro herido sufría mucho, quejábase frecuentemente, tenía la facies peritoneal, pulso regular, 80 al minuto, vómitos biliosos. En la región inferior y lateral izquierda del tórax presentaba, sostenida por unos trapos sucios, una hernia traumática del volúmen de una gran naranja, y que á poco de inspeccionada reconocíamos, por las bandeletas que tenía, estar formada por intestino grueso.

Mientras se prepara lo necesario para la intervención, se lava abundantemente la hernia con suero Hayem y se asepsia la piel.

Anestesiado el paciente con éter se comienza á trabajar.

La herida torácica fué ensanchada para reducir lo herniado, mas como no conseguimos este objeto practicamos la resección de 3 centímetros de la costilla inmediata superior (9º); así se puede introducir la evisceración, pero es una falsa reducción porque la hernia entra solo á la cavidad torácica donde encontramos además algunas asas del intestino delgado. Se busca el obstáculo á la reducción y se enuentra en el diafragma un ojal de unos dos centímetros de largo por donde las vísceras abdominales habfan salido al interior y exterior del tórax.

Para efectuar la reducción es necesario prolongar la herida diafragmática, que á manera de anillo de hernia estrangulada impedía la reducción. Conseguida esta, después de mucho trabajo, se sutura el dia-

fragma con un surget de caufgut N^o. 2, se sutura igualmente la pared torácica y terminamos por la piel unida por erin.

Al día siguiente, temperatura 38. 5, pulso 100. Facies peritoneal, hipo, lengua seca, vientre poco elevado, algo de timpanismo. No hay vómitos. Al 2^o. día los síntomas peritoneales disminuyen; como tratamiento interno opio y poción de Rivière, exteriormente hielo. Al 1er. día expulsión de gases por el recto. Se presentan fenómenos inflamatorios locales. Al 4^o. día defecación espontánea: la temperatura en relación con los síntomas inflamatorios que aumentan llega ese día á 39. 5.—Al 6^o. se quitan dos puntos de sutura, evacua y drena el foco supurativo, con lo que el enfermo entra en franca mejoría, la que continúa hasta abandonar el Hospital en perfecto estado.

Es interesante la anterior observación por la rareza de ella. La puñalada probablemente fué dada estando el agresor frente á su víctima y se comprende que de arriba abajo, pues solo así pudo herir la pared del tórax primero y después el diafragma, produciéndose luego la evisceración; parte en la cavidad torácica, parte fuera de ella. La intervención precoz, 12 horas después, dió el más completo resultado.

OBSERVACION

TOMADA EN EL HOSPITAL NECKER DE PARIS, CLINICA DE VIAS URINARIAS DEL PROFESOR FELIX LEGUEU

El sargento Félix Coulé, 32 años de edad, sin profesión, entra el 8 de febrero de 1915 y ocupa la cama N^o. 5 de la sala «Laugier». Dirección del herido, 46 Avenue Parmentier.

Coulé ingresa al servicio porque tiene una bala en la vejiga la que ha sido localizada por una radiografía hecha á fines de enero.

Fué herido por una bala el 7 de octubre de 1914, combatiendo en Etain [Meuse]; el orificio de entrada del proyectil está localizado al nivel del tercio externo de la clavícula izquierda, y á un centímetro de su borde posterior. Se encontraba acostado, en posición de tiradores, cuando fué herido y sintió un choque violento en el lado izquierdo, como si le hubieran dado un puntapié, según comparación del mismo enfermo.

Fué transportado al Hospital de Neufchâteau [Vosges] donde constataron el orificio de entrada de la bala sobre el hombro izquierdo, mas no el de salida.

Radiografiado en este hospital se apreció la existencia de un gran derrame en el tórax izquierdo (hemotórax) y se supuso que el proyectil estaría en el tórax. Cuatro días después de herido el enfermo tiene fiebre que llega algunos días hasta 40°. Al 2o. día de su ingreso se le hace una punción aspiradora con la que se retiran algunos gramos de líquido sanguíneo.

Durante su estadía en este hospital el enfermo no ha tenido hemoptisis. Es tratado allí hasta el 3 de diciembre que fué evacuado al

hospital de Montbard (Côte-d'or) donde estuvo hasta el 28 de diciembre en tratamiento de su hemotórax.

Notablemente mejorado, al momento de su alta no le quedaba sino sensación de ahogo al menor esfuerzo que hacía y á la auscultación la respiración obscura en la base del tórax enfermo. Propuesto para convalescencia fué enviado al Depósito de Dijon donde se le autoriza una licencia de 45 días.

Refiere el enfermo que estando en el Hospital de Neufchâteau y una vez que hubo abandonado el lecho, observó no poder orinar en las posiciones de pié ni sentado, pero lo hacía fácilmente en el decúbito lateral. No sufría en este momento dolor alguno, sus orinas eran claras y en cantidad tan abundante como en estado normal.

Estaba convalesciendo en Saint Etienne cuando le vino una retención aguda de orina que le duró 5 horas, habiendo cesado espontáneamente sin renovarse después. En estos días fué consultado un médico quien propuso un exámen radiográfico de la vejiga y una radioscopia del tórax. Como resultado de este exámen es que se constató la existencia de la bala en la pelvis.

Suponiendo el médico que la bala podía estar en la vejiga, hace la exploración vesical con el resonador de Guyon la que fué positiva, ensayando después extraerla por vías naturales con ayuda de un electroimán. Esta tentativa no tuvo éxito, por lo que se inquieta mucho el enfermo, decidiendo enseguida venir á Paris á consultar al Profesor Legueu.

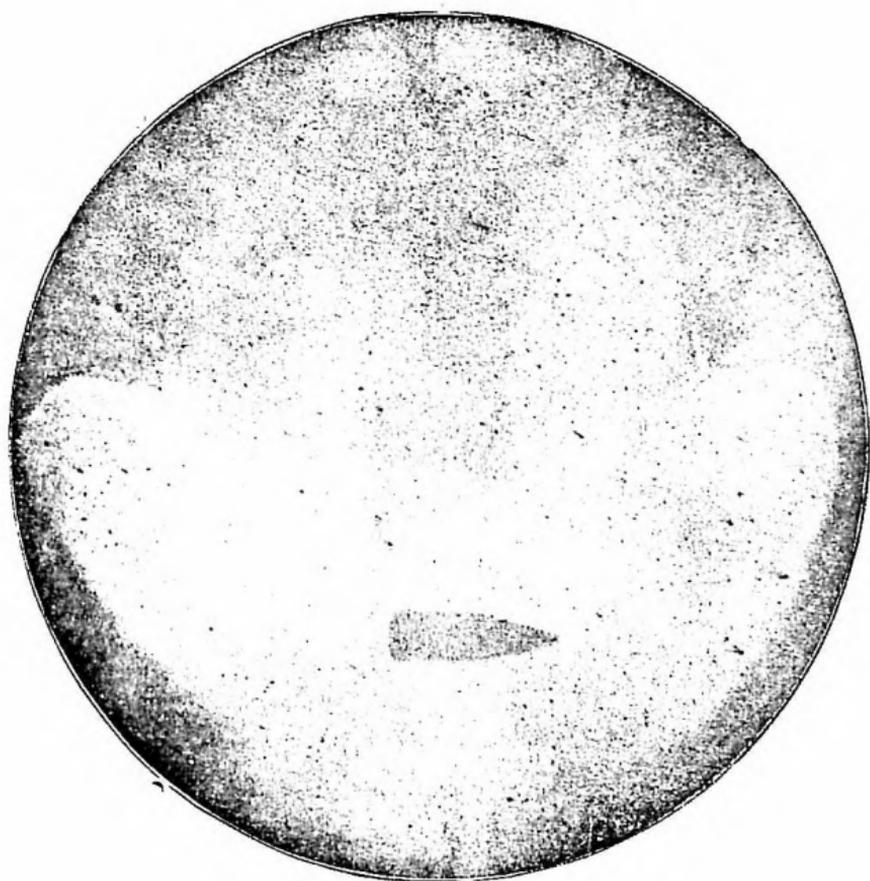
El enfermo no ha sufrido jamás de la vejiga, ni ha tenido hematuria; sigue siempre orinando de costado, ya que al hacerlo de pié la bala obtura el cuello vesical, impidiendo la micción sin causarle dolor felizmente.

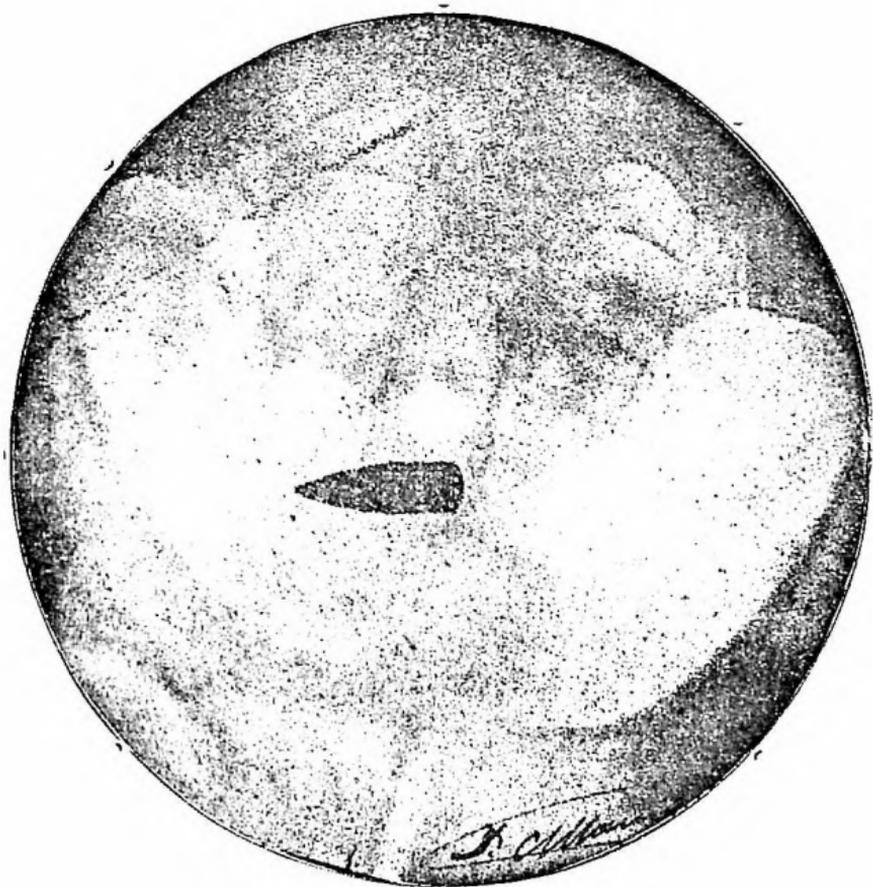
Ordena el Profesor Legueu radiografiarlo nuevamente y hacerle una cistoscopia, la que se lleva á cabo el 11 de febrero. Introducido el cistoscopio, se vé claramente la bala en el bajo fondo vesical, entre los dos orificios ureterales, estando la punta á la derecha; la mucosa está poco alterada, aunque algo vascularizada. La bala está incrustada en casi toda su extensión de concreciones blancas, fosfáticas, mostrando una superficie negra en las zonas que no hay incrustaciones.

Decide el Profesor Legueu intervenir: el 12 de febrero el enfermo es transportado á la mesa de operaciones. Sin anestesia general ni local la vejiga es simplemente distendida por 250 c. c. de agua. El litotritor tira-bala es introducido por el Profesor Legueu, hace una primera toma de la bala en el bajo fondo vesical, pero al cerrar el freno del instrumento la bala se desliza: un segundo ensayo la toma en una posición probablemente mas favorable, porque el freno puede ser cerrado sobre una parte que parece buena. El enfermo soporta sin inconveniente alguno estas cortas manipulaciones. Antes de retirar el litotritor y la bala, el Profesor Legueu practica el tacto rectal para controlar si la bala no está tomada transversalmente. El tacto rectal muestra al contrario su buena posición, estando la bala tomada por su base y su eje en relación con el del instrumento. Este es retirado con la bala sin dificultad alguna hasta el meato, donde desgraciadamente una estrechez congénita del meato detiene completamente la salida de la bala. Sin soltar la presa el Profesor Legueu practica con el meatótomo la sección del meato y puede retirar así el litotritor con la bala, la que se constata estar tomada por su base, habiendo sido la punta la última porción en salir.

El enfermo es llevado á su cama, almuerza, continúa su vida regular y al siguiente día es enviado á la Plaza Militar.









Estas heridas penetrantes del abdomen y tórax forman parte de los casos patológicos que indican una conducta quirúrgica de urgencia, entendida la intervención en las primeras horas que siguen al accidente y siempre que se encuentre el enfermo en un medio quirúrgico, debiendo tenerse esta última parte como de mucha importancia.

El Profesor Gosset al hacer un viaje de inspección al campo de operaciones con una formación sanitaria automóvil, á principios de 1915, concluye su relación declarándose partidario de la intervención inmediata. He obtenido así, termina Gosset, un porcentaje de curaciones más elevado, estimando el conocido cirujano que una intervención está indicada cuando puede hacerse precozmente, en un medio favorable y con cuidados pos-operatorios adecuados.

La cuestión de la conducta que debe observarse en presencia de una herida tóraco-abdominal ha sido sin duda una de las más difíciles de resolver en la práctica quirúrgica, sin riesgo de comprometer la vida del enfermo. Bajo este punto de vista los cirujanos están en el día casi todos de acuerdo por la intervención precoz siendo la expectativa armada una excepción á la regla desde que la era abierta por el genial Pasteur ha venido á hacer que no se consideren más como intervenciones de lujo estos procedimientos operatorios de urgencia, que si no banales se multiplican diariamente.

En general una herida de la parte superior del abdomen ó inferior del tórax, cuando es penetrante, compromete el diafragma, lesión que no es mortal, pero, lo que viene hacer mucho más severo el pronóstico es la coexistencia de lesiones de otras vísceras llámase esta ligado, pulmón, bazo, estómago ó epiplón, órganos todos que dan origen á cuadros clínicos en que predomina al comienzo el síndrome de la reacción peritoneal. Estos enfermos tienen, pues, á la vez reunidos un doble peligro: del lado torácico y del lado abdominal imponiendo la terapéutica estricta de reducir la hernia si la hay, tratar las lesiones viscerales si existen y suturar finalmente el diafragma.

Si es más lógico ver el tabique abdomino-torácico lesionado cuando el agente traumático obra de arriba abajo, que de abajo arriba, á causa de la acción recíproca de los adversarios, en una riña por ejemplo, como en el caso de Abad, la dirección de dicho agente no siempre debe ser forzosamente oblicua y descendente. Para probarlo basta en efecto recordar la forma anatómica del diafragma, cuya cúpula sube del tórax, de modo que un proyectil, ú otro instrumento vulnerante cualquiera, al atravesar horizontalmente el tórax en sus tres, cuatro ó cinco últimos espacios intercostales, según el momento de la respiración, herirá fatalmente dicho músculo.

Localización precisa no tienen estas heridas cuando son producidas por arma de fuego, pero, tratándose de arma blanca se observan casi todas en el lado izquierdo, debido, como es fácil comprenderlo, á la situación del heridor que hace uso de su mano derecha.

Uno de los caracteres de las heridas tóraco-abdominales es la lesión del diafragma y el paso consecutivo de los órganos de una cavidad á la otra, es decir, la hernia diafragmática, citada como regla en el lado izquierdo, y excepcionalmente en el derecho, debido á la presencia ó interposición del ligado cuyo volumen si impide la hernia en cambio es fuente de la complicación hemorrágica. Mas, ¿cuáles son las vísceras herniales, las torácicas ó las abdominales? Ambas pueden serlo: las superiores á causa de la gravedad, aunque carecen de la movilidad anatómica que gozan las inferiores, generalmente herniadas por sus largos pedículos.

Como pronóstico estas heridas lo tienen siempre grave; sin embargo, bajo este punto de vista, creo que puede hacerse la distinción de un pronóstico inmediato y otro tardío. El inmediato estará en relación directa con los daños causados en el momento del accidente; el tardío dependerá de la lesión del diafragma, cuya cicatrización espontánea, si no ha podido suturarse, dará origen en el futuro y á consecuencia de los esfuerzos abdominales, á la formación en ese minoris resistentia de una hernia diafragmática, cuya extrangulación es el término habitual, sino se interviene precozmente.

Estas hernias diafragmáticas se ven generalmente cuando la herida ha sido producida por arma de fuego, en que la expectación ha sido el tratamiento. De nuestros dos heridos es Coudé el que desgraciadamente tiene tan terrible perspectiva.

Hecho el diagnóstico de herida del diafragma debe intervenirse á la brevedad posible. Pero, ¿cuál la mejor vía para descubrir el tabique muscular herido? ¿cómo tratar la herida, por toracotomía ó por laparotomía? Evidentemente la conducta variará según los casos, debiendo á este respecto señalarse lo favorable ó desfavorable de una y otra intervención.

La vía pleural es ciertamente superior por conducir al cirujano directamente sobre la cara convexa del diafragma, dando así luz suficiente y mayor campo para las maniobras de reducción; no obstante el fundado peligro de un pneumotórax. Observamos en el herido Abad al incidir el tórax para hacer la reducción, lo que se ve generalmente en esta clase de heridas: no estar el pulmón retraído sobre su hilio, por que las vísceras herniadas obturan completamente la herida. La contracción pulmonar fué notada á poco que trabajamos y una vez en amplia comunicación la presión intratorácica con la atmosférica. Por lo demás, el pneumotórax en Abad no ha tenido ninguna influencia desfavorable en sus días post-operatorios.

En cuanto á la vía baja ó abdominal hay que decir que esta no pone al tórax al abrigo total de ser invadido por el aire, puesto que al hacer el trabajo necesario para la reducción y sutura, forzosamente entrará el aire á aumentar la presión intratorácica; además, el gran inconveniente de la laparotomía es poner al descubierto la cara cóncava del diafragma, cara difícil para operar, que hace necesaria en ocasiones la incisión del reborde costal para obtener un más amplio campo quirúrgico. En apoyo de la indiscutible superioridad de la vía transpleural en el tratamiento de estas heridas tenemos los datos numéricos. Lenormant en su estadística presentada á la Sociedad de Cirugía de Paris, en 1903, cita un 33 % de mortalidad para la laparotomía, contra 5, 6 % para la toracotomía, diferencia enorme, que es suficientemente elocuente para no dejar dudas al respecto.

Antes de concluir quiero de manera especial hacer referencia al caso del sargento Coudé por el interés que presenta bajo múltiples aspectos. Se podría dudar, en efecto, á primera vista si éste militar ha tenido ó no una herida que puede calificarse entre las torácico-abdominales, es decir, si es posible que una bala pueda recorrer, sin ser mortal, el largo trayecto del tórax y del abdomen, trayecto cuyos puntos extremos se han encontrado en el hombro izquierdo el superior y en la vejiga el inferior y no obstante tan gran camino solo haber originado, clínicamente, un hemotórax, constatado después por la radiografía. Es tanto más extraordinario el caso si nos fijamos en que ha sido el tórax izquierdo el atravesado sin comprometer en lo mínimo los órganos vitales que él encierra.

Del lado abdominal también es sorprendente la manera negativa

como ha respondido la serosa peritoneal y el conjunto de vísceras abdominales, ó al menos ha sido ella tan insignificante, que no mereció tratamiento alguno en el Hospital de Neufchâteau.

No menos rara es aun la tercera consideración bajo el punto de vista vesical; en efecto, las heridas de la vejiga se comportan clínicamente con una sintomatología que nuestro enfermo ha estado lejos de tener á pesar de ser una herida de la parte superior de la vejiga y por consiguiente recubierta de peritoneo; exceptuando la retención aguda de orines y el obstáculo mecánico opuesto por la bala en el momento de la micción estando de pié, Coudé no ha sufrido y ha tolerado admirablemente ese cuerpo extraño, hecho que se explica fácilmente por el grado de perfeccionamiento á que se ha llegado en la construcción de la bala moderna.

Pero si la clínica no es suficiente por sí sola para hacer un diagnóstico en casos como el presente, tenemos en cambio los rayos X, cuya cooperación ha sido de mucho valor como puede verse en las tres radiografías hechas por el Dr. Maingot en su Laboratorio de Laennee. Un hecho característico tengo aquí que señalar sobre el cual me ha llamado la atención el Profesor Legueu y es: que cuando hay que buscar en casos análogos una bala en la pelvis y se obtiene la imagen radiográfica buscada en diferentes posiciones, la bala no puede encontrarse libre mas que en la cavidad vesical, solo así se explican los cambios de posición.

La claridad de las tres radiografías adjuntas prueba bien la aserción antedicha.

Finalmente, otro elemento hemos tenido para apreciar la no deformación de la bala, cual es el examen directo de la cavidad vesical por medio de la cistoscopia, que como es sabido ha tomado gran desarrollo y aplicación en estos últimos años, á punto que hay que considerarla como uno de los capítulos más importantes de la urología. La cistoscopia hecha en nuestro herido nos hizo ver claramente la bala en su forma normal, su posición en la topografía vesical, su relación con los orificios ureterales, el estado congestivo de la mucosa vesical y por último, las incrustaciones fosfáticas que recubrían la bala; el dibujo cistoscópico que acompaño, gracias á la hábil mano del Sr. A. Leuba, dibujante de la Facultad de Medicina de París, os mostrará mejor la gran utilidad de la cistoscopia.

Como se ve, las indicaciones terapéuticas en Abad y Coudé han sido totalmente distintas debido á la etiología diversa de sus traumatismos: en las heridas por arma blanca sirven mucho de guía los datos que se pueden obtener sobre el arma, las dimensiones de esta, la posición del heridor etc. etc. anamnésicos todos que están lejos de ser útiles en los casos de herida de bala, y con mayor razón si solo se encuentra orificio de entrada. En Abad habia indicación precisa de intervenir rápidamente mientras que en Coudé puede considerarse su tratamiento bajo dos aspectos; como herida tóraco-abdominal y como cuerpo extraño de la vejiga. En el primer caso cuando estubo en el Hospital de Neufchâteau fué tratado de manera pasiva, por decirlo así, por inmovilización del tórax, reposo del enfermo y apósito oclusivo. En el segundo caso, como cuerpo extraño de la vejiga, el Profesor Legueu ha intervenido con la maestría y competencia que en él es habitual, extrayéndolo por vías naturales la bala, con ayuda de un litotritor que ha hecho recientemente transformar en litotritor tira-bala y evitándole así al herido ser sometido á una talla hipogástrica. Opina el Profesor Legueu que en el estado actual de la cirugía vesical es la vía de elección para extraer toda bala de fusil, no deformada, que se encuentre en dicha cavidad.

Tratamiento de las Tuberculosis locales por el método del Dr. Calot

TRABAJO PRESENTADO AL I. CONGRESO MEDICO ECUATORIANO

POR EL

DR. J. M. ESTRADA GOELLO

El método del Dr. Calot, para el tratamiento de las tuberculosis locales y externas, es demasiado conocido por el cuerpo médico, para que me detenga en todos los detalles de técnica y en las indicaciones de su empleo; por eso me limitaré en el curso de este trabajo á exponerlo solo en sus grandes líneas. Pues nada nuevo podría agregar á las magistrales comunicaciones que viene haciendo el Dr. Calot, con lujo de detalles, con un gran sentido clínico y en una forma tan eminentemente práctica, que pone á cualquier médico en aptitud de trabajar con la seguridad de un éxito.

Pero á pesar de estos trabajos y de lo conocido del método, observo que entre nosotros no es empleado en la extensión que debiera serlo, si atendemos al crecido número de enfermos, susceptibles de este tratamiento, que encontramos á cada paso. En mi poca práctica profesional, he podido apreciar esta deficiencia; y es por esto que he desenido llamar la atención sobre los buenos resultados que pueden obtenerse con el método de las punciones é inyecciones.

En apoyo de este aserto, presentaré algunos casos curados empleando el método del Dr. Calot. Pero recordaré antes las bases en que se funda este tratamiento.

El método Calot persigue la curación de los abscesos fríos, por medio de las punciones é inyecciones subsiguientes de un líquido modificador. Cuando el absceso no se ha abierto al exterior y el pus es homogéneo y sin grumos, entonces se emplea para las inyecciones la solución de Aceite-creosotado-yodoformado, de la siguiente composición:

Aceite de olivas puro	70	gramos
Eter	30	"
Yodoformo	10	"
Creosota	5	"
Guayacol	1	"
Mz/.		

Si el absceso dá por la punción un pus grumoso, ó si se observa que apesar de salir un pus homogéneo, hay en las paredes fungosidades gruesas, que no se han reblandecido todavía, entonces se recurre al líquido de Naftol-glicerinado-alcanforado, con el objeto de licuar estas fungosidades poco á poco. Este líquido se compone de lo siguiente:

Naftol alcanforado	2	gramos
Glicerina	12	
Mz/.		

Uno y otro líquido se emplean á las mismas dosis: de 2 á 12 gramos, según la edad del paciente y según la capacidad del absceso que se trata. En los abscesos pequeños, se inyecta en general, la 1/2 ó la 1/3 parte de la cantidad que se extrajo por la punción, pero no debe pasarse jamás de los 12 gramos, que es el límite máximo de la dosis manejable. Para la solución de Naftol alcanforado debe tenerse la precaución de agitar fuertemente la mezcla en el momento de emplearla; teniendo además el cuidado de observar si este líquido se mezcla completamente con el agua. Para esto, se vierte una gota en una caveta de agua y si no se disuelve en seguida, después de agitarla, se debe agregar á la solución un poco de glicerina y repetir la prueba hasta que se observe que es completamente miscible.

Diagnosticado el absceso, debe procederse á la punción para extraer el pus, é inyectar en seguida uno de los líquidos modificadores; y deben repetirse estas dos operaciones, cada 10 días, por término medio y sino hay ningún incidente, hasta completar un número de 7 á 8 punciones é inyecciones. Se supone que para este tiempo, las paredes del absceso deben encontrarse ya lo suficientemente sanadas y avivadas, para facilitar su adosamiento; y por tanto se hace una última punción, para extraer el resto del líquido, pero sin inyección de ningún género. Se termina el trabajo por un apósito compresivo que deberá mantenerse en sitio por 15 á 20 días; pero vigilando siempre que la compresión persista y sea efectiva durante todo este tiempo; y aún puede ayudársela con algunas vueltas de venda.

Como uno de los objetivos del método es curar los abscesos, pero tratando de no dejar huellas; se comprende que deba vigilarse cuidadosamente su marcha á fin de no dejarlos que se abran al exterior, puncionándolos en tiempo oportuno, en cuanto se sienta la fluctuación. Cuando se presenta el absceso en inminencia de abrirse, es decir, cuando la piel se halla en algún sitio con un color rojizo y muy adelgazada, deben emplearse sólo las punciones, tan á menudo como sea necesario, pero sin ninguna inyección. La punción sola, traerá como consecuencia, disminuyendo la tensión, una mejoría en el estado local; y poco á poco se observará que la piel se vuelve normal, que recobra su coloración y que desaparece el riesgo inminente de la apertura. Es entonces el momento de intervenir, siguiendo las reglas dadas, por medio de las punciones é inyecciones; pero vigilando siempre el estado de la piel.

Quando el absceso se ha abierto al exterior, queda constituido el trayecto fistuloso; y sus paredes naturalmente tienen que presentar los mismos productos patológicos que caracterizaron al absceso de origen. De aquí, que el método sea también aplicable al tratamiento de estas fistulas tuberculosas. Para ellas pueden también emplearse los mismos líquidos modificadores, practicando una inyección cada dos días, hasta completar el número de 10; aplicando en seguida la compresión prolongada en la misma forma que en los abscesos.

Debe vigilarse que el líquido de la inyección quede en el interior del trayecto fistuloso. Pero como las fistulas, por su situación y por su forma, no retienen el líquido de curación sino por un momento, y como es necesario que los líquidos actúen por un tiempo prolongado sobre sus paredes; se han empleado las mismas sustancias modificadoras pero asociadas á cuerpos indiferentes, para darles consistencia de pasta á la temperatura del organismo. Es decir que para emplearlas, es necesario licuar

esta mezcla al calor, al baño de María: ó inyectarla en seguida en el trayecto, en donde se solidifica y actúa entonces por mayor tiempo.

La fórmula de la pasta Calot es la siguiente:

PASTA N.º 1		PASTA N.º 2	
Fenol alcanforado	6	gramos	3
Naftol alcanforado	6	"	3
Guayacol	15	"	8
Yodoformo	20	"	10
Lanolina ó Spermaceti	100	"	100
	Mz/.		Mz/.

Estas pastas se funden al rededor de 40°. y se solidifican en el interior del trayecto fistuloso despues de 2 á 3 minutos.

Las dosis manejables son: hasta 10 c. c. para los niños y hasta 20 c. c. para los adultos, para la pasta N.º 1; y cantidades dobles para la número 2 que es menos activa y que se la emplea para los grandes trayectos, de gran capacidad.

Las inyecciones deben practicarse cada cuatro días, hasta completar unas 7 ú 8; y la compresión prolongada debe efectuarse lo mismo que en los abscesos. A veces, con las primeras inyecciones se llega á detener la supuración; pero no por esto debe interrumpirse la serie de inyecciones.

Todas las fistulas tuberculosas pueden curarse con este tratamiento; ya sean sintomáticas de lesiones óseas ó articulares, ya de lesiones ganglionares ó de los tegidos blandos. Pero para la dirección del tratamiento, debe tenerse presente una gran división de los trayectos fistulosos: en infectados y no infectados. El término *INFECTADOS* contradice el tratamiento y debe tratarse por medio de apósitos sencillos y antisépticos, hasta que la fistula se considere *NO INFECTADA*; es decir, sin asociaciones microbianas. El criterio clínico en el que debe fundarse el práctico para considerar infectada una fistula, constituye para el Dr. Calot, la presencia de fiebres vespertinas con remisiones matinales; y sobre todo, la albumina en las orinas. En un grado más avanzado, la hipertrofia hepática y los síntomas de intoxicación general.

En estas condiciones debe esperarse que remitan estos síntomas, por el tratamiento higiénico y medicamentoso, para iniciar de lleno el procedimiento Calot.

Toda fistula tuberculosa constituye un gran peligro para el enfermo, por la posibilidad de la infección generalizada, que se presenta á menudo como consecuencia: de aquí que deban dirigirse todos los esfuerzos del práctico, á evitar la apertura espontánea del absceso; y si ya el trayecto está formado, debe impedirse su infección y tratar á toda costa de cerrarlo. Demás es añadir que la abstención quirúrgica debe ser la regla en el tratamiento de los abscesos fríos, por el gran peligro de la fistulización frecuente.

No solo los abscesos tuberculosos y las fistulas, son tratados por el método Calot; su radio de acción, es mucho mayor. Las adenitis duras, y las tuberculomas en general, y las tuberculosis secas y fungosas, curan también por este método. Por esto es que se lo hace extensivo á las Osteitis; al Mal de Pott; á las Coxalgias; á todos los tumores blancos, cualquiera que sea el sitio en que radiquen; y por consiguiente á

las Artritis é Hidartrósis tuberculosas en general. Y es lógico esté tratamiento en estas afecciones, puesto que todas ellas no son sino la manifestación local de las fungosidades y tubérculos debidos al Bacilo de Koch.

Todas estas afecciones evolucionan en tres etapas:

1ª. Etapa.—Localización del gérmen y formación de fungosidades.

2ª. Etapa.—Fusión de fungosidades y formación de abscesos (ó presencia de derrames articulares, como las Hidartrósis).

3ª. Etapa.—Fistulización.

Las 2ª. y 3ª. etapas, son tratadas, por la técnica que ya he explicado; pero la 1ª. etapa puede presentar algunas variantes.

La curación en estos casos puede obtenerse: ó por Esclerosis ó por Fusión, de las fungosidades, según la naturaleza del líquido inyectado.

Se emplea el aceite creosotado-yodoformado, cuando se busca la esclerosis; y se recurre al naftol alcanforado, cuando se desea obtener la fusión. En principio, debería preferirse el naftol que dá mejores resultados; pero en práctica, se puede recurrir á uno ú otro, según el carácter y la antigüedad de la lesión.

Cuando se trata de tuberculosis recientes y benignas, se busca solo la esclerosis; pero en estos casos debe recordarse que el resultado no vá á encontrarlo el práctico, en el curso de las 10 inyecciones, sino que empezará á observarlo, 3 á 4 semanas después de la última inyección; y la curación completa la obtendrá en 3 á 5 meses más.

En las tuberculosis graves y antiguas, está indicada la fusión de las fungosidades, por medio del naftol alcanforado, que se inyecta DIARIAMENTE, de 3 á 8 gramos, hasta que se observe que empieza á formarse el absceso, que por lo regular se efectúa del 4º. á 6º. día. Formado el absceso, se lo tratará por la técnica conocida.

Cuando estas tuberculosis locales, que se deben tratar por fusión, son pequeñas, como pasa con los ganglios cervicales duros, con las Artritis de pequeñas articulaciones etc. etc., se recurre á otro fundente que obre á menor volumen, y nó á las dosis de 3 á 8 gramos que debe actuar la solución de naftol.

Para estos casos recomienda el Dr. Calot, la mezcla de los cuatro fundentes que siguen:

Fenol sulfocrinado	}	na
Fenol alcanforado		
Naftol alcanforado		
Esencia de trementina		

De este líquido basta inyectar de 6 á 10 gotas para obtener la fusión; pudiéndose repetir esta dosis, si la reacción general es nula y si no se observa que se ha iniciado el absceso, que es precisamente lo que se busca, para tratarlo en seguida por las punciones é inyecciones.

Para el tratamiento Calot, dá su autor un gran valor, á la manera como se practican las punciones é inyecciones. Por esto insiste en que deben observarse los detalles de la mas estricta asepsia, tanto para los instrumentos, los líquidos inyectables y los apósitos; como para la piel del enfermo y las manos del operador. No deben emplearse, jamás, agujas gruesas para las inyecciones; y estas deben electuarse, introduciendo

la aguja en piel sana, á 4 ó 5 centímetros del absceso, para alcanzar el foco, por un trayecto oblicuo y distante.

Las agujas recomendadas se encuentran en el instrumental del Dr. Calot, numeradas en serie creciente, del 1 al 4; teniendo esta última, que es la mas gruesa, «dos milímetros» de diámetro exterior, que se considera el límite extremo del grosor de las agujas que se deben emplear.

Las agujas N.º 1 y N.º 2, se utilizan para las inyecciones sin punción prévia.

La N.º 3, de 1 1/2 milímetros, es la usual para las punciones; y solo en muy determinados casos debe usarse la N.º 4, para abscesos de pus espeso y bien distantes de los tegumentos.

Los líquidos de las inyecciones modificadoras parecen actuar: «provocando un aflujo considerable de glóbulos blancos y polinucleares; destruyéndolos en seguida, para poner en libertad los fermentos. Obraría al principio un fermento lipásico, que tiene la propiedad de atacar la envoltura grasosa del bacilo; y en seguida un segundo fermento proteolítico, que tiene la propiedad de fundir y digerir los albuminoideos, es decir, de destruir la sustancia misma del bacilo de Koch».

En todos los casos de tuberculosis tratados en BERCK, por el Dr. Calot, además del tratamiento medicamentoso local, se recurre también á otros factores importantes de curación: rodeando á los enfermos de todas las medidas higiénicas, tal como puede hacerse en un Instituto como el de BERCK, dedicado á todas estas afecciones y á la Ortopédia en general, en donde se encuentra un personal técnico de elección, y un personal subalterno correctamente educado. Estos enfermos pasan la mayor parte del tiempo en la playa, á orillas del mar, ó en galerías de cura, beneficiándose ampliamente de la cura marina, del reposo prolongado y de la sobre alimentación correcta. En estas condiciones, el régimen medicamentoso interno, tiene naturalmente que estar reducido al mínimun, sólo á lo indispensable.

En aquellas afecciones, que como la Coxalgia, Mal de Pott, Artritis fungosas etc. etc., necesitan completa inmovilidad, se emplea para obtenerla, la extensión continua con contrapeso, los aparatos de yeso, celuloide etc., en relación con las indicaciones de cada caso. En particular, de los aparatos enyesados se ha hecho una verdadera especialidad, por lo correcto de su ejecución y por los mil detalles que observan para construir un yeso exacto y comfortable.

Es natural, pues, que en este medio, ideal bajo todo concepto, se obtengan los brillantes resultados que conocemos por las estadísticas publicadas. Y este método ha pasado ya de la experimentación y ha entrado de lleno en la práctica diaria, sancionado por el acuerdo unánime de cuantos lo han empleado, citándose en todo á los detalles de técnica, prolija y minuciosa, que formuló el Dr. Calot.

Siguiendo esta técnica y procurando llenar todas las indicaciones, he tratado algunos casos con un resultado apreciable, como podreis ver por las historias clínicas que voy á presentaros; relatando en ellas, solo lo que tenga interes y relación con el presente trabajo.

Nº. 1

Coxalgia derecha fistulizada.—Intervención.—Recidiva.—Curación sin acortamiento.

H. P. de 3 años.—A los 6 meses de edad ha tenido una sacro-coxalgia derecha supurada, la que fué operada en el Hospital General por el Dr. Martínez Aguirre; se hizo un raspado cuidadoso del foco y se observó que interesaba la lesión, sobre todo, la parte súpero-lateral del sacro. El niño curó sin ninguna complicación.

Un año después, ingresa este niño, al servicio que tenía como encargado, con los síntomas de una coxalgia derecha, que presentaba ya un trayecto fistuloso, datando de poco tiempo. No hay gran acortamiento, ni desviación considerable; pero sí un poco de deformación de la cadera. El niño cojea, mas por el dolor, que por el acortamiento; pues el punto de presión sobre la cabeza femoral es bastante doloroso. La familia tiene urgencia por la curación del niño, porque piensa ausentarse de la localidad; y me veo obligado á intervenir. En la operación, que la practico ayudado por el Interno del servicio, hoy Dr. Castro, encuentro un foco bien localizado y pequeño sobre la cabeza del femur; practico un legrado del hueso y termino la intervención poniendo un drenaje y un apósito de inmovilización en yeso. La curación se efectúa, como la primera vez, sin incidentes y el niño deja el Hospital, ofreciendo la madre regresarlo para cambiarle los yesos; oferta que no cumplió.

Año y medio mas tarde vuelvo á ver este niño (de tres años entonces) con un nuevo trayecto fistuloso reciente y con síntomas de una recidiva de su coxalgia. Entablo entonces el tratamiento Calot por las inyecciones líquidas; inmovilizo la articulación en un aparato al silicato de potasa; corrijo la ligera ablucción que presentaba el niño y obtengo una rápida mejoría. Posteriormente y cada 2 á 3 meses es llevado á mi consulta para ponerle un nuevo aparato; y continúo así tratándolo por cerca de un año.

Dos años y medio mas tarde vuelvo á examinarlo. No ha tenido recidivas y camina bastante bien. Sus movimientos articulares son bastante extensos y no hay acortamiento apreciable. Se ha desarrollado muy bien, casi como un niño normal.

En este enfermito fué fácil obtener la inmovilidad; pero no se pudo enviarlo á un clima marino, ni sostener una sobre alimentación; porque la familia, muy pobre, tenía que alimentarlo como mejor podía.

— — —
Nº. 2

Coxalgia derecha (probablemente, sólo con lesiones sinoviales).—Fístula no infectada.—Curación.

La señorita M., sin causa aparente, venía padeciendo de ligeros dolores intermitentes, á la articulación coxo-femoral derecha, que impedían en algo la marcha. Los dolores, aumentaron despues y se volvieron casi continuos; observándose un poco de deformación en la cadera y coincidiendo con una claudicación apreciable.

Llamado á asistirle, sé por la familia, que su salud ha sido siempre delicada; y que, en esos días había sido sometida á un tratamiento re-

constituyente. Nada hay nada notable en sus antecedentes personales, ni en los familiares.

Al exámen, constato la deformación de la cadera derecha; la pierna en abducción y con ligero acortamiento aparente; los movimientos articulares, un poco limitados, para la flexión, extensión y abducción; las masas musculares del muslo derecho, algo disminuídas de volúmen; y en la cara externa de la cadera, cerca del trocánter, se observa sobre la piel un punto rojo-violáceo muy adelgazado, que amenaza abrirse.

A la palpación profunda se observa una tumefacción apreciable y fluctuante, en torno de la cabeza del fémur; la presión en la ingle, (á 1 centímetro por fuera de la femoral y á 1 centímetro por bajo de la arcada crural), recuerda un dolor muy agudo, lo mismo que la presión profunda sobre la cara externa del trocánter mayor. En la ingle derecha, unos pocos ganglios engrosados. La marcha es dolorosa, claudicante.

Diagnostico una Coxalgia supurada que trata de fistulizarse y propongo á la familia el tratamiento de urgencia del Dr. Calot, para evitar la apertura del absceso. La enferma, antes de decidirse, desea oír otras opiniones. En junta con los doctores Aleívar y Fuentes, corroboran éstos el diagnóstico y aprueban el tratamiento; pero ya el absceso se ha abierto á la piel.

Como era lógico suponer que el foco no estaba infectado todavía, entablo en seguida el tratamiento por las inyecciones de aceite-etéreo-yodoformo-cresotado; y despues de una serie completa, con la compresión subsiguiente, obtengo la curación, conservándose los movimientos articulares y casi sin acortamiento del miembro.

No fué posible obtener en este caso una inmovilización de la articulación, ni la extensión continua; porque la enferma no las aceptaba; y tuve que contentarme con ordenar el reposo en la cama, tan completo como fuera posible; pero á pesar de mis prescripciones la enferma se levantaba y daba algunos pasos, de vez en cuando.

A juzgar por la marcha de la enfermedad, las lesiones estaban localizadas solo á la sinovial; sin que se hubiera extendido el proceso al hueso. Así se explicaría su rápida curación, casi sin acortamiento.

Curó, pues, esta enferma, sin aire marino, sin inmovilización completa y casi sin reposo.

Llama la atención la rapidez para presentarse el absceso, que por término medio se efectúa 1 ó 2 años después del principio clínico.

N.º 3

Coxalgia derecha con fistulas infectadas y esquirlas óseas.—Acortamiento notable.—Mejorla.

El señor F. M., de unos 45 años, se me presenta en la Consulta, con una coxalgia derecha, datando de 10 á 12 años atras, que se ha abierto á la región externa del muslo, por tres trayectos fistulosos profundos, por los cuales salen pequeñas esquirlas óseas y una supuración abundantísima. La articulación está muy deformada y relativamente inmóvil. La pierna derecha, en adducción, con encogimiento notable que impide la marcha; al extremo que este enfermo tiene que recurrir á las muletas para poder caminar. Los puntos dolorosos son bien apreciables sobre la cabeza del fémur.

La demacración es avanzada con pérdida considerable de peso. Ha estado sometido á un sin número de tratamientos, pero sin haber obtenido un resultado apreciable.

Cuando fué á mi consulta, tenía ya un ligero movimiento febril en las tardes, en relación, en mi concepto, con una retención que se efectuaba en el fondo de uno de los trayectos fistulosos y con la infección de las fistulas que no habían sido tratadas.

El diagnóstico no era difícil y desde el primer momento me formé la opinion de que se trataba de: Coxalgia derecha antigua, con fistulas infectadas y con acortamiento de la pierna.

Entablé desde luego un tratamiento adecuado, para desinfectar el foco y asegurar el completo drenaje; y en cuanto desapareció la fiebre y disminuyó algo la supuración, lo sometí al tratamiento Calot, logrando después de una serie de inyecciones diarias, la cicatrización del primer trayecto. 20 á 30 días después, cicatrizaba el segundo. El resultado empezó á palpase después de la 6ª. inyección, pues se observó que la supuración disminuía considerablemente. En este caso no pudo emplearse el reposo completo, porque el enfermo tenía que continuar en sus ocupaciones diarias.

Después de la primera serie, persistía abierto todavía el tercer trayecto, pero con moderada supuración; y como era natural, no podía ceder á este tratamiento ambulatorio.

Propuse entonces al enfermo seguir el tratamiento en todo rigor, siguiendo las indicaciones del caso: inmovilización en un yeso é inyecciones solidificables.

Una junta con los doctores Alcívar y Crespo ratifican mi opinión y se resuelve la inmovilidad completa en un aparato adecuado.

Al día siguiente logramos ponerle, con el Dr. Crespo, un gran yeso que tuvo que ser quitado 24 horas después, porque el enfermo se negaba rotundamente á esta inmovilidad.

Desde entonces no he vuelto á examinar á este enfermo (hacen unos dos años): pero sé, por referencias, que persisten cerrados los dos trayectos fistulosos.

Tengo la creencia, á juzgar por el éxito obtenido en las dos primeras fistulas y por la marcha de su enfermedad, que á pesar de ser la Coxalgia tan antigua, habría obtenido curación completa con algo de acortamiento, si este enfermo se hubiera sometido á una curación reglada.

Nº. 4

Coxalgia derecha.—Fístula infectada.—Secuestro.—Acortamiento.—Localización pulmonar.—Curación.

La Sta. N. N. de 25 años, empleada en una empresa editora, adolecía desde hace algunos meses de una Coxalgia derecha, que se había complicado con un absceso profundo. Un colega, llamado á asistirle, practica una incisión para dar salida al pus, la que trae como consecuencia una fistula profunda sobre la región externa del muslo. La fistula dá abundante supuración y empiezan á presentarse algunas esquirias óseas.

Otro colega intenta un tratamiento local á grandes lavados antisépticos, con el fin de desinfectar el foco. Se obtiene una ligera mejoría

local: pero la enferma pierde fuerzas, agotada por tanta supuración, al extremo que ya no puede abandonar la cama.

Se habla entonces de una operación radical, de una resección ósea ó cuando menos, de una incisión ancha y profunda, seguida de un raspada del hueso.

Llamado á asistirle, encuentro á una enferma en un estado de demacración notable, con abscesos febriles en la tarde á 38 1/2 y 39°. El apetito ha desaparecido por completo y la postración es tanta, que cualquier movimiento la fatiga. Localmente se observa la deformación de la cadera: la pierna desviada en adducción, con atrofia considerable de los músculos y con un acortamiento notable: dolor muy acentuado al nivel de la cabeza femoral: movimientos articulares sumamente limitados: fistula profunda é infectada, que dejaba ver un sequestro libre en la cavidad. Las orinas escasas y con apreciables cantidades de albúmina. El vértice del pulmón derecho con síntomas congestivos clásicos.

A pesar de que considero el caso sumamente grave, casi desesperado, intento un tratamiento de reposo prolongado y de sobre-alimentación, combinado á la desinfección del foco con el agua Oxigenada y al drenaje, hasta conseguir hacer desaparecer la fiebre y las albúmina. Es entonces que prescribo el método Calot, con las inyecciones modificadoras á tipo líquido, que las practica el Dr. Rolando, entonces estudiante de Medicina.

El Dr. Alcívar, llamado en consulta, aprueba el tratamiento seguido y opina en el sentido de que se debe continuar el método.

El resultado no se hizo esperar, observándose la rápida disminución del pus y una mejoría en el estado local. El sequestro, que estaba completamente libre y accesible, es fácilmente extraído con una pinza.

Días después, tuve que ausentarme de la localidad; y la familia confía su enferma al Dr. Alcívar, quien ordena seguir el tratamiento con las variantes que creyó oportunas; y bajo su dirección, curó esta enferma de sus trayectos fistulosos y de su Coxalgia.

Dos años después, estaba inconocible: había engrasado notablemente y la fistula permanecía cerrada. Había curado de su Coxalgia con una cadera semi-rígida y con un acortamiento del miembro, pero en buena posición. La marcha era indolora, aunque, como es natural, con claudicación.

El medio en que se trabajaba hizo que no pudiesen emplearse los aparatos de yeso, prescribiéndose sólo el reposo prolongado en la cama, con su pierna en la mejor posición posible.

N.º 5

Retracción y desviación del miembro, por COXALGIA DERECHA.—Enderezamiento bajo anestesia.—Absceso de la Coxalgia.—Tratamiento por las punciones é inyecciones.—Curación.

N. N., niño de 12 años.—Ha tenido una Coxalgia derecha á la edad de 8 años, que se consideraba clinicamente curada, pero que había dejado como consecuencia una Ankilosis completa, con desviación en adducción y acortamiento del miembro; y con retracción del grupo de los adductores.

Bajo anestesia clorofórmica, practicamos con el Dr. Martínez Agui-

rré el enderezamiento (no mutilante) del miembro; y mantenemos la hipercorrección por medio de un aparato enyesado que se cambia á los tres meses. El niño cura sin incidentes de su desviación, en anquilosis, pero con el miembro en una posición correcta. Queda siempre una desigualdad de longitud de los dos miembros, pero insignificante, en comparación con la que antes tenía. No fué posible continuar mucho tiempo la inmovilización, porque el niño tuvo que ausentarse y lo perdimos de vista.

Dos años después, tiene un nuevo ataque de Coxalgia. Un foco supurado se anuncia á la parte superior y externa; pero como lo veo en tiempo oportuno, puedo impedir su apertura.

Entablo el tratamiento por las punciones é inyecciones, con el reposo en cama y la extensión continua; y basta una serie de 10 inyecciones espaciadas para agotar el foco. No puedo obtener del enfermo una inmovilidad satisfactoria y prolongada, ni logro colocarle un aparato enyesado. El enfermo obtiene su curación, conservando el miembro su anquilosis pero en buena posición y con el mismo acortamiento.

Tres años después se mantiene todavía la curación.

El absceso siguió en este caso la ley general: porque después de algunos meses del enderezamiento, se observó el absceso de la Coxalgia.

N.º 6

Osteo-artritis tuberculosa del cuello del pié fistulizada.—Intervenciones.—Recidivas.—Curación.

1901).—Un hombre de unos 36 años fué operado en 1902 en el antiguo Hospital, por una osteo-artritis tuberculosa del cuello del pié derecho, con fistulas múltiples. Recuerdo haber asistido, como ayudante, con el Dr. Jalón, al acto operatorio que fué practicado por el Dr. Fuentes Robles; el cual hizo un raspado óseo completo, de los múltiples focos que se encontraban diseminados. Uno de ellos, el mayor, ocupaba todo el centro del calcáneo que atravezaba el hueso, del lado interno al externo.

Un apósito enyesado corrigiendo las deformidades termina la operación. El enfermo curó después del cambio de tres yesos, conservando su pié en buena posición, aunque algo limitado el juego articular.

A fines del 1906 tiene una recidiva, pero sus lesiones no son tan extensas; presenta sólo un trayecto fistuloso sobre la cara externa que se dirige á la articulación. Seducido por el primer resultado que se obtuvo de la intervención y presionado por el enfermo que tenía urgencia de salir de Guayaquil, resolví operarlo y practiqué la artrotomía, en el Hospital General, en el servicio del Dr. Gilbert, legando lo más que pude los focos necrosados y reblandecidos. La inmovilidad de la articulación y el tratamiento general prescrito, dió también resultado y curó por segunda vez este enfermo.

A principios de 1909 á consecuencia de marchas repetidas y continuas, tiene una nueva recidiva, con tres trayectos fistulosos sobre la región antero-interna del pié; el enfermo que se hallaba en el campo, no pudo venir en seguida, sino á mediados de año, cuando las deformidades habían alcanzado su máximun y se habían infectado los trayectos de las fistulas.

La infección parecía generalizarse, pues el movimiento febril se

anunciaba en las tardes por temperaturas de 38 1/2. El adelgazamiento es considerable, lo mismo que la astenia: el enfermo no abandona la cama. Las orinas son escasas y albuminúricas. Intento el tratamiento por el reposo en un yeso y la sobre alimentación, limitándome á practicar curas antisépticas locales, hasta que remite la temperatura. Entablo entonces el tratamiento por las inyecciones de pasta y después de una serie con la compresión subsiguiente, se cierran las fístulas y obtengo una curación clínica, con un miembro en buena posición, aunque con movimientos muy limitados. Hasta Febrero de 1915, fecha en que lo ví por última vez, persiste la curación.

Nº. 7

Tumor blanco del puño derecho fistulizado. —Intervención.—Recidiva.—Curación.

1904) N. N. de 35 años, natural de Manabí, viene padeciendo desde cuatro años atrás de un tumor blanco del puño derecho, con dos trayectos fistulosos que sostienen una supuración abundante. Asistí como ayudante á la operación que la practicó en el Hospital General, el Dr. Martínez Aguirre, legando cuidadosamente los focos óseos necrosados y los focos de vecindad: obteniéndose la curación con el restablecimiento en parte de los movimientos articulares.

1908). Cuatro años después se presenta en mi consulta con tres trayectos fistulosos y con la articulación inmóvil. El tratamiento por las inyecciones de pasta, en dos series interrumpidas y la inmovilización en silicato de potasio, aseguran la curación. Los trayectos cicatrizan y el masaje continuado restablece bastante el juego articular. Se mantiene la curación, hasta el año pasado (1914) que lo ví por última vez.

Nº. 8

Hidrartrósis tuberculosa de la rodilla.—4 abscesos fríos.—Curación.

1914).—A mi servicio del Hospital General ingresa una mujer de unos 30 años, á la cual había conocido meses antes en completo estado de salud. En este lapso de tiempo había empezado á enflaquecer rápidamente y se le habían presentado dos congestiones pulmonares de vértice, según diagnóstico del facultativo que la asistió entonces. Restablecida de ellas, se presenta una Hidrartrósis de la rodilla derecha, que ha evolucionado lentamente, sin causa apreciable. Se habló de reumatismo y de blenorragia y como tal, siguió un tratamiento prolongado que no obtuvo el menor resultado, y como su enfermedad se agravaba y no obtenía mejoría en los tres meses transcurridos, resolvió ingresar á mi servicio.

Al exámen, encuentro signos de tuberculosis al vértice izquierdo del pulmón, y se encuentra el Bacilo de Koch en los esputos. La rodilla está bien deformada, hinchada, con puntos dolorosos al rededor de la

articulación, la que se halla distendida por un mediano derrame cetrino constatado á la punción.

La marcha insólita y poco ruidosa de su afección, el tiempo que ha transcurrido para evolucionar, y la tuberculosis del vértice, me hacen diagnosticar una tuberculosis articular con pequeño derrame. Hago practicar por mi Interno, el Sr. Álvarez, el tratamiento Calot, combinado al reposo y á la inmovilización en su cama; y después de una serie de punciones ó inyecciones, cura la enferma de su Hidrartrósis, conservando todos sus movimientos articulares.

En los días siguientes, se asiste á la evolución sucesiva de cuatro abscesos fríos, que los hago tratar del mismo modo por mis internos y obtengo completa curación.

Posteriormente he visto á esta señora, en el presente año; y á pesar de su continuo trabajo (sirvienta), no ha vuelto á tener molestia alguna: Ha engrasado, hasta recuperar su peso anterior; pero persisten, atenuadas, sus lesiones pulmonares,

N.º 9

Osteitis tuberculosa fistulizada.—Curación de 3 fistulas

1914).—N. N. de 30 años, presenta cuatro trayectos fistulosos provenientes de una osteitis tuberculosa del sacro, que data de 3 á 4 años, y que sostiene una supuración constante, aunque en pequeña cantidad. En el medio de la cara posterior del sacro, existe un punto doloroso; y la presión á éste nivel deja salir unos 10 gramos de pus.

Las inyecciones en serie, cicatrizan tres de los trayectos; y deja de ir á mi consulta, cuando el cuarto trayecto había disminuido considerablemente, quedando reducida su capacidad á la 1/5 parte de lo que era cuando se inició el tratamiento.

En este enfermo, por condiciones que no son del caso relatar, no pudo seguirse el método en rigor; y hubo necesidad de contentarse con las inyecciones líquidas cada dos días, en series de 5, con 6 á 7 días de reposo.

N.º 10

Osteitis tuberculosa.—Fístula.—Curación

N. N. muchacha linfática de 15 años de edad, presenta 3 trayectos fistulosos sobre la pierna derecha, provenientes de una Osteitis tuberculosa de la extremidad superior de la tibia. La articulación parece indolente.

Nos dice la familia, que estas fístulas se le abrieron hacía 5 meses, y que, á pesar del tratamiento local que ha seguido, no ha obtenido mejoría. Un Colega, que la había examinado entonces, constató síntomas de Tuberculosis al vértice del pulmón y prescribió las inyecciones de Paratoxina Lemoine,

Un tratamiento de tres meses por las inyecciones en pasta, dió completo resultado; conservándose la curación hasta la fecha.



Nº. 11

Osteitis tuberculosa fistulizada.—Curación.

1913).—N. N., de 15 años, se presenta en mi consulta con una Osteitis tuberculosa de la 7ª. y 8ª. costillas derechas, con dos fistulas infectadas.

El tratamiento, lo limito al principio á la desinfección del foco con una solución yodada; al reposo relativo del torax en un corselete de bandas de esparadrapo; á una medicación reconstituyente y á la sobre alimentación.

Desinfectadas las fistulas, empiezo el tratamiento Calot con las inyecciones de aceite-etéreo-yodoformo-creosotado, hasta cicatrizar uno de los trayectos; y después de un reposo de algunos días, trato el 2º. trayecto por las inyecciones solidificables, obteniendo curación.

Nº. 12

Absceso frío, por Osteitis.—Curación

1913).—N. N., muchacho de unos 14 años, tipógrafo: presenta un absceso frío de la región escapular izquierda, consecutivo á un foco de Osteitis, situado más arriba, sobre el hueso de la escápula, en cuyo borde externo podían fácilmente palpase las rugosidades del hueso, ocasionando un ligero dolor.

Una serie de unas 7 punciones é inyecciones, agotan un foco de unos 150 gramos y cura al mismo tiempo de su osteitis.

Este muchacho presentaba una cicatriz anterior en la misma región, debida á un absceso que había sido operado hacía unos dos años. De modo, pues, que el último absceso debe considerarse como dependiente del foco de osteitis primitivo, que no había sido alcanzado en la primera curación.

Nº. 13

Abscesos fríos múltiples.—Curación,

1914).—En mi servicio del Hospital General, ingresa en Enero de este año, una mujer atacada de una gripe, de forma bronco-pulmonar; y en el curso de su convalecencia se le presentan sucesivamente unos tres abscesos fríos: en la pierna, en el muslo y el vientre.

En cuanto se observa fluctuación manifiesta, ordeno á mi Interno el Sr. Vera, practicar una serie de punciones é inyecciones con la compresión consiguiente y se logra agotar los focos.

Nº. 14

Absceso frío.—Curación.

1914).—A. V., de 15 años ingresa al Hospital General á la sala del Dr. Rigail, que la tenía á mi cargo entonces. Este muchacho estaba convaleciente de una fiebre tifoidea y presentaba un absceso frío de unos 200 gramos, en la pared costal izquierda, entre las líneas axilares anterior y posterior.

Mi Interno, el Sr. Álvarez, se hace cargo del tratamiento por las punciones é inyecciones; y después de una serie de 5, con un intervalo de 10 días, entre una y otra punción, se obtiene el agotamiento del foco y la curación completa.

Nº. 15

Ganglio tuberculoso indurado del cuello.—Curación.

1914.—Un muchacho de unos 20 años, ingresa al Hospital, al servicio del Dr. Rigail. Este enfermo viene padeciendo de varias adenitis tuberculosas del cuello, que han curado después de una larga etapa de fistulización, dejando como secuela cicatrices deformes y visibles.

Ingresa al servicio, por un nuevo infarto ganglionar, del tamaño de un huevo, en la región izquierda del cuello; y va enviado por su médico, para que se practique la extracción de todo el paquete ganglionar. A éste enfermo lo trato por las inyecciones intraparenquimatosas, consiguiendo la exclerosis y la reducción de volumen del ganglio, después de cinco inyecciones; y curando sin ninguna cicatriz.

Nº. 16

Infarto ganglionar múltiple supurado.—Curación.

1914.—N. N., de 19 años, se me presenta en la consulta con un gran paquete ganglionar infartado, que ocupa la región izquierda del cuello. En el centro se encuentra un punto netamente fluctuante y la piel á este nivel amenaza abrirse. Practico en seguida una punción y doy salida á unos 50 gramos de pus; repitiendo estas punciones, sin ninguna inyección, durante seis días seguidos; hasta que la piel, reforzada y engrosada, puede soportar el tratamiento clásico.

Una serie de 7 inyecciones, trae la curación del foco sin dejar ninguna cicatriz. Tres meses después se observa que los ganglios están reducidos á la 1/4 parte de su volumen inicial; y forman sólo un ligero relieve, poco ó nada apreciable.

Nº. 17

Fistula tuberculosa post-operatoria.—Curación.

1913.—N. N., niña de 11 años.

En la convalecencia del sarampión, que ha sufrido hace dos años, se le presenta un infarto de los ganglios inguinales derechos, que pasan á la supuración. Para dar salida al pus, le practican una incisión y queda constituida, desde entonces, una fistula que no ha cerrado, á pesar de la serie de tratamientos que se ha empleado.

Llevada á mi consulta, constato el trayecto fistuloso profundo, que dá una abundante supuración.

Entablo el tratamiento por las inyecciones de pasta, observándose una mejoría notable desde la primera inyección, para cicatrizar definitivamente á la 6ª. con la compresión subsiguiente.

Nº. 18

Fístula tuberculosa post-operatoria.—Curación.

1915.—Un joven de 26 años ha tenido un infarto ganglionar supurado en la ingle derecha, que ha sido abierto al bisturí, dejando como consecuencia una fístula de unos diez centímetros. Una serie de ocho inyecciones de pasta, de tres en tres días, ha cerrado esta fístula que databa de año y medio.

Nº. 19

Adenitis tuberculosa indurada.—Fusión y curación.

Un muchacho de unos 12 años ha sufrido de un infarto ganglionar supurado y fistulizado de la región del cuello, que ha dejado una cicatriz deforme después de la curación. Uno de los ganglios persiste indurado y grande y resuelvo tratarlo con la mezcla de los fundentes, logrando liberarlo al 4º día. Prosigo entonces el tratamiento con las punciones e inyecciones naftoladas y con las de aceite-yodoformo-creosotado (alternadas), y logro obtener la curación completa de mi enfermo, sin dejarle la menor cicatriz.

Nº. 20

Fístulas múltiples y profundas por Adenitis axilar.—Notable pérdida de sustancia del hueco axilar.—Curación.

1915.—La señorita N., de 24 años de edad.

Desde muy niña ha estado sometida á tratamientos reconstituyentes por la tendencia á los infartos ganglionares.

Hace muchos años tuvo dos infartos (el uno en los epitrocleanos derechos; y el otro en los infra claviculares) que supuraron y dejaron unas grandes cicatrices visibles.

Hace un año, se le presentó un infarto axilar derecho; y aleccionada por lo que antes había sufrido, se pone en manos de su médico, para seguir un tratamiento é impedir que se fundan estos ganglios; pero á pesar de la medicación empleada, no logra conseguirlo y supuran como la primera vez. Recurre entonces á tópicos locales, que no hacen sino agravar la situación. A principios del presente año se me presenta á mi consulta porque las lesiones han avanzado demasiado.

El hueco axilar está completamente destruído y no se conservan sino sus paredes: hay una gran pérdida de sustancia. Al rededor de esta cavidad se encuentran dos fístulas profundas y la sonda canalada penetra hasta cerca de la articulación. La supuración es abundantísima y vá agotando á la enferma.

Inicio el tratamiento desinfectando el foco, hasta que desaparece la fetidez y disminuye algo la supuración; y recorro entonces al método Calot, empleando las inyecciones á tipo líquido, en series discontinuas, hasta que cicatrizan los trayectos fistulosos. La gran cavidad que reemplaza-

ba al hueco axilar se ha llenado por completo y queda solo un pequeño trayecto de un centímetro de longitud, que espero verlo cicatrizar muy pronto.

En esta enfermedad no se ha podido seguir el método en todo su rigor, porque, viéndose ella mejor de su afección, no sigue completamente las prescripciones indicadas; y no es posible, por tanto, hacer un tratamiento en regla. A lo mejor, por una causa cualquiera tengo que interrumpir el tratamiento.

En la actualidad estoy empleando las inyecciones de pasta, para cerrar el pequeño trayecto de un centímetro, que es lo único que queda de toda su lesión.

A pesar de que el tratamiento se ha empleado de un modo tan defectuoso, el resultado obtenido no puede ser mejor: la gran pérdida de sustancia se ha reparado del todo con un mínimum de desgaste.

He tratado, además, por el mismo método, unos 30 casos de adenitis, fistulas, abscesos etc. etc., que no he podido seguir el curso, porque los enfermos han dejado de ir á la consulta, después de recibir, 1, 2, ó 3 inyecciones como máximun. Aunque en muchos de ellos, en las fistulas, principalmente, se observó una marcada mejoría, no los tomo en consideración para esta pequeña estadística, porque no he visto el resultado definitivo. Algunas otras observaciones de enfermos tratados con buen éxito, hace 6 ó 7 años, no las puedo presentar porque no conservo sus historias clínicas, ni los he vuelto á ver desde entonces; ignorando por consiguiente el resultado posterior.

El resumen, de las historias presentadas se descompone como sigue:

	Nº.	Curadas	Mejoradas
Coxalgias supuradas	1	1	
Coxalgias fistulizadas	4	3	1
Osteo artritis fistulizadas	2	2	
Hidrartrosis	1	1	
Osteitis fistulizadas	3	2	1
Osteitis supuradas	1	1	
Adenitis induradas	2	2	
Adenitis supuradas	1	1	
Adenitis fistulizadas	3	2	1
Abscesos fríos	8	8	

Por las historias clínicas relatadas á la ligera, se habrán observado los magníficos resultados obtenidos con el método de las punciones é inyecciones; aún en los casos en los que no fué posible implantar el método en todo rigor de técnica y trabajando en condiciones higiénicas, detestables, en muchos de ellos.

Se ha dicho y sostenido, que gran parte de los éxitos obtenidos por este método, en Bereck, en donde trabaja el Dr. Calot eran debidos;

1º.— Al clima marino de esa población, que se reputa como un clima ideal para las tuberculosis externas y gauglionares; por la riqueza de sus rayos químicos, por la saturación yodada de su atmósfera etc. etc.

2º.—A la vida al aire libre, en la playa ó en galerías especiales, en que pasan estos enfermos la mayor parte del tiempo.

3º.—A la alimentación, razonada y apropiada.

4º.—Al reposo largamente continuado, y á la inmovilización en yesos apropiados.

5º.—A la disciplina higiénica, estrechamente vigilada, á la que se somete á los pacientes, y

6º.—A la acción combinada de estos diferentes factores de curación.

Según este concepto, se relegaría á un segundo lugar, el valor que pudieran tener en sí, las sustancias medicamentosas que se emplearán en las inyecciones.

A juzgar por las condiciones en que yo he trabajado, doy por el contrario una gran importancia al factor medicamentoso, á las inyecciones; sin desconocer por cierto, el apoyo eficaz y el valor real que tienen los factores enumerados, algunos de los cuales los he empleado con más ó menos extensión; y que, llegado el caso y habiendo posibilidad de poderlos usar, los emplearía también. Porque es indudable que mientras mejores sean las condiciones de clima y de higiene, en las que ponemos á nuestros enfermos, mejores y más rápidos serán los resultados; puesto que, muchos de estos factores ya enumerados, han dado por sí solos, curaciones notables en determinadas condiciones. Así, por ejemplo: las afecciones ganglionares, los infartos y los ganglios supurados, curan con bastante frecuencia, mediante una estada prolongada en un clima marino; ciertas fistulas tuberculosas, las vemos cerrarse con una inmovilidad completa y modificando algo sus condiciones normales de vida. Y así, podríamos multiplicar los ejemplos.

Pero esto no quita, que aún en ausencia relativa de estos factores, puedan obtenerse curaciones satisfactorias, recurriendo á las inyecciones como base principal del tratamiento. Y es precisamente el objeto de este trabajo: tratar de llevar al convencimiento de los colegas, (que no han experimentado el método ó que lo han rechazado por lo minucioso y complicado en apariencia) de que, aún fuera de los medios climatéricos ideales, se obtienen éxitos con el método Calot, utilizando los demás factores, 2º, 3º, 4º y 5º, en la medida de lo posible; y dando naturalmente mayor extensión al régimen medicamentoso interno.

Guayaquil está muy lejos de poseer un clima ideal para el tuberculoso; muy por el contrario, se reputa como el clima más inadecuado. Y sin embargo, todos mis enfermos han sido tratados en esta ciudad y no han podido beneficiarse de uno de los mejores factores de curación: el clima marino. Y todos han obtenido, ó curación, ó marcada mejoría.

Los demás factores los he utilizado de una manera imperfecta, amoldándome á las circunstancias y pidiendo á ellos, sólo lo que buenamente podían dar; y que variaban, como es de suponer, en cada caso particular, en relación con la mentalidad y las preocupaciones del enfermo y de su familia.

El factor alimentación, he podido reglarlo con relativa facilidad, pues las familias aceptan y siguen las indicaciones prescritas á este respecto; de modo, pues, que siempre he tenido un vasto campo para adaptarla á la capacidad digestiva de mis enfermos y traer como consecuencia la sobre alimentación reglada.

La vida al aire libre, es ya un poco más difícil de hacerla aceptar á los enfermos, por la ausencia de jardines y terrazas en donde puedan instalarse con relativa comodidad. Y se encuentra grandes resistencias cuando se quiere obligarlos á éste género de vida desde el primer momento. Sin embargo, poco á poco, he logrado hacer aceptar algunos cambios: he empezado por las puertas y ventanas que he prescrito mantener-

las abiertas día y noche; y hasta en algunos casos, en la minoría por cierto, he obtenido que el enfermo pase la mayor parte del día y de la noche en las galerías y corredores en donde la ventilación era completa.

El reposo prolongado y la inmovilización en aparatos especiales: he allí el principal obstáculo entre nosotros. Son contados los enfermos que se someten á llevar un aparato y á soportar la inmovilización por un tiempo más ó menos largo. Y en cuanto oyen decir que su tratamiento en esas condiciones durará un año, dos etc., resuelven recurrir á otros tratamientos, de los que, la mayor parte de las veces no obtienen los resultados que deseaban; y si, una agravación de sus lesiones.

En los enfermos que he tratado, es solo una minoría, la que ha aceptado la inmovilización por el tiempo necesario.

Demás es decir, que en estos diferentes enfermos, no he podido emplear por igual el tratamiento; y que, los diversos factores de curación, han sido empleados de un modo desigual, en relación con la posición social del enfermo y sobre todo, según el medio familiar en que trabajaba. Al régimen medicamentoso interno, al contrario de lo que pasa en Berck, he tenido que darle mayor amplitud, para neutralizar la falta de los otros factores.

Si estos éxitos han sido alcanzados en las condiciones en que relato; es natural, que mejores y más rápidos, se obtendrán, trabajando en medios adecuados y á las orillas del mar.

Pero desgraciadamente, nuestras costas, magníficas por su clima, que talvez rivalizan con las de Berck, no pueden utilizarse con este objeto, por la carencia absoluta de medios de vida, por la falta de instalaciones adecuadas y por la ausencia de médicos tratantes. Playas, Data, Subida Alta, y en general la mayor parte de esas costas, reúnen condiciones envidiables para la instalación de un pequeño edificio, que sería la salvación para tanto niño con infartos ganglionares y con afecciones localizadas de la terrible tuberculosis. No voy á pedir la creación de un magnífico instituto para las tuberculosis llamadas quirúrgicas, como sería de desearse, porque sé las cuantiosas sumas que requiere: sumas que por hoy, no están al alcance de nuestro Erario Público. Pero si desearía ver levantarse una construcción cualquiera, la más insignificante y modesta, que á la par que ofrezca un humilde abrigo á ésta clase de tuberculosos, garantice hasta cierto punto la posibilidad de obtener una curación. Y este pequeño edificio, así insignificante y modesto, sería la base para un ensanchamiento futuro, cuando se palpen de cerca los resultados obtenidos. Este primer paso, en esta vía, es de posible ejecución, porque fácilmente pueden arbitrarse los fondos que son necesarios, siempre que nuestros Legisladores se den cuenta cabal de su importancia y quieran unir su nombre á una obra benéfica y salvadora. Por esto me permito recomendar este punto á la consideración del actual Congreso, para que si lo cree aceptable, le preste el apoyo de su alta autoridad científica, aprobando el siguiente acuerdo:

«EL I. CONGRESO MEDICO ECUATORIANO

teniendo en consideración:

1º.—Que el clima marino es de un valor indiscutible, como conyuvante, para el tratamiento de las tuberculosis ganglionares y quirúrgicas en general; y

2º.—Que en las regiones de la costa, hay un gran número de en-

fermos de esta naturaleza, que no pueden beneficiarse de este tratamiento, por falta de instalaciones apropiadas.

RESUELVE:

ARTICULO UNICO.—Solicitar del Poder Legislativo, que dicte las leyes del caso para la creación de un pequeño Sanatorio Marítimo, para este grupo de afecciones, en un punto de la costa cercano á Guayaquil.

Dada la extensión de las tuberculosis locales entre nosotros y del sin número de tratamientos propuestos; se hace indispensable un trabajo de conjunto, que haga resaltar, por un estudio comparativo, los mejores medios de defensa contra esta afección.

Por esto propongo también al actual Congreso, que se insinúe á la próxima Asamblea Médica, que se reunirá en Quito, para que, «LAS TUBERCULOSIS LOCALIZADAS Y SU TRATAMIENTO DE ELECCION» sea uno de los temas recomendados.

Por las consideraciones que he anotado en el curso de este trabajo, se deducen las ventajas que pueden obtenerse con el método del Dr. Calot; pero como todo método, tiene también sus inconvenientes.

Recorramos sus principales ventajas:

Todo médico práctico aún cuando no trabaje en cirugía, se halla en la posibilidad de emplear este método, si observa todos los detalles indicados por el Dr. Calot; y aún prescindiendo de algunos de ellos, si las circunstancias especiales en que se trabaja, hacen difícil ó imposible emplearlos. No requiere una instrumentación especial: pues si es cierto que existe el utillaje Calot, fácilmente puede sustituirse con un instrumental de fortuna. Una jeringuilla hipodérmica ó una de Roux pueden bastar.

El Calot evita las operaciones cruentas y por consiguiente, las grandes cicatrices y las fistulas, que á menudo quedan como secuela del tratamiento quirúrgico. Y en los casos en que la cicatriz es inevitable y que hay considerable pérdida de tegidos, se hace la reparación con el mínimum de desgaste.

El Calot no es, pues, mutilante: es netamente conservador. Los enfermos que he tratado por este método, no han tenido necesidad de ninguna intervención.

Se comprende todo el valor del método cuando se trata de abscesos en el cuello y de lesiones en las partes descubiertas; y también cuando observamos las cicatrices visibles y deformes y las fistulas interminables, que siguen á algunas operaciones. La curación obtenida es de resultado durable, como que el líquido modificador, actúa sobre toda la superficie enferma; resultado que no siempre es posible obtenerlo con las intervenciones, sobre todo cuando se trata de focos múltiples y diseminados, en los que habría necesidad de hacer grandes destrozos con el objeto de destruir el mal. Y aún así, el cirujano no podrá jamás decir que ha conseguido su objeto.

Testigos son las recidivas frecuentes en estas intervenciones, practicadas aún por los mejores cirujanos. En las historias clínicas que presento, veréis que en muchos casos habieron recidivas después de años; á pesar de que en todos ellos hubo un éxito operatorio, completo é inmediato.

No quiero decir con esto, que la cirugía no pueda obtener éxitos en

estas tuberculosis; en determinados casos los obtiene, pero indudablemente son en menor número. Conservo también algunas historias clínicas, de extracción de ganglios, resecciones óseas y de trayectos fistulosos que he tratado quirúrgicamente y con éxito completo; y frecuentemente he visto en los servicios de hospital, tratar por el bisturí, con buenos resultados algunas de estas afecciones.

Las desventajas del método se relaciona á su técnica y su duración.

Técnica.—Es cierto que es de una técnica minuciosa; pero no tanto para que ella constituya un serio obstáculo para su empleo. Yo creo que sobre esto se ha exajerado demasiado. Basta leer detenidamente los detalles de la técnica, al poner en práctica el tratamiento, para convencerse de que con un poco de voluntad se llega rápidamente á dominar el método. Y son estos detalles, los que precisamente dan los éxitos, porque el descuido ú olvido de uno de ellos trae el fracaso.

Y me permito á este respecto llamar la atención sobre dos factores importantes que en mi concepto deben siempre tenerse presentes: la fuente de información y el modo de preparar y esterilizar las soluciones.

Fuente de información.—Para proceder con entero conocimiento, deben buscarse siempre los trabajos originales del Dr. Calot, como fuente de información; porque sólo en sus trabajos se encontrará la técnica con todos sus detalles, con sus indicaciones y contraindicaciones. En la mayoría de las revistas médicas de información, se encuentra reproducido el método en sus partes principales; pero tan incompleto y tan variado, que el práctico que se dirija por estas descripciones, no podrá jamás tener una idea completa, ni podrá servirse de guía para sus trabajos. El resultado será entonces un fracaso; pero nó por ineficacia del método, sino por falta de documentación adecuada.

Método de preparación y esterilización.—En mi concepto este factor tiene una importancia capital. Las soluciones que se emplean, tal como vienen de las farmacias, no son estériles y varían además en consistencia y coloración, dependiendo esto, indudablemente de la mala preparación. Muchos fracasos no tienen otro origen que esta falta que anoto. Para obviar este inconveniente, es necesario dar instrucciones completas sobre el modus-operandi; y sobre todo para la manera como debe efectuarse la esterilización parcial de los elementos componentes de las mezclas. No debe descuidarse tampoco la esterilización prévia de todos los utensilios y frascos que se van á emplear. Talvez sería preferible prepararlo personalmente como lo aconseja el Dr. Fouchet.

En la elaboración de las pastas he observado que cuando son preparadas según la fórmula del Dr. Calot, solo con Lanolina, la consistencia que se obtiene es de crema espesa, que si ofrece ventajas en algunos casos, no resulta la más adecuada para la generalidad. Por esto, al formular, recomiendo al farmacéutico, que agregue Spermaceti hasta obtener la consistencia de parta. He observado también que el punto de fusión en estas últimas condiciones, es algo inferior al de 40; pues á la temperatura de 38 1 2 á 39 se puede ya trabajar y aspirarlo en la jeringa.

El Dr. Fouchet, preparador de los líquidos y pastas en BERK, ha modificado algo la fórmula del Dr. Calot; y esta mezcla, que la he empleado algunas veces, me ha dado resultados completamente satisfactorios.

La mezcla se formula así:

Lanolina	50	gramos
Blanco de Ballona	50	»
Naftol Alcanforado	6	»

Fenol Alcanforado	6	gramos
Yodoformo	20	"
Creosota	8	"
Guayacol cristalizado	7	"

Esta preparación se solidificaría á 37 1/2.

Las desventajas del método relacionadas con la duración del tratamiento deben tomarse en cuenta, sólo cuando se establece comparación con los métodos quirúrgicos. Una resección, una ablación de ganglios, etc. etc., SIEMPRE QUE CICATRICES POR PRIMERA INTENCION, emplean un tiempo menor: pero es á costa de un método mutilante, á costa muchas veces del sacrificio de un miembro ó de una cicatriz indeleble.

Este método quirúrgico tiene sus mayores indicaciones, cuando se trata de adultos que viven de su trabajo, ó de individuos que tienen urgencia de curación; en los cuales se busca siempre una rápida mejoría, aún á costa de una deformidad. Pero cuando se trata de individuos de las clases acomodadas, para quienes la cuestión tiempo es secundaria, y que reclaman siempre la curación sin deformidad; pierde entonces el método quirúrgico, la mayor parte de sus indicaciones y surge el Calot reclamando su preferencia.

Fuera de los métodos quirúrgicos, la duración del tratamiento Calot, puede competir con los demás; pues todos, cual más, cual menos, tienen una duración indefinida.

CONCLUSIONES

Es muy reducido el número de casos, sobre los cuales tengo que sacar conclusiones; pero como los resultados que he obtenido son iguales á los anotados por todos los médicos, que en gran escala han empleado este método, creo que puedo aceptar sus conclusiones, por estar en un todo, de acuerdo con las mías.

1°.—El Calot lo conceptúo como el método de elección en el tratamiento de las tuberculosis locales.

2°.—Es un método al alcance de todo práctico, aún cuando no trabaje en Cirujía; pues no requiere una instrumentación especial.

3°.—Su técnica es minuciosa pero no difícil.

4°.—Como fuente de información, deben buscarse siempre los trabajos originales del Dr. Calot, para conocimiento exacto de los detalles.

5°.—El Calot, evita en la mayoría de los casos, las intervenciones quirúrgicas.

6°.—El Calot debe siempre tentarse antes de decidir una intervención; aún en los casos desesperados.

7°.—Este método no deja cicatrices, cuando la piel está todavía intacta; y en los casos de fistulas ó de grandes pérdidas de tejidos, la reparación se efectúa con los menores desgastes.

8°. Debe vigilarse la preparación y esterilización de las soluciones y pastas.

9°.—Para las inyecciones de pastas, debe preferirse la modificación Fouchet.

10°.—El método quirúrgico en las tuberculosis locales, debe reservarse para indicaciones especiales de urgencia.

11°.—En el tratamiento de los abscesos fríos, debe prohibirse por completo el uso del bisturí.

12°.—Recomiéndese al próximo Congreso Médico Nacional el estudio de: LAS TUBERCULOSIS LOCALIZADAS Y SU TRATAMIENTO DE ELECCION.

13°.—Solicítese el apoyo Oficial para la creación de un Sanatorio Marítimo, en un punto de la Costa, cercano á Guayaquil.

DISCUSION:

DR. SANCHEZ.—Felicitá al DR. ESTRADA COELLO y está de acuerdo con sus conclusiones.

DR. CORTEZ GARCIA.—Preconisa el tratamiento helioterápico en las tuberculosis cutáneas, para el cual tiene una instalación en su «Casa de Salud».

DR. de la TORRE.—Ha usado las inyecciones de cloruro de zinc y la helioterapia en los casos de osteitis tuberculosa; el método de Calot en caso de existir adenopatias y la pasta de los hermanos Beck, en casos de fistulas tuberculosas que no tienen origen óseo

DR. ALCIVAR.—Está conforme con las opiniones del DR. ESTRADA C. y cree que la helioterapia da muy buenos resultados.



La tuberculosis quirúrgicas en Guayaquil

INDICACIONES QUE DEBEN LLENARSE EN SU TRATAMIENTO

POR EL

DR. JOSE JULIAN SANCHEZ M.

Al iniciarse el primer Congreso Médico en nuestra adorada Patria, lleno de júbilo he concurrido al llamamiento que con tanta benevolencia me honró la Comisión organizadora, presentando este pequeño estudio, fruto de mi corta experiencia y de mis escasos conocimientos en las ciencias médicas.

Si la turbulencia de las pasiones y las ambiciones políticas han aumentado la labor de deserción con que se nos ha presentado entre los pueblos civilizados, ya era tiempo que nuestros hombres de ciencia dieran su voz de alarma y de protesta para hacer comprender á esos mismos pueblos que si no nos hallamos á la altura de ellos, por lo menos procuramos nivelarnos, siguiendo paso á paso los gigantescos adelantos de la ciencia. Es por eso que obedeciendo á las voces del patriotismo y del deber concurrí también con mi modestísimo contingente, teniendo la firme convicción de que si algo merece será únicamente debido á la buena voluntad y al cariño inmenso que profeso al suelo donde vi la luz.

Hace nueve años practicaba una disección del cráneo para estudiar el cerebro, no recuerdo el momento preciso, pero al terminar el trabajo me descubrí una picadura al nivel de la 5ª. articulación metacarpo-falángica de la mano derecha, donde más tarde se formó un tubérculo que fué cauterizado oportunamente, invadiendo no obstante los ganglios axilares de una manera tan violenta que después del reblandecimiento y supuración sufrieron la degeneración caseosa, por lo cual se me hizo la extirpación del paquete ganglionar. Dirijime después á un balneario de la costa donde los baños de mar y la alimentación de lujo llevaron á feliz término la cura de mi dolencia, á los tres meses de operado.

Desde entonces observé la frecuencia en nuestras clínicas hospitalarias de las diversas clases de tuberculosis externas y las dificultades que ofrecían á su curación, pude convencerme que si bien, la herencia tuberculosa desempeña papel importante en la etiología de ellas, no es menos cierto que, en determinadas circunstancias tales, como el alcoholismo de los padres y del sujeto mismo, las enfermedades infecciosas anteriores, el surmenaje y la miseria pueden considerarse como verdaderas causas determinantes. Es allí donde deberíamos de llevar de preferencia la profilaxis ya que de ello depende en gran parte el porvenir de la raza. Hasta ahora se ha hecho muy poco, casi nada de lo que debería hacerse, pero este ya es un punto de higiene general que merece particular estudio y no es este el objeto de mi trabajo.

Una vez establecida la infección, es necesario curarla, por todos los medios que estén á nuestro alcance, no es posible en el estado actual de la ciencia cruzarnos de brazos declarando incurable á un tuberculoso quirúr-

gico, cuando los procedimientos modernos pretenden la curación de la tuberculosis general.

Los diversos métodos han dado siempre resultados satisfactorios por el momento, pues si es verdad, que merced al tratamiento local se ha logrado extinguir un foco tuberculoso, no debemos batir palmas y cantar victoria cuando no se ha logrado modificar el estado general del sujeto; así hemos observado gran número de recidivas en individuos al parecer curados. Por eso la medicación debe ser también general, de allí la necesidad de combinar los procedimientos locales con los generales, puede decirse que los primeros son complemento de los segundos.

Pero ¿cómo se obtiene esa modificación general ó si se quiere, el cambio de terreno orgánico del tuberculoso quirúrgico? No hay duda que la higiene y la medicación han dado resultados muy satisfactorios, pero no concluyentes. Es la helioterapia y la helioterapia marina, la que ofrece mayores ventajas en la cura de las tuberculosis quirúrgicas, armonizándose así los elementos estimulantes del clima marino con la radiación solar, cuya acción bactericida, está demostrado, se ejerce sobre las lesiones tuberculosas, aun las más profundas del organismo. Desgraciadamente esos ensayos no han podido llegar allá á falta de un establecimiento en nuestra extensísima costa.

Nuestras observaciones no nos ha sido posible hacerlas sino en la ciudad y en la sala de cirugía general del distinguido maestro Dr. Miguel H. Alcívar, donde comenzamos los primeros ensayos de aplicación del método de Calot en los abscesos fríos y adenitis tuberculosas; halagados por el éxito hicimos extensiva nuestra aplicación á las diversas formas de tuberculosis locales.

Bien pronto nos convencimos que en muchos casos la aplicación era imposible, debido á que la infiltración había invadido los tejidos adyacentes al foco, esfacelando la piel y produciendo diversos trayectos por los que se escapa el líquido inyectado. Entonces recurrimos al siguiente procedimiento que desde luego no tiene nada de nuevo: cuando los enfermos nos llegaban muy infectados, como sucede en la mayoría de los casos que ingresan al Hospital, empleábamos las grandes irrigaciones calientes de permanganato de potasa al 1 %₁₀₀, secábamos bien y drenábamos los trayectos con gaza esterilizada ó xeroformada embarrada en la pomada antiséptica á base de yodoformo conocida con el nombre de Pomada de Reclus. La desinfección se efectuaba con mucha rapidez, quedando solo la infiltración tuberculosa, que luego tratábamos con solución yodo-yodurada y el mismo apósito con pomada de Reclus. La modificación se ha obtenido lentamente ayudada por el tratamiento médico, así hemos tenido dos casos de sorprendente curación en dos osteo-artritis tibio-tarsianas cuando ya no quedaba otro remedio que la amputación del pié. A este propósito quiero hacer constar que hemos desterrado las operaciones mutilantes, reservándolas solamente para cuando las circunstancias así lo exigen: siempre que un órgano está completamente degenerado, allí donde nada pueden el tratamiento general ni los procedimientos locales, ó cuando la infección tuberculosa amenaza invadir órganos ó aparatos importantes de la economía.

TRATAMIENTO GENERAL

HIGIENE, ALIMENTACION, MEDICAMENTOS CURA MARINA

El tratamiento general comprende la higiene y la alimentación, los cuales hemos sometido á ciertas reglas hasta donde nos ha sido posible en el servicio hospitalario.

Como en los tuberculosos ó los predispuestos á la tuberculosis, las reglas higiénicas se reducen al reposo físico é intelectual, evitando el surmenaje, así como las fatigas á fin de que los gastos orgánicos queden reducidos al mínimun. En cuanto á la ventilación, puede decirse que es buena en el Hospital y especialmente en la sala de San Miguel que ocupa el lugar más elevado en relación con los diversos pabellones del Hospital General.

La alimentación hemos procurado que en estos enfermos sea lo más nutritiva posible, permitiendo á veces que de sus casas les lleven leche, huevos, carne de pollo. Debo hacer presente que es este un punto interesante y que debe tomarse en cuenta al prescribirla al paciente: es necesario que sea lo más nutritiva, sin ser demasiado abundante, dividir las comidas en cuatro veces, en vez de dos al día, de manera que sea posible aumentar las reservas, ya que la desmineralización y aun la desasimilización son siempre exageradas. Por otra parte, nadie ignora que debe cuidarse el estómago de los tuberculosos, recordar que la sobre alimentación puede traer un estado disipéptico, indice de un sombrío pronóstico.

La medicación ha sido prescrita con la mayor escrupulosidad, reconociendo que el aceite de hígado de bacalao es la preparación que ha dado mejores resultados, cuando ha sido bien tolerado, en caso contrario hemos usado el Palatol, la solución de Wampole, y el liquido de peptonoides. En la tuberculosis ganglionar hemos prescrito en sus comienzos el yoduro de potasio á dosis mínimas de 0,25 ó 0,30 gramos para elevarla hasta 2,50 gramos y á veces hasta tres gramos estableciendo así la tolerancia. Cuando ni las dosis mínimas han sido soportadas hemos empleado la Saliolina desde 1 hasta 6 tabletas Bayer. En los niños hemos usado con éxito la Emulsión Scott y el Jarabe Yodo-tánico.

Al mismo tiempo se ha prescrito el arsénico bajo la forma de inyección de Cacodylate de soda á dosis 0,10 gramos, diarios. En la tuberculosis ósea hemos empleado además el Glicerofosfato del cal á dosis de 0,60 gramos al día.

La cura marina, la hemos recomendado hasta donde nos ha sido posible, bien sabemos que necesita de tiempo y recursos pecuniarios, y son muy pocos los enfermos que tienen facilidades para trasladarse á las orillas del mar. Solamente con nuestras indicaciones higiénicas y algunas relativas al acto de tomar los baños se han obtenido resultados que no dieron el tratamiento local y general.

Si el ferrocarril á la costa llega á ser un hecho realizable, las facilidades de transporte serán de suma utilidad para esta clase de enfermos, siempre que sus recursos lo permitan, mientras que los desheredados de la fortuna seguirán siendo las víctimas del terrible flajelo que hoy preocupa á los sabios de uno y otro continente. Pero si la Beneficencia, así como proyecta la construcción del Sanatorio Rocafuerte en un punto de la sierra, resolviera también la fundación á orillas del mar, de otro Sanato-

rio para los tuberculosos quirúrgicos, podríamos entonces decir que se habrá comenzado la campaña contra la tuberculosis.

Anuncie las observaciones hechas en el Hospital General pasan de 100 desde 1909 á 1915 en el servicio de cirugía de San Miguel, muchas son incompletas por la indocilidad de ciertos enfermos á un tratamiento siempre largo y por la facilidad con que abandonan nuestras clínicas sin el consentimiento del Jefe del servicio, dejando incompletas observaciones á veces importantísimas. Sólo voy á presentar 50 de los casos que hemos podido seguir más de cerca, algunos en clínica particular.

I

O. Villacís, de 31 años de edad, de profesión comerciante, ingresó al servicio San Miguel el día 25 de Agosto de 1909. El mes anterior sintió dolores de la ingle izquierda, donde un infarto ganglionar que llevaba desde niño se inflamó, terminando por supurar. Asistido por un médico de la localidad, se le hace una incisión: quince días después sin obtener mejoría se traslada al hospital.

Examinado el enfermo pudimos observar el ganglio en estado de degeneración, habían también infartos en el triángulo de Scarpa, el cuello y axilas. Agotada la supuración se hace el curage del paquete inguinal, efectuándose la curación después de mes y medio. Como antecedente sólo cabe mencionarse el alcoholismo del padre. Asegura no haber sufrido enfermedades venéreas y en pocas ocasiones ha enfermado de paludismo, en su infancia sufrió de viruelas.

Como tratamiento médico, yoduro de potasio, comenzando por dosis de 0,30 gramos, aumentada progresivamente hasta 2,50 gramos. Iny. de Cacodylate de soda, 2₇ diarias.

II

J. Abisina, natural de Asia Menor, soltero, de 28, años de oficio comerciante. Fecha de ingreso, Mayo 29 1909.

Hacia dos meses un tumor en la ingle no le permitía caminar, con todo, su modo de vivir le obligaba forzosamente á ello, hasta que viéndose imposibilitado se traslada al Hospital.

Todo el paquete inguino-crural está infartado formando un solo tumor por la periadenitis, el tumor es duro y doloroso á la presión, siendo notable la ausencia absoluta de fluctuación. Hay reacción general, fiebre y sudores por las tardes y enflaquecimiento rápido.

Las aplicaciones locales no dan resultado, el tratamiento yodurado no es tolerado por el paciente. El 20 de Junio se hace la extirpación de los ganglios, encontrándose infiltrados los superficiales y restablecidos los profundos, todos rodeados de un tejido fibroso que también se reseca.

No da antecedentes hereditarios por no haber conocido á sus padres, muy pequeño abandonó su patria en compañía de unos paisanos; su vida ha sido muy sufrida, ha pasado hambre y miserias. No hay antecedentes venéreos. Como tratamiento médico Aceite de hígado de bacalao, inyecciones, cocadilato de soda.

Completamente curado abandonó el Hospital en Julio 23 del mismo año.

III

N. Luz, soltero de 27 años, de oficio mecánico. Fecha de ingreso, Mayo 28 de 1909.

No conoció á sus padres, ignorando las enfermedades de que murieron. Desde muy niño ha gozado de completa libertad y frecuentado las casas de prostitución, sin embargo, sólo dos veces ha sufrido de blenorragia. Desde dos años antes es empleado en la Policía de Orden y Seguridad pasando una vida agitada, alimentándose mal y expuesto su vida á las iras del pueblo. Cerca de dos meses lleva un infarto inguinal derecho, que creciendo paulatinamente terminó por imposibilitarlo para la marcha.

El tumor es grande, sensible á la presión y sobre todo en en punto en donde la fluctuación es muy marcada. Practicamos una punción y se extrae un líquido sero-sanguinolento, se le inyecta 10 ctms. cúbicos del líquido de Calot. Por la noche los dolores son tan intensos que es necesario hacerle una picadura de morfina. Al siguiente día se acentúa el estado inflamatorio, la fiebre sube á 40°, precedida de escalofrío, la piel del tumor está roja y muy sensible; el estado general es grave: por fin, al tercer día, la piel se esfaca en el sitio de la inyección y se rompe dejando salir pus y el líquido inyectado. El estado infeccioso desaparece rápidamente, lo atribuimos á la falta de aséptica en la preparación del líquido yodoforado. Desaparecida la supuración se hace el curaje de los ganglios enfermos. Como tratamiento médico yoduro de potasio desde 0.50 grms. hasta 2.50 grms., en la convalecencia Palatol, Iny. Cadodilato de soda.

Salió curado en Julio 28 del mismo año.

IV

J. Chales, natural de Indostán, de 30 años, soltero, de oficio cochero. Fecha de ingreso 22 de Agosto de 1909. Presentaba un infarto ganglionar en la ingle izquierda y otro submaxilar: en el primero, la piel estaba ulcerada, á consecuencia de las aplicaciones irritante que se había hecho, y el ganglio degenerado aparecía en el fondo de la llaga. Desinfectado convenientemente se hace el curaje del paquete inguinal ya en estado de degeneración.

Como tratamiento médico se comienza por yoduro de potasio á 0,30 grms. diarios, se aumenta progresivamente hasta 2.50, se sigue después con Aceite de hígado de bacalao é inyecciones de Cacodil de soda. El infarto submaxilar termina por reabsorberse, dándosele el alta en Noviembre 20.

V

C. Challos, soltero de 21 años. Fecha de ingreso, Enero 19 de 1909. Diagnóstico: Poli-adenitis del cuello y de la axila. Tratamiento local: tres inyecciones sucesivas de 8 ctms. 3 del líquido de Calot en el cuello, con 8 días de intervalo: 2 en la axila de 5 ctms. 3 con 8 días de intervalo.

Tratamiento general, Aceite de hígado de bacalao, inyecciones de Cacody. de soda á 0.10 gms. por día. El enfermo sale aparentemente curado dos meses después de su ingreso.

VI

J. Borja, de 13 años de edad. Fecha de ingreso, Setiembre 6 de 1909. Diagnóstico, adenitis del cuello, en estado de reblandecimiento.

Tratamiento local, 2 inyecciones de Calot con 10 días de intervalo. Tratamiento médico: el yoduro no es tolerado ni a dosis de 0.25 gms., el Aceite de hígado de bacalao y la Emulsión de Scott no son tolerados por el estómago. por lo que se prescribe Sol. Wampole, iny. de Cacody. de soda. La reabsorción es completa en Noviembre del mismo año.

Por segunda vez ingresa en Marzo 5 de 1911 con adenitis supraclavicular, teniendo que hacer la resección del ganglio por encontrarse en estado de degeneración caseosa.

Tratamiento médico: Wampole é iny. de Cacodi de Soda.

En Agosto 30 del mismo año se le dió el alta, prometiéndonos dirigirse á la Costa.

VII

B. Pongullo de 36 años. Fecha de ingreso, Enero 8 de 1910. Diagnóstico: poliadenitis bilateral del cuello: Tratamiento local: iny. Calot en el lado derecho, tres sesiones de 10 ctsm³ la reabsorción comienza al 8o. día; el lado izquierdo se encuentra fistulizado, curándose el trayecto con solución yodo-yodurada y pomada de Reclus.

Tratamiento médico: yod. de pot. desde 0.30 gms. hasta 2.20 gms. después Aceite de hígado de bacalao, é iny. Cacody. Soda.

Aparentemente curado, pide el alta en Abril 18 del mismo año.

VIII

P. Castro, de 24 años de edad, de oficio amanuense. Fecha de ingreso, 24 de Mayo de 1910. Diagnósticos abscesos fríos.

Tratamiento local: inyecciones de Calot, 2 sucesivas con 10 días de intervalo. Tratamiento médico: Wampole, iny. de Cacody. de Soda.

Es dado de alta en Junio 19 del mismo año.

IX

J. Stéfano, soltero de 19 años, natural de Turquía, de oficio comerciante. Diagnóstico abscesos fríos.

Tratamiento local: Iny. Calot, 3 sucesivas con 8 días de intervalo.

Al interior, Emulsión de Scott. Abandona el servicio en Octubre 30 de 1910, á los 50 días de ingreso.

X

J. V. Reinoso, de 20 años, de oficio comerciante. Fecha de ingreso: Abril 3 de 1911.

Diagnóstico: adenitis supraclavicular derecha. Tratamiento local, inyección Calot.

Tratamiento médico: yod. de pot. Comenzando por 0.25 gms. aumentando progresivamente hasta 2.50 gms. Iny. Cacody Soda. Fecha de salida, Mayo 23 del mismo año.

XI

G. Valdez, casado de 40 años, de oficio albañil. Fecha de ingreso, Junio 20 de 1911. Diagnóstico: poliadenitis del cuello y supraclavicular. Tratamiento local: iny. Calot. Al interior Aceite de hígado de bacalao. Iny. Cacody. Soda. Salió fugado 26 de Julio del mismo año, sin terminar su curación.

XII

R. Andramuño, de 21 años, soltero, de oficio comerciante. Fecha de ingreso, Agosto 29 de 1911. Diagnóstico: poliadenitis submaxilar y unilateral del cuello. Tratamiento local: iny. Calot. Tratamiento médico, yod. pot. á dosis crecientes hasta 2 gms., Aceite de hígado de bacalao, iny. Cacody. Soda.

Pidió el alta en Octubre 30 del mismo año, sin completar su curación.

XIII

D. Laines de 12 años de edad. Fecha de ingreso, Noviembre 11 de 1911. Presentaba un ganglio submaxilar notablemente infartado á consecuencia de una inflamación aguda de la garganta; examinada ésta se encuentra hipertrofia de ambas amígdalas y vegetaciones adenoideas. Se comienza el tratamiento local por medio de tocamientos yodo-glicerinados, y prescribiéndosele al interior Aceite de hígado de bacalao. Como notamos fluctuación en el infarto ganglionar, se le hace una punción extrayendo sólo algunas gotas de pus; se le inyectan no obstante 5 ctsm³ de la solución de Calot, 10 días después, nueva inyección de 5 ctsm³ restableciéndose la reabsorción.

Como tratamiento médico, además del Aceite de hígado de bacalao, que hubimos de suspender por la intolerancia del paciente, se prescribo Palatol. Iny. Cacodilato Soda.

Es dado de alta en Enero 19 de 1912.

Por segunda vez se presenta Laines al servicio en Noviembre de 1912, con poli-adenitis cervical, estableciéndose el tratamiento de Calot y prescribiéndole Jarabe Yodotánico y después Palatol. Salió curado en Enero 10 de 1913.

XIV

F. Evangelista, soltero de 30 años, de oficio marineró. Fecha de ingreso, Setiembre 7 de 1911. Diagnóstico: poli-adenitis, cervical y axilar. Tratamiento local: iny. Calot, el ganglio axilar sufre una infección secundaria, esfacelando la piel y estableciéndose una fistula que es curada con la pomada de Reclus.

En Diciembre 15 del mismo año es dado de alta, aunque no completamente curado.

XV

F. Nieto, de 60 años, viudo, de oficio agricultor. Fecha de ingreso, Febrero 6 de 1912. Diagnóstico: poliadenitis bilateral del cuello. Trata-

miento local: iny. Calot. Tratamiento médico: no toleró el yoduro aun á dosis de 0.25 gms. Aceite de hígado de bacalao, iny. Cacody Soda.

Los ganglios han disminuido notablemente, habiéndose totalmente reabsorbido algunos. El enfermo fugó antes de terminar la curación, en Mayo 30 del mismo año.

XVI

C. Martínez, de 25 años, soltero, de oficio jornalero. Fecha de ingreso, Octubre 25 de 1912. Diagnóstico: poliadenitis del cuello y supraclavicular. Tratamiento local: iny. Calot. Tratamiento médico: yoduro, á dosis progresivas hasta 2.50 gms., después Emulsión de Scott é iny. Cacody. Soda.

Encontrándose en buenas condiciones, se le da el alta en Diciembre del mismo año.

XVII

P. Lino, de 15 años. Fecha de ingreso, Noviembre 28 de 1912. Diagnóstico: Poliadenitis del cuello.

Solo uno de los ganglios está supurado, estableciéndose el tratamiento de Calot. Los otros se encuentran infartados, duros rodados de una zona de paradenitis.

Tratamiento médico: Jarabe yodotánico, iny. Cacody. Soda.

Fecha de salida, Enero 22 de 1913.

XVIII

V. Herrera, sombrerero de 20 años, soltero. Fecha de ingreso, Diciembre 22 de 1912. Diagnóstico: abscesos múltiples: el primero en la región escapular fué incidido por encontrar la piel mortificada, se destruye por el curetage la membrana pyogénica y se establece la cura antiséptica con pomada de Reclus, el 2o. en el muslo es tratado por el método de Calot: el 3o. en la muñeca terminó por reabsorción.

Tratamiento médico: Emulsión Scott iny. Cacody. Soda.

Salió curado en Enero 27 de 1913.

XIX

E. Luque, de 17 años soltero, de oficio agricultor. Fecha de ingreso, Setiembre 13 de 1913.

De padres tuberculosos, tiene un hermano que también sufre de esa enfermedad.

En la infancia ha tenido sarampión y coqueluche, á los 15 años sufrió de paludismo por tres meses.

Presenta infartos ganglionares supraclavicular y del cuello del lado derecho, formando una cadena no interrumpida, en estado de degeneración caseosa hasta el ganglio submaxilar; en el lado izquierdo y en las axilas los ganglios están infartados pero no reblandecidos.

El tratamiento de Calot no es posible aplicarlo por encontrarse ulcerada la piel, pero se le hacen lavados con Sol yodo—yodurada y se cubren las heridas con apósito antiséptico á la pomada de Reclus,

Al interior se prescribe yod. pot. á 0. 25 grms., presentando marcada intolerancia, la salodina la tolera bien y se eleva la dosis hasta 6 tabletas al día, al mismo tiempo se le hacen iny. de Cacody de Soda 0.10 grms.

Después de un mes se prescribe Aceite de hígado de bacalao y Emulsión Scott.; cuando estos medicamentos causaron repugnancia, Palatol.

La reabsorción es manifiesta en los ganglios no supurados, después de dos meses de tratamiento; pero en el lado derecho la caseificación aumenta invadiendo los tejidos vecinos, amenazando la articulación externo clavicular, la intervención se hace necesaria efectuándose el 20 de Noviembre: se hace la ablación de los restos ganglionares y se resecan parte de la piel y músculos que habían sufrido la degeneración grasosa. La cicatrización por mamelonamiento se establece en la herida, exceptuando la región submaxilar, donde los progresos de la caseificación invaden los tejidos vecinos y el hueso. Una segunda intervención se efectúa dos meses después de la primera: después de una laboriosa disección en que se estuvo á punto de seccionar el vientre anterior al digástrico, el nervio hipogloso mayor y la arteria facial, órganos que, aunque rodeados del magma caseoso, habían sido respetados, hacemos un raspado en el hueso, terminando por un hadigeonage en tintura de yodo.

Tres meses después intervenimos por 3a. vez: en esta ocasión el proceso ha invadido la región maseterina y perforado la mejilla. El resultado es decisivo y la cicatrización se obtiene por mamelonamiento. El enfermo abandona el servicio en Agosto de 1914, once meses después de su ingreso.

La prescribimos Hemaboloides arseniado y Líquido de peptonoides, aconsejándole se traslade á la costa. En Enero del presente año un hermano de Luque me dice se encuentra en Santa Elena donde ahora goza de salud.

XX

F. Mann, de 22 años, soltero, de oficio mecánico. Fecha de ingreso, Agosto 2 de 1913. Diagnóstico: poliadenitis bilateral del cuello y de las axilas.

Tratamiento local: Iny. Calot. en los ganglios de cuello, los axilares derechos en estado de degeneración fueron extirpados, las curaciones sucesivas se hacen con pomada Reclus. Tratamiento médico: Aceite de hígado de bacalao, alternado con Emulsión de Scott y Palatol: Iny. Cacody. Soda.

La mejoría es notable en el mes de Noviembre, pero el paciente pide el alta, cansado del régimen del hospital.

A fines de Abril del presente año, fui llamado ha asistir á este enfermo en su casa: su estado era calamitoso, los ganglios del cuello y axilares estaban supurados é infectados, la tuberculosis se había generalizado al pulmón, peritórneo é intestinos. Después de diez días falleció.

XXI

J. S. de padres chinos, natural del Perú, de 35 años, soltero, de oficio comerciante. Se presentó á mi consulta en Agosto de 1913.

Es portador de una adenitis inguinal del lado derecho; niega todo antecedente venéreo, pero el infarto hace quince años se le presentó sin causarle molestia, no hace sino un mes que ha sentido dolores á la marcha

y movimiento febril por las tardes. Completando el examen clínico, tampoco encuentro vestigios de sífilis, existen, además, infartos en el cuello y submaxilar, hay antecedentes tuberculosos en su familia, pues una hermana con quien vive sufre de tuberculosis. Desea á todo trance curarse sin intervención quirúrgica. Como el ganglio presentaba fluctuación, le propuse el método de Calot, el que es aceptado por el paciente. A la 3a. sesión, sólo quedaban vestigios del infarto.

Como tratamiento médico prescribí el yoduro, que no fué posible continuarlo por su absoluta intolerancia, la salodina la soporta bien, llegando á la dosis de 6 tabletas de Bayer diarias, después de 20 días Hema-boloids arseniado, muestra repugnancia al Aceite de hígado de bacalao y á la Emulsión de Scott. Después de un mes de tratamiento le recomendé la cura marina, la que ha efectuado durante cuatro meses. Hoy se halla dedicado á sus ocupaciones.

XXII

J. Macías, de 20 años, soltero de oficio chauffeur. Fecha de ingreso, Diciembre 12 de 1914. Diagnóstico: poliadenitis bilateral del cuello y de la axila. Hace tres meses se encuentra enfermo, primero se le presentaron unos tumores muy pequeños á los lados del cuello, que no le causaban molestia, poco á poco aumentaron de volumen y presentáronse dolores que también crecían en intensidad, por último apareció la fiebre, primero pequeña y después muy fuerte, á veces acompañada de escalofríos y seguida de sudores profusos. En este estado ingresa al servicio de cirugía: los ganglios se encuentran reblandecidos y le dan al cuello un aspecto fusiforme: no tiene apetito y la destrucción es manifiesta.

Tratamiento local: Iny. Calot 6 sesiones con 8 días de intervalo. Tratamiento médico: yod. pot. por dosis progresivas hasta 3 grms. durante un mes: iny. Cacody. Soda, por no tolerar el Aceite de hígado de bacalao, Wampole.

En febrero del presente año, encontrándose bastante mejorado, se dirigió á Playas, regresando tres meses después. Con frecuencia encuentro á Macías dedicado á su oficio, los ganglios han terminado por reabsorción completa.

XXIII

R. S. de 19 años, de oficio contador. Se presentó á mi consulta en Agosto de 1914.

Cinco meses se halla en tratamiento médico, á consecuencia de una ulceración que se le presentó en la raíz del pene. El facultativo que lo asistió no le dió gran importancia al principio, pero no cediendo á los anti-sépticos, fué considerada como una manifestación sífilítica primaria extragenital, imponiéndosele tratamiento mercurial intensivo. La úlcera cedió después de mucho tiempo, á los tres meses de curación. Entonces notó que en el lado izquierdo del cuello aparecieron algunos ganglios, que creciendo rápidamente terminaron por la deformación, en el lado derecho también se presentaron los infartos ganglionares. El tratamiento específico continúa, sin contener el desarrollo de los ganglios.

Consulta á varios médicos, quienes opinaron de diversas maneras. El examen clínico del paciente arroja los siguientes datos: los gan-



glios izquierdos del cuello muy aumentados de volumen, el superior presentaba un pequeño trayecto por donde una presión moderada hace escapar fragmentos de degeneración caseosa: el lado derecho presenta sólo dos infartos bastante grandes para darle al cuello una forma de huso. Los ganglios inguinales también se encuentran infartados, pero no son duros ni ruedan bajo del dedo, al contrario, se hallan rodeados de una zona de periadenitis.

Los antecedentes hereditarios y de familia no arrojan ningún valor. Niega todo antecedente venéreo y cuando le comenzó la ulceración no había tenido contacto con ninguna mujer. Al exigirme el diagnóstico de su enfermedad, manifesté al paciente que lo de ahora era tuberculosis ganglionar. El doctor Alcívar opinaba de una manera idéntica.

Tratamiento local: iny. Calot, 2 sesiones bastaron para la reabsorción del único ganglio reblandecido.

Tratamiento médico: yod. pot. á dosis progresivas desde 0.22 grms, hasta 2.50 grms. Al mes siguiente, Palatol y Wampole, iny. Tonikeina Chevretin.

La mejoría se acentúa, desapareciendo los infartos del lado derecho y disminuyendo los del lado izquierdo.

Le impongo la necesidad de la cura marina, habiéndose trasladado á Santa Elena en Octubre de 1914. Tres meses después recibo una carta de mi cliente que dice: «Me encuentro mejor, he ganado en fuerzas y en peso, los ganglios van desapareciendo».

XXIV

L. Morán, de 5 años de edad. El padre sólo hace dos meses falleció de tuberculosis pulmonar, tiene dos hermanitas que gozan de salud. La madre se presenta á mi consulta en Noviembre de 1914 en demanda de la curación de su hijita, á la que no quiere se le señale la cura con una operación. La niña presenta un infarto submaxilar y varios en el lado izquierdo del cuello, los ganglios axilares é inguinales se encuentran también aumentados de volumen.

Se le hizo el tratamiento del Dr. Calot, tres inyecciones con 8 días de intervalo bastaron para modificar el ganglio submaxilar que se hallaba supurado.

Como tratamiento médico: Emulsión de Scott, la que es bien tolerada.

Después de dos meses de tratamiento le prescribo la cura marina por encontrarse la enferma en buenas condiciones.

XXV

A. R. E., soltero, de 21 años, comerciante, se presenta á mi consulta en Enero del presente año.

Tres semanas hace se le presentó un pequeño ganglio en la ingle, que no le permitía estar muchas horas de pié, fué aumentando de volumen y haciéndose cada vez más doloroso hasta impedirle el dedicarse á sus ocupaciones.

El tumor es voluminoso, de consistencia dura y rodeado de periadenitis, en el lado opuesto los ganglios están aumentados de volu-

men, así como los de la región lateral del cuello. Sus antecedentes hereditarios y de familia no arrojan ningún valor diagnóstico.

Ha sufrido de viruelas en la infancia y varias veces de paludismo. Niega todo antecedente venéreo.

Como no había reblandecimiento se le hacen aplicaciones calientes de agua de Goulard, le prescribí absoluto reposo y como medicación yod. pot. á dosis progresivas hasta 2.50 gms. después Palatol é iny. Cacody Soda.

Muy pronto se modificó el estado local y general del paciente, habiendo desaparecido el infarto inguinal á los cuarenta días de tratamiento.

Sus ocupaciones no le permiten trasladarse á la costa.

XXVI

B. Mora, colombiano, de 40 años de edad, soltero, de oficio jornalero. Fecha de ingreso, Mayo 14 de 1915.

Diagnóstico: Tuberculosis del testículo derecho.

Seis meses hace que notó que el testículo aumentaba de volumen y de vez en cuando sentía dolores que terminaron por imposibilitarlo. Mediante aplicaciones calientes consiguió aliviarse bastante para poder dedicarse á sus quehaceres, pero sin desaparecer la hinchazón del testículo. Por segunda vez sufre un nuevo brote inflamatorio cuyo resultado fué la formación de un trayecto fistuloso del escroto.

El cordón espermático se encuentra aumentado de volumen y doloroso, á nivel del anillo el dolor es exquisito: por medio de una punción extraemos 10 ctsm³ de pus, é inyectó 5 ctsm³ del líquido de Calot, la que repitió ocho días después. La funiculitis desaparece paulatinamente. El trayecto es curado con pomada de Réclus.

Como tratamiento médico: Emulsión de Scott, después Palatol é iny. Cacody Soda.

Hasta el 15 de Julio el enfermo no se encuentra bien, pero sus condiciones mejoran notablemente.

XXVII

J. Chávez, de 20 años de edad, soltero, de oficio jornalero. Fecha de ingreso, Junio 18 de 1915. Diagnóstico: poli-adenitis unilateral del cuello.

Antecedentes hereditarios y de familia, sin importancia. Ha sufrido de sarampión, paludismo y parotiditis.

Dedicado desde su infancia al trabajo manglero, ha tenido que soportar las inclemencias del tiempo, aspirando el miasma de los pantanos, alimentándose en muchas ocasiones una sola vez al día. Bien pronto sintió los efectos del surmenaje físico, la falta de alimentación y de su vida anti-higiénica, desarrollándosele infartos ganglionares que desaparecen con el reposo. En mayo del presente año se le presente un ganglio supraclavicular, que fué aumentando rápidamente haciéndose cada vez más doloroso, y más tarde acompañado de malestar, inapetencia y fiebre. Aparecen luego otros dos infartos en el mismo lado del cuello, que también siguieron un desenvolvimiento rápido. Las

aplicaciones calientes ni los revulsivos pudieron nada, obligando al paciente á trasladarse al Hospital.

A su ingreso presentaba un adenoplegmon supraclavicular izquierdo, determinando por compresión fenómenos de asfixia, por lo que hubo necesidad de incidirlo precozmente, dando salida á una gran cantidad de pus. Cuando disminuyó la supuración se notó el ganglio degenerado, el cual se elimina mediante los apósitos á la pomada de Réclus. Los dos ganglios superiores son tratados por el método Calot.

Como tratamiento médico: yod. pot. á dosis progresivas hasta 2 gms; después Aceite de hígado de bacalao, é iny. Cacody. Soda.

El enfermo está todavía en tratamiento, los ganglios del cuello terminaron por reabsorción: el supraclavicular se eliminó totalmente y sólo queda una úlcera que cicatriza por mameionamiento.

XXVIII

M. Calero, de 24 años de edad, soltero, de oficio soldado. Fecha de ingreso, Octubre 12 de 1909. Diagnóstico: Tuberculosis del testículo izquierdo. Antecedentes hereditarios sin importancia.

Ha sufrido de enfermedades infecciosas en su menor edad, siendo de notar entre ellas la viruela, que ha dejado sus huellas imborrables y que pusieron en peligro su existencia, ha sufrido dos veces la blenorragia y no niega sus antecedentes alcohólicos.

Su enfermedad data desde hace ocho meses, sin darle al principio mayor importancia: se hace aplicaciones calientes y revulsivos terminando por supurar, dejando una fistula en la cara superior del testículo.

En ese estado ingresa al servicio, donde se conoce el estado de degeneración completa de la glándula. La castración se efectúa ocho días después de su ingreso.

Tratamiento médico: Emulsión de Scott, después Palatol, iuy, Cacody. Soda. En Noviembre 15 del mismo año se encuentra completamente curado.

XXIX

J. Marín, soltero, de 22 años, de oficio carpintero. Fecha de ingreso, Setiembre 9 de 1909. Diagnóstico: Tuberculosis del testículo derecho.

El testículo se encuentra degenerado, masas caseosas mezcladas á un líquido sero-purulento se escapan á la menor presión por un trayecto fistuloso que se formó en el escroto. Desinfectamos la región y se cubre con apósito antiséptico á la pomada de Reclus; al interior se prescribe Emulsión de Scott y se le hacen inyecciones de Cacody. Soda. Dos meses después, sin obtener mejoría y encontrándose amenazado el testículo homólogo, el paciente acepta la castración. Al mes siguiente de operado abandona el Hospital.

En varias ocasiones me he encontrado con Marín: su salud no deja nada que desear, ha aumentado notablemente en peso y tenido hijos.

XXX

V. Baquero, de 47 años de edad, viudo, de oficio comerciante. Fecha de ingreso, Setiembre 4 de 1911. Diagnóstico: Tuberculosis del testículo.

A consecuencia de un golpe en el testículo derecho, recibido seis meses antes, se le inflamó dicha glándula, logrando mejorarse después de un mes de reposo y tratamiento médico. Su oficio le obligó á traginar volviéndose á inflamar con mayor intensidad, terminando por supurar. Al examen, el testículo está degenerado, el cordón engrosado, duro y doloroso y participa también de la infección. Aceptada por el enfermo, se efectúa la castración, curando después con suma rapidez. Como tratamiento médico: Palatol, iny. Cacody. Soda. Es dado de alta en Octubre del mismo año.

XXXI

J. Franco, soltero, de 40 años, de oficio jornalero. Fecha de ingreso, Noviembre 15 de 1912. Diagnóstico: Tuberculosis del testículo izquierdo y tumor blando de la clavícula.

Como antecedentes es digno de notar el alcoholismo del sujeto y la deficiencia de alimentación. Dos años antes se le presentó un tumor en la región clavicular derecha, sin dolor ni reacción inflamatoria, aumentó de volumen hasta el tamaño de una nuez, comenzando entonces á reblandecerse. Por medio de aplicaciones caseras logró abrirse al exterior, dando salida á una pequeña cantidad de pus y unas masas amarillentas. Mucho tiempo se hizo curaciones sin lograr la mejoría del rebelde tumor, y como aumentara en profundidad hasta llegar al hueso, resolvió trasladarse del campo á esta ciudad; pero lo que más preocupa al enfermo es la presencia de una fuerte inflamación al testículo, que también terminó por supurar.

A su ingreso al Hospital observamos el testículo izquierdo en estado de degeneración caseosa; el derecho está sensible á la presión y el epidídimo aumentado de volumen. No era posible esperar más tiempo, y prevenido el paciente, es sometido á la castración del testículo degenerado. Al mismo tiempo se hace un raspado de la clavícula, terminando por un badigeonage de tintura de yodo.

Como tratamiento médico: Aceite de hígado de bacalao, iny. Cacody. Soda. Se le da el alta en Enero 7 de 1913.

XXXII

A. Anehundia, soltero, de 19 años, de oficio jornalero. Fecha de ingreso, Octubre 25 de 1912. Diagnóstico: sarcosele tuberculosa doble.

Ambos testículos se hallan sumamente infiltrados y dolorosos; el estado general es delicado: fiebres vespertinas, sudores profusos, enflaquecimiento rápido, pérdida de apetito y de fuerzas. Sometido á una intervención, se constata la destrucción completa de ambas glándulas, por lo que se hace la castración total.

Como tratamiento médico: Emulsión de Scott, iny. Cacody. Soda. Después de un mes de operado el paciente fallece á consecuencia de granulía.

XXXIII

S. Fuentes, soltero, de 25 años, de oficio jornalero. Fecha de ingreso, Noviembre 27 de 1912. Diagnóstico: Tumor blanco de la rodilla.

El padre murió de tuberculosis pulmonar; la madre goza de salud.

En los primeros años sufrió de sarampión, tos ferina y en diversas ocasiones de paludismo.

En el mes de Setiembre recibió un fuerte golpe en la rodilla derecha que le impedía caminar, necesitando cuatro días de reposo, para mejorarse, dedicándose después á su oficio de cargador, sintiendo molestias en el sitio de la contusión; unos quince días después la rodilla estaba inchada y la marcha le era imposible, llamando á un empírico á que le arreglase la pierna. Después de 20 días de masaje, sin conseguir alivio, se le hacen aplicaciones calientes que terminaron por macerar la piel en el lado interno de la rodilla.

Al examen notamos: la rodilla derecha tumefacta, dolorosa á los movimientos, presentaba una úlcera y varios trayectos fungosos que dejaban salir á la presión líquido sero-sanguinolento y algunas gotas de pus, no había luxación, aunque los movimientos estaban dificultados. La antiseptica por medio del permanganato de potasa nos despoja el foco de infección secundaria, quedando la lesión original de naturaleza tuberculosa, estableciendo desde entonces los lavados con solución yodo-yodurada y el apósito á la pomada Reclus.

Como tratamiento médico: Emulsión de Scott, iny. Cacody. Soda, dándosele el alta en Enero de 1913.

Seis meses han trascurrido y en Julio de 1913 se presenta nuevamente en el servicio: la tuberculosis se había localizado en el testículo izquierdo, indudablemente la infección ha seguido la vía sanguínea, confirmando la teoría hematógena en algunas tuberculosis locales.

Ni el tratamiento general, ni las inyecciones modificadoras pueden contener la infección, que progresivamente destruye la glándula atacada, siendo necesario la intervención. Prevenido el paciente se efectúa la castración unilateral. Se le reconstituye con tónicos generales, Emulsión de Scott, iny. Cacody. Soda, dándosele el alta el 18 de Setiembre del mismo año.

El 27 de Noviembre de 1914, nos visita Fuentes por tercera vez, con una osteo-artritis metacarpo-falángica del índice izquierdo: se extraen algunos secuestros. se le hacen lavados de permanganato de potasa y se cubre con el apósito á la pomada de Réclus. Dos meses de tratamiento local y general, sólo se logra localizar bien el proceso: pero es necesario la intervención á consecuencia de la necrosis de la falange; se hace la amputación del metacarpiano correspondiente. Es dado de alta en Marzo de 1915.

XXXIV

F. Bodero, de 35 años, soltero, agricultor. Fecha de ingreso, Abril 10 de 1914. Diagnóstico: tuberculosis del testículo derecho.

El estado general del sujeto, bastante abatido; el dolor, la fiebre y el enflaquecimiento rápido, la ausencia de lesiones pulmonares, y sobre todo, el estado de infiltración del testículo, el cual forma un solo cuerpo con el epidídimo, son las razones que juzgamos oportunas para la castración. El paciente acepta la intervención, la que se efectúa el 15 del mismo mes.

Tratamiento médico: Palatol, iny. Cacody. Soda.

Se le da el alta en Mayo 20 del mismo año.

XXXV

J. M. C., casado, de 40 años, de oficio sastre. Fecha de ingreso, Enero 18 de 1915. Diagnóstico: tuberculosis del testículo derecho.

Es un individuo de constitución robusta, sin antecedentes hereditarios ni familiares, su vida ha sido poco accidentada por las enfermedades. Seis meses más ó menos antes de su ingreso adquirió una blenorragia, que curó á los dos meses de tratamiento, presentándosele después una inflamación aguda al testículo, con fiebre y mucha postración. Diagnosticado de orquitis post-blenorrágica fué asistido como tal. Después de un mes de tratamiento y agotados sus recursos se dirigió al Hospital.

Al examen encontramos el testículo derecho muy aumentado de volumen, duro y doloroso á la presión; prescribimos salic. de soda al interior y salicilato de metilo y guayacol en aplicación externa.

Durante quince días se continuó dicha medicación sin obtener resultado alguno; examinado de nuevo, reconocemos que el cordón se encuentra duro y muy doloroso, el epidídimo parecía formar un solo cuerpo con el testículo, el cual presentaba nudosidades y algunos puntos de pseudofluctuación; el estado general empeora y el enflaquecimiento es rápido. La castración, con la venia del paciente, es efectuada: el cordón está engrosado, se encuentran nódulos en rosario y pus en su interior; el epidídimo cubre el testículo con nudosidades amarillentas, al corte deja escapar un líquido puriforme y masas caseosas; el testículo, también aumentado de volumen, presenta al corte un foco central de paredes anfractuadas.

Como tratamiento médico: Aceite de hígado de bacalao, después Palatol, iny. Cacody. Soda. Se le da el alta en Mayo 22.

XXXVI

M. Campoverde, de 36 años, agricultor. Fecha de ingreso, Junio 18 de 1909. Diagnóstico: Mal de Pott dorsal.

De padres tuberculosos, ha tenido dos hermanos que han fallecido igualmente de tuberculosis pulmonar.

Aunque su enfermedad data de su nacimiento, ha gozado de relativa salud. Sólo hace algunos meses sintió dolores en la región lumbar derecha, donde se le presentó un tumor que fué aumentando y haciéndose más doloroso. Las aplicaciones caseras, parches y otros revulsivos, trajeron la abertura del absceso, escapándose gran cantidad de pus.

XXXVII

V. M. Vega, casado, de 40 años, de oficio comerciante. Fecha de ingreso, Setiembre 11 de 1912. Diagnóstico: Mal de Pott dorsal.

De padre alcohólico, tiene un hermano escrofuloso. Su enfermedad se le presentó desde la edad de 5 años á consecuencia de una caída de tres metros de altura. Fuera de las molestias que el excesivo trabajo le proporcionaba, su enfermedad ha evolucionado sin contratiempo, hasta 1911 en que fue atacado de paludismo, presentándosele después dolores en las extremidades y enflaquecimiento rápido. Cuando ingresó al Hospital el brazo derecho estaba paralizado. Además del tratamiento eléctrico, se le prescribe Emulsión de Scott, é iny. Cacody. Soda.

Durante un año se sostiene merced al tratamiento, pero los progresos de la parálisis, primero flácida y después con contracturas, la presencia de un absceso osifluente, la desnutrición y la caquexia terminaron con la vida del sujeto en Setiembre 4 de 1913.

XXXVIII

F. Villamar, soltero, de 30 años, de oficio agricultor. Fecha de ingreso, Enero 11 de 1913. Diagnóstico: Mal de Pott cervical, absceso osifluente supraclavicular.

Tratamiento local: iny. Calot, tuvimos que emplear un grueso trócar de paracentesis por cuanto el N° 4 del aparato de Dieulafoy se obstruía con las masas caseosas del absceso, poniendo después un agrafe en la herida, introducíamos una nueva cánula N° 2 por donde inyectábamos 40 centímetros cúbicos del líquido de Calot. En cuatro sesiones el absceso había disminuido casi en la mitad, no pudiendo seguir más adelante la observación por cuanto el enfermo abandona clandestinamente el servicio, en Mayo del mismo año.

XXXIX

J. A. Borja, de 16 años, natural de Riobamba, de oficio hojalatero. Fecha de ingreso, Setiembre 8 de 1910. Diagnóstico: Mal de Pott cervical, fistula supraclavicular izquierda.

Perdió á sus padres desde muy temprana edad, siendo recogido por sus parientes; la mala vida que le daban, estropeándolo muchas veces sin motivo, hicieron abandonarlos, teniendo que ganarse la vida desde 10 años de edad.

No recuerda haber sufrido enfermedad alguna, y la con que vino al mundo no le ha proporcionado mayores cuidados, hasta 1909, en que se le presentó un absceso osifluente en la región supraclavicular, el que terminó por abrirse al exterior dejando una fistula, que es lo que más le molesta.

En ese estado ingresó al Hospital; la fistula muy supurada es desinfectada cuidadosamente y cubierta con apósito yodoformado.

Como tratamiento médico: Emulsión de Scott y algunas series de Cacody. Soda.

Cuando el trayecto fistuloso daba poca secreción, lo exploramos con un estilete previamente esterilizado, llegando á tocar la columna vertebral. Ensayamos entonces la pasta bismutada, la que nos sirvió para indicarnos la comunicación con el esófago.

Durante diez meses se continúa el tratamiento local y general sin modificación alguna por parte del enfermo. En 1911 se dirige al interior de la República, regresando en 1913.

Ni el cambio de clima ni el tratamiento seguido pacientemente logra modificar la afección moral; el enfermo quiere someterse á una intervención haciéndose él mismo responsable de los resultados.

En 1914, valiéndose de una astucia, embarcóse en un caletero con rumbo á Panamá con el fin de operarse, pero los cirujanos del Istmo no quisieron intervenir. Sin un centavo en el bolsillo, toma un transatlántico que lo conduce al Havre y después de mil peripecias llega á París donde se pone al habla con nuestro amigo el Dr. Maldonado Carbo, con quien nos habíamos interesado mucho por el jorobado. En París es operado por el profesor Delbet, falleciendo á los pocos días de la intervención.

XL

V. González; de 38 años, soltero, agricultor. Fecha de ingreso, Mayo 8 de 1909. Diagnóstico: Osteítis tuberculosa de la tibia.

Desde la edad de 25 años se le formó un trayecto fistuloso en la ca-

ra externa de la pierna derecha, á consecuencia, según su opinión, de un absceso mal operado. Durante su larga enfermedad ha podido seguir sin grandes molestias sus ocupaciones, hasta que la presencia de un secuestro lo conduce al servicio hospitalario.

Sometido á una pequeña intervención se hace la extracción de una esquirla de tres centímetros de longitud; se hace el curetage de los tejidos enfermos, terminando por un badigeonage de tintura de yodo; estableciendo después la cura yodoformada. Tratamiento médico: Emulsión de Scott, Glicerofosfato de cal, iny. Cacody. Soda.

La herida cicatriza por mamelonamiento á los 40 días de operado y se le da el alta en Junio 28 del mismo año.

XLI

R. Rivera, de 20 años, soltero, de oficio sastrero. Fecha de ingreso, Setiembre 16 de 1910. Diagnóstico: Tumor blanco de la rodilla.

A consecuencia de un fuerte traumatismo, seguido de masajes por individuos extraños á la ciencia, se forma un absceso en la cara externa de la rodilla que imposibilitó los movimientos articulares.

Por medio de la inmovilización y las aplicaciones calientes se localiza el foco inflamatorio, quedando un tumor rojizo, fluctuante y poco doloroso, que incidido deja escapar escasa cantidad de pus y grumos caseosos: la naturaleza del tumor estaba descubierta; se establece la cura antiséptica á base de yodoformo, se inmoviliza la articulación y se le prescribe el tratamiento general. Es dado de alta en Noviembre 10 del mismo año.

XLII

P. M. Rojas, soltero, de 30 años, de oficio zapatero. Fecha de ingreso, Diciembre 1° de 1910. Diagnóstico: Osteitis tuberculosa del cúbito.

De antecedentes etílicos, se le presentó un tumor en la cara interna del antebrazo, dos años antes de su ingreso al Hospital, quedando un trayecto fistuloso, que no le proporcionaba más molestia que la curación diaria y la salida de una pequeña cantidad de pus. Con motivo de haberse presentado una esquirla, cree oportuno someterse á tratamiento médico.

Desinfectado el trayecto y convencidos de no existir antecedentes específicos ni hereditarios ni personales, se efectúa una pequeña intervención para extraer el secuestro y hacer el raspado de los tejidos degenerados. Las curaciones siguientes se hacen con peróxido de hidrógeno y pomada de Réclus.

Como tratamiento médico: Palatol, Glicerofosfatos, é iny. Cacody. Soda. El 4 de Febrero de 1911 el trayecto está curado.

XLIII

L. A. Andrade, de 12 años de edad, ingresó al servicio en Noviembre 17 de 1913. Diagnóstico: Ostiomielitis tuberculosa de la tibia.

Antecedentes hereditarios y familiares tuberculosos.

A consecuencia de un golpe sufrido en la pierna derecha, se forma tres meses después un foco purulento que abriéndose al exterior deja un trayecto fistuloso; habiéndole explorado se reconoce que la tibia está desnuda en una superficie apreciable. Se hace la extirpación

de los secuestros, y el raspado del foco medular muy infiltrado. Se termina la operación por un badigeonage á la tintura de yodo.

Al interior, Emulsión de Scott y Glicerofosfato de cal.

Se le da el alta en Agosto 7 de 1914.

XLIV

I. Eudérica, de 22 años, soltero, de oficio amanuense. Fecha de ingreso, Enero 12 de 1914. Diagnóstico: osteo-artritis tuberculosa de la rodilla.

Aunque no tiene antecedentes tuberculosos, su organismo ha sido debilitado por diversas afecciones, entre ellas el paludismo, la coqueluche y la viruela. Un pequeño traumatismo ha sufrido en la rodilla derecha ha servido de pretexto para desarrollarse en él un tumor blanco. Las curaciones antisépticas á base de yodoformo, la inmovilización de la articulación y la medicación á base de arsénico y Aceite de hígado de bacalao restablecen la salud del paciente, á los cuatro meses de su ingreso al Hospital.

XLV

J. F., de 20 años, soltero, de oficio comerciante. Se presenta á mi consulta en Octubre de 1914. Desde la edad de 10 años comenzó á sufrir de unos tumores en los antebrazos y después en las piernas: dichos tumores se presentaban sin reacción inflamatoria ni trastornos generales, aumentaban de volumen, se reblandecían y terminaban por abrirse al exterior, dejando escapar una pequeña cantidad de pus, quedaba después una fístula por la que se eliminaban secuestros espontáneamente ó por una ligera tracción hecha por el mismo enfermo. Uno de esos secuestros fué bastante considerable para hacerlo comparecer ante un facultativo, quien lo trató como sifilítico, imponiéndole tratamiento mercurial sin resultado alguno. Continuó curándose él mismo por algunos años hasta que la presencia de una fístula en la región coxígea lo hace llegar á mi consulta.

Investigados sus antecedentes hereditarios, no encuentro ni sífilis ni tuberculosis; examino los órganos genitales, las regiones ganglionares y la piel sin encontrar estigma de sífilis. Sus antecedentes personales son interesantes, en sus primeros años: fué lactado artificialmente, sus funciones fueron muy tardías, caminó á los dos años y no comenzó ha hablar hasta el 3º, sufriendo de sarampión y tos ferina y un año antes de la aparición de los tumores, de viruelas.

Como tratamiento médico le prescribo Aceite de hígado de bacalao é iny. Cacody. Soda. Localmente previa la antisepsia de la región hago un raspado del trayecto fistuloso. Dos meses después el trayecto coxígeo está cerrado, ha aumentado en peso y se anima á ingresar al Hospital á fin de extraer los secuestros de ambas piernas. Habiéndose intervenido bajo anestesia general se extraen las esquirlas y se hace el raspado de las partes blandas en degeneración, se termina con un badigeonage de tintura de yodo. Las curaciones siguientes son á base de yodoformo. Como tratamiento médico: Palatol, Glicerofosfato de soda é iny. Bacody. Soda.

Tres meses después de la operación el paciente está curado.

XLVI

O. Banda, de 8 años de edad. Fué trasladado al Hospital de niño⁶ en Octubre 28 de 1910. Diagnóstico: Osteo-artritis tibiotarsiana tubercu

losa. No pueden obtenerse datos precisos de su enfermedad, la que se encuentra muy avanzada, parecía que no quedaba otro recurso que la amputación doble pues las lesiones son en ambas extremidades. En efecto: en el lado derecho la articulación se encuentra aumentada de volumen, en su periferia se ven trayectos fistulosos que dejan salir pus y masas caseosas, la infiltración ha invadido las partes blandas peri-articulares, por abajo hasta la raíz de los dedos y por encima hasta los maleolos, el pié tiene la forma de masa. El pié izquierdo un poco menos avanzado que el derecho, pero la infiltración se hallaba tan infiltrada como la del primero.

Los buenos resultados obtenidos por la cirugía conservadora, sobre todo tratándose de tuberculosis, nos hacen esperar algo en el tratamiento. Localmente se hacen inyecciones del líquido de Calot por los diversos trayectos, los cuales eran drenados y cubiertos de grueso apósito. Como tratamiento general, Aceite de hígado de bacalao, alternando con Emulsión de Scott y Wampole, iny. Cacody. Soda. A los diez y ocho meses de tratamiento las úlceras han desaparecido, el pié recobró su forma y sobre todo sus movimientos.

XLVII

G. Chávez, de 12 años de edad, natural de Latacunga. Fecha de ingreso, Abril 9 de 1912. Diagnóstico: coxalgia.

A consecuencia de una caída recibió un fuerte golpe en la cadera del lado derecho causándole desde el primer momento la dificultad funcional del miembro; en brazos ajenos fué llevado á su domicilio donde un empirico le hace masajes y fuertes tracciones que dieron por resultado una gran inflamación de la articulación coxofemoral, acompañada de fiebre y mucha postración, resolviendo su familia el traslado á esta ciudad. Al examen notamos: aumento notable de articulación; el muslo en flexión sobre la pelvis, en adducción y rotación interna; la pierna en semiflexión sobre el muslo. El engolfamiento y la hiperestesia no nos permiten profundizar el examen clínico, hasta que las aplicaciones calientes, el salicilato y la antipirina disminuyen el estado inflamatorio. El examen radioscópico nos hace reconocer una luxación baja posterior, pero como se han pasado cuatro meses, la reducción sólo será posible bajo anestesia general.

Atacado de fiebre amarilla es enviado al Lazareto, regresando después en convalecencia, siendo imposible intervenir por hallarse ahora con tos ferina. Como se notara un punto doloroso en la región trocantiaria, hacemos una punción extrayendo pus. Es indudable que el traumatismo primero y después las infecciones han motivado el desarrollo de una tuberculosis latente.

El tratamiento local, la medicación y la higiene son insuficientes para contener la invasión tuberculosa, que ataca también los tejidos peri-articulares, músculos y piel hasta el tercio medio del muslo, donde se abren trayectos fungosos que se curan diariamente, observando la más rigurosa antisepsia. De vez en cuando se extraen esquirlas que abocan á los trayectos.

Durante tres años se lucha desesperadamente por conseguir el alivio del paciente, que presenta ahora cuatro trayectos fistulosos y ocho cicatrices. Su estado general es bueno en Julio del presente año.

XLVIII

J. Coello, de 55 años, viudo, de oficio agricultor. Fecha de ingreso, Marzo 17 de 1913. Diagnóstico: Adenitis tuberculosa, trayecto fistuloso de la fosa iliaca derecha. De antecedentes etílicos, es portador de una fistula en la fosa iliaca, á consecuencia de un ganglio tuberculoso. Sometido al tratamiento general, se le hace localmente el tratamiento por la pasta bismutada, sin resultado. Sometido á una pequeña intervención, se hace la extirpación de los restos ganglionares y después curaciones á base de yodoformo. Se le da el alta en Junio del mismo año.

XLIX

H. Marchán, de 15 años de edad. Fecha de ingreso, Febrero 18 de 1915. Diagnóstico: Osteo-artritis tuberculosa del codo y de la muñeca.

En el mes de Enero recibió un fuerte golpe en el antebrazo debido á una caída de caballo. Asistido por un empírico le hizo masajes y movimientos que inflamaron todo el antebrazo. Un facultativo es llamado y logra por las aplicaciones calientes disminuir el estado inflamatorio y el dolor. Pero al mes siguiente el antebrazo, aunque no doloroso, permanece hinchado y se han formado dos focos de supuración en el codo y la muñeca; con este motivo ingresa al Hospital.

Sólo ha sufrido de paludismo hasta pocos días antes del accidente, y es á ello que probablemente obedece el estado anémico del paciente.

Al examen local observamos el antebrazo aumentado de volumen del codo á la muñeca, presentando abultadas las extremidades articulares y en la cara externa de ambas un foco reblandecido con trayectos múltiples por los que se escapan masas caseosas y líquido sero-sanguinolento, los que fueron incididos para poder efectuar la antisepsia y curación.

Como tratamiento médico: Emulsión de Scott, iuy. Cacody. Sola, Palatol. En el mes de Julio, la afección se ha localizado en las articulaciones y el estado general ha mejorado bastante.

L

En Diciembre de 1913, fué llamado en consulta por mi amigo el señor doctor Alfredo J. Valenzuela, para asistir á F. R., joven de 21 años. Cuando llegué á la cita el doctor Valenzuela le practicaba una toracentesis con un grueso trocar extrayendo algo más de dos litros de pus denso, amarillento. Se trataba de un gran derrame en la gran cavidad pleural, con deformación del tórax, desviación del corazón á la derecha, y sobre todo de fenómenos dispneicos que amenazaban la vida del paciente por asfixia. De antecedentes hereditarios y familiares tuberculosos, cuatro meses antes se había declarado inútil una intervención á causa de la naturaleza de la afección, haciéndosele desde entonces punciones periódicas con 20, 15 y después menos días de intervalo por la reproducción cada día más rápida del derrame. En los últimos meses es asistido por el doctor Valenzuela, quien, tomando en consideración la magnitud del derrame, las fiebres vespérales, el dolor y, sobre todo, la dispnea que no le permitía el decúbito, permaneciendo en posición sentado aun durante la noche, cree oportuno la pleurotomía, siquiera por aliviar al paciente. La operación se efectúa al día siguiente con anestesia local de novocaina; incidida la pleura se precipita el pus al exterior en una cantidad más ó menos igual á la

extraída el día anterior por la punción. Se drena la cavidad por un Goldman N.º 35. La disnea, la fiebre y el dolor desaparecen al día siguiente de la intervención, el apetito se despierta y el peso aumenta: después de tres meses pesaba 105 libras, antes de la operación 95.

Los lavados de la pleura se hacen treinta días después de la pleurotomía, primero con solución de Argirol al 1 % que fué aumentándose progresivamente hasta 10 %, después con solución yodurada también á dosis crecientes hasta que pudo tolerar la solución madre:

Yod. pot.	10	grms.
Yodo metálico	15	"
Agua esterilizada	1.000	"

Como tratamiento médico, Aceite de hígado de bacalao, Emulsión Scott, Palatol, Liquid peptonoids con creosota, alternados cada vez que sentía repugnancia por alguno de ellos, iny. de Cacody. soda.

Hasta Octubre de 1914 he asistido á F. R., le quedaba un trayecto fistuloso por el que se escapa una pequeña cantidad de pus, propuse una pequeña operación, pero no ha sido aceptada. En el mes de Setiembre pesaba 112 libras.

CONCLUSIONES

1.º.—El tratamiento local por el método del Dr. Calot es el preferido en los focos de tuberculosis cerradas.

2.º.—En los focos abiertos es indispensable la cura á la base de yodoformo, guardando siempre la más rigurosa antisepsia.

3.º.—Las pequeñas intervenciones están indicadas cuando no se obtiene modificación del foco, ni por el tratamiento local, ni por los medicamentos.

4.º.—Las intervenciones cruentas y las operaciones mutilantes están contraindicadas, de una manera general. Solo debe intervenir cuando un órgano, sistema ó aparato importante de la economía se encuentra atacado ó la veindad de un foco amenace la invasión de los mismos.

5.º.—La tuberculosis pulmonar es una contraindicación formal á toda intervención en un foco local coexistente.

6.º.—Las reglas higiénicas que debe observar un tuberculoso quirúrgico son las mismas que la de los predispuestos á la tuberculosis: reposo físico ó intelectual, buena luz, buena aeración.

7.º.—La alimentación debe ser variada y nutritiva procurando aumentar las reservas orgánicas sin fatigar el estómago.

8.º.—El Aceite de hígado de bacalao y la Emulsión Scott son los medicamentos de elección siempre que sean bien tolerados, el Palatol y el Wampole son sucedáneos recomendados á los cuales debe añadirse la medicación cacodylica.

9.º.—El yoduro de potasio, ó la siodina en caso de intolerancia, dan buenos resultados en las tuberculosis ganglionares sobre todo en sus comienzos, y muchas adenitis son susceptible de reabsorberse sin intervención manual.

10.º.—El tratamiento general y el tratamiento local no pone al enfermo al abrigo de recidivas, solo la cura marina y la helioterapia son capaces de modificar el terreno orgánico: se hace por lo tanto indispensable la creación de un Sanatorio en las orillas del mar.

INDICE



	PAGINAS
A	
Amibiasis en el Azuay.—Dr. Nicanor Merchán	101
Absceso hepático.—Dr. Miguel A. Lazo	338
Amibiasis hepática y su tratamiento.— Dr. Mario V. de la Torre	356
Absceso hepático en el Ecuador.—Dr. Guillermo Ordóñez	363
B	
Blastomycosis y Leishmaniasis. Existen en el Ecuador?—Dr. José Ramón Boloña	97
C	
Consideraciones clínicas sobre 62 casos de laparotomías por tumores abdo- minales.—Dr. Mario V. de la Torre	308
D	
Diarrea a Trichomonas.—Dr. Wences- lao Pareja	13

II

PAGINAS

Deontología Médica.—Dr. Carlos V. Coello	33
Deontología Médica.—Dr. Samuel Mora y Martínez	40

E

Ensayo Médico Legal.—Dr. M. Merchán	296
-------------------------------------	-----

F

Fiebre amarilla.—Dr. Wenceslao Pareja	14
id. id. —Dr. José D. Moral	21
Fasciola hepática en el Ecuador.—Dr. Gonzalo Cordero Dávila	113
Fractura de la bóveda craneana.—Dr. Mario V. de la Torre	372

H

Hemogregaria (Un caso de).—Dr. José D. Moral	99
Herida por arma de fuego de la cavidad abdominal.—Dr. José Julián Sánchez M.	317
Hemorroides (operación por el método de Whitehead).—Dr. Miguel H. Alcivar	320
Heridas de los gruesos troncos nerviosos de los miembros.—Dr. Miguel H. Alcivar	375
Heridas toraco-abdominales.—Dr. Teodoro Maldonado Carbo	383

I

Insectos transmisores de enfermedades. Dr. Federico W. Goding M. D. Ph. D.	18
---	----

L

Lepra en la Provincia de León.—Dr. Alfredo Varela Q.	170
--	-----

	PAGINAS
Lepra.—Dr. Carlos R. Sánchez	151
Legislación Ecuatoriana y Medicina Legal.—Estudios por el Dr. Maria- no Peñaherrera E.	183

M

Microscopía clínica (Apuntaciones para la práctica de la)—Dr. Carlos F. Cucalón I.	
Medicina legal—Consideraciones—Dr. Agustín Polit Manrique	289

S

Sarcomatosis de la piel.—Dr. Wences- lao Pareja	374
--	-----

T

Tuberculosis pulmonar en el Ecuador. —Dr. Vicente Quevedo M.	56
Tuberculosis (Asuntos controvertibles sobre)—Dr. Gabriel Romero	75
Tuberculosis en la costa—Dr. Pío Vi- cente Corral	69
Tuberculosis locales—Tratamiento por el método Calot.—Dr. José M. Es- trada Coello	390
Tuberculosis quirúrgicas en Guayaquil. —Dr. José Julián Sánchez	413



