

ACADEMIA N. DE MEDICINA.

ACTA NUM. 19

Sesión del día 8 de Febrero de 1911.

Presidencia del Sr. Dr. D. Julián Villarreal.

El Dr. Carrillo da lectura á su trabajo de turno titulado "Algunas consideraciones sobre patología pulmonar infantil," el cual fué clasificado en la fracción 2ª del art. 70 del reglamento.

El Dr. Otero da lectura al elogio y biografía de su antecesor en la Academia Dr. D. José Olvera.

Dr. Villarreal.—Voy á tener el gusto de presentar á ustedes un aparato que ha ideado el Dr. D. Fernando López, para hacer la aplicación de las inyecciones intravenosas de Salvarsan. Como ustedes saben perfectamente el tratamiento de la sífilis por esta preparación está actualmente muy en boga en Europa y Estados Unidos en donde es aplicada en gran escala, habiéndose en México usado ya por varias veces y todos los que han puesto en práctica el procedimiento conocen bien las dificultades que le son propias y los peligros dependientes ya de una mala preparación del medicamento, ó también de una mala técnica en su aplicación. Hace notar que es inconveniente transcurra algún tiempo entre la preparación y la inyección, por lo cual debe ser preparada extemporáneamente. Recuerda las precauciones de rigor: asepsia minuciosa de la región en donde debe ser inyectada, así como la esterilización del pequeño mortero de ágata en donde debe hacerse la solución, los cuidados que deben tenerse para hacer la solución de sosa al 15% estéril, así como la del suero fisiológico de cloruro de sodio al 9‰, la necesidad que hay de tener á la mano y convenientemente dispuestas dos jeringas de Luer ó Roux. Con el aparato que presenta la técnica, tanto de la preparación del medicamento, como la práctica de la inyección intravenosa, en cuya forma aquél da los resultados más favorables de simplificar extraordinariamente.

El aparato consiste en un embudo de separación en forma de pera, con doble escala que marca de 50 en 50 c.c. en ambos sentidos de abajo arriba y viceversa; en la parte superior hay una llave de cristal esmerilado que la separa de un tubo cuya extremidad se ha aguzado para poderlo conectar fácilmente con un tubo de caucho en cuya extremidad está embonada la pieza correspondiente de una jeringa de Luer, á la cual se adaptará en el momento necesario una aguja de platino; en el cuello del embudo hay un tapón esmerilado que puede cerrarlo herméticamente. El aparato en su conjunto puede ser esterilizado en el autoclave ó bien por ebullición en una solución de carbonato de sodio. La ampollita de Salvarsan se rompe y se vierte directamente su contenido en el embudo; se agregan en seguido 100 c.c. de suero fisiológico de cloruro de sodio al 9%; previamente filtrado y esterilizado, se agita lográndose así disolver perfectamente el Salvarsan, que como se sabe en otras condiciones es difícilmente soluble. Después se agregan 23 gotas de solución de sosa al 15% y se completa el volumen hasta 300 c.c. con la solución de cloruro de sodio al $9/_{1000}$, obteniéndose la solución completa y perfecta de los 0.60 del medicamento. Se procede entonces á introducir la aguja, esterilizada por la acción directa de una llama de alcohol, á la vena del pliegue del codo previa ligadura compresiva del brazo, se deja salir una gota de sangre por la extremidad de la aguja para cerciorarse de que ésta está realmente dentro de la vena, se introduce un poco más aún la aguja, se abre la llave del embudo para llenar el tubo de goma y se conecta éste con la aguja, bastando 15 ó 20 minutos para hacer pasar el total del líquido.

El Dr. López ha practicado esta operación 6 veces sin el menor accidente y sin dolor apreciable, obteniendo resultados maravillosos. Por último, insiste en la superioridad de la inyección intravenosa según lo recomienda Erlich á la intramuscular que es dolorosa y produce á veces gangrena de consideración.

Dr. Otero.—Manifestó haber aplicado el Salvarsan 6 veces; en su primer caso la aplicación era urgente y en atención á esto, intentó la inyección intravenosa, siguiendo la técnica aconsejada, exagerando las precauciones de asepsia; mas como observara que el líquido no quedara perfectamente límpido y tuviese algunos granos en suspensión, resolvió aplicarla intramuscular

en ambas regiones glúteas 150 c.c. en cada una, lo que hizo sin causar sino ligero dolor y ningún inconveniente. Posteriormente ha tenido ocasión de hacer la misma inyección intraglútea en tres casos con muy buen resultado inmediato.

La cantidad de Salvarsan inyectada ha sido de 0.60.

Dr. Cicero.—Estima que es importante el aparato presentado, pues que resuelve el problema de hacer prácticas y sencillas las inyecciones intravenosas tan vivamente recomendadas por Eilich. En Francia y en Bruselas ya se han ideado otros aparatos, pero son más complicados. Insiste en las ventajas que presenta la aplicación intravenosa, sólo que su preparación requiere mucho más cuidado que cuando se hace la intramuscular ó la subcutánea. Estas tienen el inconveniente del dolor y de la dificultad que hay para hacer penetrar á los tejidos una gran cantidad de líquido. En cambio la primera tiene en su contra la posibilidad de producir embolias. Dice que un alemán, el Dr. Faege, preconiza la técnica siguiente: Primeramente hay que cerciorarse que en la ampollita se ha hecho bien el vacío, asegurándose de que el polvo es bien movable, en seguida se rompe aquélla, se agregan dos gotas de glicerina pura para cada 10 centigramos de polvo, y se completa el volumen hasta 10 centímetros cúbicos, mismos que son inyectados. Tal vez éste, llegue á ser el procedimiento de elección. Recuerda las primeras experiencias que se hicieron en el Hospital General. En el primer caso se trataba de un enfermo de su clientela civil, y era un paciente con goma fagedénica de la lengua, y manifestaciones semejantes en la nuca y el vértice. La inyección fué intramuscular y la mejoría fué tan rápida como con las altas dosis de yoduro. Después lo ha perdido de vista. El segundo caso se refiere á una enferma sifilítica del servicio del Hospital, quien obtuvo también de la inyección intramuscular de Salvarsan, gran beneficio.

Dr. Godoy Alvarez.—Comunica que el Dr. Iversen practica la inyección intravenosa, teniendo la precaución de hacer penetrar á la vena primeramente, cierta cantidad de la solución de cloruro de sodio, y en seguida la preparación de Salvarsan. Para lograr esto fácilmente, podría substituirse, en el aparato presentado, la llave, por otra de dos vías, con lo cual se podría realizar muy sencillamente la práctica de Iversen.

El peligro de las inyecciones de Salvarsan, no es ciertamente la introducción rápida al organismo de un tóxico, pues el dioxidiamido-arseno-benzol es poco tóxico, sino las gangrenas extensas que puede producir cuando es introducido en el seno de los tejidos y en especial el muscular, como sucede en las inyecciones intramusculares. Ya se han señalado dos casos de muerte y se ha comprobado por el microscopio y los cultivos, que son gangrenas asépticas.

Dr. Ramírez Arellano.—Llama la atención sobre un importante detalle: Le ha referido el Dr. López que cuando ha hecho uso de la sosa en barras de Merck que se encuentra en el comercio, la solución de Salvarsan se colora más ó menos y á menudo se forma un precipitado; mientras que usando cierta clase de sosa pura de la casa de Hoffman Pinter (sosa preparada por la oxidación directa del sodio), la solución se hace límpida é incolora.

Dr. Villarreal.—Hace notar que el Dr. Otero inyectó solución alcalina en los tejidos sin inconveniente, lo cual es digno de apuntarse. Sin embargo, para estos casos se aconseja inyectar soluciones neutras para no causar dolor. La inyección tal como la ha practicado el Dr. López se hace con mucha facilidad y rapidez. Se rompe el tubo, se vierte su contenido en la ámpula del embudo, se agregan 100 c.c. de suero, se agita y se completa hasta 300 c.c. para seguir las indicaciones de Erlich, mas será posible tal vez usar menor cantidad de líquido. En suma, el aparato es sencillo, portátil, fácil de esterilizar y puede ser usado en cualquier caso que requiera rápida intervención. El Doctor López ha usado sosa pura á la que se ha referido el Dr. Ramírez Arellano.

Dr. Monjarás.—Le encuentra mucha semejanza al aparato presentado, con el que ha visto usar en la clínica de Pinard y es usado (hasta 2,000 gramos) para grandes inyecciones de suero en la eclampsia, que entre paréntesis da resultados admirables. Sólo que en el actual la llave es de cristal, siendo en el de Pinard de tubo de goma y pinzas que pueden comprimir éste. Le parece útil substituir el tapón de cristal con uno de algodón aséptico, para filtrar el aire y evitar la penetración de gérmenes.

Dr. Villarreal.—Así lo practica el Dr. López usando algodón ó gasa asépticos.

Continuó la discusión del dictamen sobre lesiones.

El *Dr. Calderón* dijo:—En una de las sesiones pasadas, pedí la palabra con el objeto de contestar ampliamente á todas las objeciones que se han hecho al dictamen que sobre clasificación de lesiones, hemos tenido la honra de presentar á esta Honorable Academia; pero habiéndolas estudiado detenidamente, he visto que la mayor parte de ellas, han sido formuladas contra el dictamen en lo particular, y me abstengo por lo tanto de refutarlas, porque si lo hiciera, incurriría en la misma falta de lógica, en que han incurrido los señores Académicos que las han formulado, no estando á discusión el dictamen en lo particular. Aquellas que se han presentado contra el dictamen en lo general, han sido contestadas ya y solamente me ocuparé de las dos últimas, que han sido formuladas por el Sr. Dr. Monjarás y por mi distinguido Maestro, Sr. Dr. Icaza, referentes, la primera á que no se ha cumplido hasta la fecha de una manera estricta con la disposición legal que ordena que los Peritos Médicos—Legistas clasifiquen las lesiones, supuesto que en esta clasificación no se menciona, para aplicar la pena correspondiente, el artículo del Código Penal, en que está incluída y la segunda á que en dicha clasificación médico—legal, no se tiene en cuenta la intención del delincuente.

Mejor que una disertación, más ó menos extensa y luminosa, se puede contestar á estas últimas objeciones con un ejemplo demostrativo sacado de uno de tantos hechos como á diario se presentan en los anales de nuestra criminalidad, porque las inferencias que se deducen de hechos semejantes, son absolutamente convincentes; veamos como: en una riña en la que toman parte dos, tres ó más individuos, se tiene como resultado de ella un cadáver, el cual es recogido por la Comisaría, que con el acta respectiva lo turna al Ministerio Público, éste á su vez al Juez competente, el que manda practicar la autopsia al servicio Médico—Legal. Los peritos que practican dicha autopsia, encuentran que el cadáver presenta varias lesiones y en cumplimiento de su deber y de acuerdo con las disposiciones legales, emiten su dictamen, describiendo las lesiones, indicando el arma con que fueron inferidas y clasificando en el sentido únicamente de señalar cuál ó cuáles fueron las mortales; cuál ó cuáles pusieron en peligro la vida; las que no la ponen, ni la pue-

den poner en peligro, etc., y no puede ser de otra manera, ni se debe hacer lo que pretende el Sr. Monjarás que se haga para cumplir estrictamente con las disposiciones legales existentes, según él, que se indique el artículo correspondiente del Código Penal en dicha clasificación para aplicar la pena correspondiente y no puede ni debe hacerse, porque solamente el Juez, con todos los demás factores, con todos los demás elementos unidos á los datos que le pueden suministrar los Médicos-Legistas, es el único que, después de la instrucción completa de un proceso, puede determinar responsabilidades y aplicar el artículo respectivo para penar dicha responsabilidad, y muchas veces ni el Juez mismo, después de agotar todos los elementos de que dispone, después de llevar á cabo todos los medios de investigación en el curso de un proceso, puede llegar en conciencia á la justa aplicación de una pena, y si el Médico-Legista, abandonando el papel que tiene, cual es el de suministrar datos únicamente, para la investigación de la verdad, se declarara poseedor de ésta por sí y ante sí y sin más elementos para adquirirla que el perjuicio material que tiene á la vista, á cuántos errores se expondría siguiendo esta conducta? y más que todo qué de dificultades sobrevendrían en la administración de justicia! En efecto, si en el caso que acabo de tomar como ejemplo se fuera á indicar el artículo respectivo en que queda incluida cada una de las lesiones que se encontraron en el cadáver y á pedir por este solo hecho la aplicación de la pena correspondiente, podría resultar por ejemplo, que después de la instrucción completa del proceso, por la declaración de testigos, por la confesión misma del herido, por las declaraciones del heridor, etc., etc., que aquel que había causado la muerte, era el menos culpable de todos los que habían tomado participio en la contienda porque había causado un homicidio en legítima defensa, por ejemplo, y aunque el daño material era el mayor posible, supuesto que era nada menos que la supresión de la vida, sin embargo, en estas condiciones, como lo sabemos, y en otras muchas, el Código Penal no castiga el homicidio y esto que decimos contestando al Sr. Monjarás, se puede ampliar para contestar la objeción del Sr. Dr. Icaza, demostrando también con el ejemplo indicado, cómo es imposible que el Perito pueda tener en cuenta la intención, porque bien pudiera suceder que el que aparece más culpable ante los

ojos del Médico—Legista, sea el menos ó no tenga ninguna culpabilidad; supuesto que no tuvo la intención de producir el daño que causó, hecho bien demostrado durante la secuela del proceso.

Dicho esto y con objeto de no hacer esta discusión interminable, como es el carácter que ha tomado, suplico á la Mesa se sirva recoger el voto de la Academia en el sentido de si está suficientemente discutido el dictamen en lo general, y en caso de estarlo, recoger inmediatamente la votación.

Para terminar, dijo una vez más, que la Comisión está dispuesta á oír y aceptar, llegado el caso, todas las modificaciones que sean propuestas y tiendan á perfeccionar el dictamen, pero que esto será en el curso de la discusión en lo particular.

El *Dr. Godoy Alvarez*, dijo:—Cuando un grupo de hombres en quienes hay que suponer ausencia completa de espíritu, de partido, de todo apasionamiento, después de discutir seriamente una cuestión, no se ponen de acuerdo, es evidentemente porque no consideran el asunto desde el mismo punto de vista, y entonces es útil estudiar, tratar de penetrar en el proceso psicológico del oponente, para descubrir la razón de la resistencia á la que se supone es la verdad.

Sin embargo, algo se ha adelantado.

Creo que todos han convenido ya en que la clasificación propuesta por la muy honorable Comisión, es incompleta, pues sólo considera las lesiones traumáticas y no todas las que define el Código vigente.

Y ya quedó bien establecido que no se trata de palabras sino de ideas. En efecto, en el trabajo original del Sr. Dr. Parra, en toda la argumentación, no se habla sino de lesiones traumáticas.

Pero en fin, supongamos que se hubieran considerado todas lesiones, según las define el art. 511, voy á procurar demostrar que de esa clasificación no se puede pasar á la formulación de los artículos del Código. Y es aquí donde se encuentra principalmente la diferencia de criterio. La razón depende de que en el trabajo del Sr. Parra y por ende en el de la Comisión, se supone que es el médico—legista el que dada una lesión tiene que determinar el artículo del Código á que corresponde. Mas si esa es una base real porque descansa en la experiencia diaria

de los médico-peritos, no es una base filosófica, que es la que una Academia científica tiene que buscar, descansa en una corruptela de los procedimientos que puede desaparecer, y pues que se trata de reformar procuremos lo perfecto.

En efecto, el médico-perito no debe clasificar, insisto en esta idea ya vertida por mi ilustrado compañero el Sr. Dr. Monja-rás; al médico le toca describir lesiones, apreciar el monto de los peligros, de los perjuicios causados por una lesión, en una palabra, determinar el elemento material del delito y nada más.

Tiene mucha razón el Sr. Dr. Parra cuando dice que el mé-dico no puede clasificar ninguna lesión en el art. 528, porque el médico tiene que juzgar de hechos consumados sin tener que ver con las intenciones. Repito, tiene razón; pero no la tiene cuando quiere suprimir este artículo, porque será el Juez el que sí pueda y deba clasificar en él algunos hechos delictuosos; porque es él el que considera los dos elementos del delito, tanto el material como el moral y ¿cómo podría castigar ciertas le-siones intencionadas si no hubiera un artículo especial en que estuvieran comprendidas? Recuerde la Comisión que hay un artículo constitucional que dice que á ningún delincuente se le puede aplicar una pena, si no es que haya una ley exactamen-te aplicable al caso.

Suprímase el art. 528 y se verá que la ley penal queda in-completa.

Ya lo vé la respetable Academia, la diferencia de criterio no depende, sino que en el sentir de la Comisión, los médicos son los que deben clasificar, y recuérdese que todos estos trabajos han sido provenientes por las dificultades que un apreciable compañero nuestro tiene con los Jueces, quienes, según parece, quieren que sean los médico-peritos quienes deban hacer la clasificación de las lesiones.

Partiendo de ese principio, verdadero en la práctica pero falso filosóficamente, es como se han deducido modificaciones al Código, que mutilan la integridad de nuestra ley penal.

Es claro que fuera de ese punto, no hay por qué dejar de re-conocer que tanto el trabajo del Sr. Dr. D. Porfirio Parra co-mo el que presenta la muy honorable Comisión, existen gran-des verdades fácilmente aceptables, y que dado caso que la Co-

misión gustara modificar su dictamen en el sentido de la discusión, nadie pensará jamás en rechazar.

El *Dr. Ramírez de Arellano*, dijo:—Abundando en las ideas emitidas por el *Dr. Godoy Alvarez*, no creo, sin embargo, que deba subsistir el art. 528 del Código Penal en los términos en que está redactado, porque conduce á admitir en la clasificación médico-legal de las lesiones, un grupo que no existe, á saber: el de aquellas que por la región en que están situadas, por el arma empleada para inferirlas ó por el órgano interesado, ponen, por su naturaleza ordinaria, en peligro la vida. Realmente sólo pueden aceptarse dos clases de lesiones: las que no pusieron en peligro la vida y las que la pusieron. Es por esto que suscribí el dictamen que se discute, pues fundamentalmente estoy de acuerdo con él, especialmente en lo que se refiere á la clasificación; pero no obstante considero, según lo manifesté en una de las sesiones anteriores, que quizás sí debiera tenerse en cuenta para la aplicación de la pena, tratándose de las lesiones que no pusieron en peligro la vida, la intención que haya tenido de comprometerla el autor de ellas.

Ahora bien, aceptando estas ideas, juzgo que la Academia ó debiera consultar el citado artículo redactado en otros términos ó indicar que la supresión que hace del art. 528, no implica la idea de que no deba de tenerse en cuenta la intención en los casos de lesiones que no hayan comprometido la vida, y que si no propone algo sobre el particular es porque considera que la solución de esa cuestión, es exclusivamente del orden jurídico.

Si la Academia resuelve que se debe consultar la redacción del artículo, creo que podría presentarlo en los siguientes términos ú otros análogos: Si del conjunto de los datos del proceso, y especialmente del sitio de la lesión, del arma empleada para inferirla ó del órgano interesado resultare que aún cuando la lesión haya sido de las que no pusieron en peligro la vida, si hubo la intención de comprometerla, se aplicará al autor de ella la pena de dos años de prisión, aun cuando esa lesión no haya causado impedimento de trabajar ó enfermedad que haya durado más de quince días. De esta manera se ve claramente que no será al médico á quien se consultará acerca de la intención, sino que serán el Jurado ó el Juez quienes tengan

que resolver acerca de ella, supuesto que se dice: que si del conjunto de los datos del proceso, etc.

Creo haber cumplido con un deber insistiendo en mis ideas acerca del art. 528 del Código Penal, y la Academia en vista de ellas, si las toma en consideración, resolverá lo que estime más conveniente.

REVISTA EXTRANJERA

Reacción sencilla de la sífilis.

Complicados y no seguros algunos de los procedimientos, se aconseja actualmente un *modus faciendi* que está al alcance de todos y que, afirman, es acierto. Consiste en hacer una inyección intradérmica de una solución de glicolato de sodio al 1:20-1:50.

La reacción rara en la parasífilis (leucoplasia, tabes, parálisis general), es exacta en sífilis en evolución. Se caracteriza por la aparición de un nódulo como una lenteja y poco doloroso, ó bien de un eritema lenticular; á veces sólo brota una mancha roja ó una úlcera pequeña, que cicatriza con mucha lentitud. Aparece de las diez á las treinta y seis horas y dura de dos á cinco días. Se la puede identificar con la de la sífilina, propuesta por Nicolás y Favre, pero parece más sensible.

El glicolato no tiene acción específica y sus efectos están en relación con las modificaciones que en el organismo produce el espiroqueta.

Como el glicolato es inestable, hemos de valernos de soluciones recientes, conservadas en ampolla.

Valor clínico de la fosfaturia en el niño.

(J. F. KIND.)

Después de haber efectuado frecuentes análisis de orinas en los niños y de dosificar los fosfatos por el procedimiento clásico, Moll, en este interesante trabajo, establece las tres proposiciones siguientes:

1ª Todo niño aumenta progresivamente de peso sin presentar ningún trastorno morbozo y sin tener fosfatos en sus orinas.

2ª Todo niño en el que el peso disminuye y no presenta fosfatos en sus orinas, es un niño insuficientemente alimentado.

3ª Todo niño insuficientemente alimentado y cuyo peso está estacionado, presenta en sus orinas grandes cantidades de fosfatos.—(Sem. Med. de B. A.)