

LA CRONICA MEDICA



AÑO XXX.—

LIMA, JULIO 15 DE 1913

—Nº 589

TRABAJOS DE LA COMISION ORGANIZADORA DEL 5.º CONGRESO MEDICO LATINO AMERICANO (6.º PAN AMERICANO)

Lima, 12 de julio de 1913.

Señor Presidente de la Comisión Organizadora
del 5.º Congreso Médico Latino Americano
(6º Pan—Americano).

S. P.

Presente.

El estudio de la uta que persigue con tanto empeño el grupo de medicina tropical y epidemiología, bajo los auspicios de la Comisión Organizadora del 5.º Congreso Médico Latino Americano (6.º Pan Americano), ha alcanzado en los últimos días éxito feliz, con la demostración que acaban de hacer los doctores Raul Rebagliati y Julio C. Gastiaturú, de la existencia de «parásitos del género Leishmania, perfectamente caracterizados en la lesión ulcerosa que, en el labio inferior, presenta el enfermo que ocupa la cama N.º 15 de la sala de Sto. Toribio (clínica del Dr. Odriozola).

La comunicación que con tal motivo me han dirigido los doctores Gastiaturú y Rebagliati el 7 del presente y que original adjunto á Ud., coloca la etiología y patogenia de la uta, tan debatidas entre nosotros, en terreno firme y práctico, propicio á las investigaciones y comprobaciones que han de venir y que permitirán emprender sobre bases científicas, la profilaxia, curación y extinción de la uta.

La importancia del trabajo realizado con tan brillante éxito por nuestros distinguidos colegas, me impone el deber, como presidente del grupo de medicina tropical y epidemiología, encargado especialmente del estudio de las enfermedades propias del Perú, entre las que figura la uta, de patentizar que en este caso como en todos, el programa de los estudios y trabajos prácticos, ha seguido una

orientación definida y concreta, basada en el conocimiento previo de los factores esenciales del problema. Así, tratándose de la uta, se debía partir de los datos suministrados por el estudio clínico, anatómico y epidemiológico de la enfermedad, para dirigir en seguida los esfuerzos, hacia la investigación del germen patógeno en sentido determinado, ya que la escasez de medios y de tiempo, no permitía emprender investigaciones sistemáticas más amplias. El hallazgo de los doctores Gastiabuñú y Rebagliati demuestra la bondad y eficacia del plan, como se verá en seguida.

Pocas enfermedades han sido tan discutidas entre nosotros como la uta, cuya etiología y patogenia han mantenido siempre dividida la opinión profesional. Para unos, la uta no es sino una forma de lupus, en tanto que para otros, es una enfermedad *sui generis*, propia del Perú. La primera doctrina, cuenta con la mayoría de sufragios y ha sido defendida en casi todas las tesis y trabajos que se ha publicado hasta el día. Hoy mismo, distinguidos profesionales la apoyan sin reservas. Pero, últimamente, hace apenas tres años, se ha formulado, privadamente primero, en publicaciones más tarde, una tercera opinión que sostiene, que la uta no es otra cosa que la úlcera oriental y que por consiguiente, su germen productor debe ser la *Leishmania trópica* ú otra especie del mismo género. En efecto, haciendo el estudio comparado de la sintomatología, anatomía patológica y epidemiología de la úlcera oriental y de la uta, se descubren tales semejanzas y analogías, que lógicamente se llega á la conclusión de que esas dos enfermedades son idénticas. Así, clínicamente, ambas se manifiestan por una pápula inicial que toma después el aspecto de un grano pequeño cubierto de costra, que se transforma más tarde en una ulceración indolente, crónica, de extensión lenta é irregular, la cual al cabo de un año ó más, cura, dejando una cicatriz deprimida. La ulceración, que puede ser única ó múltiple, se presenta de ordinario en las partes descubiertas, no tiene repercusión ganglionar por lo general y no afecta la salud. Puede no haber ulceración. Anatómicamente, la úlcera oriental y la uta corresponden á lo que se llama granuloma infeccioso; hay marcada infiltración del dermis por elementos celulares, entre los que predominan los mononucleares, lo que las distingue de la úlcera simple, en que predominan los polinucleares; al principio, antes que se forme la ulceración, hay proliferación de las células cuticulares que forman la pápula, más tarde, los elementos propios de la piel y sus accesorios, pelos, folículos sebaceos y glándulas sudoríparas, son invadidos y destruidos por el tejido de granulación, que penetra profundamente en el corium y necrosa la superficie, produciendo así la úlcera. Epidemiológicamente, tanto la úlcera oriental como la uta, son endemo epidémicas en zonas limitadas de muchos países cálidos; atacan á todos los habitantes, sin distinción de edad, sexo ni raza; aumentan en los meses calurosos del año y pueden desarrollarse epidémicamente en determinadas condiciones; la infección ó mejor dicho el agente infectante, está en el lugar, de tal modo que el enfermo no es susceptible de transmitir su mal cuando se traslada á localidades no infectadas y en cambio, basta permanecer algun tiempo en los lugares endémicos, para contraer la infección; finalmente, un ataque confiere, por regla general, la inmunidad.

De lo expuesto, que es solo un bosquejo del estudio comparado de la úlcera oriental y de la uta, se deduce, á mi juicio, la identidad clínica, anatómica y epidemiológica, de ambas enfermedades y por consiguiente su identidad etiológica. Razonando de este modo, se tenía que llegar, lógicamente, á la doctrina de la Leishmania como agente causal de la uta, que dejaba de ser entonces enfermedad especial del Perú, para ser considerada entre las Leishmaniasis cutáneas, comunes á muchos países tropicales y subtropicales. Esta convicción arraigada en mi espíritu desde 1910, se fortaleció despues de los datos que obtuve á principios de 1911, de los médicos titulares de las provincias donde existe la uta, á quienes dirigí un cuestionario *ad hoc*. Desde esa fecha, se ha buscado la Leishmania, con el mayor empeño, aunque sin éxito, en los utosos que se han asistido en mi servicio del hospital «Dos de Mayo».

Por fortuna, no he estado solo en esa doctrina, más aún, quizá no he sido el primero que la concibió, pues mi distinguido amigo Dr. Alberto L. Barton, á quien comuniqué mi opinión el año pasado, me manifestó que pensaba de la misma manera, que había visto en su práctica un caso de úlcera oriental con comprobación de la Leishmania trópica y que desde entonces había buscado muchas veces ese parásito en la uta, pero sin encontrarlo. Posteriormente, la comprobación de la existencia de Leishmaniasis cutáneas en muchos países de América, inclusive el Perú (región de la montaña), dió más fuerza á la nueva doctrina y aumentó el número de sus adherentes, que, apesar de los insucesos han perseverado con fé, en la investigación de la Leishmania.

Pero presentar no es probar, ni menos descubrir; por fundada que sea la doctrina y exacto el razonamiento, la ciencia no acepta como prueba sino la comprobación material del hecho, que no pueden dar las concepciones teóricas. El mérito, pues, de la demostración de la existencia de parásitos del género Leishmania en una ulceración utosa, practicada por los Dres. Gastiaburú y Rebagliati, les pertenece por entero y si como es de esperar, confirman y completan su investigación, de modo que no haya lugar á duda acerca de la relación etiológica existente entre la Leishmania por ellos encontrada y la uta, habrán enriquecido la medicina nacional con una adquisición científica de proyecciones trascendentales, que honrará siempre sus nombres.

Próximamente partirán los Dres. Gastiaburú y Rebagliati, á visitar los principales focos utosos de las provincias vecinas, á fin de comprobar, con todo el rigorismo científico del caso, la exactitud de su demostración, punto de partida indispensable de las investigaciones posteriores, sobre el modo de trasmisión, tratamiento y profilaxia de la uta.

Cumple á mi deber manifestar, que en enero último recibí una comunicación de mi apreciado colega Dr. Velez Lopez, de Trujillo, avisándome que había podido constatar, tanto en unos frotis que le había obsequiado en ésta el Dr. Raúl Rebagliati, como en muchos otros tomados de un utoso asistido por él en Trujillo, los cuerpos del Leishman peruvianum; con tal motivo dejaba constancia ante mí, como presidente de la sección encargada del estudio de la uta, en el 5º Congreso Médico Latino Americano, de la prioridad del hallazgo reservándose para mejor oportunidad, relatar los detalles de téc-

nica y las diferencias que ha encontrado entre los cuerpos del Leishman Donovan y los elementos que denomina Leishman peruvianum, cumpliendo el compromiso contraído con el Dr. Carlos Monje, de dar á conocer mancomunadamente el resultado de sus investigaciones, lo que le impide publicar los detalles de la constatación de la Leishmaniosis peruvianum ó uta del Perú.

La importancia de la comunicación del Dr. Velez Lopez, me decidió á consultar con mis compañeros del IV grupo, los términos de la respuesta que debía darle, acordándose después de detenida consideración que le contestase en la forma siguiente: «La sección opina, unánimemente, expresar á Ud. su cordial felicitación, por el resultado feliz que asegura Ud. haber alcanzado en la investigación de la Leishmania en la uta, resultado tanto más halagüeño, cuanto que desde enero de 1911 hasta el presente, se ha buscado con el mayor empeño por los Dres. Barton, Ribeyro, Morales Macedo, Gastiabarú Rebagliati y Olaechea, la presencia de parásitos del género Leishmania en las lesiones y sangre de los enfermos de uta. Declara, asimismo la sección, que no conociendo ningún detalle que permita reconocer la especie por Ud. encontrada y continuándose actualmente, como á Ud. le consta, los trabajos de laboratorio sobre el agente productor de la uta, los resultados que estos puedan alcanzar no serían afectados por la prioridad que Ud. reclama, de algo que no está aún científicamente comprobado».

Tal es señor presidente, la relación de los antecedentes que han conducido á la constatación de parásitos del género Leishmania en una ulceración utosa, por los Dres. Gastiabarú y Rebagliati, cuyas preparaciones están á disposición de la Comisión Organizadora y de todos los que deseen observarlas.

Es de esperar que los progresos alcanzados en el estudio de la uta, estimulen el entusiasmo de los investigadores, no solo en lo que se refiere á las leishmaniasis cutáneas, sino también á la investigación de la existencia del Kala-azar en el Perú, sospechada ya, aunque no comprobada. El grupo de medicina tropical y epidemiología, ofrece por su parte, no desmayar en la labor que se ha impuesto, cooperando, en la medida de sus fuerzas, al mejor éxito del próximo Congreso Médico.

Con tal motivo, presento al señor presidente mis congratulaciones, por el buen resultado de los trabajos de la comisión que tan dignamente preside y me repito su atento servidor.

JULIAN ARCE.

Lima, 7 de Julio de 1913.

Señor Presidente de la Sección de Medicina Tropical.

S. P.

Nos es grato participar á Ud, que en el curso de nuestras investigaciones sobre la etiología de la Uta, hemos encontrado parásitos del género *Leishmania*, perfectamente caracterizados, en la lesión ulcerosa que, en el labio inferior, presenta el enfermo que ocupa la cama N^o. 15 de la sala de Santo Toribio (Clinica del Dr. Odriozola).

Al dar á conocer á Ud. este hecho, dejamos constancia de ser nosotros los primeros en demostrar lo que, desde hace tiempo, constituía una fuerte presunción en todos los que nos hemos ocupado de este asunto, esto es, que la enfermedad peruana conocida con el nombre de Uta, es una *Leishmaniasis* de la piel.

Conservamos en nuestro poder preparaciones que demuestran la verdad de nuestra afirmación y que están á disposición de quien desee observarlas.

Nos suscribimos muy atentos servidores.

JULIO C. GASTIABURU.

RAUL REBAGLIATI.

Señor Dr. Julián Arce.

Lima.

Colega de mi distinguida consideración y amigo:

Hacen ya algunos meses, que mi buen amigo y colega el Dr. Carlos Monge, me comunicó en Londres sus impresiones respecto á una *Leishmaniosis* de la piel que hubo constatado en un enfermo procedente del Brazil y que ocupaba un lecho del Hospital de la Escuela de Medicina Tropical de Londres. Confrontada la sintomatología de esa afección con la de nuestra Uta, pensamos entonces en los íntimos parentescos que probablemente podían existir entre ambos procesos, razón por la que, á mi regreso al Perú fué mi primer cuidado dedicarme con todo empeño á la investigación del parásito que el Doctor Monge y yo suponíamos inculpable de las lesiones utosas. Mis afanes no han sido infructuosos, pues tanto en unos frotis que mi amigo el Dr. Raúl Rebagliati me obsequió en Lima, como en muchos otros de un utoso asistido aquí, he podido constatar los cuerpos

del *Leishman peruvianum* conforme á la idea del Doctor Carlos Monge.

El compromiso contraído con Monge, de dar á conocer mancomunadamente el resultado de nuestras investigaciones, me impide publicar los detalles de la constatación de la *Leishmaniosis peruviana* ó Uta del Perú. Me es grato si, dejar ante Ud. constancia como Presidente de la Sección encargada del estudio de la Uta, en el 5º. Congreso Médico Latino Americano, de la prioridad del hallazgo, reservándonos para mejor oportunidad, relatar los detalles de técnica, las diferencias que hemos encontrado entre los cuerpos de *Leishman Donovan* y los elementos que denominamos nosotros, *Leishman peruvianum*.

Con los sentimientos de mi más distinguida consideración soy de Ud. muy obsecuente S. y amigo.

DR. L. VELEZ LOPEZ.

Enero 3 de 1913—Trujillo. Hda. «Chiclin»

Lima, 7 de febrero de 1913.

Señor Doctor

L. Velez López.

HACIENDA CHICLIN.

Distinguido colega y amigo:

Recibí oportunamente su muy interesante comunicación, fechada el 3 de enero último, en la que me participa Ud. que ha podido constatar, tanto en unos frotis que le obsequió en ésta el Dr. Raul Rebagliati, como en muchos otros de un utoso asistido por Ud. en esa, los cuerpos del *Leishman peruvianum* conforme á la idea del Dr., Carlos Monje. Con tal motivo se sirve Ud. dejar constancia ante mí, como presidente de la sección encargada del estudio de la uta, en el 5º. Congreso Médico Latino Americano, de la prioridad del hallazgo, reservándose para mejor oportunidad, relatar los detalles de técnica y las diferencias que ha encontrado entre los cuerpos de *Leishman Donovan* y los elementos que denomina *Leishman peruvianum*, cumpliendo el compromiso contraído con Monje, de dar á conocer mancomunadamente el resultado de sus investigaciones, lo que le impide publicar los detalles de la constatación de la *Leishmaniosis peruvianum* ó uta del Perú.

La importancia del hallazgo que Ud. me anuncia y particularmente el carácter oficial de su comunicación, me imponían el deber de darle una respuesta que significara la opinión de los miembros de la sección que tengo el honor de presidir. Esta circunstancia, ajena á mi voluntad, ha demorado hasta hoy, que se ha reunido la comisión, la respuesta á que aludo y por cuya tardanza, pido á Ud. mil perdones.

La sección opina, unánimemente, expresar á Ud. su cordial felicitación por el resultado feliz que asegura Ud. haber alcanzado en la in-

vestigación de la Leishmania en la uta, resultado tanto más halagüeño, cuanto que desde enero de 1911 hasta el presente, se ha buscado con el mayor empeño por los doctores Barton, Morales Macedo, Gastiaturú, Rebagliati y Olæchea, la presencia de parásitos del género Leishmania en las lesiones y sangre de los enfermos de uta.

Declara así mismo, la sección, que no conociendo ningún detalle que permita reconocer la especie por Ud. encontrada y continuándose actualmente, como á Ud. le consta, los trabajos de laboratorio sobre el agente productor de la uta, los resultados que estos puedan alcanzar no serían afectados por la prioridad que Ud. reclama, de algo que no está aún científicamente comprobado.

Personalmente anhelo, como el que más, la confirmación de su hallazgo, porque él vendría á demostrar con la evidencia incontrastable de los hechos, la exactitud de la opinión que sostengo, desde hace más de dos años, sobre la identidad etiológica de la uta y de la úlcera oriental, fundado en la identidad epidemiológica, anatómica y clínica de ambas enfermedades.

Con los sentimientos de mi consideración más distinguida, soy de Ud. atento y seguro servidor.

JULIAN ARCE

CLINICA MEDICA DE VARONES

HOSPITAL «DOS DE MAYO.»

XIV^a Lección del profesor Dr. Ernesto Odriozola

(21 de Agosto de 1911)

El caso de que hoy nos vamos á ocupar, es de una vulgaridad corriente, porque se trata de una *neumonía*, pero el exámen que juntos practicamos el miércoles último nos vá á servir de pretexto para tocar algunos puntos de clínica y de terapéutica que conviene discutir y poner en claro.

No habrá seguramente dolencia que haya merecido mayor atención y que haya comprometido más vivas discusiones, y apesar de todo, el acuerdo no es uniforme en lo que se refiere á muchos puntos de su historia nosológica. Desde Hipócrates hasta nuestros días, este asunto ha seguido las fluctuaciones de opinión que marcaba la evolución científica y las verdades de una época eran deshauciadas y reemplazadas por otras, segun el concepto dominante y las ideas en voga.

El enfermo está acostado en la cama N^o. 8 de nuestra sala. Es natural de Chíncha, de 56 años de edad y de oficio agricultor. Su padre vive y ha sido siempre una persona sana, su madre murió, hace algunos años de «costado».

Dedicado desde muy niño al cultivo de viñas, declara este enfermo haber padecido, hasta la fecha, once veces de «costado». El primer ataque lo sufrió á la edad de 14 años repitiéndose á los 15, 17 y

20 en que vino á Lima. Siguió aquí en su ocupación de agricultor y dice haber sufrido otros seis ataques más. Todos ellos aparecían con fiebre, tos, gran postración y dolor de costado.

Ultimamente trabajaba en la hacienda «Chacarilla», colocando por necesidad de su oficio un cerco de alambre en un terreno muy pantanoso, viéndose obligado por este motivo á estar por varias horas con las piernas completamente sumergidas en el agua. Refiere que el día 7 de este mes, después de su labor del día se acostó perfectamente tranquilo; pero que á la mañana siguiente se sintió «descompuesto» con *escalofrios*, *fiebre* y un poco de tos, por lo que se vió obligado á guardar cama. Permaneció así durante tres días en los cuales notó que lejos de disminuir estos síntomas se acentuaron, habiendo aparecido un dolor en el costado derecho. Se decidió entonces á entrar en el hospital.

Ustedes comprobaron el miércoles último que este enfermo presentaba los caracteres de una *neumonía* de la mitad inferior del pulmón derecho con nueve días de evolución, y todavía ese día las cosas estaban indecisas, la temperatura era febril.

Llama desde luego la atención en este enfermo, la frecuencia con que ha sido atacado por este proceso, á creer las informaciones que él nos dá. Suponiendo que así sea, debemos aceptar una especial susceptibilidad de su parte, que no es rara encontrar en algunos individuos. Antes por el contrario, es común ver á la *neumonía* despertar reacciones de simpatía morbosa en determinados sujetos que reiteradamente son víctimas de sus ataques. La *neumonía* es pues enfermedad que *no vacuna*; pero si es cierto el hecho consignado por nuestro enfermo, podemos creer que apesar de todo, ella ha dejado en su organismo un inmunidad relativa ó mejor dicho una *resistencia insólita* para salir siempre triunfante, lo cual arguye en favor de una adaptación personalísima, que ha reducido á su mínimo los riesgos de la dolencia. En buenas cuentas hay en este hombre sino una *vacunación* total, por lo menos una *vacunación atenuante*, salvadora.

Un segundo punto importante, muy digno de llamar la atención, es el relativo á su *pulso*, particularmente á las condiciones de su presión. Este individuo es un *arterio escleroso*; su radial, en efecto, está dura, flexuosa, *disecada* y el registro de su presión en el esfigmomanómetro, marcaba 19: había pues una *hipertensión* manifiesta. La *condición* del pulso en la *neumonía* y sobre todo su presión es de importancia capital, porque él revela el modo como el corazón se defiende. En nuestro enfermo era *regular*, sin falsos pasos ni intermitencias y estos caracteres unidos á la presión constituían elementos de prueba en favor de su rehabilitación. Cuando el pulso se desordena y se pone *hipotenso*, el pronóstico se pone muy sombrío. Por esta razón *Huachrd* ha dicho en estos casos que si la *enfermedad está en el pulmón*, el *peligro reside en el corazón*, fórmula aforística que no solo indica la extrema gravedad de la dolencia, sino que se establece rumbos terapéuticos definidos. Sin embargo, no vaya á creerse que el corazón es el todo de la *neumonía*. Yo he visto señores, casos en los que este órgano ha funcionado correctamente, casi hasta los últimos momentos y sin embargo han sucumbido. Esto quiere decir, que reconociendo la alta preponderancia que en el pronóstico tiene la manera como funciona el corazón, esto no constituye la totalidad de las consideraciones clínicas; el peligro puede existir en otros órganos

(hígado, riñones, etc., etc.) cuando están más ó menos maltratados. Por estas razones nosotros hemos creído ampliar con más liberalidad la fórmula de *Huchard* diciendo que si la *enfermedad está en el pulmón, el peligro reside en el órgano más alterado ó más debil*. Concebida en estos términos, esta fórmula es más útil en el sentido que obliga á un prolijo examen de todo el organismo y abre el campo á una terapéutica oportunista, dirigiendo los ataques al órgano que más los merece. Sin embargo, no debemos desconocer que el corazón, por la frecuencia con que desfallece, es el que en primer término reclama nuestra atención.

Pasando ahora á la cuestion terapéutica, puede decirse que existen tantos tratamientos para la neumonia, como médico hay sobre la tierra. Esta hipóbole significa en definitiva, que no existe un tratamiento positivo y eficaz; que solo hay tratamientos sintomáticos ó los titulados métodos curativos que emanan los más de las veces de los éxitos más ó menos numerosos con ellos conseguidos. Pero no debe olvidarse el hecho de que en las neumonias se ven aparecer series de diversa gravedad, de manera que en un gran número de ejemplos puede creerse en el beneficio de un determinado método, cuando en realidad no depende sino de la índole del proceso.

No está en mi ánimo, señores, presentarles un cuadro terapéutico de esta enfermedad. La fórmula que hemos establecido, deja entrever que en esta materia somos eclecticos y que la terapéutica debe variar en cada caso, según el sitio ó el órgano en que se encuentra el peligro. Pero no quiero dejar de decir dos palabras en lo que se refiere al uso de los *vejigatorios*. Despues de haber reinado con absoluta omnipotencia, lo que era ciertamente un error sectario, cayeron en el más completo descrédito, bajo los golpes de autoridades de reconocida competencia y que hacían escuela. El resultado de estas orientaciones contradictorias, se ha dejado sentir, por la incertidumbre que hoy domina en su empleo. La existencia de lesiones renales, por pequeñas que ellas fueren, ha sido motivo en muchos prácticos, para rechazar su empleo y combatirlo sin piedad. Pero es preciso, señores, convencerse que las precauciones con que hoy se aplican y la naturaleza de los que hoy se emplean, alejan todo peligro y que por consiguiente pueden ordenarse con positivas ventajas aún en los casos en que hayan lesiones renales más ó menos avanzadas. Esto nos lo demuestra la práctica diaria.

Prescindiendo de los efectos que ejerce en la composición *leucocitaria* del medio sanguíneo y sobre la cual ha insistido particularmente el Prof. *Robin*, debemos declarar que ya estamos cansados de presentar á todos los que siguen nuestra clínica, los pruebas fehacientes de su acción indiscutible.

La reacción aunque sea rápida y pasajera de la temperatura, es uno de los efectos más *constant*es que ustedes han podido comprobar en la gran mayoría de los casos.

Pero para sacar de ellos todas las ventajas posibles, es preciso *no emplearlos al principio*, sino por el contrario cuando *se acerca la declinación*; entonces el efecto no se deja esperar. Lo mismo ocurre generalmente en los casos prolongados, como el enfermo de que nos ocupamos. El miércoles que lo vimos, estaba en su noveno día y sin embargo, no se daba trazas de terminar. Aconsejamos pues ponerle un vejigatorio durante cuatro horas, apesar de tener *albumi-*

na en las orinas y *células renales*. Con todo al día siguiente la temperatura cayó y nuestro enfermo entró en convalecencia. Ustedes me diran, no lo dudo, que esta ha sido una simple coincidencia, porque ya la neumonia debió terminar. Pero los, señores, aquí presentes, que han seguido por mucho tiempo nuestro servicio, han tenido muchas veces la oportunidad de comprobar que estas tituladas coincidencias, son tan frecuentes que ya no merecen el nombre dentales.

En nuestro concepto, pues, el vejigatorio es un medio *utilísimo*. Puede emplearse sin peligro colocándolo á lo más *cuatro horas*, aún en los casos de existir lesiones renales. Pero debe tenerse la precaución de usarlo cuando se acerca la declinación de la neumonia, es decir, *nunca* antes del sexto día y *cualquiera que sea la gravedad del caso*. Nosotros les rogamos que empleen este sistema y estoy convencido que en el mayor numero de ellos no tendrán por que arrepentirse.

No quiero señores, pasar en lista las drogas que en esta enfermedad se administran, porque, como ya les he dicho, varían al infinito, según las indicaciones emanadas del examen total; pero no quiero concluir sin decir algo sobre los agentes *eléctricos metálicos* hoy en voga. Nuestra experiencia no es tan grande como para poder darles una opinión personal; pero muchos prácticos hablan de ellos en muy buenos términos. No insistiré sobre la manera como ellos actúan y que la supongo conocida de todos ustedes. El hecho que hace simpático su empleo, permitanme la expresión, es que son *absolutamente inofensivos* y esto es una garantía para administrarlos de una manera sistemática, tanto más cuanto que el concepto que guía su indicación, se funda en hechos de defensa orgánica, destinada á crear fuerzas salvadoras extraordinarias que preparan el triunfo.

UN CASO DE HEMATOCELE EXTRA-PERITONEAL

por *Alejandro BUSALLEU*

Interno de la Clínica Ginecológica

La publicación del presente caso clínico, presenta entre nosotros particular interés, dada la circunstancia de ser el primero que se ha presentado para su estudio, apesar de que en los tratados clásicos de Ginecología tiene su capítulo obligado y es descrito con relativa amplitud.

Ingresa el 2 de junio á la clínica ginecológica del Hospital de Sta. Ana, la enferma Mercedes X de 35 años de edad, mestiza, nulípara, de revelante temperamento artrítico, para asistirse de una dolencia que la obliga á guardar cama desde los primeros días de mayo.

Entre sus antecedentes hereditarios fisiológicos y patológicos nada se encuentra que merezca importancia; así mismo en sus antecedentes personales, pues, declara haber gozado de salud y haber observado un hábito higiénico regular. Su período catamenial desde

los trece años, época en que se le estableció, hasta hoy no ha sufrido alteración; y nos hace notar que apesar de tener oportunidad para ser fecundada no lo ha sido.

De su enfermedad actual y que la obliga á asilarse en este hospital, dice que se inició encontrándose en perfecta salud en vísperas de su período menstrual: fue sorprendida de gran perfrigeración y un malestar que califica «de raro», después se sintió febril guardando cama hasta el día siguiente que se levantó con relativa sensación de bienestar. A los ocho días de este que podemos llamar «accidente» sintió fuertes dolores en la rodilla izquierda, gonalgia á la que opuso sin ningún resultado frotaciones y aplicaciones calientes, después el dolor se manifestó en todo el muslo, cadera del mismo lado y en la región lumbar, observando al mismo tiempo múltiples varicosidades dibujándose en la superficie de la piel del flanco y miembro mencionado. Obligada por la intensidad del dolor guardar cama solicitó los conocimientos de algunos profesionales, los que con variados tratamientos médicos no llegaron á darle alivio; al contrario los dolores se acentuaban con el transcurso de los días y el miembro aumentado de volumen por considerable edema adoptaba la posición de flexión y rotación hacia afuera, como más cómoda.

Uno de los profesionales que la asistió hizo notar el aumento de volumen del vientre y la presencia en él de un tumor fluctuante, y creyendo oportuno practicar una punción, la ejecutó extrayendo según la enferma «dos posillos de un líquido amarillo».

Viendo la enferma que al transcurrir de los días, sus dolores se hacían atroces determinándole noches de insomnio y gran depresión general, solicitó los auxilios profesionales del doctor Carvalho, quien, ordenó su traslado á este su servicio y donde pudimos examinarla. Su aspecto general daba comprender su sufrimiento, su rostro demacrado tenía la palidez y perfilamiento que graba el dolor. Llamaba la atención el aumento de volumen y flexión del miembro inferior izquierdo, flexión que no podía corregirse sino muy ligeramente y á costa de grandes dolores, el que, en el trayecto de ciático era exquisito. Múltiples vóricosidades se dibujaban sobre la piel del muslo y ascendían en el flanco del mismo lado gruesos paquetes.

Al examen del vientre que llamaba la atención por su aumento de volumen, la palpación era sorprendida por la existencia de un tumor de consistencia dura, de superficie casi lisa, que ocupaba el hipogastrio enclavándose fuertemente en la pelvis. Practicándose el tacto bimanual se notó el fondo de saco anterior de la vagina ocupado por un tumor duro, que se imponía cual si fuese la cabeza de un feto á término enclavada, en el fondo de saco lateral izquierdo notabáse la continuación del tumor; el útero estaba rechazado hacia la derecha.

Dada la circunstancia desgraciada del estado general de la paciente por una parte y de los dolores que experimentaba, no se llevó á cabo un examen tan completo como hubiera sido necesario para poder formular un diagnóstico seguro, sobre la naturaleza y extensión del presunto tumor. El catedrático del curso y jefe del servicio, doctor Carvalho, opinó que la intervención se imponía con carácter de urgencia, para aliviar el sufrimiento de la enferma y declaró que esa tumoración se imponía como un tumor de naturaleza fibromatosa, diagnóstico que no formuló con el carácter de certidumbre, dada,

como ya lo hemos dicho la dificultad que para el examen el caso presentaba.

Con la anestesia al eter, se practicó la laparotomía: encontrándose el útero en latero posición derecha, con hematosalpinx del mismo lado; en el lado izquierdo, un gran hematocele retroperitoneal y ovaritis quística. Se practicó la punción del hematocele con el aspirador de Dieulafoy, más como la cánula se obstruyese por coágulos se creyó mejor incindir, incisión por la cual se pudo extraer gran número de coágulos y serosidad coloreada. Se concluyó la operación por histerectomía subtotal y drenaje del hematocele por una abertura practicada á un travez de dedo por encima de la arcada de Falopio, previa satura de la incisión media. Demás es decir que se tuvo especial cuidado en aislar la cavidad abdominal por oclusión de la incisión practicada en el hematocele.

El diagnóstico post-operatorio formulose: *hematocele extra peritoneal*.

Todos los autores reconocen además del embarazo, como causa etiológica capaz de producir el hematocele pelviano, las rupturas venosas en el plexo del ligamento ancho «rupturas venosas del plexo pampiniforme varicoso» (Goulpi).

Las venas uterinas que van á desembocar á la vena hipogástrica; las venas del ligamento redondo que unas abocan en la vena femoral y otras en la vena epigástrica; y por último las venas ováricas que rodean las arterias del mismo nombre, constituyendo el llamado plexo pampiniforme, contribuyen todas á formar el plexo venoso intraligamentario. Situadas como están dentro del ligamento ileo—ovárico ó lumbo—ovárico, suben hacia la región lumbar y van á abocar, las de la derecha en la vena cava inferior y las izquierdas en la vena cava renal. Estas venas que son idénticas á las venas espermáticas del hombre, y que, como ellas están desprovistas de valvulas, son asiento á veces de dilataciones varicosas, este varicocele utero ovárico (Pozzi), varicocele pelviano (Richet) se observa en la mujer con mucho mayor frecuencia en el lado izquierdo que el derecho, como el caso que acabo de historiar.

En nuestra enferma que no tenemos el embarazo en causa, ni otro episodio de la vida genital como el parto que podría determinar procesos trombóticos, pero que sí tenemos un temperamento artrítico, es dable reconocer como etiología la ruptura de vasos varicosos que estaban ingurgitados por la proximidad del periodo menstrual, fueron desgarrados al menor esfuerzo existiendo una presunta causa predisponente, un proceso flebolítico.

La sangre al derramarse, se anunció por la perfrigeración y malestar ya mencionados y como lo hacía en una cavidad no cerrada, sino comunicando con el tejido celular pelviano, siendo el derrame seguramente abundante, ganó los límites del ligamento, se dirigió al espacio subperitoneal de la pelvis, rechazando el útero á la derecha despegando el fondo ceroso del espacio vésico-uterino rechazó el fondo de saco anterior vaginal; y por arriba ascendiendo hasta la región renal, como pudo comprobarlo el cirujano con la mano introducida en la abertura practicada. Con el trascurso de los días el plasma comenzó á reabsorverse, los coágulos se endurecieron por su éstratificación, constituyendo el tumor duro que ocupaba la pelvis é imponiéndose al examen como un fibroma uterino. La presencia de ese

tumor no podía de ser indiferente y así lo manifestaba la neuritis por compresión en los nervios de los plexos lumbar y sacro, que ejecutan su recorrido en las paredes pélvianas.

De la Niéce en su tesis presentada en Paris en 1893, titulada «Contribución a l' etude de l' hématocele post-opératoire», dice: «He observado cuatro casos de hematocele extra—peritoneal sobrevenidos después de las operaciones de salpingotomía. En uno de ellos la reabsorción se hizo espontáneamente; en otros dos la colección sanguínea fué evacuada por el recto; en fin en una enferma, un tumor duro persistió durante mucho tiempo por reabsorción incompleta de la sangre derramada y dió lugar, por compresión á fenómenos de neuritis excesivamente penosos. Una histerectomía vaginal complementaria fué menester para curarla completamente.»

Desaparecida por la intervención la compresión nerviosa, nuestra enferma alivia paulatinamente de sus dolores y la posición del miembro es normal.

La presentación de este caso auna á su importancia de prioridad de estudio entre nosotros, la oportunidad de llamar la atención sobre su diagnóstico, que por su rareza podría prestar alguna dificultad.

Julio de 1913.

ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE LA TECNICA DE LAS PUNCIONES PLEURALES

POR ENRIQUE PAILLARD.

Las punciones pleurales son de una práctica tan corriente, que bien poca cosa hay que agregar á lo que se sabe de su técnica. Nosotros hemos querido muchas veces, en estas cortas líneas, precisar algunos detalles; los diremos tales como los hemos concebido y aplicado, sin proclamar su superioridad sobre tal ó cual procedimiento que la experiencia personal ha podido enseñar á los prácticos. Las muy numerosas punciones, que hemos practicado, nos permiten asentar algunas conclusiones.

PUNCIONES EXPLORATRICES.

1º. *La punción exploratriz debe preceder toda evacuación pleural*, al menos cuando ella es practicada por primera vez. Según la fórmula de Jaccoud, antes de querer evacuar el líquido, es necesario asegurar su presencia. No obstante su ingenuidad, semejante ley no es inútil; se ha llegado por excelentes, pero muy ligeros clínicos, á producir heridas del pulmón ó á perforar el diafragma y ciertas visceras abdominales, después de haber atravesado las dos hojas pleurales sin fisadas.

Los errores pueden producirse en dos casos principales: neumonia masiva, sínfisis fréno-costal de jacroud.

La neumonia masiva de Grancher realiza un sindroma pseudo-pleurítico. Se sabe que hay en ese caso obliteración brónquica y que se constata, por consecuencia, ni murmullo vesicular, ni ronquidos, ni vibraciones, ni espectoraciones características. El silencio, el soplo lejano muchas veces, hacen pensar en un derrame pleural abundante, y no es raro que el médico practique precozmente una punción con la ayuda de un grueso trocar del aparato Potain. No viene líquido, sino solamente un poco de sangre espumosa. Se punciona entonces en otra dirección y el líquido no viene aún; muchas veces se hace una tercera, una cuarta punción, que queda igualmente sin efecto. Estas maniobras han permitido al médico asegurarse de la ausencia de todo derrame; pero ellas no son de una perfecta inocuidad para el enfermo.

Si una herida del pulmón hecha con una aguja fina no presenta ningún peligro, no es lo mismo con una hecha con un grueso trocar; evidentemente no se produce un neumotorax porque en la neumonia masiva, las cavidades alveolares enfermas están aisladas del aire exterior por la obliteración brónquica; pero la herida del pulmón puede arrastrar pequeños focos de apoplejia pulmonar; hematomas subpleurales, ó un ligero derrame intra-pleural, que son en ese medio ya septico, excelentes para la pululación y la retención microbiana. Algunas veces, se dice, esas punciones pueden descongestionar el pulmón; este es un resultado muy hipotético y que nos parece bastante caramente pagado.

Existe un buen signo clínico para diferenciar una neumonia masiva de un derrame pleural; es en el primer caso, la ausencia de rechazo de los órganos, pero es muchas veces difícil localizar la punta del corazón cuando el enfermo jadeante, eleva su vientre con movimientos precipitados, y en último análisis, es á la punción exploratriz á la que hay que recurrir.

La sínfisis freno-costal de Jaccoud está constituida por las adherencias que llenan el seno costo diafragmático, y que están comunemente bastante espesas para enmascarar la sonoridad del espacio de Traube cuando ellas asientan del costado izquierdo. Esta pleuresia *seca* puede ser seguida, con un intervalo de tiempo variable, de un *derrame* que, aunque poco abundante, parecerá tener dimensiones considerables, porque el diafragma estando bloqueado hacia abajo, el líquido se extenderá hacia arriba, la matitez remontada al espina del homóplato, y el espacio de Traube siendo mate, se admitirá fácilmente un derrame de 2 litros $\frac{1}{2}$ á 3 litros, y se puncionará. Si esta punción es practicada como de costumbre en el octavo, ó mejor todavía, en el noveno espacio inter-costal, el trocar no encontrará gota de líquido, perforará las adherencias y el diafragma, podrá llegar al estómago, y el operador tendrá muchas veces la sorpresa de aspirar un líquido extraño, que no es otro que el jugo gástrico; Jaccoud cita un caso donde el trocar ha penetrado en el corazón!

La sínfisis costal puede ser clínicamente diagnosticada y Jaccoud insiste sobre la depresión inspiratoria de los espacios intercostales que es debida al tiramiento del diafragma sobre las partes blandas superficiales y que es particularmente neto al nivel del espacio de Traube. Pero este signo falta si el diafragma está paralizado (lei de Stokes) ó completamente inmovilizado. Todavía una vez aquí, es

la punción exploratriz la sola susceptible de revelar la naturaleza de la lesión.

Las consideraciones que preceden nos parecen suficientemente importantes para que saquemos como ley absoluta que toda tentativa de evacuación del líquido pleural, debe ser precedida de una punción exploratriz. Agreguemos que está punción deberá ser bien hecha; si ella es mínima, y si se tiene, por otra parte, alguna razón para suponer que puede haber un derrame purulento, es necesario tomar una aguja de un calibre un poco más fuerte, y cuando sea introducida «ramoner» el interior con un hilo metálico, la aguja puede ser, en efecto, momentáneamente obturada por un grumo.

2º. *Técnica de la punción en las pleuresias enquistadas.*—La longitud y el calibre de la aguja tienen aquí bastante importancia porque el foco está comunmente un poco profundo y porque el derrame es casi siempre purulento. Pero nosotros deseamos insistir sobre todo sobre la cuestión del *reperage*. Los signos de auscultación deben necesariamente guiar, y sin embargo no es raro que una punción, muchas veces repetida, sea siempre mínima, porque falta el asiento preciso del foco. Lo que nos parece detestable, en semejante caso, es acribillar en todo sentidos el pulmón con una misma aguja, que encuentra aquí regiones septicás, y allá regiones de parenquima pulmonar sano, que, de esta manera serán forzosamente inoculadas. Pensamos que se puede multiplicar las punciones cuanto sea necesario; pero es menester cada vez que se punciona en una nueva dirección, tomar una nueva aguja, ó flambeare la primera, si es la única que se posee.

Para observar más exactamente y evitar al enfermo una sucesión de picaduras, por otra parte muy desagradables, se deberá si se puede, ayudarse de la radioscopia observando con el dedo la proyección ortodiagráfica, sobre los tegumentos, de la oscuridad anormal y puncionar, exactamente este punto.

PUNCIONES EVACUATORIAS.

1º. *Necesidad de la anestesia local.*—Esta necesidad no es admitida por muchos médicos; el trocart, dicen ellos, debe ser introducido de un golpe seco, y el dolor es mínimo. Nosotros hemos visto sin embargo sujetos de ningún modo pusilánimes emitir una ligera protesta, y se ha, por otra parte, insistido en estos últimos años sobre los trastornos reflejos graves, susceptibles de sobrevenir en el curso de las toracentesis. Esta anestesia no alarga y no complica en nada la intervención y como nosotros hemos dicho más arriba, la necesidad de hacer preceder toda toracentesis de una punción exploradora, la misma aguja y la misma geringa podrán servir para inyectar en el dermis una ó dos gotas de cocaína ó de novocaina. Podemos afirmar de la manera más neta que los enfermos son reconocedores de esta precaución, sobre todo cuando la toracentesis es repetida en cierto número de veces. El anestesia local por el cloruro de etilo debe ser rechazado, pues, endurece la piel y hace más difícil el atravesarla.

2º. *Como se debe asegurar la lentitud de la evacuación.*— Todos los autores han insistido sobre el peligro de una evacuación muy rápida: ella ha provocado muchas veces los accidentes mortales de

la espectoración albuminosa, sobre los cuales tanto ha insistido Dieulafoy. Se evita la rapidez de la evacuación empleando un trocar suficientemente estrecho ó cerrando á la mitad la llave de evacuación del aparato Potain. Es infinitamente más simple pelliscar á voluntad el tubo de caucho donde pasa el líquido. Se puede interrumpir por intermitencias; estrechar el grado deseado, es suficiente relajar un instante los dedos para darse cuenta, desde el punto que se desea, de la presión intra-pleural y del grado de la aspiración. Con ser el más simple, este procedimiento es sin embargo también el más seguro.

3.º *Un incidente de conocer en la punción del pio-neumotorax: el dolor sincopal por la distención del pulmón.*— Esta advertencia nos es suministrada por una observación que hemos recogido en Lariboisiere, en el servicio de nuestro maestro el Dr. Brault. Se trata de una mujer en la cual evolucionaba desde hacía muchos meses una pleuresía purulenta tuberculosa con neumotorax. El nos hacía casi periódicamente evacuar el líquido; pero al medio de una punción, mientras que el líquido evacuado estaba mezclado de numerosas burbujas de gaz, la enferma acusa un dolor intenso, sincopal, proyectado hacía adelante y hacía el axila sobre el tercero y cuarto espacio intercostales; este dolor atroz cesa bruscamente desde que dejamos entrar un poco de aire en el pecho por el trocar; si recomensábamos á aspirar (gas y líquido) el dolor reaparecía inmediatamente, si dejábamos penetrar el aire de nuevo por el trocar, el dolor desaparecía sobre el campo. Se trataba evidentemente de un neumotorax cerrado á la aspiración; si ésta era muy enérgica, provocaba una brusca distención del pulmón mucho tiempo retractado. Se podía en esta enferma, estudiar casi experimentalmente este punto muy especial de la fisiología patológica. (LA CLINIQUE). C. A. BAMBAREN.

MOVIMIENTO MEDICO

La compresión inspiratoria del torax por el Prof. MOURIQUAND de Lyon.

Un artículo muy instructivo sobre un método útil de palpación de los órganos abdominales y especialmente del bazo y del hígado ayudado por honda inspiración y por presión sobre la parte superior del torax. Este método comprobado por el Prof. MOURIQUAND por los rayos X permite hacer la palpación del bazo, del hígado, de los riñones también con más exactitud que por los métodos ordinarios.

En la mujer el movimiento hacía abajo de estos órganos, durante la profunda inspiración con compresión toracica es mucho más notable que en el hombre, pero en ambos el método de MOURIQUAND proporciona utiles señales que no se pueden obtener con los métodos clásicos de palpación. (PROGRES MEDICAL)

La miocarditis reumatismal.—La miocarditis reumatismal, no obstante ser la localización cardiaca más frecuente del reumatismo, es la menos descrita.

El Dr. O. Josué, médico del hospital de la Pité, le dedica en *La Clinique*, (1) un buen estudio, del que tomamos los datos que á continuación siguen.

Fué Itard, el primero que señaló las lesiones del miocardio en el curso del reumatismo, verificando el primer estudio histológico Romberg, siguiendo á estos, muchos investigadores, hasta que en 1904 Aschoff y Tawara describieron *nódulos particulares*, en el miocardio reumatismal.

Estas lesiones del miocardio pueden muchas veces comprometer el pericardio y el endocardio; pero no siempre se observan estas lesiones, pudiendo más bien comprobarse, que toda lesión del endocardio ó del pericardio, lleva consecutivamente, lesiones más ó menos profundas del músculo cardiaco.

Al lado de trastornos ligados al debilitamiento general del músculo cardiaco, hay que reservar un puesto importante á los que se pueden localizar en una región precisa del miocardio.

Los signos de localización en la miocarditis reumática forman dos grupos: un primer grupo comprende las localizaciones en los restos embrionarios, y al segundo pertenecen las localizaciones en las otras regiones del miocardio.

Los signos de localización de la miocarditis reumatismal, en los restos embrionarios, que constituyen el *fascículo de His*, determinan desde un simple retardo, hasta la supresión incompleta ó también completa de la trasmisión de las contracciones de las aurículas á los ventrículos, en cuyo caso los ventrículos se contraen independientemente de las aurículas, con un ritmo lento que les es propio.

Estos trastornos de la conductibilidad del fascículo de His, son debidos á las alteraciones que se localizan al nivel del citado fascículo, y tienen gran importancia desde el punto de vista del acción ulterior de la digital, pues, como lo han demostrado Mackenzie, Volhard, Rihd, la acción de la digital, determinando una disociación aurículo—ventricular funcional incompleta, no es posible sino cuando existen previamente trastornos ligeros de conductibilidad, es decir, cuando ya está lesionado el fascículo de His. En una palabra la digital no hace sino exagerar una disociación preexistente.

En la aritmia completa con fibrilación auricular, y cuyo mecanismo ha sido precisado por Lewis, se ejerce de la misma manera el acción de la digital; pero esto no se realiza, cuando existen lesiones precedentes en el fascículo de His, como se observa frecuentemente en los enfermos cuyo miocardio ha sido lesionado por el reumatismo. Pues bien, la estrema irregularidad del pulso que caracteriza la aritmia completa, es modificada profundamente, cuando se administra la digital á miocardios, en los cuales, el fascículo de His, estaba ya lesionado (corazón de los reumáticos) antes de la aparición de la fibrilación auricular; por consiguiente, las lesiones del fascículo de conexión ó fascículo de His, determinarían, en semejantes casos, resultados terapéuticos extraordinarios.

(1) O. Josué.—La miocardite rhumatismale. *La Clinique*.—Nº. 16. 18 de Abril 1913

Peró el fascículo de His, en la miocarditis reumatisal, puede experimentar alteraciones ligeras, que acabamos de señalar, y alteraciones profundas, en las cuales se ha observado lesiones de esclerosis intensa, que correspondían durante la vida, á una disociación aurículo—ventricular, disminución del pulso, y crisis epileptiformes y sincopales, que constituyen el síndrome de Stokes-Adams.

En cuanto á los trastornos localizados, fuera de los restos embrionarios, conviene observar, que las contracciones anormales, no estan siempre en relación con alteraciones materiales del músculo cardiaco; pero que se puede distinguir, contracciones que tienen por punto de origen las aurículas á los ventrículos.

Las contracciones anormales de origen auricular son los extrasístoles, que se presentan como contracciones prematuras, aisladas ó por series; constituyendo cuando se prolongan mucho, los accesos de taquicardia paroxística.

En cuanto á los extrasístoles de origen ventricular, pueden tener las modalidades anteriores, pero sin llegar á constituir verdaderos accesos de taquicardia paroxística.

La causa de los extrasístoles, pueden ser factores mecánicos (distención de las cavidades del miocardio) influencias nerviosas de origen reflejo ó simpático, ó determinados por la mediación solicitada siendo muy probable que la miocarditis reumatisal sea su causa.

Todos estos fenómenos que hemos encontrado en la miocarditis reumatisal, se mezclan y superponen, de manera que la expresión, clínica, es siempre variable. Con todo, depende la modalidad clínica, del momento en que se realiza el examen del enfermo, pues, la sucesión de los ataques reumáticos sobre el miocardio, pueden llegar á determinar síntomas, como el ruido presistólico y el soplo sistólico de la punta, que según Coombs, no serían sino la consecuencia de la endocarditis.

En cuanto á la terapéutica esta es, la específica del reumatismo, el salicilato de soda, á la que se asocia después, la digitalina natively á dosis de XX á XXXV gotas de solución al 1.1000, durante algunos días, disminuyendo en seguida la dosis, según las indicaciones suministradas por el estado del miocardio. Además se debe dar al enfermo 4 á 5 grms. de bicarbonato de soda, por 6 á 8 de salicilato, á fin de que no se presenten trastornos gástricos. —

