

CLINICA GIL

DIRECTOR, GIL J. GIL, M. D.

OCTUBRE - DICIEMBRE 1927 . VOLUMEN IV

NUMEROS 23.24

CONTENIDO :

Responsabilidad Médica. - Prof. NERIO ROJAS
Notas terapéuticas. - Dr. MIGUEL M. CALLE
Paludismo y Urticaria. - Dr. A. BERNAL NICHOLLS
Diatermia y principales indicaciones. - Dr. M. S. A. MEJIA
Notas.

MEDELLIN - ANTIOQUIA - COLOMBIA



EDITADA EN LA TIPOGRAFIA BEDOUT
FELIX DE BEDOUT E HIJOS
MEDELLIN

CONDICIONES:

CLINICA GIL saldrá cada dos meses.

Valor de la suscripción por un año.. \$ 2.00

Valor del número suelto..... \$ 0.40

AVISOS:

Página exterior..... \$ 8.00

Página interior..... \$ 5.00

Media Página..... \$ 3.00

Esta Revista agradece y acepta la colaboración científica, pero la Dirección no hace suyas las ideas emitidas ni da explicaciones caso de no publicación.

Para todo lo relacionado con canjes, avisos y suscripciones dirigirse a la Clínica Gil.

Calibío 74—Medellín—Colombia—S. A.

Venta de números sueltos en la Librería de D. Antonio J. Cano.

SUSCRIPCIONES Y AVISOS
SE PAGAN ANTICIPADAMENTE

CLINICA GIL

DIRECTOR: GIL J. GIL, M. D.

Octbre. - Dbre. 1927.

MEDELLIN - COLOMBIA

Vol. IV. - Nros. 23-24

RESPONSABILIDAD MEDICA (I)

Por el Profesor Nerio Rojas

Responsabilidad médica es la obligación que tiene todo médico de responder por las consecuencias perjudiciales aunque involuntarias de sus actos profesionales. Ella es de orden civil y penal, y alcanza no sólo al médico, sino también a todos los que ejercen el arte de curar: dentista, partera, farmacéuticos, etc. En realidad, sólo constituye una forma dentro de un tipo más genérico: la responsabilidad profesional, que puede comprender a toda clase de técnicos, como los arquitectos, por ejemplo. En materia penal, los daños físicos por actos profesionales comportan una sanción, pero su fundamento y su grado son diversos de los casos de responsabilidad criminal corriente.

Las sátiras sobre los peligros de los médicos son ya clásicos y me bastaría recordar algunos pasajes de Montaigne ("le soleil eclaire leur succes et la terre cache leur faute"), o de Molière (concedo virtulem et puissanciam medicandi, purgandi, seignandi, taillandi, coupandi, et occidendi impune per totam terram"), o el mordaz "capricho" de Goya, o la ironía moderna de Jules Romain y de Bernard Schaw.

Todo ello, que hizo alguna vez hablar de la medicina homicida, ha tenido su contraparte en la defensa de nuestra

(I) Resumen de la conferencia dada en la Sociedad Médica de La Plata.

profesión, cuya manifestación extrema fue la tesis de la irresponsabilidad médica, o sea que el médico no podía ser inculpado judicialmente por sus actos profesionales, pues sólo era responsable cuando obraba con intención criminal de causar daño. Los argumentos de esta tesis: imposibilidad de los jueces para juzgar errores médicos, la suposición de idoneidad que implica el diploma universitario, la amenaza que la sanción significa para el progreso de la ciencia, etc., todos han sido rebatidos con eficacia.

Me basta con la simple mención de estas discusiones, hoy extemporáneas, pues el concepto de la responsabilidad especial de los médicos se ha impuesto en la doctrina jurídica, la legislación y la jurisprudencia de todos los países civilizados.

Pero necesito concretar los caracteres de esa forma de responsabilidad, pues el médico dentro y fuera de su profesión puede ser responsable en situaciones que no encuadran en la categoría de la responsabilidad médica o profesional. Es preciso distinguir cada una de estas situaciones en que el médico puede estar colocado en el fuero penal. Ellas son cuatro.

1º) El médico es al mismo tiempo hombre y puede actuar fuera de la profesión. Si en esta condición lesiona o mata, su caso es el de responsabilidad de cualquier individuo delincente: no basta, pues, el carácter de médico para que haya responsabilidad profesional.

2º) El médico, que es hombre, lleva a la profesión las pasiones de éste y mata a un enfermo a quien atiende intencionalmente, para aprovechar de su dinero, o en connivencia con la esposa. Así, por ejemplo, el ruidoso caso último de Marsella, del médico que adormecía a sus pacientes para robarles, hasta que uno de ellos murió en su consultorio, sin saberse bien cómo, habiendo el médico escondido el cadáver en un armario. En estos casos, la responsabilidad criminal es la corriente, y hasta el carácter de médico es una circunstancia agravante. Aunque con otros móviles y menor gravedad, el

mismo tipo de responsabilidad ordinaria tendría el facultativo que produjera voluntariamente la muerte de su enfermo para evitarle mayores sufrimientos: el acto de "despenar" o el llamado "asesinato médico". Esto tampoco es responsabilidad profesional, aunque se trate de un médico en actos profesionales.

3ª) Hay otra situación: la de actos delictuosos que únicamente el médico puede cometer o en los cuales el carácter profesional crea una circunstancia que califica el caso con mayor responsabilidad. Así, por ejemplo, entre los primeros, el charlatamismo y el certificado falso, y entre los segundos, el aborto. Son éstas situaciones expresamente previstas en el Código Penal para los médicos como actos punibles debidos a la voluntad criminal del agente, por la cual no constituyen formas de responsabilidad profesional.

4ª) Finalmente, el médico en el ejercicio de su profesión, puede cometer faltas técnicas graves en perjuicio de la salud de su enfermo, sin la intención de perjudicarlo. Se trataría de un daño por culpa pura, sin voluntad criminal, pero el médico debe dar cuenta de ello, pues está obligado a ser experto y prudente. Esta situación constituye la verdadera responsabilidad médica o profesional.

Como se ve, en los tres primeros casos hay intención, o sea "dolo"; en la responsabilidad hay sólo "culpa": se trata de "delito culposo", que siempre tiene pena mucho menor.

Para llegar a precisar este concepto jurídico ha sido necesaria una evolución, y es mérito de la justicia francesa el haber esclarecido y fijado la buena doctrina hace un siglo, especialmente con el dictamen clásico de Dupin. Dos casos son históricos en ese sentido. Uno (1825), fue seguido ante el tribunal de Domfront: un médico llamado por una parturienta con pocas horas de trabajo, encontró un brazo del feto que salía por la vulva y resolvió amputarlo y esperar; más tarde el otro brazo se presentó en la misma forma y fue también amputado; a pesar de todo lo cual, el niño nació vivo. La familia demandó al colega, que fue condenado al pago de

una renta vitalicia a su víctima, después de consultada la Academia de Medicina de París, donde, sin embargo, prevaleció la opinión de que el médico sólo podía ser penado cuando obraba obedeciendo a “pérfidos deseos o criminales intenciones”.

El otro caso se siguió ante el tribunal de Evreux (1833): el doctor Thouret Norry al practicar una sangría en el pliegue del codo, hirió la arteria humeral, la sangre salió con violencia, el médico se limitó a un vendaje compresivo; poco después apareció en ese sitio un tumor doloroso, que no inquietó al médico, pues indicó una pomada y se retiró; en los días siguientes, los fenómenos se acentuaron, pero el facultativo se negó a concurrir cuando fue llamado; requerido otro médico, éste diagnosticó aneurisma arteriovenoso con fenómenos tróficos, intentó la ligadura arterial, pero la gangrena avanzó e impuso la amputación del brazo. El paciente demandó al doctor Thouret, la defensa invocó la opinión de la Academia en el caso anterior, pero triunfó la tesis del fiscal Dupin y el médico fue condenado por el tribunal de Evreux y por la corte de Rouen.

El dictamen de Dupin es muy extenso y substancioso. Su doctrina queda aclarada en conceptos como los siguientes: “Para que un hombre pueda ser declarado responsable de un acto de su profesión, es necesario que haya habido una falta en su acción, es decir, que haya sido posible evitarla, con más vigilancia sobre sí mismo o sus actos, o que el hecho reprochado sea de tal naturaleza que resulte inexcusable el haberlo cometido”. “En cuestiones de esta clase, no se trata de saber si tal tratamiento fue ordenado con oportunidad o no, si debía tener efectos saludables o nocivos, si otro no hubiera sido preferible, si tal operación era o no indispensable, si hubo imprudencia o no en intentarla, habilidad o no en su ejecución, si con tal o cual instrumento, según tal o cual procedimiento, ella habría tenido mayor éxito. Estas son cuestiones científicas para discutir entre médicos y no pue-

den constituir casos de responsabilidad civil y caer bajo el examen de los tribunales”.

Tal es la buena doctrina aceptada por la jurisprudencia general y aplicable tanto a la responsabilidad penal como a la civil. Con ese concepto debe ser interpretada la ley entre nosotros, pues estos casos están comprendidos en prescripciones genéricas del Código Penal y del Código Civil, aunque en ninguno se habla expresamente de los médicos.

En el Código Penal la responsabilidad profesional es una forma de delito culposo y con éste está prevista concretamente tan sólo para tres casos: homicidio, lesiones y delitos contra la salud pública.

“Art. 84.—Será reprimido con prisión de seis meses a dos años e inhabilitación especial, en su caso, por cinco a diez años, el que por imprudencia, negligencia, impericia en su arte o profesión o inobservancia de los reglamentos o de los deberes de su cargo, causare a otro la muerte”.

“Art. 94.—Sufrirá la pena de doscientos a mil pesos de multa e inhabilitación especial por uno o cuatro años, el que por imprudencia o negligencia, por impericia en su arte o profesión o por inobservancia de los reglamentos o deberes de su cargo, causare a otro un daño en el cuerpo o en la salud”.

“Art. 203.—Cuando alguno de los hechos previstos en los tres artículos anteriores (envenenar o adulterar aguas, alimentos, medicamentos; tráfico de alcaloides; propagación de enfermedades contagiosas), fuere cometido por imprudencia o negligencia o por impericia en el propio arte o profesión o por inobservancia de los reglamentos u ordenanzas, se impondrá multa de quinientos a dos mil pesos, si no resultare enfermedad o muerte de alguna persona, y prisión de seis meses a dos años si resultare enfermedad o muerte”.

Son, como se ve, los únicos hechos que pueden ser efectuados sin intención criminal: el delito culposo está así mejor caracterizado que en el antiguo código, donde se hablaba de la culpa en general.

En cuanto al Código Civil, son aplicables los artículos 1096 y siguientes, sobre el "ejercicio de las acciones para la indemnización de los daños causados por los delitos", acción civil independiente de la criminal, iniciable contra el autor o sucesores, siendo previa y necesaria la condena criminal.

Sin embargo, esta indemnización de orden civil, está ahora incorporada también al Código Penal en vigor, cuyo título IV se ocupa de la "reparación de perjuicios" que la sentencia condenatoria podrá ordenar como "indemnización del daño material y moral causado a la víctima, a su familia o a un tercero, fijándose el monto prudencialmente por el juez". Esa solución tiene partidarios y críticos, pero esto es una cuestión exclusivamente jurídica.

Tales antecedentes legales explican que entre nosotros, los juicios de esta naturaleza contra médicos, se hayan tramitado siempre ante la justicia penal. Sin embargo, a este respecto hay que hacer notar que aquí las acusaciones de tal especie han sido hasta ahora relativamente pocas. ¿Escepticismo sobre los resultados? Mayor respeto por los médicos? ¿Mejor comprensión de la gente sobre las posibilidades de la medicina? ¿Superior idoneidad general de los facultativos?

Desde el punto de vista penal, que como vimos es el fundamental, este tipo de responsabilidad médico propiamente dicha, está formado por reunión de diversos caracteres. Resumiendo para mayor precisión de lo ya expuesto, diré que a mi juicio esa responsabilidad requiere la reunión de cinco elementos constitutivos, cuya presencia simultánea es indispensable:

- 1° El agente.
- 2° Acto profesional.
- 3° Ausencia de dolo.
- 4° Daño.
- 5° Relación causal entre el acto y el daño.

I.—El sujeto agente del hecho, o sea la persona acusada, debe ser un profesional. Si éste tiene el diploma respectivo, no hay duda ninguna; pero creo que la misma situación puede ser en este punto la de un temerario practicante de hospital. Si es un curandero, puede haber cursado de delitos en varias formas, según el acto realizado (lesiones, aborto, etc.). En la misma situación está cualquier persona que comete un acto por imprudencia (disparo accidental de revólver, por ejemplo). Pero aquí sólo nos interesa el aspecto médico del delito culposo; el agente es: médico, farmacéutico, partera, dentista, masajista, practicante, etc.

II.—El acto incriminado debe ser estrictamente profesional, efectuado en el ejercicio de la forma respectiva del arte de curar, en relación con la condición del agente.

III.—El acto del profesional no debe ser producido con intención criminal; no debe haber dolo. Se trata sólo de culpa; ésta debe ser pura y no complicada de dolo. La culpa consiste en “imprudencia” (audacia temeraria no justificada, por ejemplo), “negligencia” (abandono, despreocupación grave, etc.), “impericia” (incapacidad técnica, ignorancia crasa). Esta última forma es la más característica, importante y frecuente.

IV.—Es necesario comprobar un daño real, y éste debe consistir en muerte, lesiones o peligro para la salud pública. Están, pues, excluidos los daños morales o económicos, pero éstos pueden ser tenidos en cuenta al fijar el monto de la indemnización.

V.—Debe probarse la relación de causa a efecto entre el acto profesional y el daño producido. Este ha de ser la consecuencia directa de aquél, pues el daño físico puede producirse debido al proceso patológico mismo, sin vinculación con la impericia del médico. A veces hay que aclarar el problema de la concausa.

Cuando falta alguno de estos cinco elementos, la responsabilidad médica no existe, y se impondrá o la condena por

responsabilidad criminal corriente, por delito doloso, o la absolución por inexistencia de delito.

En la jurisprudencia extranjera hay muchos casos, mencionados en los libros conocidos de medicina legal, y a los cuales son aplicables los términos de nuestra legislación y la doctrina ya expuesta, sobre todo en materia de homicidio y lesiones.

Aquí, entre tantos otros, los casos siguientes: el de los internos de Lyon que infectaron de sífilis a un enfermo, fro-tando secreción de úlceras específicas, para comprobar el carácter contagioso de la enfermedad; el de abandono negligente de su enfermo grave; el ya referido de Thouret-Norry; el de culpabilidad del médico y del farmacéutico por la muerte del enfermo que tomó "30 gramos de tintura de Beaumé" a tomar en ayunas; aplicación perjudicial de remedios peligrosos nuevos, sin experimentación ni ensayos previos; olvido de poner la indicación de "uso externo" de bálsamo Opodeldoch, bebido luégo por el paciente; accidentes de cloroformo, no excusables; gangrena por vendaje demasiado compresor y no advertido por el médico; mala operación por fibroma uterino, muerte por hemorragia y olvido de una pinza en el abdomen, etc., etc. Muchos otros casos no han sido aceptados como de responsabilidad.

Referiré más bien tres procesos de la justicia platense:

1º Una mujer, operada de urgencia por perforación uterina, muere en seguida, por peritonitis. Una curandera había intentado el aborto; por la perforación se exteriorizó una ansa intestinal, que aquélla cortó sin reconocer. En el proceso, iniciado por denuncia del director del hospital, se plantearon diversas cuestiones interesantes: no era aborto, pues no hubo expulsión del feto; la intervención de la partera no era la causa directa de la muerte, sino la operación quirúrgica ulterior; la acusada no había tenido la intención criminal y la muerte era un caso de homicidio culposo. Esta última, que es la cuestión hoy interesante para nosotros, no prosperó—como tampoco los dos primeros—pues no era un

caso de culpa pura: el dolo era inicial y determinante de un acto delictuoso, el aborto, y la muerte secundaria no hacía sino calificar, agravando, un caso de delito doloso. La mujer fue condenada por aborto seguido de muerte.

2° Un médico de policía examina a una mujer herida de bala en el 1/3 superior del brazo izquierdo, e informa que curará en 15 días; al cabo de éstos, nuevo informe, la enferma ha tenido varias hemorragias locales, y el médico, extraída la bala, opina que curará en 10 días más. Poco después, reproducción de hemorragias; la paciente es enviada a Buenos Aires y en un hospital comprueban un gran hematoma, piel ulcerada, aneurisma difuso por herida de la arteria axilar, anemia grave; la operación realizada es ineficaz y la enferma fallece. El juez condena al heridor por lesiones graves y procesa al médico por homicidio por impericia, al no ver la herida arterial y no indicar el tratamiento adecuado. El médico explicó que al principio había pulso radial y no hubo ni hemorragia ni hematoma, y la enferma anduvo levantada; la complicación apareció después de diez días. Los peritos doctores Molla Villanueva y Crola, aceptaron esta cronología: 1° Atrición arterial que no pudo apreciarse clínicamente; 2° Ruptura arterial por presión sanguínea en ese sitio; 3° Hematoma, aneurisma, anemia por hemorragias.

El juez dictó entonces el sobreseimiento provisional del médico. Sin embargo, una cuestión no fue planteada, no obstante ser fundamental: ¿el colega era el médico tratante? Sólo está probada su actuación como perito, y la responsabilidad criminal profesional sólo existe para el médico asistente.

3° Dos médicos producen una perforación uterina al practicar un raspado por hemorragia post-aborto; advertido el hecho, previo taponamiento, la enferma es trasladada al Rawson, donde un cirujano comprueba la ruptura del útero y lesiones de vejiga, ciego y colon ascendente, y efectúa la resección y sutura correspondiente; pero después de algunas

complicaciones, la enferma fallece a los veinte días por peritonitis. Proceso por denuncia del hospital.

El cirujano informa detalles quirúrgicos y declara que el útero estaba congestionado, de paredes delgadas, fácilmente desgarrables. Dos peritos oficiales de Buenos Aires, afirmaron una grave impericia de los médicos, en la maniobra o en el uso de instrumentos inapropiados. Un informe final del doctor Molla Villanueva estableció que la perforación uterina, sobre todo con matriz en involución, es un simple accidente operatorio y no implica impericia; la falta grave consiste en hacer la perforación y no saberlo, según la atinada opinión de Doderlein.

En ese caso, el médico operador se dio cuenta en seguida, un solo golpe de cureta es capaz de producir las diversas lesiones de la víctima, y, con el colega, siguió inmediatamente la conducta indicada en esos casos. El juez aceptó que no había impericia y sobreseyó a ambos médicos.

Como se ve, en realidad, la solución principal de estos asuntos está en manos del perito-médico, que se convierte así en juez de un colega acusado. Tal papel está lleno de dificultades y de responsabilidad, y en él se necesita tener un sentimiento de solidaridad, sin tolerancia cómplice. Aunque a primera vista, hay faltas médicas que parecen inexcusables, el perito debe estudiar el caso en todos sus detalles, pues hay cuestiones de hecho capaces de explicar la conducta del colega. Ni severidad intransigente ni complicidad disimulada: comprensión inteligente de toda la situación en sus aspectos objetivo y subjetivo. Si el perito tiene el deber de descubrir a los colegas incapaces y peligrosos, no debe olvidar que estas acusaciones, a menudo inspiradas por bajas pasiones, han costado ya la vida de algunos médicos. Así la de aquel pobre que se arrojó a las aguas del Danubio, o la de aquel compatriota nuestro que buscó en el suicidio el refugio desesperado ante una acusación calumniosa.



✓ NOTAS TERAPEUTICAS

DR. M. M. CALLE

Si en un diabético se presenta una fiebre tifoidea o cualquiera otra enfermedad que exija un régimen lácteo prolongado, ¿puede adaptarse éste exclusivamente?

Esta pregunta nos la ha sugerido la observación de un caso cuya historia vamos a relatar brevemente:

El señor E. C., de 60 años, comerciante de muy distinguida posición, de recia contextura, con claras manifestaciones artríticas, apareció diabético, con una de esas diabetes muy frecuentes entre nosotros, cuya causa no se encuentra, por más investigaciones que se hagan, en órgano determinado y que hay que clasificar, por exclusión, entre las metabólicas. El primer análisis de orina que se hizo dio 90 gramos de glucosa por litro, y fuera de la sed y la poliuria, el enfermo no presentó ningún otro síntoma que mereciera tenerse en cuenta; mantenía su peso habitual, su color rosado y un aspecto verdaderamente *florido*, aunque no era un polífago. Sometido a tratamiento y régimen convenientes bajó la tasa de glucosa hasta desaparecer completamente y así se mantuvo durante cerca de un año, hasta que el enfermo, creyéndose definitivamente curado, volvió a su alimentación ordinaria, pero no había transcurrido mucho tiempo cuando sintió nuevamente sed, notó la poliuria y un poco de sequedad en la boca y en la garganta, especialmente durante la noche. Hecho nuevo análisis se comprobó otra vez la glucosuria en cantidad de 30 gramos por litro. Vuelta al régimen y al tratamiento que prontamente hicieron sentir la mejoría, pero en ésta íbamos, cuando el paciente se nos queja de malestar general, astenia, raquialgia, falta de sueño, y advierte que tiene un poco de fiebre por la noche. Sometido a observación, y tomada la temperatura a mañana y noche, se ve que es de 37.5 en la mañana y 38 o 38.5 en la tarde, y por eso y otros signos bien precisos se hace el diagnóstico de una fiebre tifoidea. Todo

va bien los diez primeros días durante los cuales el enfermo está sometido a régimen lácteo, pero a partir de dicha época, sin que la fiebre suba del grado antes indicado, sin que ocurra retención intestinal y sin causa aparente, la lengua y la garganta se vuelven rojas y secas, aumenta considerablemente la orina y el paciente duerme demasiado. El examen de la orina revela huellas de azúcar, pero, en cambio, tiene gran cantidad de acetona y ácido diacético; los síntomas se precipitan y un estado semi-comatoso, seguido de verdadero coma diabético, se instala en pocas horas. Se apela a la insulina a la dosis de 50 unidades; se obtiene alguna mejoría con relativo despertar y se puede hacer ingerir jugo de naranja azucarado; se sigue metódicamente el uso de la insulina, empleando diversas marcas, mas todo es inútil y el enfermo muere tres días después de haberse iniciado el coma.

Este caso, como antes dijimos, nos ha hecho preguntar si la supresión de todo hidrocarbonado, exceptuando la lactosa, pudo traer consigo la acetonemia, porque, bien sabido es que la falta de una ración de hidrocarbonados puede hacer que en los diabéticos se presenten manifestaciones de intoxicación acetónica. Nuestro enfermo venía bastante bien, el régimen y tratamiento hacían desaparecer rápidamente la glucosa, nunca hubo en los análisis acetona ni ácido diacético y todo fue empezar la fiebre tifoidea y someterse a régimen lácteo y aparecer estos elementos que en ninguna otra época se habían mostrado. Si nuestra hipótesis, que consideramos defensible, es cierta, debe dejarnos una enseñanza, y es que los diabéticos, tengan la enfermedad intercurrente que tuvieren, no deben someterse a un régimen lácteo exclusivo, sino que a éste deben agregarse algunas sustancias e hidrocarbonados, so pena de ver aparecer una acidosis de fatales consecuencias. Hemos enunciado un problema de clínica terapéutica que quizás otros tengan ya resuelto o que tal vez puedan resolver con mejor acierto.



PALUDISMO Y URTICARIA

DR. A. BERNAL NICHOLLS

Niño de 6 años, natural de Armenia (C).—Tuvo sarampión a la edad de 2 años. En general es muy sano y bien conformado.

El 25 de junio tuvo una fiebre alta y un brote de Urticaria rubra generalizada, con habones en grupos aislados; dolor de cabeza y vómito.

El 26 por la tarde lo vi, y atribuí la urticaria a algún trastorno digestivo; le prescribí un purgante salino, colagogos, baños tibios y lociones de alcohol mentolado. A pesar del tratamiento continuó en el mismo estado hasta las 5 p. m. del 27, en que desapareció, de un momento a otro, toda la sintomatología descrita, dejando en el niño solamente un poco de postración. El 28 estuvo muy bien y se levantó. El 29 a las 2 p. m. le vuelve la fiebre precedida de escalofrío y empiezan a aparecer los habones desde que comienza el malestar primordial; cuando sube la fiebre, su urticaria se generaliza. No vacilo y le doy pequeñas cantidades de quinina al interior. El 30 pasa muy bien y el 1º apenas si le aparece uno que otro habón, al sentir el niño un ligero malestar. Intensifiqué el tratamiento por la quinina y todo termina como por encanto.

El primer brote de urticaria le duró tres días: período de invasión del Paludismo. Después trató de instalarse el tipo tercío o fiebres tercianas; y por este tipo, el escalofrío y la región en donde vive el niño, me orienté hacia el Paludismo y el tratamiento confirmó mi diagnóstico.

Es una interesante observación que prueba las múltiples manifestaciones del paludismo y que la urticaria no es una entidad patológica sino un síntoma, debido a un trastorno general o a algún mal funcionamiento renal, hepático, digestivo, etc. Así se ve aparecer en las mujeres embarazadas, en

las cuales no cede a ningún tratamiento, hasta después del parto que desaparece por sí solo.

Conozco otro caso en el cual aparecía la urticaria a una misma hora todos los días; por tiempos desaparecía durante varios meses y reaparecía en la misma forma periódica. Fue tratado con la autohemoterapia, ergotina, adrenalina, cloruro de calcio, atropina etc., y a ninguno de estos tratamientos cedió. El día menos pensado la naturaleza indicó el tratamiento racional: empezaron unos "fríos y fiebres" y al comenzar el tratamiento con la quinina, cedió su paludismo de una manera completa: escalofríos, fiebres y urticaria.

Tenemos, pues, el paludismo como una nueva causa (nueva para mí al menos), de la urticaria.

Se parece esta última forma de paludismo a las neuralgias palúdicas localizadas, y a esta observación de un colega que reside hoy en Pereira:

Un sujeto de unos 20 años, bien desarrollado y muy sano, en general, viene notando desde hace algún tiempo que la conjuntiva de su ojo derecho se enrojece, aumenta la secreción lacrimal hasta derramarse, todo lo cual viene acompañado de dolor en el globo ocular y la región frontal correspondiente. Esto empieza en las horas del medio día, después del almuerzo, y desaparece pronto, una o dos horas más tarde. El paciente lo atribuye al calor del medio día o a una dispepsia que sufre—pues a veces coincide el cuadro anterior con vómito alimenticio, hiperclorhidria, llenuras etc.— Con quinina y pequeñas dosis de 914, desaparecen todos estos fenómenos.

PALUDISMO E INFECCION PUERPERAL

Recientemente instalado en el Quindío, región muy palúdica en su mayor parte, era llamado con frecuencia a ver mujeres con fiebre puerperal, según me informaban. Enconso, escalofríos intensos, cefalalgia y altas temperaturas; lo traba un pulso frecuente, mal estado general, sudores copio-

quios más o menos normales, no existía dolor en la región del útero y éste era pequeño y más o menos duro, y no doloroso a la presión abdominal. Con quinina cedía este cuadro sintomático, y creía la gente y hasta yo llegué a creer que con quinina había curado una fiebre puerperal.

Otras veces el cuadro clínico se complicaba un poco; existían loquios fétidos, dolores abdominales, útero grande y doloroso, etc. Con lavados de permanganato que tenían que hacer ellos mismos y en pésimas condiciones muchas veces—porque en un campo o en un arrabal no es fácil que el médico los haga—y quinina al interior con fenacetina u otro adyuvante por el estilo, todo cedía en pocos días.

Efectivamente, en el Quindío es muy raro ver esas formas de infección puerperal que veíamos en el Hospital de Medellín o en la clientela civil de la misma ciudad, y las que nos cuentan los colegas que se ven en Bogotá y en otras ciudades. Aquí he oído hablar de muy pocos casos ruidosos de infección puerperal y no conozco una sola muerte. Pero, puede llamarse esto que he descrito infección puerperal?

Yo creo que se trata de un simple acceso de paludismo; un despertar de la “diátesis palúdica”, que pudiéramos decir. Porque algunas veces le ocurre a uno asistir a una mujer con todos los cuidados de asepsia y antisepsia, y a los pocos días se sorprende cuando encuentra el cuadro clínico descrito en un principio; y tanto más se sorprende cuando presencia una evolución rápida y completa hacia la curación, debida al sólo tratamiento indicado atrás.

El parto es un traumatismo, y como tal, capaz de despertar la diátesis palúdica, ese paludismo guardado quién sabe dónde (bazo, hígado, médula ósea), durante varios años. Es lo que ocurre frecuentemente en esta región: Se le da a un niño un vermífugo y poco después le empieza su paludismo; mucha gente le tiene miedo a los purgantes con quenopodio, especialmente, porque dicen que produce fiebre. En este caso puede citarse al doctor Carlos Mejía, al decir: “Hu-

yendo de la luz la luz llevando”, aunque el verso lo aplicaba a otro caso. El purgante es un traumatismo que hace despertar el paludismo.

Me tocó ver un caso típico: Una mujer a quien a los cuatro días después de su parto le empezó escalofrío, fiebre, cefalalgia, loquios fétidos y escasos, pulso frecuente y débil. Yo hice diagnóstico de fiebre puerperal por haber empezado a los cuatro días, a pesar del buen funcionamiento intestinal, tener loquios fétidos y escasos y darle dos escalofríos en el día, cosa rara en el paludismo. Los lavados con la solución yodo-dodurada practicados por mí mismo, y la Septicemina aplicada intramuscularmente, mejoraron la enferma en pocos días. No le di quinina para poder confirmar mi diagnóstico.

Repito que en climas como los del Quindío, eminentemente palúdicos, el médico debe estar advertido de la frecuencia del paludismo y lo fácil de despertarlo en el momento de un traumatismo, como el parto, para no enorgullecerse de curar fiebres puerperales con pequeñas dosis de quinina y lavados con permanganato .

Me llaman a ver a un niño de diez días que desde hace dos, se viene poniendo *morado* por ratos. Encuentro un niño de un color azulado oscuro o *morado* (violado), como me habían dicho, frío, muy intranquilo, llora mucho, pero bien conformado y de un tamaño normal. El parto fue fácil, su madre ha tenido tres hijos más, sanos y robustos. No hay antecedentes específicos, ni alcohólicos, ni en sus padres ni en sus abuelos. Dos veces les ha ocurrido encontrar al niño *moradito*, llorando mucho y no encuentran la causa. Yo pensé en una persistencia del agujero de Botal, pero no alcancé a apreciar nada al auscultar el corazón, ni había razón para que el niño se pusiera frío y de ese color, sólo por ratos. Ya estaba cansado de buscar la causa, cuando noté que el niño empezaba a cambiar de color; le puse el termómetro y tenía 38.5 en la axila. Se me ocurrió que pudiera ser paludismo, pero la edad del niño, diez días y a los ocho de na-

cido que le empezó aquello, me desorientaba; le pregunté a su madre si había sufrido fríos y fiebres durante el embarazo y me dijo que sí y que muy fuertes y largos en los dos últimos meses. Hice diagnóstico de paludismo; le prescribí cinco centigramos de euquinina en el día, durante cinco, y desde ese día no volvió a ponerse *morado* ni le volvió la fiebre.

El color amoratado era por el escalofrío primitivo que desaparecía al subir la temperatura.

Este caso, así como los abortos y los partos prematuros, debidos al paludismo, fueran motivos de bellos estudios de laboratorio; porque he oído decir a estas gentes—no me consta—que a los perros de cierta región muy palúdica, les dan fríos y fiebres. Es de ensayar con varios animales de laboratorio para seguir estos estudios.

Conozco otro caso no tan claro: Un niño a los tres años y que vivía en esa época en la parte alta del Quindío, en donde no hay paludismo, le empieza un acceso franco de esta enfermedad. Su madre tuvo durante el embarazo de este niño un fuerte paludismo. Se trataría de un heredo-paludismo tardío?

De paludismo conocemos bastante, pero nos falta mucho. Y da tristeza que nosotros que vivimos entre palúdicos, rodeados de Anófeles y padeciendo muchos de nosotros el paludismo, tengamos necesidad de estudiar y consultar estas cuestiones en obras escritas por europeos que han tenido que ir a buscar a tierras lejanas y tras penosos y peligrosos viajes, lo que a nosotros se nos mete por los ojos y no alcanzamos a ver. Es necesario impulsar e intensificar el estudio de la medicina y de la higiene nacional.

Nota: Atrás dije fríos y fiebres y no paludismo; es que preguntar a algún paciente en esta región del Quindío si ha sufrido de paludismo, es ponerse uno en ridículo—y yo fui víctima varias veces—; le contestan: aquí, quién no tiene

paludismo?, no me ve el color? Confunden el paludismo con con la anemia tropical y el color especial de la anemia se lo atribuyen al paludismo. Es necesario preguntarles si han sufrido fríos y fiebres y no paludismo.



LA DIATERMIA Y SUS PRINCIPALES APLICACIONES

DR. M. S. ARANGO MEJIA

Ya que en la ciudad existen algunas instalaciones de Diatermia, vamos a dar someramente un vistazo a este método tan eficaz con que cuenta la terapéutica moderna.

La Diatermia puede definirse diciendo "que es una de las formas de aplicación de las corrientes de alta frecuencia caracterizada por su gran intensidad y poca tensión".

Tuvo su origen en los trabajos de Tesla y luégo en los de D'Arsonval de 1892 en adelante. Mas recientemente y hablando de estas corrientes es imposible olvidar los nombres de Zeineck, Nagelschmidt, Bergonié, Oudin, Doyen etc.

Respecto a la constitución, naturaleza y leyes de la Diatermia, no queremos entrar aquí en detalles que alargarían demasiado este artículo; pero a quien interese encontrará al final una bibliografía a este respecto. Tampoco hablaremos de corriente eléctrica continua, alterna, alta y baja frecuencia, oscilaciones amortiguadas, inducción y dirección de líneas, de flujo, etc., cuestiones todas estas que deben ser bien sabidas de aquel que quiera aplicar la Diatermia en sus diversas formas.

Las principales leyes diatérmicas pueden resumirse así:

I.—El calor producido por la corriente es directamente proporcional al cuadrado de la intensidad de ésta.

II.—La cantidad de calor elaborada por una corriente

de intensidad conocida, es directamente proporcional a la resistencia del circuito.

III.—Considerados los órganos en serie, la cantidad de calor en grados centígrados es inversamente proporcional al cuadrado de la sección.

IV.—Considerados los órganos en cantidad, el calor en grados centígrados es inversamente proporcional al cuadrado de longitud.

V.—A igualdad de intensidad de corriente, el calor aumenta en razón inversa de la superficie de los electrodos.

Pasando ahora a la acción fisiológica podemos decir que la principal es “el desarrollo de calor” que se produce con la amortiguación de las oscilaciones eléctricas en la intimidad de los tejidos. Salta aquí inmediatamente la enorme diferencia que existe entre el calor debido a la corriente eléctrica y el producido por otros procedimientos en la superficie del cuerpo humano. La diatermia produce un calor que se desarrolla en el espesor mismo de los tejidos y por consiguiente es más intenso y más directo. El calor producido por otros métodos (compresas calientes, termocauterío etc.), es calor de superficie, obtenido más que todo por irradiación y por consecuencia menos intenso que el otro. En síntesis, el calor diatérmico es calor y es electricidad.

La producción de calor y el calentamiento de los tejidos son hechos bien comprobados y por lo tanto no nos detendrán. Baste saber que la piel es la que mayor resistencia presenta al paso de la corriente y vienen luego en orden decreciente los huesos, grasas, nervios y músculos.

Un punto muy interesante en diatermiología es aquel de la marcha de las líneas diatérmicas, o sea la dirección que sigue la corriente diatérmica al atravesar una porción cualquiera del cuerpo interpuesta entre dos electrodos. Breiger de Berlín es el que mejor ha estudiado esta cuestión y para ello ha ideado magníficos esquemas que desgraciadamente no podemos reproducir aquí. Sepamos de una vez por todas que la colocación de los electrodos es el punto esencial en

esto (Termopenetración), y en lo cual el diatermólogo tendrá que concentrar toda su atención. La corriente diatérmica sigue leyes bien definidas y categóricas. Deberá, pues, el operador ceñirse estrictamente a ellas para poder calentar bien los órganos que se propone y no creer que las cosas se pasarán a su amaño o conforme a su imaginación. En consecuencia, el que dos electrodos estén colocados uno frente al otro y paralelamente, la mayor o menor superficie que se cubra con ellos, la desigualdad, el sentido de la colocación, la convergencia, aproximación, etc., serán condiciones decisivas para el éxito en todo tratamiento diatérmico.

La termopenetración llega a producir sus efectos máximos en la electrocoagulación, uno de los mejores elementos con que puede contar hoy día el cirujano en cierta clase de intervenciones. Según que el electrodo se mantenga en contacto o retirado de la parte a electrocoagular, produciremos efectos un poco distintos en cuanto a la intensidad de destrucción como son los de coagulación y carbonización. Las consecuencias post-operatorias son fácilmente tolerables y duran por un corto período de tiempo.

La diatermia produce al poco tiempo de estar obrando un aumento de la actividad circulatoria consecutiva a la producción local de calor. Si la acción es continuada llega un momento en que se observa una aceleración del pulso y de la respiración y aun puede efectuarse una abundante sudación. Evitando estas reacciones tan intensas y manteniéndonos dentro de límites prudentes y aconsejables, puede decirse que la diatermia "estimula notablemente la actividad celular y el metabolismo nutritivo" y que las funciones glandulares secretorias se vuelven más intensas. Y téngase presente que la diatermia no produce acción electrolítica ninguna, su acción química es completamente nula; se produce, eso sí, una verdadera *vibración molecular* tan rápida que ella misma nos explica la ausencia de excitaciones neuromusculares al paso de la corriente como acontece en las demás aplicaciones de la electroterapia en general.

No deja de ser curioso el anotar aquí las experiencias de Bergonié para comprobar el "valor alimenticio de la diatermia". Este autor considera que la diatermia puede proporcionar al organismo cierto número de calorías, viniendo así a reemplazar en cierto modo la ración alimenticia que sostiene normalmente la temperatura del cuerpo. Así uno y medio amperios podrían proporcionar unas 1.500 a 2.000 calorías-hora, es decir, unas tres quintas partes de la ración alimenticia total. Comprenderemos así los resultados que con ella pueden obtenerse en los casos de debilidad post-operatoria, miseria fisiológica, hipotermia, etc.

(Continuará)

NOTA

El doctor Raúl T. Vaccarezza, Profesor Suplente de Clínica de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Buenos Aires, nos ha obsequiado dos de sus importantes trabajos sobre *Poradenitis Inguinal*, en los cuales—en asocio del doctor Destéfano—fija los puntos principales de la anatomía patológica y del tratamiento de esta importante entidad que cada día se hace más frecuente. Fueron estos dos profesores los que aconsejaron el tratamiento por las inyecciones endovenosas de Tártaro emético, comprobando el buen resultado con un crecido número de observaciones. Posteriormente publicaron sus discípulos Rodríguez y Carrillo una observación similar, a la cual nos referimos en un artículo sobre *Poradenitis*, publicado en un número anterior de "Clínica Gil", citando a los últimos autores como iniciadores del tratamiento por el tártaro. Hacemos gustosos la rectificación del caso, y quedan las páginas de esta Revista a las órdenes de los ilustres profesores argentinos.—G. J. G.



UROL

Sal Efervescente Granulada



Descongestiona el organismo.

Elimina el ácido úrico.

Reduce las grasas.

Desinfecta las vías urinarias e
intestinales.

CURA:

Agrieras, biliosidad,
congestiones del hígado y

riñones, barros,

enfermedades de la piel, etc. etc.

Refresca el organismo y purifica la sangre.



Depósito principal:

Garcés, Córdoba y Cía.

DROGUERIA INDUSTRIAL

Medellín - Colombia