

# La Crónica Médica

AÑO XXXI — LIMA, JULIO 15 DE 1914 — No 613

## ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL CANCER UTERINO EN LIMA

por el doctor Eduardo Bello.

Profesor Adjunto en la Facultad de Medicina.—Cirujano en el Hospital «Santa Ana».—Miembro de la Academia Nacional de Medicina.

### SUMARIO

Porcentaje de operabilidad.—Las operaciones que he practicado en mi servicio quirúrgico: 20 colpo-histerectomías abdominales, 16 limitadas, 4 según la técnica de WERTHEIM—Resultado operatorio—Técnica seguida en los últimos (WERTHEIM)—Discusión sobre algunas modificaciones adoptadas—Conclusiones—Necesidad de formar una liga americana para la lucha contra el cáncer uterino, aumentando el porcentaje de casos operables.

El problema del tratamiento quirúrgico del cáncer uterino parece completamente resuelto en los últimos años por los hombres eminentes, especialistas en esa cirugía en los grandes centros médicos y determinada ya, definitivamente, la actitud del cirujano al frente de esas neoplasias.

Comprobada está por larga experiencia la curabilidad del cáncer de la matriz si se extirpa en su faz inicial, cuando se halla todavía localizado; y comprobado igualmente el valor de las exéresis extensas, que algunas veces triunfan aún, en casos relativamente avanzados. Acordada la preferencia por los más á la vía abdominal, ciertamente más fácil y segura, no obstante la predilección de una parte de la escuela alemana, á cuya cabeza está el eminente Prof. SCHAUTA, á tratarlo por la vía vaginal; y reducido, por último, el primitivo vaciamiento pelviano extenso y meticoloso, pero tambien mortífero en alto grado, á los límites prudentes que le ha asignado la vasta experiencia del Prof. WERTHEIM y de los mejores cirujanos de todos los países; es la cirugía del cáncer de la matriz un asunto aparentemente agotado ya como tema en una reunión médica internacional.

Y no obstante, para nosotros los cirujanos peruanos presenta todavía este capítulo de la medicina operatoria ginecológica particular interés. En efecto, las grandes exéresis en el tratamiento de las neoplasias malignas del útero son, como todos sabemos, una solu-

ción del problema, obtenida por las escuelas alemana y anglo-americana: se debe á la habilidad, paciencia y constancia del Prof. WERTHEIM y de sus discípulos, en Viena; del Prof. BUMM y los suyos, en Berlin. Se debe tambien á los trabajos geniales de algunos cirujanos de la América del Norte, entre los cuales es para mí el más conocido por sus obras H. KELLY, con su colocación previa de bujías en los uréteres para facilitar el reconocimiento y separación de estos órganos, y su técnica ya irreprochable en 1899, que dista poco de las que consignan como recomendable las publicaciones francesas más modernas.

Así, como fruto del esfuerzo combinado de muchos cirujanos de esas escuelas, se ha fijado poco á poco la técnica actual de la operación denominada por todos «Operación de WERTHEIM», predominante hoy para tratar el cáncer uterino.

Solo en los últimos años los cirujanos franceses, muy excépticos para aceptar la curabilidad operatoria del cáncer, han dedicado atención á estas grandes exéresis de los órganos genitales femeninos, y como ellos, por razón de idioma y tradición, son nuestros maestros ordinarios en las ciencias, es de segunda mano, en los trabajos de los profesores J. L. FAURE, POLLOSON, LECENE y otros eximios operadores, que nos ha llegado la técnica detallada de las grandes intervenciones de que nos ocupamos, ideadas, bautizadas y perfeccionadas en suelo alemán, y en las que utilizamos instrumentos franceses de factura reciente.

Por todo esto el tratamiento quirúrgico del cáncer uterino, conformado á las ideas modernas, está todavía en periodo de estudio y perfeccionamiento manual entre los cirujanos nacionales y nos resultan interesantes como decía antes, los trabajos de este orden realizados en nuestro medio.

La operación de WERTHEIM-BUMM se ha practicado hasta ahora en Lima solo un corto número de veces.— He hecho bastantes histerectomías abdominales por cáncer en mi servicio de Santa Ana, iniciándome en la tarea hace varios años, pero no abordé la amplia exéresis genital hasta el año pasado, en que ejecuté la primera *colpo-histerectomia ensanchada* con técnica imperfecta, no obstante lo cual la operada vive todavía libre de recidiva. Otras tres operaciones de WERTHEIM he practicado en este año con técnica bien reglada, todas con éxito operatorio; en dos de ellas fuí ayudado por jóvenes cirujanos recién llegados de Europa, educado en Alemania el uno, perfeccionado allí y en Francia el otro, los Dres. JACOBY y CARVALLO (hijo), que han sido en mis trabajos quirúrgicos muy buenos y asíduos colaboradores.

Son mis impresiones de estas cuatro operaciones de WERTHEIM que voy á exponer sucintamente en este trabajo, con las reflexiones que la ejecución de ellas y el curso post-operatorio de las enfermas me han sugerido, y las conclusiones que creo poder deducir. Pido á los ilustrados colegas sus consejos y libre crítica de los defectos de

este trabajo, un tanto prematuro por mi experiencia todavía limitada; les exhorto desde ahora, para emprender en América la lucha organizada y solidaria contra el cáncer uterino, que arrebatada por descuido de médicos y desidia é ignorancia de enfermas, tantas vidas útiles, pérdidas evitables si interviene oportunamente la mano armada del cirujano.

PROPORCION DE CASOS CURABLES

A mi servicio del Hospital de «Santa Ana» donde ingresan el mayor número de cánceres uterinos de la población hospitalaria, acuden aproximadamente cien casos nuevos cada año, ó sea en los seis años comprendidos en mi estadística operatoria, 600 casos más ó menos. He practicado durante este tiempo veintiuna operaciones radicales por cáncer cervical, á cuyo número puedo agregar 3 ó 4 enfermas que se negaron á ser operadas, lo que dá un total de 25 operables entre 600 enfermas examinadas, ó sea un porcentaje de 4.16, tasa bajísima.

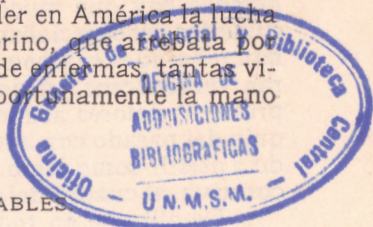
Leyendo la bibliografía del cáncer uterino llama la atención, aún en los trabajos europeos y norte-americanos recientes, encontrar consignado un reducido tanto por ciento de casos operables, exceptuándose de esta regla la estadísticas alemanas y algunas francesas (POLLOSON), donde la cifra de operables es satisfactoria.

La propaganda de WINTER en Alemania en favor de la operación precoz, ha contribuido eficazmente al mejoramiento de las estadísticas de ese país en calidad y número, por la vulgarización de los síntomas iniciales de la neoplasia y llevando al público el convencimiento de ser necesario que se someta á un examen médico riguroso toda mujer que presente fenómenos sospechosos, máxime si se halla en la menopausa, época la más favorable al desarrollo del cáncer uterino.

Entre nosotros se explica facilmente que en los hospitales tengamos pocas ocasiones de salvar á estas enfermas con los recursos de la cirugía. Llegan demasiado tarde las más de las veces á manos del operador para que nada pueda intentar; porque las causas que para ello intervienen en otros lugares están aquí ampliadas.

La ignorancia de nuestra población indígena y del proletariado en general, en asuntos de salud é higiene es lastimosa, notable su resignación para el sufrimiento; no están habituados á observarse ni á prestar atención á sus personas, así de ordinario quedan las mujeres indiferentes ante las pequeñas molestias iniciales de la enfermedad, continuando su vida ordinaria. Como están llenas de prejuicios é ideas absurdas de los órganos genitales y de la función genésica, como no tienen confianza en el profesional, recurren á él ó ván al hospital solo en el último extremo, agobiadas por el dolor, en estado irremediable.

Entre las personas cultas ocurre algo semejante. Las señoras no valorizan los peligros que pueden significar para ellas las leucorreas ó pequeñas hemorragias iniciales del cáncer uterino, y ocupan



de ordinario al profesional cuando el mal ha dejado de ser curable. Muchas hay que mueren de cáncer uterino sin haber recibido los cuidados del especialista; por exagerada y estrecha noción del pudor han rehuído el examen ginecológico, ocultando síntomas que consideran vergonzosos y á la aparición de una hemorragia profusa ó de los primeros dolores acuden á algún práctico anciano, venerable reliquia del pasado con aversión por las audacias de la cirugía, destinado á asistir como mero instrumento de consuelo ó simple figura decorativa, al cuadro doloroso de cruel y lenta agonía de la enferma.

De allí que en todos los medios sociales de nuestra Capital el número de las enfermas que se operan es muy bajo y las curadas, fracción inapreciable en la gran suma de las atacadas.

El desastre causado por el cáncer uterino—una de las localizaciones neoplásicas más curables— debe ser tambien factor apreciable de mortalidad en las otras repúblicas americanas. No conozco datos estadísticos, pero tratándose de enfermedad que con variaciones de grado se extiende universalmente, me atrevo á suponer contribuya con cifra considerable á incrementar el número de defunciones anuales.

Ante esta enfermedad general y evitable, surge, se impone, la necesidad de una lucha organizada, colectiva, del cuerpo médico, análoga á la destinada á combatir la tuberculosis. Se disculpará que por patentizar los estragos del cáncer uterino, me haya permitido rememorar una vez más los defectos sociales que lo favorecen, tomando ejemplo del medio donde ejerzo.

#### MIS HISTERECTOMIAS EN EL HOSPITAL DE «SANTA ANA».

Antes de 1908 hice algunas histerectomías totales por cáncer en mi servicio quirúrgico, pero como el registro de observaciones data de dicho año, sólo consignaré las comprendidas en ese libro.

De 1908 á la fecha he practicado 21 intervenciones radicales por cáncer uterino, 20 por vía abdominal y una histerectomía vaginal.

En todos los casos menos en uno, la neoplasia estaba radicada en los labios del cuello; en un caso se trataba de epiteloma intracervical.

La edad de las enfermas fluctuaba entre los límites extremos de 25 y 60 años.

De los cánceres operados fueron: limitados al cuello 17; con propagación vaginal 4.

Tratadas por colpo-histerectomía simple 16, con tres defunciones como resultado inmediato de la operación, 2 por infección, 1 por shock. De las 13 restantes, se presentó en 5 la recidiva á los pocos meses, en 1 al año, en 1 á los dos años, en otra actualmente en tratamiento, á los 4 años; las demás no pudieron ser observadas.

Tratadas por colpo-histerectomía ensanchada, método WERTHEIM-BUMM 4, todas con éxito operatorio; 1 desde hace año cuatro meses, hasta ahora completamente sana; las otras 3 forman la serie del presente año y datan de 4, 3 y 2 meses, respectivamente.

## TECNICA

Limitándome á la operación de WERTHEIM, objetivo de este trabajo, resumiré la técnica empleada por mí que se aproxima al modo de proceder del Dr. BUMM, de Berlin, con ligeras modificaciones.

En la primera operación de cáncer uterino por exéresis amplia, la técnica seguida fué imperfecta; traté de conformarme cuanto me fué posible á la recomendada por el Dr. LECENE en 1910 («Journal de Chirurgie», enero), pero conseguí extirpar únicamente reducida porción de parametrio.

En las tres operaciones de este año seguí, como he dicho, la práctica del Prof. BUMM, ensayando antes en el cadaver con la ilustrada cooperación del Dr. A. JACOBY, discípulo distinguido del maestro alemán.

En ningún caso hice ligadura previa en las arterias hipogástricas, como recomiendan J. L. Faure, POLLOSON y otros.

Anestesia al éter. En el último caso, enferma bastante anemizada, con reducción circulatoria por ligadura de los cuatro miembros. Los tiempos operatorios se sumarizan como sigue:

Incisión media del abdomen avanzando más arriba del ombligo.

Posición TRENDELENBURG acentuada.

Colocación de la vulva automática de DOYEN y liberación de la pelvis por rechazo de los intestinos con compresas.

Prehensión del útero con instrumento obtuso.

Sección aproximada á la pelvis, previa ligadura, de los ligamentos infundibulum-pélvicos.

Ligadura de los ligamentos redondos.

Sección de la hoja anterior de los ligamentos anchos de un extremo á otro y separación de esta hoja en la parte media rechazándola con la vejiga cuanto sea posible, valiéndose para ello de los medios apropiados según el caso.

En cada lado, tirando del útero hácia el opuesto, separación hasta su base de las dos hojas del ligamento ancho, sirviéndose para hacerlo de instrumento obtuso, nunca con los dedos.

Se distingue en el fondo, á cada lado, marchando oblícuamente de fuera hácia adentro, y de atrás hácia adelante, la arteria uterina que vá á abordar el cuello, reconocible por sus flexuosidades y sus latidos.

En cada lado, ligadura y sección de la uterina lo más cerca posible de su origen, cogiendo el extremo periférico con una pinza de KOCHER.

Investigación del ureter en la hoja posterior, si no ha sido ya encontrado en el tiempo operatorio precedente. Aislamiento y reclinación hácia afuera de este órgano, descubierto y separado así hasta la vejiga.

Ligadura y sección por pisos de los ligamentos útero-sacos, teniendo á la vista el ureter y rechazándolo si es preciso para evitar que sea lesionado. Al mismo tiempo se divide y separa lo más posible la hoja peritoneal retro-uterina, se separa con ella el recto de la cara vaginal posterior, se secciona la hoja posterior del ligamento ancho respetada hasta ese momento.

Tracción sobre el útero ya susceptible de ser levantado mucho más en los primeros tiempos operatorios. Sección de los parametrios lo más cerca posible de la pelvis, sirviendo de guía afuera la pinza colocada sobre la uterina.

Colocación de las pinzas angulares de WERTHEIM y división de la vagina entre ellas.

Poniendo un campo especial de protección, se quita la pinza acodada que cierra la vagina fijando debidamente el muñón de este órgano; se introduce en su cavidad una gasa para absorber el líquido que pudiera contener.

Se ligan los puntos sangrantes de la sección vaginal y si precisa, se ponen algunas otras ligaduras suplementarias. En general sangró poco el campo operatorio, en mis casos, después de separado el bloc útero-vagino-paramétrico.

Un ayudante, valiendose de pinza larga introducida por la vulva, extrae la gasa que ocupa la vagina. En su lugar se coloca un grueso drain tirado por el mismo ayudante hasta que asoma por el orificio vulvar, y fijado arriba á la vagina por un punto de catgut.

Solo uno de mis casos peritonisé cerrando enteramente las hojas de la serosa sobre el drain y la vagina, modo de hacer recomendado por todos los autores, que ocluye el vientre en su parte pelviana, limitando la acción del desague á los parametrios.

En los otros tres casos la vagina con su drain quedó abierta en la pelvis. Peritonisamos los extremos de la brecha operatoria por aproximación de las hojas separadas del ligamento ancho y en el centro, unimos las hojas peritoneales á los bordes correspondientes del muñón vaginal. Para hacerlo así usamos de dos hilos; con uno partiendo de un extremo se llega con el *surget* hasta unir la cara posterior de la vagina, terminando en el ángulo de ella opuesto al punto de partida de la sutura. El resto se hace con un nuevo hilo, comenzando en el otro extremo de la brecha operatoria.

Únicamente en nuestra primera operación drenamos por el abdomen, conformándonos en las demás con el desague vaginal.

Cerramos el vientre en cuatro planos: peritoneal, aponeurótico y célula grasoso, al catgut; agrafes para la piel.

#### PERIODO POST-OPERATORIO

Las cuatro operadas curaron. Todas estuvieron bastante deprimidas en los dos primeros días; sufrieron vómitos ocasionados por el anestésico y dolores en la región epigástrica. La duración del acto operatorio cerca de dos horas, explica estos fenómenos.

Las enfermas fueron colocadas en la posición de FOWLER inmediatamente después de despertar del sueño anestésico y mantenidas así durante los primeros seis días, no obstante su estado de depresión. Se les inyectó por vía intravenosa y subcutánea, repetidas veces, suero artificial en pequeñas cantidades, adicionado de adrenalina. Recibieron también por vía subcutánea, dosis masivas de aceite alcanforado.

Tuvieron fiebre ligera en los primeros días, la cual desapareció definitivamente el cuarto ó quinto día después de la administración de un laxante.

Las orinas escasas en las primeras veinticuatro horas, fueron después aumentando gradualmente hasta llegar á la normal. En dos casos las orinas estuvieron durante cuarenta y ocho horas teñidas de sangre. En dos casos hubo cistitis post-operatorias, que cedieron lentamente al tratamiento.

El drain vaginal fué mantenido 4 días en los dos primeros casos, para reemplazarlo y suprimirlo por último definitivamente á los ocho días.

En las dos últimas operadas se mantuvo el grueso drain 8 días, siguiendo los consejos que dá el Dr. J. L. FAURE. Una de estas enfermas presentaba al quitar el drain, en el fondo de la herida vaginal, una ulceración atónica que no cicatrizó del todo hasta los veinte días. Para curarla usamos la galvano-cauterización y toques de yodo. La atribuimos á la presión prolongada del tubo de drain.

Las cuatro operadas abandonaron el hospital á los 24 ó 25 días de la intervención. Son éxitos operatorios, pero no pueden contarse todavía como curaciones de cáncer uterino, que sólo se designan definitivas después de vencidos los cinco años de la operación, sin que se presente recidiva.

Presento estas historias como simple exponente de mi esfuerzo personal en este terreno quirúrgico, y por las reflexiones que me han sugerido.

#### CRITICA DEL PROCEDIMIENTO OPERATORIO

La ligadura de las arterias hipogástricas no la he practicado en ninguna de mis operaciones, sin tener que arrepentirme de ello. Nunca tuve hemorragia séria durante mis intervenciones, ni siquiera dificultad para cohibir la hemorragia venosa de los tiempos que preceden á la separación del bloc útero-vagino-paramétrico. Mi impresión al presente, respecto á la ligadura de las hipogástricas (no usada por los cirujanos alemanes), es considerarla por lo menos inútil en la mayoría de los casos, por las razones que voy á exponer:

1º En operación tan laboriosa y necesariamente prolongada, el tiempo destinado á ligar estas arterias es digno de ser tomado en cuenta. La técnica debe variar de la derecha á la izquierda si se sigue el manual operatorio publicado por los Dres. PROUST y MAURER, y la denudación del vaso parece peligrosa para el ureter, muy inmediato, y para las venas ilíacas interna y externa y su confluente, sobre el cual descansa el vaso arterial. Si se adopta la técnica del Dr. FAURE, ligando la hipogástrica por un simple ojal, peritoneal, aunque las dificultades parecen menores, los escollos anatómicos subsisten y falta la orientación sobre el ureter, que se consigue por el procedimiento anterior. De todas maneras, para actuar con seguridad es indispensable emplear en esas ligaduras un espacio de tiempo apreciable que aumentará la duración del acto operatorio.

2º Suponiendo que la habilidad del cirujano deje sin valor la objeción precedente, quedará siempre la ligadura de las hipogástricas, un tiempo operatorio inútil, una supresión de irrigación san-

guínea innecesaria desde que todas las técnicas consagran enseguida como indispensable la ligadura de las uterinas, de las vaginales en la superficie de sección de la vagina, las ligaduras por pisos de los ligamentos útero-sacos, etc.

Se habla de mayores facilidades por falta de sangre para la busca y separación de los uréteres cuando se hace ligadura previa de las iliacas internas; pero sin hacerla, separando las hojas del ligamento ancho con instrumento obtuso y sin usar de los dedos, quedan respetados los vasitos venosos que dan sangre en este tiempo, el campo operatorio limpio y lo que es mejor, facilmente distinguible la uterina por sus latidos y siguiéndola, se llega al ureter, cruzado por ella.

Tal vez en casos mas avanzados que los operados por mi, sea válida la ligadura de las hipogástricas; pero si la invasión cancerosa no ofrece probabilidades de ser detenida como sucede de ordinario en los cánceres propagados, es discutible la indicación de operar radicalmente y con ella el valor de las ligaduras dichas en la técnica del tratamiento operatorio del cáncer uterino.

Por mucho que se procure la desinfección vaginal antes de la operación, se raspe y se cauterice el cuello enfermo, no podrá suprimirse la producción de líquido séptico en la cavidad cervical y en el endometrio durante los tiempos abdominales que preceden á la complementación de la exéresis. Las múltiples sacudidas y presiones que sufre la matriz llevan por expresión esos líquidos sépticos á la vagina y cuando se divide ese conducto se encuentra en él siempre una pequeña cantidad de moco espeso y turbio.

Fundándome en lo anterior, creo que no debemos apartarnos de la recomendación del Prof. WERTHEIM de seccionar la vagina entre dos pinzas, de las cuales juzgo enteramente indispensable la superior, que encierra la úlcera cancerosa y la cúpula vaginal. Bien liberados los uréteres y reconocida por la vista su posición, es fácil colocar las pinzas sin alcanzarlos. Más tarde hay que quitar la pinza inferior; ciertamente, pero trabajamos ya en terreno libre, podemos formar campo especial é introducir inmediatamente en la abertura vaginal, como es de práctica, una pequeña gasa, remplazada después por el drain que la empuja á la vulva con la ayuda de un asistente especial. Procediendo así no hay probabilidades de infectar el peritoneo.

En la peritonización, como antes dije, procedimos siguiendo las reglas habituales solo en un caso. Allí afrontamos las hojas peritoneales con un *surget*, de manera que cubriera la abertura vaginal y su drain, quedando así cerrado el vientre por abajo. En esta enferma pusimos drain abdominal de seguridad, precaución omitida en las otras operadas.

En ellas con la técnica oportunamente descrita, quedó abierta la vagina en el fondo de la pelvis, estableciéndose así un desague pe-



ritoneal. La posición de FOWLER, adoptada siempre para nuestras operadas, hace mas eficaz este desague que difiere en su función del ordinariamente aconsejado. Cerrada la cavidad peritoneal sobre la vagina y su drain, se limita la influencia de éste al parametrio ó sus restos; en cambio, si el peritoneo queda abierto y sus hojas son suturadas á las paredes vaginales, el tubo de desague servirá en caso de infección para dar salida á los productos patológicos formados en el interior de la serosa.

Usando la posición de FOWLER y excluyendo la gasa para drenar, creemos no debe temerse una infección secundaria del peritoneo, partida de la vagina. No hemos tenido que lamentar incidente de este género en nuestras operadas, no obstante de haber peritonizado así, dejando la vagina abierta muchas veces, pues nos hemos servido de esta técnica en todas nuestras histerectomías totales simples.

La oclusión total de la herida operatoria pelviana obtenida de esa manera no es obstáculo para que el drain vaginal sirva á la evacuación de la sangre, linfa ó detritus tisulares resultados del traumatismo operatorio, porque si por hemostasis insuficiente ú otra causa se acumulan bajo el peritoneo en cantidad excesiva, se separará en algún lugar la sutura y escapando los líquidos á la pelvis, encontrarán en el punto más declive el drain vaginal, que les dará salida.

Esta manera de peritonizar tiene, por último, la ventaja de permitir se suprima la serie circular de suturas en U de la vagina, necesarias para seguridad de la hemostasia con el procedimiento clásico reemplazadas aquí por el apretado *surget* de unión entre serosa y mucosa que bordea el extremo abdominal de la vagina y sirve simultáneamente á los fines de unión y hemostasis.

#### CONCLUSIONES

*Un tanto aventuradas por el corto numero de observaciones en que las fundo, puedo resumirlas así:*

1º.—*Considero inutil la ligadura previa de las arterias hipogástricas como tiempo preliminar de la operación de WERTHEIM-BUMM, por las razones expuestas. Esta afirmación es para mí enteramente definitiva tratándose de cánceres cervicales poco avanzados, sin compromiso aparente del tejido celular pelviano.*

2º.—*Es indispensable para los fines de la asepsia operatoria, extraer cerrado el bloc utero-vagino-paramétrico; por consiguiente, debe seccionarse siempre la vagina entre dos pinzas angulares de WERTHEIM.*

3º.—*El modo de efectuar la peritonización dejando la vagina abierta en el vientre, ejecutado por nosotros en tres casos sucesivos y sin incidente, no es peligroso para la enferma en la posición de FOWLER, y extendiendo la acción del drenaje á la cavidad peritoneal, sirve igualmente á los fines de desague subperitoneal.*

4º.—*La técnica de WERTHEIM BUMM dá relativas facilidades operatorias si se actua sin precipitación y ordenadamente en la ejecución de los tiempos sucesivos.*

5º.— *Dada la mortalidad operatoria reducida del vaciamiento pelviano limitado, como se practica hoy en todas partes, debemos esforzarnos por aumentar el porcentaje de operabilidad en los cánceres uterinos.*

Precisa que nos solidarizemos los cirujanos americanos, poniendo en práctica los medios mas adecuados para obtener en el mayor número de las enfermas el descubrimiento precoz de las lesiones neoplásicas, y poder operarlas cuando el cáncer está limitado y la exéresis puede curarlas.

Formemos una liga contra el cáncer uterino, que arrebatara tantas vidas; vulgaricemos en nuestras sociedades los síntomas iniciales de la enfermedad; recordemos á los prácticos generales la responsabilidad moral en que incurren si por descuido suyo pierden las enfermas el tiempo precioso en que la cirugía puede salvarlas; hagamos saber á las enfermas que descuidar esta enfermedad equivale á condenarse voluntariamente á agonía dolorosa y muerte inevitable.

La propaganda bien encaminada puede darnos resultados apreciables, por lo menos en las ciudades. La antigua noción del pudor ha evolucionado en los medios cultos, se subordina hoy á un concepto menos estrecho, distanciándose cada vez más de la genitofobia medio-eval para acercarse definitivamente á lo que hemos convenido en llamar decencia. El medio está preparado para aceptar nuestros consejos sin repugnancia, y aprovechar el conocimiento de los síntomas iniciales de la enfermedad para tratarla; debemos presentársela tal cual es: inoperable en su faz avanzada, perfectamente curable atendida en tiempo oportuno. Debemos convencer á las señoras de la necesidad de someterse á un examen riguroso de sus órganos genitales cuando no funcionen normalmente. Conociendo el peligro, buscarán oportunamente al especialista; sabiendo que la cirugía puede curarlas, se someterán resignadas á la intervención.

Asociemos nuestros esfuerzos y obtendremos el feliz resultado que la tenacidad y constancia del Prof. WINTER ha conseguido en Alemania, país donde el porcentaje de curabilidad del cáncer uterino es muy elevado.

---

## LEISHMANIA FLAGELADA EN EL PERU

por el doctor Edmundo Escomel.

El 6 de setiembre de 1911 hicimos en la Sociedad Médica de Arequipa, la presentación del primer caso de Leishmania flagelada observada en el Perú y que estaba representado en una preparación microscópica adjunta.

El 21 de abril de 1912 escribí al profesor LAVERAN la historia clínica de este enfermo y en mi carta decía al sabio maestro entre otras cosas lo siguiente:

## EXAMEN MICROSCÓPICO DEL LÍQUIDO DE LAS ULCERAS

Practicado éste con todas las precauciones de rigor, se vieron varios microbios, atribuidos a infecciones secundarias. En cambio, sobre algunas de estas preparaciones coloreadas por el azul de Leishmann, pude observar pequeños cuerpos de contornos bien definidos, algunas veces de forma oval, otras de forma piriforme, incluso, sea en células embrionarias, sea en leucocitos, ó libres entre estos elementos figurados. Algunas veces están agrupados por treinta, mientras que otras están enteramente aislados. Algunos carecen completamente de flagelos en sus extremidades polares y sus dimensiones fluctúan entre 2 y 5  $\mu$ ; otros están provistos de un flagelo delgado, encorvado de diferentes maneras, insertado en uno de sus polos (por lo regular el más agudo). Algunas veces los flagelos son dos, uno en el polo que llamaremos anterior—es el más largo—afilado y flexible; el otro es el posterior, un poco más pequeño, más ancho y más rígido, sin ser recto. Los flagelos tienen dimensiones que varían entre 2 y 5  $\mu$ .

Por la acción del colorante cada cuerpo toma un tinte azul claro, en el cual se destacan dos pequeños puntos de color rojo púrpura, uno mucho más grande que el otro. Los flagelos toman un color rosa, más claro que los corpúsculos intracelulares (1).

Los grandes corpúsculos rojos son núcleos; los pequeños son blefaroplastos.

Este parásito en la forma que se presenta no es otra cosa sino una Leishmania y la enfermedad es seguramente una Leishmaniasis cutánea.

¿Es por casualidad un enfermo atacado de Buba brasilera en la cual se han hallado también Leishmanias?

Este enfermo que carece de toda lesión naso-buco-faríngea ¿no es atacado de Botón de Oriente múltiple?

¿Representa acaso la forma inicial, *polichancrelar*, de la Espundia?

Todas estas preguntas hallarán sus respuestas en la observación minuciosa y la paciente experimentación que solo los hechos y el tiempo llegarán a establecer de manera incontestable.

El maestro LAVERAN me contestó que siendo un *dogma científico* el que la Leishmania flagelada solo se observase con éste carácter en los cultivos y *no en el cuerpo humano*, no podía dar publicidad a mis observaciones si no rectificaba ó comprobaba mis conceptos.

La ocasión no tardó demasiado en presentarse, pues el 12 de enero de 1913 hice a la Sociedad Médica de Arequipa una segunda presentación de Leishmania flagelada en el hombre vivo.

La historia clínica era la siguiente: L. R. de veinticuatro años de edad, soltero, no habiendo tenido ni sífilis, ni tuberculosis. En el mes de noviembre de 1911 fué hácia la región selvática del Manuripe, límite con Bolivia, donde permaneció durante cinco meses. Hallándose en el Manuripe le apareció la primera ulcera por encima y por delante de la articulación tibio-tarsiana izquierda.

(1) El líquido Klausner los permite estudiar con gran facilidad.

Principió por pequeñas úlceras que se cubrieron bien pronto de costras que crecían de más en más. La segunda úlcera apareció detrás de la articulación, la cual se acrescentaba al mismo tiempo que aparecían nuevas úlceras, sea confinantes ó distanciadas de las primeras, propagándose por la vía linfática hasta alcanzar el número de treinta pequeñas y dos enormes.

Las que aparecían primero eran las más grandes: a medida que se alejan del muslo disminuyen de tamaño, siendo éste tanto menor cuanto mas jóven es la úlcera. Siguiendo siempre la vía linfática, las dos mas altas se muestran bajo el aspecto de una simple mancha violácea, un poco mas consistente que la piel: este color se acentúa de mas en mas hasta que la úlcera se perfora, se cubre de una costra, la pierde en seguida y por último constituye la úlcera crónica definitiva.

Las úlceras son todas redondas y cuando una confina con la próxima ó cuando llega a ser muy grande, se *circina* claramente.

El borde de la úlcera es blanco, duro, epidermoide, desprendido, tallado a pico, se puede pasear por debajo de él un estilete.

Concéntricamente al borde existe una zona violácea circunferencial mientras que en el centro, el fondo ulcerativo es carnoso, purpúreo, con botones blandos y fácilmente sangrantes.

Cuando se raspa para hacer una preparación surge una sangre venosa, negra, muy oscura.

En este enfermo no ha habido la inoculación a distancia por el rascado como es la regla de la Leishmaniasis no flagelada, habiéndose observado sólo propagación por continuidad, por vecindad, por vía linfática progresiva como camino de preferencia.

Tampoco se observa ninguna lesión rino-buco-faringea.

Como se ve, clínicamente existe una enorme diferencia entre el caso que describimos y los casos corrientes de Espundia ó de Leishmaniasis Americana, como asimismo en esta última entidad típica jamás he visto formas flageladas de los corpúsculos de Leishmann.

Al contemplar aquel aspecto *circinado* característico, saltante a la vista, me dije inmediatamente que esta evolución no podia ser dada sino por un parásito *giratorio*, en tirabuzón, como el de la sífilis ó el del Pian, y exprofeso fui en busca de treponemas por el método de Klausner, siendo grande y muy grata mi sorpresa al ver confirmado mi prejuicio de la manera mas elocuente por la presencia de Leishmanias flageladas, cuyos flagelos movibles hacían el papel de penetración orgánica, tales como los había descrito en 1911, hallando una concordancia clínica perfecta entre el funcionalismo de estos animales flagelados y la *circinación* de las úlceras, asi como comprobando, por otra parte, las diferencias capitales que existen entre la Espundia clásica y ella, tanto desde el punto de vista clínico como desde el microscópico.

Hasta nuevos estudios me queda el derecho de llamarla *Leishmaniasis Americana var. flagelada*.

Y digo hasta nueva orden, porque como lo he afirmado para la Espundia solo el tiempo y la multiplicidad de observaciones vendrá a dilucidar de manera definitiva la unidad ó la pluralidad de las Leishmaniasis.

El 11 de diciembre de 1912 y bajo el título de «*La Leishmaniasis de las mucosas y el primer descubrimiento de la Leishmania trópica flagelada en el cuerpo humano*» publicó un artículo el doctor FRANCISCO LA CAVA en el Boletín de la «Société de Patologie Exotique» de París, echando por tierra el dogma científico que había sido el escollo con que tropesaron mis observaciones para ser presentadas en dicha Sociedad.

Como mi primera presentación de Leishmaniasis flagelada en el cuerpo humano databa de setiembre de 1911, ó sea en una época anterior, a la del doctor LA CAVA, en quince meses, mi maestro el doctor LAVERAN, con la nobleza y el gran espíritu de equidad que caracteriza a estos grandes sabios, reivindicó mis derechos de prioridad en la sesión de la Sociedad de Patología Exótica de París de 9 de abril de 1913, desapareciendo el hasta entonces dogma científico mundial, para dejar el paso a la verdad sustentada por los hechos.

Queda aun pendiente el problema de la unidad ó de la pluralidad de las Leishmaniasis.

Si los estudios ulteriores llegaran a la conclusión de la unidad, habrá que considerar varias formas clínicas de la enfermedad. Si se deciden por la pluralidad, nuevas especies ocuparán los lugares que les corresponde en la nosología tropical.

#### CONCLUSIONES

- 1.—*Háme cabido en suerte observar, hasta hoy, dos casos de Leishmaniasis cutánea flagelada;*
- 2.—*Su forma clínica se aparta por completo de la Espundia clásica;*
- 3.—*La Leishmaniasis flagelada existe en el cuerpo humano, cayendo por tierra el dogma de que solo se le veía en los cultivos; y*
- 4.—*Este descubrimiento patológico corresponde a la modesta Sociedad Médica de Arequipa, que lo ha comprobado quince meses antes, que cualquiera otra asociación científica del mundo.*

CLÍNICA MEDICA DEL HOSPITAL «DOS DE MAYO».

### ARTERIOESCLEROSIS

por el profesor doctor Ernesto Odriozola.

**E**L enfermo que ocupa la cama N° 18 y que juntos examinamos el viernes último, pertenece á una categoría de casos ya conocidos para ustedes, porque abundan en el hospital; pero apesar de esto, presentan siempre gran interés, en el concepto etiológico, cli-

nico y terapéutico y serán muy probablemente de los primeros en acudir á vuestros consejos y á vuestra dirección.

Hacen 43 años que abandonó su país, para venir al Perú, destinándose como peon en la hacienda «Paramonga». Trabajó allí durante ocho años y declara que jamás padeció de enfermedad alguna. Al cabo de este tiempo pasó a Tarma, dedicándose en esta ciudad al oficio de carnicero. Después de una permanencia de cuatro años, durante los cuales tampoco se alteró su salud, vino á Lima, en donde ha continuado hasta la fecha, ocupándose como carnicero, albañil y últimamente como zapatero.

Ha tenido varios hijos de los cuales algunos han muerto muy pequeños y los dos que viven, uno de 8 años y el otro de 14, son sanos. Confiesa ser *opiófago* moderado, pero niega rotundamente usar el alcohol.

Esta última afirmación debe ponerse en tela de juicio, pues bien sabido es que esta raza usa una bebida alcohólica que resulta de la fermentación del arroz y que puede producir y produce en efecto los mismos estragos que el alcohol de variada procedencia, en nuestro país.

En materia de enfermedades venereas, solo refiere haber padecido de algunas gonorreas en su juventud.

Hace mas de un año que este enfermo comenzó á darse cuenta de que en ciertas ocasiones y sin motivo aparente alguno era acometido por frecuentes *palpitaciones*, *excesivo cansancio* y *fatiga*, fenómenos que lo obligaban á abandonar todo trabajo hasta reponerse; pero, declara que esta calma no duraba mucho, porque al poco tiempo de regresar a sus labores, reaparecían aquellos. Últimamente, hacen tres semanas, notó qué á más de estos fenómenos, la cara y las piernas principiaron á *hincharse* de una manera progresiva, á punto que alarmado él y su familia, decidieron su ingreso en el hospital, hacen 10 días, á la sala «San Roque», de donde ha sido trasladado á este servicio.

Cuando este enfermo fué examinado por nosotros, recuerdan ustedes, que todo vestigio de *hinchazón* se había disipado: las piernas estaban secas, enjutas y lo mismo pasaba en el resto de su cuerpo.

Al descubrirlo, no era difícil sorprender *violentas vibraciones* de los gruesos troncos arteriales: de las carótidas, de las crurales, de las radiales, apareciendo estas últimas flexuosas, duras, visibles en una buena porción de los antebrazos descarnados, en medio de las gotieras musculares que las alojan y demostrando una *tensión exagerada*. Esta vasta y poderosa impulsión de las grandes arterias visibles, imponía desde luego una justificada sospecha de generalizados trastornos materiales del aparato circulatorio, dentro de los cuales el órgano central debía ocupar lugar prominente. En efecto á la simple vista se descubrían intensos latidos en la zona inferior de la región *precordial*. La punta del corazón latía en el 6º espacio intercostal, algo por fuera del mamelon. La mano aplicada en ese lugar recogía la sensación de movimientos enérgicos del órgano, pero sin *thrill* apreciable. La macicez de la región estaba muy aumentada, demostrando la existencia de una *hipertrofia* evidente.

Las enseñanzas emanadas de la auscultación, fueron muy interesantes, por que donde se ponía el oído, se escuchaba un *soplo doble* muy enérgico. Pero recorriendo los diferentes focos, era posible apreciar: 1º un soplo *sistólico* grave, en la punta, con propagación axilar y 2º otro soplo, *sisto-distólico*, muy intenso también, de timbre mas claro, cuya intensidad mayor en la base y del lado derecho, adquiere su máximo de intensidad a medida que se acercaba al apéndice jifoides.

La existencia de esto soplos, con la localización máxima ya indicada, nos autorizó a pensar que se trataba, de lesiones *valvulares múltiples*. El soplo *sistólico de la punta* revela una insuficiencia de la mitral y el doble soplo basal, advierte la existencia de una insuficiencia *aórtica* en la que el soplo sistólico demuestra una alteración (rigidez, desigualdades) de las sigmoideas aórticas. No les debe llamar la atención el hecho de que el máximo de la intensidad de este doble soplo, se encuentre cerca del apéndice jifoides, porque que ya en varias ocasiones he tenido la oportunidad de probarles que las lesiones aórticas presentan soplos cuyo máximo radica en el lugar indicado, sin que esta localización corresponda a lesiones *tricuspidianas*, como lo enseña la semeiología, lesiones que por lo demás son muy raras y que cuando existen, no son generalmente sino simples derivaciones, de orden mecánico, de las que atacan al sistema valvular del cruzamiento izquierdo.

De manera pues que en nuestro enfermo hay una *insuficiencia mitral* con una *insuficiencia aórtica*. De estas dos lesiones, la última es la mas ostensible, por los fenómenos que hemos descrito y á la cabeza de las cuales se encuentra la vibración *general* de las gruesas arterias ya mencionadas. El trazo esfigmográfico que aquí les presento, comprueba lo que les digo: en él notarán el *gancho* característico de la insuficiencia.

¿La intensidad de los soplos de este enfermo, manifiesta un grado avanzado en las lesiones? De ninguna manera, porque no hay relación entre ellos. Un gran soplo puede corresponder á una lesión leve y vice-versa, noción que es preciso no olvidar, porque hay siempre tendencia á descubrir una razón directa entre la intensidad de soplo y la de la lesión.

Lo que podemos afirmar de nuestro enfermo, es que ya el *miocardio*, ha comenzado ha desfallecer, como lo ha comprobado el *edema* generalizado que presentó a su entrada al hospital y que delataba una asistolia. Felizmente no ha perdurado, porque en la actualidad, no existe ni por fuera ni por dentro, es decir, que no se notan *congestiones pasivas* ni en el hígado, ni en el pulmón ni en otros órganos; solo hay un poco de *oliguria*, fenómeno que implica perturbaciones persistentes por el lado de los riñones. El análisis de la orina ha demostrado la presencia de *serina*, de células *renales* y de *urobilina*.

La condición en que se encuentra el sistema arterial periférico y á la que hemos aludido, significa que la alteración valvular cardiaca no es sino una localización de un proceso generalizado, que existe en este enfermo lo que se designa con el nombre de *arterio-esclerosis*. De manera que debemos suponer que las lesiones valvulares están comprendidas dentro de esa transformación anatomo-pa-

tológica. Los *riñones*, como lo ha demostrado el análisis de la orina, están igualmente interesados por un mecanismo idéntico.

¿Cuál puede ser la causa de estas lesiones? Este es un punto muy oscuro y cuyas raíces son impalpables, porque entre sus antecedentes no hay enfermedad alguna a la que pueda imputarse. No existe el *reumatismo*, ni la *sífilis* comprobada y cuanto al *alcoholismo* no hay razones categóricas ni para acojerlo ni para rechazarlo, de modo que la etiología de esta enfermedad permanece indeterminada, quedando siempre en pié las sospechas etiológicas invocadas al principio.

Sea de ello lo que fuere, lo que importa saber, desde el punto de vista *pronóstico*, es que la aparición de la asistolia es la señal de alerta y que es llegado el momento de someterlo a un sistema de vida cuya influencia puede ser tan benéfica que le permita una larga supervivencia.

Es preciso tener en cuenta, que en esta clase de enfermos, un régimen bien dirigido y observado y una medicación sistemática, puede hacer prodigios, hasta el punto de crear una situación de salud completa, por lo menos en lo que se refiere á los desordenes funcionales, pues los signos físicos ya no pueden sufrir modificación alguna.

Estos enfermos necesitan someterse á un régimen de alimentación *lacto-vegetariano*, que conviene interrumpir durante algunos días, para sujetarlos á la leche exclusivamente.

Vigilar estrictamente las funciones intestinales, administrando *laxantes*, con más ó menos frecuencia, ó *purgantes enérgicos* cuando las circunstancias lo requieran, como lo exige la reaparición de los *edemas*.

Recomendar un *ejercicio moderado, sistemático*, evitando las labores que reclaman esfuerzo sostenido que contribuye a fatigar al corazón, á forzarlo, á dilatarlo, en una palabra.

Atender, por los *diuréticos* suaves, á la obra de *depuración renal*, empleando, con intervalos de descanso, la *teobromina* que es la droga más usada y cuyos benéficos efectos, tenemos ocasión de juzgar todos los días.

Alternar el uso de esta droga, con los *tónicos cardiacos*, á la cabeza de los cuales está la *digital*, siendo más recomendable administrar la *digitalina cristalizada de Nativelle*, por su pureza y su dosificación más precisa. En el estado en que hoy se encuentra nuestro enfermo, de compensación establecida, es preferible emplear este medicamento, por seis ú ocho días, y á pequeñas dosis, cinco gotas por ejemplo, de la solución al uno por mil, una sola vez al día. *Pouchet* ha demostrado en efecto que la digitalina administrada en esta forma, *no se acumula* y puede por consiguiente, sin peligro, prolongarse su uso.

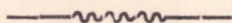
Ustedes tendrán la ocasión, muchas veces de palpar, en esta clase de enfermos, los efectos maravillosos de estos medios combinados y operar en algunos ejemplos verdaderas resurrecciones.

Desgraciadamente las crisis, á medida que se repiten, ván gastando el poder de estos recursos, cada vez se hacen más apremiantes, sobre todo si el enfermo no obedece rigurosamente, á los consejos profesionales y entonces hay que apelar á los medios extraordi-



narios y á las medidas de última hora, entre los que el régimen *hidrico atenuado* y la *sangría*, representan los resortes terapéuticos más eficaces y que sirven en muchas ocasiones, para hacer revivir enfermos que de otra suerte estarían perdidos.

Todas estas consideraciones terapéuticas, tendrán su oportuna aplicación en el enfermo que hemos analizado, pues no es difícil, profetizar que una vez salido del hospital y creyéndose sano, perderá de vista todos los consejos y todas las recomendaciones que reclama su equilibrio circulatorio inestable y entonces volverán á presentarse, probablemente con más intensidad y con menos esperanza de rehabilitación, los mismos trastornos que motivaron su ingreso y en este camino alternativo llegará por fin á su término, cayendo en las terribles angustias de la *asistolia irreductible*.



## LA LEISHMANIASIS DEL DERMIS EN EL PERU

ESPUNDIA—UTA—JUCCUYA—QCEPO—TIACC—ARAÑA.

por el doctor Carlos Monge M.

El concepto científico moderno es la consecuencia de la elaboración intelectual del pasado y el prelude, de investigaciones que tendrán su verificación mas tarde. Para llegar á él contamos con las enseñanzas y energías de ayer, que prepararon nuestro espíritu y trazaron el camino, discutiendo hechos, eliminando posibilidades, simplificando la obra. Es por esto que las rectificaciones del presente— en asuntos que atañen á la Patología Nacional —no son sino el punto de convergencia de esa preparación y esas energías, la etapa de arribada forzosa de los que no hemos hecho sino seguir esas enseñanzas y continuar ese camino.

Tal es á nuestro juicio lo ocurrido con la demostración de la naturaleza leishmaniásica de ciertas lesiones tegumentarias del Perú.

Nuestra labor comenzada hace dos años en Londres con el estudio de un caso de *Espundia*, nos hizo ver su identidad con la *Uta*, lo que confirmamos á nuestra llegada á Lima. I, así, robustecida nuestra convicción, sin vacilaciones, fuimos á la Montaña—viviendo en las zonas infectadas, observando un considerable número de casos y por lo tanto penetrando más íntimamente en el terreno de las apariencias clínicas—para demostrar la naturaleza exacta del *Qcepo*, *Juccuya* y *Tiac araña*. En todas estas lesiones hemos encontrado un agente patógeno, la *leishmania trópica*.

Parte de estos trabajos han sido comunicados al Vº Congreso Médico Latino Americano ó á su Comité Organizador á quien debemos el honor de haber aceptado y facilitado un viaje de investigaciones.

Pero quedó gran número de hechos por estudiar y en los debates del Congreso se plantearon otros nuevos cuya resolución pretendemos dar en este momento. Hay más todavía, ciertas constataciones hechas últimamente en un caso de *uta* —posibles herpetomonas humanas— dan un nuevo aspecto á la cuestión.

Tal es, pues, la labor llevada á cabo y que creemos nos capacita para revisar este problema de la Patología Nacional, permitiéndonos el establecimiento de la entidad morbosa tropical: LA LEISHMANIASIS DEL DERMIS.

Nuestra exposición comprenderá los capítulos siguientes:

- I) La Leishmaniasis del Dermis. Datos históricos.
- II) Su distribución geográfica. Datos etiológicos.
- III) La *leishmania tropica* (Wright), variedad *flagelada* (Escomel, Monge).
- IV) Las formas clínicas.
- V) Diagnóstico. Conclusiones.

#### LA LEISHMANIASIS DEL DERMIS EN EL PERU.—DATOS HISTORICOS

Con el nombre genérico de Leishmaniasis del Dermis designamos todos aquellos procesos ulcerosos ó granulomatosos de la piel y las mucosas, de los cuales es responsable la *Leishmania trópica*.

La Leishmaniasis del dermis en el Perú comprende las entidades llamadas en diferentes partes de nuestro territorio *Uta*, *Espundia*, *Tiacc-Araña*, *Qcepo*, *Juccuya*, *Llaga*, etc., en todas las cuales se ha encontrado la *leishmania trópica*.

De conocimiento relativamente reciente en América, tiene en su abono un hecho que le imprime un sello particular, el atacar no solamente la piel sino las mucosas. Efectivamente, además de los trabajos de Bueno de Miranda (1), Lindenberg (2), Carini y Paranhos, (3), Werner (4), Nattan Larrier, Touin et Hechenroth (5), Flu (6), Darling (7), Darling y Connor (8), Serdelin (9), Migone (10), que

(1) Bueno de Miranda—Arch. da Soc. de Med. et Chir. S. Paulo Año 1º pag. 500

(2) Lindenberg—L. Ulcere du Bauru ou le Bouton d. Orient au Bresil.—Bull. Soc. Pat. Exot. 1909

(3) Carini y Paranhos.—Identification de l' Ulcere du Bauru. Bull. Soc. Pat. Exot. 1909

(4) Werner.—Über Orientbeele aus Rio de Janeiro mit ungewöhnlichen Beteiligung des Lymphgefäßsystems. Arch. f. Schiffs u. Tropen Hygiene. 1911

(5) Nattan Larrier, Touin et Hechenroth.—Sur un cas de Pian Bois de la Guyane. Bull. Soc. Pat. Exot. 1909

(6) Flu—Die Aetiologie der in Surinan vorkommenden sogenannten «Bosch-yaws», etc. Centralb. f. Bakteriöl. 1911

(7) Darling—Autochtonos Oriental Sore in Panama. Trans. Soc. Trop. Med. Hig. 1910

(8) Darling y Connor—Acase of Oriental Sore in a nativi Colombian Jour. Amer. Med. Assoc.—Leishmaniasis and Babesiasis in Yucatan 1914

(9) Serdelin—Ann. Trop. Med. Parasitology. 1912.

(10) Migone—La Buba del Paraguay es una Leishmaniasis. Bull. Soc. Pat. Exot. 1913

identifican con la Leishmaniasis ciertas lesiones de la piel del Brasil, México, Panamá, Paraguay y Guayanas Francesa é Inglesa, debe hacerse resaltar de una manera particular los de Splendore (1), Carini (2), Laveran et Nattan Larrier (3), Terra (4) que han señalado la presencia de *leishmanias* en ulceraciones de la mucosa naso-labial, hecho extremadamente raro en el Bonto de Oriente ó Ulcera Oriental, pero posible sin embargo, puesto que Castellani (5) en la India y Cardamitis y Mellissides (6) en Grecia, han hecho verificaciones análogas. De todas maneras es un hecho plenamente establecido la constancia de las formas mucosas en el Continente Americano.

En el Perú casi todos los trabajos anteriores á 1901 sobre este punto de nuestra Patología, están dedicados exclusivamente a la *uta*; Smith (7), Ugaz (8), Barrós (9), Samanez (10), Biffi y Gastiaturú (11), Pagaza (12), Avendaño (13), Tamayo (14), Palma (15) y Sagarnaga (16) se ocupan de consideraciones etiológicas, clínicas ó terapéuticas.

Corresponde á Palma el mérito indiscutible de haber demostrado que la tuberculosis no interviene en su determinación, como era creencia general. De esta época á 1912 nada registran nuestras publicaciones médicas nacionales y es solamente á partir de los trabajos de Laveran y Nattan Larrier (17) en Francia, de Wenyon (18) en Inglaterra y con motivo de la proximidad del Vº Congreso Médico Latino Americano que nuestros investigadores se empeñan en el descubrimiento de su germen patógeno. Fué entonces que apareció nuestra primera comunicación resumen de los trabajos de Wenyon y cuya autorización para trasmitirla nos fué benévolamente conce-

(1) Splendore.—Buba Blastomicosi Leishmaniasi. Arch. f. Schiffis. Tropen-Hygiene 1911

(2) Carini—Leishmoniose de la maqueuse rhino-buco—Pharyngée. Bull. Soc. Pat. Exot. 1912.

(3) Laveran et Nattan Larrier—Contribución á l. etude de l. Espundia—Bull. Soc. Pat. Exot. 1912

(4) Terra La Leishmaniose Tegumentaria au Bresil—Vº Cong. Med. Latino Americano. 1913

(5) Gastellani—Jour. Trop. Méd. Hygiene. Nº 4. 1913

(6) Cardamitis y Mellissides—Bull. Soc. Pat. Exot. 1911—Véase también Brumpt—Bull. Soc. Pat. Exot. 1913 y Padesca—Arch. Hig. Pat. Exot. Dic. 1913

(7) Smith M. D—Practical observations on the diseases of Perú (citado por Tamayo)

(8) Ugaz—Etiología y tratamiento de la uta (Lupus) en el Perú. «Cron. Méd.»

(9) Barros—La Uta del Perú ó lupus «Cron. Méd.» Lima 1895.

(10) Samanez—Algunas consideraciones sobre la Uta Peruana.—«Crón. Méd.» Lima 1901

(11) Biffi y Gastiaturú—«Crón. Méd.» Lima 1910

(12) Pagaza—Uta Peruana.—«Crón. Méd.» 1904

(13) Avendaño—Apuntes sobre la Patología del Departamento de Loreto. Monitor médico de Lima 1892

(14) Tamayo—La Uta en el Perú. Trabajos del IVº Congreso Médico Latino Americano. 1909

(15) Palma—La Uta del Perú—Id. Id.

(16) Sagarnaga—Patología Tropical de la Espundia.—Id. Id.

(17) Laveran et Nattan Larrier.—Contribution a l'étude de l'Espundia—Bull. Soc. Pat. Exot. 1912.

(18) Wenyon—A case of Oriental Sore from South America. The Journal of the London School of Tropical Medicine. Julio 1912. Abril 1913.

dida (1). Declaramos que en presencia de un enfermo procedente del Tambopata y que fué objeto de una lección del prof. Manson, nuestra convicción sobre la naturaleza de estas lesiones ulcerosas de la piel y de las mucosas, quedó hecha y perfectamente arraigada. Fué en esa virtud que encarrilamos nuestras investigaciones en determinado sentido hasta obtener un resultado positivo. Y fue por eso que, primero en colaboración de nuestro inteligente amigo Dr. Vélez López (2) y luego, solos, en el valle de la Convención, demostramos la naturaleza leishmaniásica de esos procesos ulcerosos. El más elemental deber de hidalgüía, que por otra parte nos produce la complacencia mas grata, nos obliga á declarar que los Doctores Gastiaturú y Rebagliati llegaban, independientemente de nosotros, á constataciones análogas. (*Cronica Médica* julio 1913.) Entre tanto el Dr. Escomel (3) anunciaba establecer las diferencias entre la *Uta*, la *Espundia* y la Leishmaniasis americana, variedad flagelada. Posteriormente y con motivo del Vº Congreso Médico Latino Americano se dió cuenta de los trabajos de Escomel (4), Rebagliati (5), Vélez López y nosotros (6) y nosotros solos (7) en que se daba la demostración microscópica de la leishmania patógena. I últimamente se registran nuevos trabajos de Wenyon (8) y de la Comisión de Harvard University (9).

Tal es la historia de esta interesantísima cuestión, exclusivamente considerada desde el punto de vista de las investigaciones microscópicas, que nos han conducido á su conocimiento exacto. Pero es justo añadir que ya desde hace años el Dr. Bravo admitía la identidad de la *uta* y el Botón de Oriente (Merkel) y que la sección de Medicina Tropical del Vº Congreso Médico Latino Americano expresaba por medio de su presidente Dr. Julián Arce (10) conceptos de extraordinaria exactitud que precedieron los diagnósticos del Laboratorio.

A juzgar por los documentos que andan escritos, los Doctores Arce, Barton, Merkel habían, pues, entrevisto la naturaleza exacta de la *Uta*, doctrina sancionada, como acabamos de verlo por el Laboratorio, gracias á las investigaciones separadamente llevadas á cabo de Gastiaturú y Rebagliati de un lado, de Vélez López y noso-

(1) Carlos Monge M.—La Espundia es una Leishmaniasis de la piel.—Informe al Gobierno del Perú. Abril 1912. «Cron. Med.» Lima Abril 1913.

(2) Vélez López. «Cron. Med.» Julio 1913. Monge «El Comercio». Agosto 1913—Monge. El Tiacc araña. «Cron. Med.» Octubre 1913. Primera nota preliminar á un estudio sobre las Leishmaniasis del Dermis.—C. Monge. Las Leishmaniasis del Dermis en el Perú—2a. nota preliminar «Crón. Méd.» Lima 1913. (publicada con atraso)

(3) Escomel.—Cron. Méd. Lima Abril 1913.

(4) Escomel.—La Leishmania flagelada.—Trabajos del Vº Congreso Médico Latino Americano. 1913.

(5) Rebagliati.—Etiología de la Uta.—Id. Id.

(6) C. Monge y Velez Lopez.—La Uta es una Leishmaniasis. Id. Id.

(7) C. Monge M. Las Leishmaniasis del Dermis en el Perú. El Agente patógeno Id

(8) Wenyon—Trans. Soc. Trop. Med. Londres 1914

(9) Strong, Tyzzer, Brues, Sellards y Gastiaturú.—Informe preliminar. «Cró-Med». Lima 1914.

(10) Arce.—«Crón. Med.» Marzo 1913. Julio. 1913.—Trabajos de la Comisión organizadora del Vº Congreso Médico Latino Americano «Cron. Med.» Julio. 1913.

tros de otro. A igual diagnóstico clínico llegaba el Dr. Sosa en sus lecciones.

Por último y con motivo del Vº Congreso Médico Latino Americano se abordaron otros temas de la Leishmaniasis del Dermis.

El Dr. Matto, en colaboración del señor Pajuelo, señaló en casos de *uta* la presencia de elementos cultivables, cuya presencia —según nuestra opinión— en todo caso es accidental y extraña á la esencia misma del proceso, pues como veremos después, la existencia de las leishmanias, encontradas sistemáticamente, define perfectamente esta enfermedad. Por lo demás, el mismo señor Pajuelo declaró haber encontrado estos gérmenes en cuatro casos.

Merkel (1), Anchorena (2), Perez Velasquez (3), Antunes (4), Urcia (5), Voto Bernales (6), Almenara (7), Denegri (8) y nosotros mismos (9) estudiamos distintos puntos de orden clínico, epidemiología y terapéutico. I á este respecto apresurémonos á declarar que el trabajo del Dr. Denegri escrito con una sagacidad clínica notable es, á nuestro juicio, uno de los mejores capítulos de esta enfermedad, por mas que el autor nos hable de una enfermedad nueva, oriunda de las regiones orientales.

Podríamos referirnos íntegramente á su descripción cuando nos toque hablar de la Leishmaniasis de las mucosas. Personalmente, *in situ*, hemos comprobado esta aseveración.

En resumen, la naturaleza leishmaniásica de la *Espundia* revelada por Nattan Larrier, Wenyon, Escomel y Monge; la de la *Uta* demostrada por Gastiaturú, Rebagliati, Vélez López, la Comisión de Harvard University y nosotros; la del *Qcepo*, *Juccuya*, y *Tiacc Araña* comprobada por nuestra labor en el Valle de la Convención, es un hecho incommovible.

Por lo demás, la constatación de la *leishmania trópica* no solamente en las lesiones mucosas de los Andes Orientales, (Laveran Escomel, Monge) sino también en casos de *Uta*, de esta forma que hemos sido los primeros en llevar á cabo y que constituye otro hecho solidamente establecido, inválida cualquiera afirmación sobre su posible naturaleza tuberculosa (Merkel), permitiéndonos formar un cuerpo de doctrina en medio de esa apariencia tan desemejante de hechos, y el establecimiento de las formas clínicas.

(Continuará.)

(1) Merkel.—*Uta*: su fusión en las tuberculosis cutáneas y en el botón de Oriente «Cron. Med.» Agosto. 1913. — V.º Congreso Méd. Latin. Americano. 1913.

(2) Anchorena.— Tratamiento de la *Uta* por el 606. Id. Id.

(3) Perez Velasquez.— La *Uta* y el Tifus exantemático. Id. Id.

(4) Antunez.— *Uta* Peruana. Id. Id.

(5) Urcia.— Algo sobre epidemiología y profilaxia de la *Uta*. Trab. Vº Cong. Med. Lat. Ame. 1913.

(6) Voto Bernales.— Tratamiento de la *Uta* por las inyecciones intravenósas de Neo—Salvarsan. Id. Id.

(7) Almenara.— Tratamiento médico de la Leishmaniasis de la dermis. Id. Id.

(8) Denegri.— Estudio clínico sobre una nueva enfermedad de las primeras vias respiratorias. Id. Id.

(9) Monge.— Las Leishmaniasis del Dermis en el Perú.— Las formas clínicas. Id. Id.

## MOVIMIENTO MEDICO

**Tratamiento de las hemorragias intestinales en el curso de la fiebre tifoidea.**—Para instituir un tratamiento lógico y sensato, es necesario averiguar el proceso etio-patogénico, que da la clave de la indicación terapéutica; el doctor José Codina Castellvi (*Revista de Medicina y Cirugía practicas* de Madrid) para ocuparse del tratamiento de las hemorragias intestinales en el curso de la tifoidea, pasa revista: 1º á las condiciones anatómicas fisiológicas de la hemorragia; 2º á las indicaciones y contraindicaciones terapéuticas; 3º á los inconvenientes del tratamiento clásico, y 4º á las ventajas de la terapéutica moderna.

1º.— Las hemorragias intestinales de la fiebre tifoidea, reconocen tres factores: alteraciones profundas de la crisis sanguínea, trastornos vasomotores y lesiones vasculares, que intervienen en conjunto, pero siempre con el predominio de alguno de ellos.

Las hemorragias debidas á las alteraciones de la crisis sanguínea, se presentan desde el comienzo de la enfermedad, hasta fines del segundo septenario, revelando, casi siempre, una profunda y rápida intoxicación que trastorna rápidamente la isotonia sanguínea y tal vez la contextura de las paredes vasculares, facilitando la extravasación sanguínea.

Las hemorragias ligadas á trastornos vasomotores, se observan entre el final del primer septenario al segundo y parecen debidas á una fluxión local; entre ellas caben las epistaxis y las manchas lentilares. Estas enterorragias, parecen ocasionadas por la acción vasodilatadora y congestiva local, que poseen las toxinas del bacilo de Eberth.

Las hemorragias que dependen de lesiones vasculares son las mas serias son tardias, pues, se presentan en el curso de la tercera semana de la fiebre tifoidea, y estan acompañadas de signos clínicos inconfundibles: la temperatura desciende repentinamente uno ó mas grados, el enfermo palidece, cúbrese su piel de abundantes sudores, la cara se contrae, aparece un círculo oscuro en los párpados, la nariz se afila y el pulso aumenta de frecuencia y se hace imperceptible.

La característica anatomopatológica es la lesión local, pues, en la tercera semana las placas de Peyer se ulceran y se presentan procesos inflamatorios que alteran la textura de las paredes vasculares.

Pero además de estos factores, el autor cree, que interviene en la patogenia de las hemorragias intestinales de la fiebre tifoidea el estado de la coagulabilidad de la sangre.

La hemostasia espontánea, no consiste mas que en la formación de un coágulo obturador, que se adhiera á los bordes de la abertura vascular y se organiza, y como su formación, precoz ó tardia, depende de la coagulabilidad de la sangre, claro es que ésta ejerce influencia en la producción ó extinción de la hemorragia.

Pero para afirmar que en el mecanismo de las hemorragias intestinales de la fiebre tifoidea interviene el factor coagulabilidad de la sangre, seria necesario demostrar que la coagulación de la sangre en los tifoidicos está disminuida o retardada. Lo único que se sabe

es, que existe leucopenia, que forzosamente ha de influenciar sobre aquella, ya que hoy se acepta que la sangre se coagula merced á un fermento que contiene y que es producido por los leucocitos.

2º. — Las indicaciones terapéuticas se desprenden : de las condicionales de la úlcera que sangra ; de las condicionales del órgano en que la úlcera asienta , del estado de las paredes vasculares y de las condicionales de la sangre.

Lo primero que hai que hacer, es suprimir el contacto de los productos de los alimentos ingeridos y de las secreciones digestivas con la ulceración, para conseguir que los factores físicos y químicos inherentes al roce mecánico y á la composición del contenido intestinal, no contribuyan á molestar la úlcera y á evitar la cohibición de la hemorragia.

Siendo el intestino un órgano movable, y facilitando el movimiento de un modo extraordinario las hemorragias, la indicación que se desprende de estas condicionales es la de inmovilizarle.

El estado de las paredes vasculares, no permite intentar sobre el calibre de los vasos, que por su reducción favorecen la cohibición de la pérdida sanguínea.

Las condicionales de la sangre, hacen dirigir la indicación terapéutica, á favorecer su coagulación.

Las contraindicaciones pueden reducirse á evitar el empleo de todo agente terapéutico, que determine la parálisis ó paresia de las fibras musculares intestinales, por que en la tifoidea este es un sintoma culminante, dado el meteorismo y la pertinás retención intestinal.

3º. — El tratamiento clásico de la enterorragia en el curso de la fiebre tifoidea, se reduce, con pocas variantes, al agua de Rabel, percloruro de fierro, ratania, ergotina, ergotina, adrenalina, opio, morfina y hielo. Su mecanismo terapéutico, se ejerce: por una acción tópica sobre la úlcera, por una acción constrictora general, y por una acción inmovilizadora del paquete intestinal.

La acción tópica sobre la úlcera de las soluciones de percloruro de fierro y de agua de Rabel es totalmente nula, porque no llegan como tales al sitio de la ulceración, y no pueden, por consiguiente, desarrollar su acción hemostática.

La acción vasoconstrictora de la ergotina, no puede realizarse, porque la textura de los vasos se encuentra alterada.

La inmovilización del paquete intestinal, se realiza por el opio y el hielo. El primero tiene el inconveniente de la astricción pertinaz del vientre, que sigue á su empleo, por lo que resulta perfectamente justificada su total y absoluta contraindicación. El segundo, en cambio, merece ser conservado en la terapéutica moderna.

4º. — La terapéutica moderna descansa en el conocimiento patológico de la hemorragia y en las indicaciones y contraindicaciones que de estos conocimientos se desprenden.

Se evitará el roce por la superficie de la úlcra que sangra, suprimiendo los alimentos ó reduciéndolos á una pequeña cantidad de leche.

La inmovilización del intestino, se conseguirá, no por el opio, que debe proibirse en absoluto, sino por el hielo, que aplicado

constantemente sobre el abdomen, lleva consigo una anestesia de la parte refrigerada y una contracción é inmovilización de las paredes abdominales que reducen el volumen del vientre, disminuyendo la dilatación intestinal, el meteorismo.

La coagulación de la sangre se favorece por varios recursos terapéuticos, entre los que se usan, el cloruro de calcio, la gelatina, la leche en enemas, el cloruro sódico, la propeptona y los sueros.

El cloruro de calcio tiene una acción hemostática, por la acción fibrinogénica que desempeña el elemento cal; se le administra en poción á la dosis de 2 á 4 grms. por día.

La acción hemostática de la gelatina se atribuye por la cal que contiene, se le puede usar en inyecciones hipodérmicas.

La leche en enemas ha sido usado con éxito por Solt, pero no parece muy recomendada, por ser fermentescible, por la formación de productos tóxicos y por exagerar el peristaltismo intestinal.

El cloruro sódico ha sido aconsejado por Von der Velden en inyección intravenosa, á la dosis de 3 á 5 cc. de una solución al 10 por 100.

La propeptona, se la emplea en inyección hipodérmica á la dosis de 10 á 20 cc. de una solución isotónica al 5 por 100, que contenga además el  $\frac{1}{2}$  por 100 de cloruro sódico.

Los sueros animales, de preferencia suero fresco de caballo, se emplean á la dosis de 20 cc. en inyección hipodérmica.

Bien se puede afirmar, que el tratamiento racional y científico de las enterorragias de la fiebre tifoidea, fundado en su conocimiento anatomopatológico, es sencillo y de éxito seguro. C. A. BAMBAREN.

**Anémia perniciosa.** — El doctor Byrom Branswell (BRIT. MED. JOURNAL) se inclina en lo que se refiere á la patogenia de la anemia perniciosa, á la opinión de Hunter, quien supone que en esta enfermedad, se produce una destrucción excesiva de glóbulos rojos en la circulación de la vena porta, puesto que en el hígado de estos pacientes, se encuentra una enorme cantidad de hierro.

El agente patógeno que destruye los glóbulos rojos, estimula la médula ósea á una sobreproducción de otros nuevos, con lo cual pasan á la circulación una gran cantidad de eritrocitos no maduros.

El arsénico modifica favorablemente la enfermedad al principio, pero es poco eficaz en las recidivas. El hierro es más perjudicial que útil.

Fundándose en lo observado en 11 casos tratados con la inyección intramuscular de 0.3 grms. de salvarsan, opina el autor, que si bien este medicamento no es causa de mejoría, en todo caso de anemia perniciosa, la ha producido y en grado considerable, en una proporción bastante elevada (6 casos) y que, por lo tanto, el tratamiento por el salvarsan, es preferible al tratamiento arsenical ordinario.

**Tratamiento de las hemoptisis por la emetina.** — Aproximando la acción anti-hemorrágica de la emetina á la antigua terapéutica de las hemoptisis por la ipeca, el Dr. Flandin ha tratado las hemoptisis por la emetina obteniendo éxito completo.



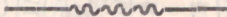
Para el tratamiento de las hemoptisis emplea las mismas ampolletas que sirven contra la disentería amebiana, es decir, una solución de 0.02 de clorhidrato de emétina por centímetro cúbico de agua destilada estéril.

Se inyecta bajo la piel del flanco ó del muslo una ampolleta (1 cm. c. ó sea 2 centigramos de clorhidrato de emétina). Algunos enfermos muy sensibles, acusan una sensación de escozor que dura algunas horas, pero la mayor parte de ellos no sienten dolor alguno. M. Flandin nunca ha notado reacción inflamatoria en el punto inoculado.

El resultado de la inyección es sorprendente: aunque el enfermo se halle en plena hemoptisis, arrojando sangre roja en abundancia, la hemorragia se detiene.

Conviene mantener al enfermo bajo la influencia de la emétina; se hace una primera inyección en el momento de la hemoptisis, una segunda doce horas después, una tercera al siguiente día, y si parece útil, otras dos á la misma distancia.

Este dato terapéutico que extractamos de «La Presse Médicale», está confirmado por dos observaciones personales en que empleamos la emétina en las hemoptisis con éxito satisfactorio. En los dos casos se trataba de individuos jóvenes, con hemoptisis abundante y lesiones tuberculosas poco avanzadas. La influencia favorable de las inyecciones de emétina se manifestó instantáneamente.—E. B.



## REVISTA DE TESIS

INTRODUCCION AL ESTUDIO DE LA TUBERCULOSIS Y EL CLIMA DE JAUJA—ACCION DEL CLIMA SOBRE EL BACILO DE KOCH.—Tesis presentada a la Facultad de Medicina, para obtener el grado de bachiller por LUIS B. BARDALES.

Está dividida la tesis en dos partes: en la primera hace un ligero bosquejo histórico de la Tisiología, pasando después á la descripción del valle y ciudad de Jauja, indicando sus condiciones climáticas, topografía y orohidrografía, los vientos, temperatura etc. etc; la segunda parte es la más interesante, pues, hace el estudio de la influencia del clima sobre la vitalidad y virulencia del bacilo de la tuberculosis, realizando numerosas experiencias que atestiguan labor y deseo de hacer un estudio completo de la materia.

Las conclusiones a que arriba son las siguientes:

1a.— El clima de Jauja no ejerce sobre el bacilo de la tuberculosis, acción distinta de los climas de las demás localidades.

2a.— Los distintos factores de un clima se comportan de diversa manera al frente de la vitalidad y virulencia del bacilo de Koch.

3a.— De todos los factores que componen el clima, la luz solar es la única que actúa rápidamente disminuyendo la virulencia del

bacilo y esterilizandolo; su acción es sumamente enérgica al lado de los demás agentes que componen el clima.

4a.— La acción esterilizante, realizada por la intemperie, sobre muestras conteniendo bacilos de Koch virulentos, es debido, en su totalidad, á la acción de la luz solar directa, siendo la acción de los demás agentes nula.

5a.— La luz solar difusa, debil ó intensa, actúa desfavorablemente sobre el citado bacilo, pero su acción es sumamente lenta. La acción esterilizante de la luz solar, está en razón directa á la intensidad y tiempo que actúa.

6a.— Las variaciones de la temperatura del medio ambiente, actúan sensiblemente, sobre el bacilo de la tuberculosis.

7a.— Las muestras conteniendo bacilo de Koch virulentos, sometidas á la acción de las variaciones atmosféricas, realizadas en los momentos de tempestad, han conservado su virulencia, despues de una exposición de 51 horas á la acción de ellas.

8a.— La acción del ozono, desarrollado en la atmósfera, durante este tiempo, ha sido nula sobre la vitalidad y virulencia del bacilo de Koch.

9a.— Las muestras bacilíferas virulentas, colocadas en la oscuridad, por espacio de 102 días, se han mostrado virulentas después de este tiempo.

LA INTERVENCION PRECOZ POR RETENCION PLACENTARIA EN EL ABORTO.— Tesis para el bachillerato presentada por MATEO GUILLERMO MORAN.

He aquí los capítulos en que está dividida la tesis  
*Generalidades.—Concepto del término retención.—Momento en que se inicia el accidente retención.—Causas de la retención total de la placenta.—Mecanismo de la retención total.—Síntomas de la retención total de la placenta.—Complicaciones.—Conducta terapéutica.—Procedimientos de intervención.—Antervención manual.—Método de elección en el tratamiento de la retención total de la placenta.—Observaciones.*

Las conclusiones señaladas son:

1a.— En el aborto dos horas después de la expulsión del feto, puede considerarse como «retenida» la placenta.

2a.— Puede en todo caso efectuarse el vaciamiento precoz del útero, despues de este tiempo y antes de toda complicación.

3a.— No debe nunca intentarse extraer una placenta retenida con solo la cureta.

4a.— El procedimiento de elección, es la extracción manual, seguido de raspado é irrigación uterina.

5a.— La infección no es obstáculo para realizar este método combinado.

6a.— Nunca deberá esperarse el «grito de alarma» para librar a una mujer de su placenta retenida.

## ECOS DEL CONGRESO MEDICO DE LIMA

Dedicado por su autor, hemos recibido en el último correo, el informe presentado por el doctor don Domingo Cabred, presidente de la delegación argentina en este Congreso, al gobierno de su país.

Este trabajo del doctor Cabred, en el que se resume admirablemente la enorme y completa labor realizada en el Congreso Médico de Lima por la delegación argentina y se consigna las manifestaciones de franca cordialidad y afecto que rodearon al doctor Cabred y á sus demás compañeros de delegación durante su estadía entre nosotros, consta de 120 páginas, en las que se registran muchas de las piezas oratorias pronunciadas durante esos días de actividad intelectual y de acercamiento y confraternidad americana.

Son motivos de especial complacencia para nosotros, los párrafos finales del informe del sabio médico argentino, en los cuales deja constancia del afecto, que entre nosotros se tiene por la Argentina.

Dice así el párrafo mencionado:

«Terminada la información sobre los trabajos realizados por el Congreso Médico de Lima, que ha sido uno de los más importantes de su índole, de los celebrados en América, considero de mi deber dejar constancia del espíritu francamente afectuoso que ha predominado en todos los agasajos y atenciones de que ha sido objeto la delegación argentina, durante su permanencia en esa ciudad. Lo mismo el Excmo. señor Presidente de la República y otros elevados funcionarios públicos, las altas personalidades médicas, los centros sociales, las principales familias y la prensa culta de esa capital, todos han rivalizado en demostraciones de consideración para con nosotros, evidenciándose la profunda simpatía que inspira al pueblo peruano su hermana del Plata. Parecía que el nombre argentino entrañaba para él un mandato cariñoso que lo impulsaba á desplegar las más delicadas atenciones».

«Tales han sido las simpáticas características de la acogida que se nos ha dispensado en Lima, cuyo recuerdo perdurará en cuantos hemos formado parte de la delegación argentina.»

El informe contiene asimismo como apéndice, la nota en la que el ministro señor Ernesto Bosch felicita á la delegación argentina y á su digno presidente por el mérito de la labor realizada.

El folleto contiene, además, dos hermosos fotograbados: uno de la sesión inaugural y el otro de la conferencia que el doctor Cabreddiera en el Paraninfo de la Facultad de Medicina. (De «El Comercio»).

---

## CONGRESOS

**VI Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas.**—Se reunirá en Montevideo del 13 al 21 de diciembre del

presente año, lo sexta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, en la cual cada delegación presentará una Memoria, que comprenderá los siguientes puntos:

1°—Leyes, ordenanzas y disposiciones sanitarias dictadas después de la V Conferencia.

2°—Adopción de las resoluciones tomadas por las Conferencias anteriores.

3°—Enumeración de las enfermedades contagiosas que hayan reinado después de la V Conferencia; medidas adoptadas para evitar su propagación, número de casos y defunciones.

4°—Consideraciones relativas á la aparición y desarrollo de las peste bubónica; procedimientos empleados para combatirla; sus resultados.

5°—Frecuencia de la meningitis cerebro-espinal epidémica y de la poliomiélitis anterior trasmisible.

6°—Estado actual de la lucha contra las tuberculosis, fiebre amarilla, malaria, tracoma y anquilostomiasis.

7°—Datos referentes á la lepra y á las medidas puestas en práctica para evitar su difusión.

8°—Estado actual de la lucha contra la avariosis.

9°—Organización y funcionamiento del servicio de desinfección. Trabajos realizados.

10°—Movimiento de población y proporción de la mortalidad en el último quinquenio.

11°—Servicios de agua corriente y alcantarillado. Su extensión.

13°—Organización y funcionamiento del servicio de sanidad marítima.

14°—Trabajos de las Comisiones de Sanidad en cada una de las Repúblicas Americanas.

15°—Datos sobre el funcionamiento del Centro Informativo de Montevideo (Este punto será tratado por la Delegación del Uruguay.)

La Comisión Organizadora, que preside el Dr. Ernesto Fernández Espiro, trabaja activamente para que los Gobiernos de los diferentes países de América, se hagan representar en la referida Conferencia, y con tal objeto ha iniciado las gestiones necesarias para que el Director General de la Unión Pan Americana haga la Convocatoria.

El Gobierno de la República Oriental del Uruguay ha nombrado á los doctores Alfredo Vidal y Fuentes, Presidente del Consejo Nacional de Higiene; Ernesto Fernández Espiro, Director de Salubridad y Jaime H. Oliver, profesor de la Facultad de Medicina, delegados á esa Conferencia.

Esperamos que el Gobierno del Perú, se haga representar en ese Certamen, porque así lo exigen las necesidades Sanitarias de la América.