

LA CRONICA MEDICA

AÑO XXVIII. LIMA, 15 DE MARZO DE 1911 N° 533

La nueva Junta Directiva de la Facultad de Medicina

Se ha efectuado hoy una actuación reveladora del alto grado de cultura que informa los actos de la Facultad de Medicina. No obstante existir en su cuerpo docente, como en todos los que representan vida colectiva, dos agrupaciones, sino antagónicas por lo menos opuestas en su manera de concebir la resolución en algunos de los múltiples asuntos que sirven de objetivo á sus reuniones periódicas, han probado en esta ocasión los señores catedráticos que saben uniformar su criterio cuando se trata de atender á los fines primordiales de progreso y bien social que debe servir la Facultad.

Terminado el periodo para que fué elegido el ex decano Dr. Manuel C. Barrios y los demás miembros de la mesa directiva que junto con él rigieron la Facultad de Medicina durante los últimos cuatro años, precisaba nombrar un nuevo comité compuesto de los elementos más prestigiosos con que cuenta la corporación, tomando sus miembros, indistintamente, de uno y otro grupo, sin detenerse á considerar en ellos sino sus méritos personales y su capacidad de directores para esta sección de la Universidad.

Sin acuerdo previo entre los Catedráticos, sin que mediaran influencias, simplemente en virtud del conocimiento de las capacidades reciprocas que se forma por el trato frecuente entre los asociados para su fin común, se uniformaron las voluntades, obteniéndose, en una sola votación, brillante resultado.

La nueva junta directiva ha quedado compuesta como sigue:

Decano:—Dr. Ernesto Odriozola.

Sub-decano:—Dr. David Matto.

Secretario:—Dr. Manuel A. Velásquez (reelecto).

Pro-secretario:—Dr. Wenceslao Molina (reelecto).

Falta elegir la Junta Económica, asunto que debe tratarse en la próxima sesión.

El nuevo Decano Dr. Ernesto Odriozola es un Catedrático joven todavía, entusiasta y activo, de prestigio muy merecido como profesor y como práctico; este maestro, dotado de cultura y tacto poco comunes, regirá seguramente los destinos de la Facultad de Medicina con criterio recto y justiciero que, dejando satisfechas las legítimas aspiraciones de todos, sirva á engrandecer el valor de la institución como cuerpo docente, haciéndola adelantar con la rapidez indispensable en esta época de evolución progresiva y de actividad tan vertiginosa, que lleva á la medicina á realizar cada día ideales considerados la víspera como nebulosas utopías.

No corresponde á nosotros, ni creemos sea esta ocasión propia para bosquejar la biografía del nuevo Decano. Bastará recordar su figuración en la Facultad, primero, como profesor de Medicina Operatoria, cátedra que desempeñó después del fallecimiento del Dr. José María Romero, manifestándose anatomista eximio y hábil ejecutor de la técnica operatoria; su promoción después á la Cátedra de Clínica Médica, por desaparición prematura del magistrado Dr. Juan C. Castillo, que la regentaba con notable brillo.

En el terreno vastísimo de la enseñanza clínica, el profesor Odriozola se distingue por su capacidad escrutadora á la cabecera de los enfermos, la apreciación tranquila y metódica de los cuadros morbosos, su diagnóstico y pronóstico siempre exactos. En el ejercicio profesional había mostrado predilección por la medicina interna, afición heredada probablemente de su ilustre progenitor que fue médico notable, así su verdadero lugar en el cuerpo docente de la Escuela está en la cátedra que regenta actualmente con tanta lucidez. Sus dotes oratorias y su voz llena y vibrante completan en él las cualidades del profesor modelo.

Entre sus obras figuran, además del interesante estudio anatómico-patológico sobre el corazón senil, que le sirvió para el doctorado en París, la monografía sobre la Verruga Peruana, trabajo enteramente original, resultado de algunos años de paciente observación clínica, y sus numerosas lecciones profesadas en el hospital "Dos de Mayo" y publicadas en la "Gaceta de los hospitales", que testifican elocuentemente la capacidad científica y docente del nuevo decano.

El Dr. David Matto, elegido subdecano, es hace largos años profesor de bacteriología de la Facultad, puesto que ejerce desde la creación de esa cátedra. Se sabe que los progresos de la bacteriología, primitivamente rama de la patología general, han sido más rápidos y maravillosos que los de ningún otro de los conocimientos que componen las ciencias médicas; en nuestra Escuela, esa cátedra bajo la hábil dirección del maestro, ha seguido paralelamente á los grandes centros científicos, acrecentando su desarrollo é importancia hasta adquirir, como en ellos, puesto preferente entre las ciencias auxiliares de la clínica y de la terapéutica. Resultado tan halagador se debe por entero á la perseverancia incansable del Dr. Matto para apartar los obstáculos con que tropieza necesariamente en nuestro medio quien es apasionado por las ideas progresistas. Hemos sido testigos de esta evolución nacional de la bacteriología desde los años no muy lejanos en que se servía el profesor para sus enseñanzas de los modestos recursos de su propio laboratorio, hasta hoy que la Facultad cuenta con magnífico material propio y la dotación suficiente de empleados para que la escuela práctica de bacteriología permita formar competencias. Entre los alumnos del Dr. Matto algunos han probado ya su capacidad por estudios propios y descubrimientos originales con los que han enriquecido nuestros conocimientos de la patología nacional.

Médico director del Hospital de Insanos, el Dr. Matto ha implantado reformas muy importantes en ese asilo para alienados, único con que cuenta la república, cooperando también con el valioso contingente de sus luces y entusiasmo en la construcción del

nuevo Manicomio de la Magdalena, cuyos trabajos, paralizados repetidas veces por causas que no es del caso señalar, avanzan sin embargo, pero, con la lentitud inevitable en las obras de gran aliento.

Ocupa, además, lugar prominente como político. Llamado en varias ocasiones al ministerio de fomento, ha desempeñado esa cartera á satisfacción general, presentando proyectos de leyes que revelan en su autor conocimiento profundo de las necesidades industriales del país, y prestando apoyo á todas las iniciativas laudables y á las empresas comerciales que significan cristalización del progreso.

Director de "La Crónica Médica" hace mas de diez años, es uno de los principales sostenedores de esta obra desinteresada, que tiende á ser verdadero exponente de la actividad asociada del cuerpo médico nacional.

Tiene en suma el Dr. Matto prestigio bastante para el alto puesto á que ha sido llamado por sus colegas de la Facultad; su figuración importante en nuestra vida médica y social contribuirá á realzar el crédito de la nueva junta directiva.

La Facultad de Medicina ha completado su mesa reeligiendo á los doctores Manuel A. Velásques y Wenceslao Molina como secretario y pro-secretario, respectivamente.

Bien sabido es el papel de primer orden que el secretario juega en las altas instituciones docentes. Para ese cargo se requiere, además de las cualidades especiales que deben reunir cuantos forman parte de la mesa directiva, un conocimiento práctico de los distintos mecanismos que gobierna el decanato y versación en su manejo inmediato, para que las diversas tramitaciones de expediente, las órdenes impartidas por el decano, & se realicen con la debida rapidez y corrección. El doctor Velásques es secretario veterano, que sabe sacrificar al cargo todo el tiempo y dedicación que exige; su reelección, además de representar un acto de justicia á los méritos contraídos por él en su desempeño, significa seguridad de que la secretaría continuará siendo bien servida.

Iguals conceptos merece el pro-secretario doctor Molina, que ha mostrado aptitudes señaladas para manejar la secretaría en las ocasiones en que ha sido llamado á reemplazar temporalmente al secretario titular.

La Facultad de Medicina ha entregado pues su dirección en buenas manos; merece por ello su cuerpo de catedráticos felicitación efusiva de todos los profesionales interesados por la conservación del prestigio que siempre ha sabido guardar la institución. Si es cierto abunda la Escuela en maestros eminentes, muchos de los cuales podrían mantenerla á la altura que le corresponde, tienen los designados prendas personales que son augurio de armonía y seguridad de progreso para la Facultad.

Por último, y es detalle de no escasa significación, el haberse efectuado la sesión de elecciones en un ambiente de cordialidad y cariñosa efusión habla muy alto, como decíamos al principio, del grado de cultura de los electores, probando que los señores ca.

tedráticos se hallan animados de ideas progresistas, felices de verlas en vías de realización y dispuestos todos á cooperar con el nuevo decano en la obra evolutiva que debe conducir la Medicina Nacional á ocupar de nuevo el rango privilegiado que antes tuvo entre sus homólogos de la América Latina.

Lima, marzo 15 de 1911.

B.

Nuestra Medicina Popular

POR HERMILO VALDIZÁN

Páginas arrancadas al libro de la realidad son las páginas de este libro, que dedicó a mis colegas jóvenes. Quiero que los compañeros que abandonan la capital y marchan á nuestra serranía en pós de campo más amplio para el ejercicio de sus actividades, conozcan algunos de los secretos de nuestra Medicina Popular. Es la voz de alerta del camarada que comprende los peligros que significa para el médico su total ignorancia de los prejuicios del público cuya salud le ha sido confiada.

CAPITULO I

El susto y el "shogpi"

El *susto* es, para la Medicina Popular de nuestras serranías, una entidad etiológica de amplitud admirable. Explica, entre otros muchos fenómenos de Patología Humana, el proceso de las enfermedades á que da origen una insuficiente nutrición.

I

Hace pocos días que he instalado mi consultorio. Merced á las bondadosas disposiciones del señor subprefecto y del señor Alcalde, he conseguido una hermosa casa, un verdadero palacio, por cuyas habitaciones oscuras y húmedas pasea mi persona, echando muy de menos, con un romanticismo del cual no me creyera fácil víctima, mi modesto departamento en Lima, sus cuatro habitaciones bajo cuyos techos soñé tantas veces, experimentando el mayor deleite, con el término de esta hermosa carrera, uno de los más santos ideales de mi vida.

Ya he asistido á varios enfermos: personas acaudaladas, en su mayor parte, que me han hecho ver su fortuna y la probabilidad de pago de mis honorarios. He visto á algunos enfermos menesterosos y he esperado en mi consultorio, como esperaba en Lima, que vinieran otros enfermos.

Una de esas tardes de espera, el criado me saca de mis reflexiones y me anuncia una visita.

—Que pase. . . .

Se presenta á mi consultorio una mujer de la clase media, vestida con lujo grotesco, sacudiendo con ademán nervioso, sobre

la seda atornasolada de su vestido, un enorme bolsón de cuero de Rusia, en cuyo interior chocan ruidosamente unas monedas. Mi nueva cliente tiene habilidad. Ha querido demostrarme que no es una *cualquiera* y que posee una suma de dinero suficiente a abonar los honorarios del más exigente de los médicos. Ya lo sé, señora mía.

En pós de esta señora penetra en mi consultorio una criada exhalando de la percalá roja de sus ropas un fuerte olor de kananga. Esta criada, tan severamente aromatizada, lleva en sus brazos, oculto por una gran túnica rosada, *algo* que, por adivinación, puede tomarse como un niño.

Invitada á sentarse la dama del bolsón y aceptado por ella y la criada el ofrecimiento de sillas, habla la primera:

—Le traemos á U., señor doctor, á nuestro hijito. Es el único que tenemos, de manera que ya puede U. concebir cuanto cariño debemos tenerle. Su pobre padre está loco . . . No ha querido venir.

—Qué edad tiene el niño?

—Un año, doctor.

—¿Lo ha criado usted al seno?

—Hasta los tres meses, doctor.

Desde este momento, es la señora del bolsón la que habla. No me permite interrumpirla, ni orientar convenientemente su exposición. El cariño materno ha llevado á límites inconcebibles la verbosidad de la señora.

Hago gracia al lector benévolo de aquella amplia exposición en la cual las confidencias que pudieramos llamar clínicas se confunden horrorosamente con las confidencias de familia. Junto al relato de la primera diarrea del niño, coloca la atribulada madre la detallada información de las bodas de su sobrina la señorita Angélica y haciendo sucesión á las primeras anorexias del pequeño la elección de su esposo como Síndico de Rentas.

No quiero imitar el ejemplo de la señora. La historia del enfermito es la siguiente:

II

Hijo de padres sanos, nacido en excelentes condiciones, ha sido alimentado al seno hasta los tres meses de edad. En esa época, el deseo de la madre de no marchitar su belleza á la sombra de la "más augusta función de la maternidad", ha condenado al pequeño á todos los peligros que trae consigo una alimentación artificial empíricamente dirigida.

A los cinco meses de edad el niño "tenía tan buen apetito que tomaba sus traguitos de caldo y sus poquitos de mazamorra".

A pesar de ese apetito envidiable, los padres observan un día que el niño no crece, ni aumenta de peso. El niño se ha *calmado*, expresando esta palabra una detención de desarrollo. Y se conservaba en esta situación, que los padres eran incapaces de suprimir, cuando ha tenido lugar un suceso decisivo en la vida del pequeño.

Había llegado el muñeco á la edad de diez meses cuando aquél grave suceso se produjo. Fué en uno de los días de carnaval. Habían llegado al pueblo los *danzantes*, indios que vienen de las más lejanas aldeas y de los más humildes caseríos, cubiertos los rostros

por máscaras grotescas y los cuerpos por telas multicolores llenos de cascabeles que se agitan ruidosamente en las contorsiones de las danzas *de los viejos, de los caballos, de los jorobados, de las mujeres gordas*, bajo cuyos nombres se designa el mismo baile ejecutado por los mismos indios con disfraces que dan nombre particular á cada una de las danzas.

Uno de los danzantes de aquel carnaval, antiguo criado de la dama del bolsón, penetró á la casa, se llegó cautelosamente á la cuna en que dormía el pequeño y le despertó ruidosamente. El niño abrió los ojos, y al ver al indio cubierto por la máscara horrible, lanzó un grito, un grito verdaderamente solemne. Acudió la madre, reconvino al indio y tomó en brazos á su pequeño. Al verle experimentó la mayor angustia, el más hondo pesar. Le había visto *la cara de susto*.

La señora, buena conocedora de la facies del susto, lo ha adivinado en su hijo. El susto participa del lujo de una profilaxia. La señora vá á llevarla á cabo. Es muy grave el susto para que no se pongan en práctica los recursos que aconseja la práctica diaria, ya que no la ciencia.

La señora ha llevado al pequeño al sitio en el cual se hallaba la cuna, ha tomado entre las yemas de sus dedos una pequeña cantidad de polvo del suelo y con ese polvo ha frotado la frente del niño y le ha dado á comer algunas partículas. Ha depositado al enfermito en su cuna y, luego, ha fijado un clavo en el sitio que ocupaba la cuna.

La madre besa al muñeco y respira tranquila. Ya ha hecho cuanto debe hacerse en esos casos. Cree ella haber prevenido el susto. Ha inmunizado á su hijo. Tal vez la madre ignora que hay un otro recurso profiláctico y por esa razón no la ha puesto en práctica.

Ha podido raspar algunas partículas del *ara*, piedra que sirve en los templos para la celebración del sacrificio de la misa y disolver esas partículas en un poco de agua, Esta solución es un heroico (?) preventivo del susto.

Trascurren dos meses y el niño empeora sensiblemente. Es al final de esos dos meses que llego yo al pueblo y se me ofrece la asistencia del caso.

III

Cuando he escuchado la exposición de la madre, me levanto de mi butaca, me acerco á la nodriza é intento descubrir al niño; pero la madre me detiene y fija la aterrorizada mirada de sus ojos en las ventanas del consultorio, ampliamente abiertas. Tengo piedad de la señora, cierro las ventanas y vuelvo al niño. Esta vez la señora me permite el exámen de su hijo.

El enfermito pertenece á ese grupo, por desgracia tan numeroso, de aquellos niños cuya visión conmueve viva y dolorosamente. Apenas lo descubro llora desesperadamente. La madre acude á su lado, le acaricia, le hace callar y merced á semejante ayuda, puedo realizar tranquilamente mi exploración.

¡Qué cráneo el del enfermito! Su diámetro antero posterior es enorme y el trasverso es pequeñísimo, tan pequeño que el cráneo

parece exprofesamente deformado por una enérgica compresión en las regiones temporales. De ahí que el segmento craneano posterior sea enorme. En la pálida frente se diseñan muy bien las venas, llenas de sangre. La expresión dolorosa de la fisonomía, el dibujo perfecto de las eminencias óseas de la cara, la palidez de la piel y de las mucosas, aunados esos síntomas á la mirada sin brillo y sin expresión de unos ojos apenas visibles en la penumbra de las ojeras, explican bien esa dolorosa sensación que experimenta el médico en presencia de los niños que hacen breve jornada en la vida, de esas "azucenas que se abren al calor de unos amores y se marchitan en la tarde del mismo día que las acarició el sol".

Continuando mi exámen observo un esternón que hace eminencia acentuadísima, concediendo el predominio de los diámetros torácicos al anterior. Las costillas se dibujan muy bien, á través de la piel. A nivel del hombro, del codo, del puño, de la rodilla, observo verdaderas tumefacciones, dolorosas á la presión, tanto como todas las masas musculares. Hay infarto ganglionar apreciable, bastante generalizado. Buen bazo, facilmente perceptible.

Los dos incisivos medios inferiores no han hecho aún irrupción en las encías del niño.

Los pulmones del pequeño respiran con rudeza anormal; se perciben á la auscultación algunos estertores bronquiales.

El corazón late perezosamente.

Hay diarrea abundante, ocho á diez cámaras en las 24 horas.

No hay nada más en el enfermito.

¿Es grave el *susto* que padece?

Ha terminado el exámen. Yo vuelvo á mi butaca. Hay en mi consultorio un momentó de silencio. La madre es la primera en hablar:

—¿Sanará mi hijo?

Es un momento difícil para mí. En presencia del pobrecito muñeco, de la "azucena" pronta á marchitarse, creo que la tarde llega y es al llegar la tarde que se marchitan las azucenas "que se abrieron al calor de unos amores".

La diarrea tenaz, aunada á la congestión de las vísceras, al infarto ganglionar, á la alteración ósea intensa, me conceden derecho á un pronóstico sombrío, que no me atrevo á formular en presencia de la Madre. Pero ella lo adivina. Lo adivina y con expresión que mejor revela enojo que mortificación, me dice:

—Usted no sabe curar el *susto*!

Yo hablo, quiero defenderme, quiero dar esperanzas y consejos. Pero la madre no me escucha y sale de mi casa, violentamente, desesperadamente.

¿A dónde vá?

Vá en pos de una curandera. Me ha dispensado el honor de la primera instancia y marcha ahora, en apelación, á la curandera. Tal vez deplora la infeliz haber invertido el orden de las consultas.

Esa mujer es madre. Vé á la curandera buscando la esperanza que no ha hallado en mí. Yo creo que hace bien. Es madre.

IV

La curandera es menos exigente que yo. Pide menos detalles respecto al enfermo y á su enfermedad. Ha visto la *cara de susto* y ha comprobado el diagnóstico de la madre. Conocedora de la no infalibilidad de su arte la curandera no garantiza la curación. Pero logra tranquilizar á la madre anunciándole que vá á ensayar *todos los remedios*.

La madre ha hallado en la curandera la buscada esperanza. Convencida de la ignorancia supina de los médicos, espera de las maniobras estrañas de la curandera la salvación del muñeco cuyo cuerpo deforme se agita violentamente y cuyo rostro simiesco se contrae en una mueca dolorosa.

El instrumental de que se vale la curandera para realizar el *shogpi* ó sea la cura radical del susto, no puede ser más sencillo, ni más agradable. El *shogpi* se hace con flores.

Colocado el niño en el centro de una sábana blanca, en una mesa ó en una cama, la curandera arroja sobre él los pétalos de sus flores. Rosas y claves, lirios y azucenas, jazmines y violetas pasan por el desnudo cuerpo del niño que protesta ruidosamente de la inusitada caricia.

Mientras la madre contempla admirada la maniobra de la curandera, ésta simula con las flores el oleaje de las aguas, les imprime movimientos, ya suaves, ya rudos, de vaivén. El niño continúa llorando y la curandera dividiendo sus miradas entre las expresiones de congoja de los rostros de la madre y del hijo.

Trascurrido un buen rato de esa maniobra, la curandera anuncia que ha terminado la curación. Se sienta en una silla, significando la mayor fatiga. La madre retira las flores, besa á su hijo y le cubre cuidadosamente.

El *shogpi* ha sido largo, como lo reclamaba la gravedad del *susto*.

La madre y la curandera esperan un par de días. Al finalizar ellos observa la primera, con el mayor pesar, que el pequeño sigue mal. Llama nuevamente á la curandera y ésta, coincidiendo en la apreciación del estado del enfermo con la desconsolada mamá, le anuncia que vá á poner en práctica un remedio heróico. Vá á dar le al enfermito el *baño de tierra*.

Estos baños de tierra se suministran rodeando al enfermo de una gran cantidad de tierra, dejando al descubierto tan solo la cabeza.

Estos baños que usan los beduinos del Sahara para curar la fiebre á sus heridos, son los mismos que emplean las curanderas para curar el *susto*.

Nuestro pobre enfermito resistió el baño de tierra y aún pareció experimentar una ligera mejoría. Pero fué una mejoría engañosa. La pequeña lámpara se extinguió.

En presencia del cadáver del niño la curandera excusa plenamente su fracaso. La han llamado *tarde*. Y la madre cree. ¡Feliz ella!.....

No he vuelto á sonreirme ante un diagnóstico de *susto*. Y ha sido así que he tratado en muchos casos los estados patológicos que derivan de una insuficiente nutrición.

La Médula Osea en la enfermedad de Carrión

(Estudio Histo-Patológico)

Tesis para el Bachillerato en Medicina, por Constantino J. Carvallo

(Continuación)

Degeneración ó sideración medular. En muchos casos de infecciones agudas ó de virulencia exaltada, la médula ósea no puede entrar en reacción y sufre entonces un proceso de destrucción que se traduce por los siguientes caracteres: El cilindro medular se presenta de color blanquecino ó grisáceo, y aun negro, exhalando olor fétido.

Estas alteraciones han sido estudiadas por Roger y Josué, por Trambusti y Chiuri, en la viruela confluyente, en los tuberculosos, y en infecciones debidas al colibacilo y al estreptococo.

Todos los elementos específicos de tejidos mieloides se presentan con alteraciones que indican su desintegración y los fenómenos de muerte celular. El núcleo se vuelve opaco, se fragmenta. El protoplasma presenta modificaciones tintoreales que expresan también su muerte. Fenómenos de plasmolisis, kariolisis, exageración de la opacidad nuclear, desintegración granulosa, degeneración hialina de las células, etc., manifiestan las profundas alteraciones que en los diversos elementos tienen lugar.

El armazón conjuntivo de la médula sufre también fenómenos de degeneración, presentando lesiones de esclerosis más ó menos acentuadas. Los vasos arteriales y venosos presentan lesiones de inflamación (peri y endo arteritis) y degeneraciones diversas (amiloidea, etc.)

La necrosis medular puede ser masiva ó parcial.

La degeneración masiva ataca en bloc la totalidad de la médula diafisaria ó una considerable extensión de ésta.

Parcial, sólo en puntos múltiples existiendo á la vez zonas donde la estructura normal del tejido se conserva ó puede encontrarse en estado de reacción.

Según la extensión de las lesiones descritas, en que la médula esté completamente destruída y haya sido incapaz de reaccionar de modo útil para la defensa del organismo, se dice, que hay sideración. En los casos en que la destrucción es parcial solamente, habiendo territorios en los cuales la médula ha hecho esfuerzos para suministrar elementos de defensa, pero esta ha sido insuficiente, se dice que está degenerada.

La degeneración medular vá ligada á profundas modificaciones de la sangre, que se caracterizan por fenómenos degenerativos complejos. Cuando la médula no reacciona en el sentido de no suministrar elementos figurados, ó si los llega á suministrar, lo hacen en condiciones deficientes, se dice que hay anematopoyesis. Las anemias, llamadas aplásticas, sin renovación de los elementos figurados; sin hematíes nucleados que indican renovación sanguí-

nea, tienen por causa, en la mayoría de los casos, una claudicación del tejido hematopoyético de la médula.

Además de estas modificaciones, que expresan solamente el compromiso morbozo de la médula ósea como órgano defensivo de la economía, se presentan en el curso de diversos estados patológicos, lesiones características de la médula ósea, como son: la esclerosis de su retículo conjuntivo y de los vasos arteriales; degeneración amiloidea de las arterias, la presencia de tubérculos, la caseosis, la metástasis de tumores malignos, etc.

SEGUNDA PARTE

LA MEDULA ÓSEA EN LA ENFERMEDAD DE CARRIÓN

Las modificaciones que se realizan en la médula de los huesos y que acabamos de estudiar, en conjunto y de modo sucinto, durante el curso de los procesos morbosos, guardan una estrecha conexión con las que se observan en el medio sanguíneo.

Las alteraciones de la morfología del tejido sanguíneo en la Enfermedad de Carrión, han sido minuciosamente estudiadas, por una pléyade, de hábiles investigadores: Tamayo, Herculles, Barton, Carbajal, Biffi, Gastiaturú, Rebagliati y últimamente por nuestro amigo y querido compañero señor Carlos Monge, en su tesis para el Bachillerato en Medicina, llegándose ya á poner la Hematología de la Verruga peruana, en condiciones perfectamente ajustadas á la verdad de los hechos.

Si es verdaderamente exacto, que el conocimiento del estado anatómico de la sangre, puede prejuzgar sobre el estado de la médula y de los demás órganos hemopoyéticos, en razón del estrecho origen que une en su patología á los dos sistemas, en muchísimos casos sin embargo, no se realiza esta conexión, presentándose en el aparato hemopoyético medular, marcadas diferencias reaccionales y verdaderas lesiones, cuyo conocimiento no hubiera sido hecho, si no se estudiase directamente el tejido medular,

En el curso de diversos estados patológicos, en ciertas infecciones sobre agudas, en el curso de las anemias llamadas aplásticas, la médula de los huesos, reacciona de modo tal, que no es posible deducirlo del estudio de la sangre.

Al contrario, del estudio minucioso y completo de este importante órgano, se obtienen importantes datos, que explican los cambios realizados en la estructura del tejido sanguíneo. Ambos estudios se completan, es decir, el de las modificaciones sorprendidas en la sangre durante la vida del enfermo y las modificaciones medulares, que la autopsia permite sorprender, durante el último momento del proceso morbozo.

Este capítulo de las transformaciones contemporáneas de la sangre y de la médula ósea de la Enfermedad de Carrión, no era posible aún, porque faltaba una parte, el conocimiento del estado anatómico de la médula, el estudio que podemos llamarlo estático del tejido; es pues esta parte la que hoy presento a vosotros, deseando que nuevas observaciones emprendidas por observadores más competentes, completen este capítulo de la Anatomía Patológica de la Enfermedad de Carrión.

Las alteraciones medulares observadas en diez casos de la Enfermedad de Carrión, en sus dos formas clínicas, la Fiebre grave y la erupción verrucosa, son múltiples; pero pueden referirse á dos grandes grupos: alteraciones en relación con el papel fisiológico del tejido, caracterizadas por la actividad funcional; y las otras, verdaderas lesiones tisulares, en relación con la acción de las toxinas verrucógenas sobre el tejido medular. Son quizás la consecuencia del hiperfuncionamiento del órgano, de un verdadero agotamiento que se produciría después de un período de gran actividad.

Debido al escaso número de observaciones durante la erupción verrucosa, no hemos observado en la médula ósea, los tumores característicos de esta enfermedad.

En suma, existen en los verrucosos dos grandes clases ó variedades de modificaciones y lesiones de la médula ósea:

1ª Modificaciones á distancia, en relación con la defensa del organismo, causadas por la acción estimulante del proceso morboso sobre la médula ósea.

2ª Verdaderas lesiones tisulares, debidas á la acción de las toxinas verrucosas.

Las estudiaremos separadamente en cada una de las formas clínicas de la Enfermedad de Carrión.

Errupción Verrucosa

(Observaciones Nos. 1 y 2)

La aparición de la erupción verrucosa en el proceso morboso de la Enfermedad de Carrión, es en la generalidad de los casos, un síntoma que indica el triunfo del organismo sobre el agente patógeno. Cuando la erupción aparece, el enfermo entra, puede decirse en convalecencia; todos los síntomas graves, la fiebre, la anemia, las profundas alteraciones de la sangre, se modifican favorablemente. Es por esto que es muy difícil observar la médula ósea en este período. Hemos tenido sin embargo, la suerte de observar dos casos, muertos durante el período de erupción; los dos de forma miliar.

En uno de ellos (Observación N.º 1) la muerte sobrevino durante el período de convalecencia por una hemorragia cerebral, producida quizá por la aparición de una verruga en un vaso cerebral. En el otro (Observación N.º 2) la muerte sobrevino durante la erupción. La fórmula hemo-leuccitaria de este enfermo era muy interesante, pues presentaba el tipo de las anemias aplásticas es decir, sin regeneración celular, sin hematíes nucleados y con ligera mononucleosis; fenómenos que indican la impotencia de la médula, su incapacidad en el proceso de producción de elementos constitutivos de la sangre, es decir, hay anematopoyésis.

Las alteraciones histo-patológicas que hemos constatado en ambos casos, las describiremos en conjunto.

Caracteres macroscópicos.—En la médula ósea de la diafisis femoral del enfermo N.º 48 de la sala de San Francisco, la coloración era ligeramente rosada, pero no en toda la extensión, presentando en algunos sitios puntos amarillentos. En la Observación N.º 2, la coloración era uniformemente amarilla en todo el cilindro me-

dular. La consistencia en ambos casos, más blanda que en estado fetal, debido indudablemente á la mayor cantidad de grasa contenida. La extracción de la médula, del estuche óseo fué por este motivo, más delicada.

El exámen histológico ha revelado en la Observación N.º 1, proliferación parcial de la médula, constituida por la hipergénesis de los elementos de estirpe mieloide; hematíes nucleados, mielocitos neutrófilos, ó mafófilos, eosinófilos, basófilos; megacariocitos. En las zonas no modificadas la estructura medular no presenta alteración. El predominio celular pertenece á los normoblastos y á los mielocitos neutrófilos ó amfófilos. En esta observación las modificaciones medulares pueden definirse: proliferación parcial de los elementos medulares; médula en reacción mieloide normoblástica y neutrofilica; en los sitios no proliferados no hay esclerosis del retículo conjuntivo.

En la Observación N.º 2, las lesiones observadas corresponden á una manifiesta esclerosis del retículo conjuntivo de sostenimiento y de los vasos arteriales. En las zonas, muy escasas, donde ha sido posible sorprender ligera proliferación, las células se encontraban en verdadera sideración; ostentando diversos estigmas de degeneración: ausencia de figuras carioquinéticas, palidez del núcleo, degeneración granulosa del protoplasma de los hematíes nucleados; abundancia de formas degeneradas.

Como se vé, la esclerosis del extremo medular y de las paredes arteriales por una parte, y las alteraciones del metabolismo celular por otra, nos autoriza para calificar este caso, como de inercia proliferativa celular, debida quizás á la virulencia del agente patógeno, que produjo la claudicación de la médula, es decir, la anematomopoyésis.

Estas dos observaciones, las únicas que hemos podido estudiar de erupción verrucosa, no son suficientes para poder determinar de modo seguro, el estado anatómo patológico y las reacciones celulares que se realizan durante la erupción verrucosa.

Además, como lo hemos indicado ya, la aparición de la erupción verrucosa con caracteres de vigorosidad se presenta en el sujeto en convalecencia, cuando los síntomas clínicos y las alteraciones sanguíneas retrogradan; siendo lógico suponer que entonces la médula ósea después de un proceso activo de proliferación celular, exigido por los continuos desgastes que el organismo sufre durante la Enfermedad de Carrión, entre en regresión, en un nuevo periodo de reposo, esperando otro momento en que las necesidades del organismo reclamen de nuevo su concurso para la defensa común.

En los casos fatales de erupción verrucosa, cuando ha sido ésta muy pálida, insuficiente; cuando los síntomas clínicos, fiebre, infarto esplénico; cuando las alteraciones sanguíneas, no se mejoran, como ha sucedido en nuestras dos observaciones, las lesiones del tejido medular, corresponden á un agotamiento masivo ó parcial de la hemopoyesis, traducible por la esclerosis de retículo conjuntivo y de los vasos arteriales y por la incapacidad productora celulígena de la médula ósea.

(Continuará)

LIBROS NUEVOS

Thérapeutique urinaire.—(*Reins, vessie, uretère, uretre, organes génitaux de l'homme*) par les docteurs Achard et Marion, professeurs agregués a la Faculté de Medecine de Paris, Paiseau, chef de clinique a la Faculté de Medecine de Paris. Avec 204 figures dans le texte. Paris. LIBRAIRE J. B. BAILLIÈRE ET FILS, 19, rue Hautefeuille, 1910.

Pertenece esta obra a la colección de manuales que con el nombre de BIBLIOTECA DE TERAPÉUTICA se publica actualmente bajo la alta dirección de los profesores Gilbert y Carnot. Contiene junto con los más minuciosos detalles de los procedimientos terapéuticos clásicos en el tratamiento de las enfermedades de las vías urinarias, los últimos adelantos de esta terapéutica, que tan poderoso impulso ha adquirido en la época contemporánea mediante los trabajos de la escuela francesa.

Traité pratique de Pathologie Exotique de Grall et Clarac. Fascicule II PARAPALUDISME ET FIEVRES DES PAYS CHAUDES par Gouzien, Grall, 1911. 1. vol. gr in-8 de 480 pages avec figures. 12 fr.—Paris. Librairie J. B. Bailliére et fils, 19 rue Hautefeuille.

El primer volumen del tratado de Patología Exótica se ocupa exclusivamente del paludismo; el tomo II está dedicado al PARAPALUDISMO y a las fiebres de los países cálidos. Encontramos en el primero un notable estudio, de M. Gonzien, sobre la fiebre biliosa hemoglobinúrica, cuya etiología y patogenia han sido hasta aquí objeto de numerosas discusiones; los desarrollos del más alto interés abundan sobre esta cuestión. Después de un capítulo sobre la fiebre de vómitos negros, M. Grall expone los accidentes nerviosos del paludismo, y en seguida las fiebres climáticas. Después de los estudios sobre la insolación y el COUP DE CHALEUR, el TICKE FEVER y el tifus recurrente de la Indo China, señalaremos la exposición brillante del Kala-azar por el Dr. Lebeuf. Este volumen se termina por un asunto de actualidad, la fiebre de Malta, que sale hoy de sus dominios y viene a hacer excursiones inquietantes en el territorio francés.

De esta fiebre se ha ocupado hace pocos meses, entre nosotros, el Dr. Barton, señalando en Lima y Callao la existencia de casos diagnosticados clínica y bacteriológicamente por él, circunstancia que dá interés local a la monografía que comentamos.

Las materias que trata este volumen son, pues, muy interesantes: han sido desarrolladas por sabios cuya competencia no es discutible: las descripciones que dan tienen la exactitud que permite la observación directa: Su lectura es atrayente. Deseamos a esta nueva colección el éxito que merece.

Atlas de Radiographie chirurgicale, par le professeur Grashey et le Dr. Nogier, professeur agregué a la Faculté de Medecine de Lyon. 1 vol. in-4 avec 80 planches comprenant 240 figures et 64 schémas. Cartonné: 20 fr.—Librairie J. B. Bailliére et fils, 19, rue Hautefeuille, a Paris.

El mejor procedimiento para sacar de la radiografía el máximo de enseñanza, es seguramente practicar mucho este modo de exploración. Parece que en Francia estuvieran lejos de lo que se

hace en el extranjero, donde las radiografías se ejecutan cada mañana por decenas en los hospitales de las grandes ciudades. Tomando gran número de clichés todos los días, analizándolos con cuidado, discutiéndolos con el médico ó el cirujano que los ha pedido, comprobando si es necesario el diagnóstico por una intervención quirúrgica, se adquiere una aptitud para la interpretación y una seguridad de juicio que ningún otro método puede completamente remplazar.

Es necesario distinguir, en efecto, en radiografía, la ciencia de la interpretación y la habilidad técnica. Cuando se pide una radiografía al especialista, no es una imagen perfecta que se le reclama, sino un elemento más de diagnóstico, un aviso documentado, un AVISO MÉDICO sobre un caso dudoso. Y es por esto que la radiografía es del dominio médico y que necesita una educación especial. Esta educación es la mejor garantía contra los ERRORES IMPUTADOS Á LA RADIOGRAFÍA. Para evitar los errores de interpretación, todos los aparatos y todos los conocimientos físicos no bastan: deben ser completados por un sentido clínico siempre vigilante y por el estudio atento de numerosas radiografías normales y patológicas. Todo el mundo no tiene la buena fortuna de poseer una importante colección personal de clichés radiográficos ó de frecuentar un servicio de radiografía de los hospitales; más raros todavía son los que pueden ir á completar sus conocimientos en los grandes servicios de radiografía del extranjero. Es justamente para facilitar esta educación especial de los radiologistas que el Dr. Grashey ha publicado sus atlas de radiografía.

Cuando se conoce perfectamente las imágenes normales, una buena elección de imágenes patológicas es la mejor guía que se pueda desear. El presente atlas supone este conocimiento previo de la radiografía normal. Así solamente ha podido el autor hacer entrar tan gran número de clichés en espacio tan reducido.

Nadie mejor calificado que el Dr. Grashey para publicar esta nueva obra, que solicitaba el éxito de su precedente, el ATLAS DE RADIOGRAFÍA NORMAL.

El ATLAS DE RADIOGRAFÍA QUIRÚRGICA contiene toda una serie de casos muy interesantes porque las radiografías han sido controladas por numerosas intervenciones quirúrgicas. Se puede, pues, decir que ellas no suministran sino documentos ciertos. Los clichés han sido reproducidos para mayor claridad en tamaño natural. Notas cortas sacadas de la historia de los enfermos, é interpretaciones muy precisas acompañan cada plancha. Se encontrará en este trabajo el espíritu de método y de claridad que se ha podido apreciar en el anterior, ya citado, debiéndose admirar la manera excelente como comenta el Dr. Grashey cada una de las radiografías hechas en su servicio.

El médico y el cirujano recorrerán esta obra con gran provecho; encontrarán allí muchas veces casos semejantes á los que han tenido ya ocasión de ver ellos mismos. Se encontrará también la exposición de los trabajos franceses más recientes, é igualmente el resultado de las observaciones personales del Dr. Nogier. En suma, el presente Atlas contribuirá á hacer apreciar más, dándole su justo valor, á los métodos de investigación radiográfica, como también á marcar los límites de este maravilloso procedimiento de exploración.

Contribución al diagnóstico, pronóstico y tratamiento del Tifo-pe-tequial, basados en la bacteriología. Moralidad de la experimentación sobre seres humanos, con restringidas condiciones. Disertación leída en la sesión científica, el 23 de setiembre de 1910, ante el IV Congreso médico nacional, por el Dr. Miguel Otero.

México. Imprenta de Juan Aguilar Vera, 3a. de Regina, 81 1910.

Sobre la Ovaradeno Triferrina

POR L. PROCHOWNICH, DE HAMBURGO

Difícil y arriesgado resulta hoy en día resolverse á recomendar un medicamento nuevo, aún cuando para mí, no constituye esto dificultad alguna, puesto que no presento un medicamento nuevo, sino únicamente, una combinación. La Ovaradeno-Triferrina, responde á la sección de la organoterapia, de la que nadie podrá separarla, por mucho que se dude. Mis colaboradores y yo, hemos ensayado seriamente este medicamento por espacio de 7 años, antes de decidirnos á darlo á conocer.

En el tratamiento de los fenómenos de la menopausia natural, mucho más aún, de la post operatoria, venimos ensayando, desde 1890-1900, toda clase de preparaciones ováricas. Hemos tenido en cuenta, además de la eficacia, el precio del medicamento. Durante varios años, el Ovaradeno ha satisfecho mejor que otro preparado alguno estas dos condiciones.

Nuestras constantes observaciones nos han demostrado que, al menos en la mitad de los casos, además del de la compensación del ovario (sit venia verbo,) era necesario el hierro para mejorar á las enfermas.

Lo molesto que resulta en la práctica la medicación doble, y el mayor coste que supone, han hecho que se buscara una preparación que contuviese los dos medicamentos, fácilmente dosificables, y que, á la vez, fueran tolerados por el estómago. Todas estas condiciones (incluso la relativa al precio,) han logrado reunirse en la Ovaradeno Triferrina en tabletas.

Este medicamento se prescribía principalmente en las mujeres atacadas de enfermedades caquetizantes (mioma de forma hemorrágica, afecciones graves de los anejos, tumoración doble del ovario,) que suelen tratarse por ablación de los genitales, y que más rara vez, curan por menopausia natural.

De esta clase de enfermas, se destaca un segundo grupo en que, a pesar de haberse conservado el ovario, o restos de él, se presentaban, no obstante, fenómenos muy acentuados de depresión y pobreza de sangre. En estos casos era indiferente que en la operación se conserva ó no el útero.

Los resultados inmediatos obtenidos, hicieron que se intentara el ensayo en el extenso campo de las hipoplasias genitales, obteniéndose precisamente aquí, resultados superiores á lo que se esperaba.

En el tratamiento del desarrollo incompleto, ya sea del ovario ó de la matriz, ya esté unido á una menstruación dolorosa ó éu-sente, yá vaya acompañado de clorosis ó de infantilismo general, hemos observado casi siempre mejora ó alivio de las principales molestias. También los casos de enfermedad de *Busedow*, con hipoplasia de los genitales, se influyen favorablemente por este medicamento.

Como es natural, el radio de acción de este medicamento, está circunscrito á los estrechos límites que quedan apuntados, bastante considerables, sin embargo, para los ginecólogos.

Se comprende igualmente, que no es infalible. Hay personas que no reaccionan con él, especialmente, las que al mismo tiempo, padecen graves enfermedades ginecológicas, ó perturbaciones nerviosas ó psíquicas de carácter grave.

Por último, el efecto de este medicamento, como ocurre con la totalidad de sus congéneres, es solo temporal; se pierde transcurrido algún tiempo, debiendo repetirse su uso nuevamente, de cuando en cuando, hasta lograr un resultado positivo y duradero. Nunca debe pasarse de su empleo por tercera vez.

Durante cierto periodo, hemos permitido la administración de 200 tabletas, resultando por término medio dos al día, una en la primera comida, y otra en la última. Rara vez hemos dado tres al día. La alimentación de la paciente no se ha limitado, á no ser que circunstancias especiales lo hicieran necesario. Con esta dosis, hemos visto que no se producían trastornos estomacales secundarios. En los rarísimos casos en que esto ha sucedido, se redujo la dosis á una sola pastilla diaria, por espacio de una ó dos semanas, volviéndose de nuevo á la dosis de dos pastillas.

A continuación detallamos las indicaciones de la fabricación de estas tabletas, que nos suministra la casa *Knoll & Co.*, de *Ludwigshafen Rhin*:

Se extraen los ovarios de la cerda ó la vaca, bajo la inspección del veterinario; se tratan con agua cloroformada, para evitar la descomposición. Inmediatamente se trituran, y se limpian cuidadosamente de grasa. El extracto, concentrado en el vacío, se mezcla con lactosa, de modo que 1 gramo de los ovaradenos del comercio, corresponde á 2 gramos de glándula fresca. La Triferrina se obtiene, según el procedimiento de patente alemana No. 114273, por la digestión gástrica artificial de la caseína, y por la precipitación en caliente de la solución de digestión obtenida, con una solución de hierro, amoníaco y alumbre. Con esto, se separa el sub óxido de hierro paranucleínico, mientras que las albumosas y peptonas quedan en la disolución. Se filtra, se lava bien, se seca, muele y se pasa por el cedazo.

Para obtener la combinación Ovaradeno Triferrina en forma de tabletas, se juntan y mezclan bien 300 gramos de los ovaradenos obtenidos como queda indicado, con 100 gramos de Triferrina, 100 de chocolate y algo de vainilla y cumarina para corregir el sabor, y con esta mezcla, se fabrican tabletas comprimidas, de 0,5 gramos.

Por lo tanto, cada tableta contiene 0,3 gr. de Ovaradeno, y 0,1 gr. de Triferrina.

El medicamento se vende en frascos de 45 tabletas.