

LA CRONICA MEDICA



AÑO XXIX.— LIMA, AGOSTO 15 DE 1912 —Nº 567

Tercer Congreso de Estudiantes Americanos



Aspecto del estrado de la Sociedad Médica "Unión Fernandina," en la actuación ofrecida en honor de los delegados extranjeros

CLINICA MEDICA DE VARONES

Hospital «2 de Mayo»

Primera Lección del Profesor Dr. D. ERNESTO ODRIOZOLA

Lunes 8 de Mayo de 1911

Puede estimarse como una feliz introducción á nuestras labores de este año, el estudio del enfermo de que vamos á ocuparnos hoy. Apesar de la localización, muy limitada por ahora, de los fenómenos más culminantes, ellos constituyen siempre un síndrome impresionante y dramático cuya patogenia y origen, abre ancho campo á las investigaciones clínicas más complejas y á los problemas más interesantes y difíciles de anatomía y fisiología patológicas.

Nada, en el continente del enfermo revelaría á primera vista, por lo menos, las profundas alteraciones que sufre ni los episodios sensacionales que de algún tiempo á esta parte, se marcan en la ruta de su evolución morbosa y que han venido, por esa asociación inevitable de la observación, á constituirse, en personalidad nosológica definida. Pero, no vayan á creer, Señores, que por el hecho de expresarnos en esta forma, se trata de una cosa ya juzgada y libre de toda tacha, por el contrario, el caso que vamos á discutir, como todos los de su género, es oscuro, de muy delicada interpretación, pero abundante en material y lleno de interés clínico.

El enfermo, Señores, ya lo conocen ustedes, porque juntos lo examinamos el miércoles pasado; ocupa la cama N.º 49; ingresó en el servicio el 8 de Enero del presente año. Es de raza negra, natural de Jamaica, de 45 años de edad. Acostado en la cama, parece un atleta y lo es en efecto, en lo que se refiere á su talla, pero apenas se le hace levantar y caminar, se le notan sus miembros descarnados, atróficos y su marcha muy laboriosa y difícil, sin que ella, para decirlo de una vez, corresponda á una de las modalidades clásicas de enfermedad bien definida.

Es empleado de profesión.

Ignora la causa del fallecimiento de su padre, ocurrido siendo él muy niño. Su madre, cuando él abandonó Jamaica gozaba de buena salud. Ha tenido dos hermanos, sanos ambos hasta el momento de separarse.

Nada de notable refiere en su pasado patológico, hasta el año 1901 en que contrajo varios *chancros* en el pene, que curaron en un periodo de 15 días.

Antes de seguir adelante, es útil advertir, que todos estos informes sólo deben tener un valor relativo, por lo menos, en lo que concierne á los detalles, pues, su *memoria* presenta una estabilidad *muy deficiente*, que nos pone en el caso de desconfiar de ella.

Parece que desde la fecha ya indicada hasta 1903, el enfermo no sufrió molestia alguna y se mantuvo en buenas condiciones de salud. En ese año sufrió una blenorragia.

El año 1904, dice este enfermo, á quien como se vé persiguen las desventuras genitales, contrajo otros cuatro ó cinco *chancros*.

De 1904 á 1907, en fecha que el enfermo es incapaz de precisar, refiere que le salieron en el miembro varias llagas, cuya naturaleza no nos es posible asegurar. Sin embargo, el paciente señala haber sufrido también de llagas en la garganta.

El año 1908 no tuvo novedad alguna. En 1909, en plena salud, nuestro enfermo fué repentinamente sorprendido por un *ataque de forma convulsiva y con precedentes sensacionales* que le permitieron darse cuenta de su aproximación. Dichas convulsiones interesaron la *cara del lado derecho* y el *brazo del mismo lado, con pérdida del conocimiento*. Después de todo esto sobrevino un *intenso dolor de cabeza*, radicado á la *izquierda*, según él refiere.

A partir de esa fecha, dichos ataques se han repetido con intervalos variables, de uno á dos meses, con la particularidad que habitualmente después del primero se suceden otros en el mismo día, siendo de notar que la pérdida del conocimiento *solo parece completa en el primero, pues en los sucesivos se conserva más ó menos*.

El Doctor *Voto Bernales*, médico del servicio y el Sr. *Campos*, interno, han tenido ocasión de presenciarlos y están acordes en los caracteres ya descritos.

Sometido al régimen *mercurial* primero y al *yodurado* después, nuestro enfermo entró al servicio en la fecha ya indicada. Desde entonces los ataques *han aumentado de frecuencia*, presentando cada vez la *cefalalgia* correspondiente. Además, en los músculos del brazo y del muslo, se descubrieron *gruesas nudosidades*, apreciables á las simple vista y que desaparecían por la contracción de ellos.

El día 11 de Febrero se practicó al enfermo una inyección de 60 centigramos de *Salvarsan*. El 19 y el 23 del mismo mes tuvo dos series de ataques. El 16 de Marzo, se repitió la inyección y el 23 se renovaron los ataques. El día 28 del mes próximo pasado, se le inyectaron VII gotas de *aceite gris*.

Tales son, hasta la fecha, los datos que hemos podido recoger.

Ustedes recordarán indudablemente los resultados de nuestro exámen: hay *enflaquecimiento notable*, sus miembros manifiestan una *atrofia* bien apreciable. El reflejo plantar *casi no existe*, no así el patelar que *está exagerado*, particularmente del lado *derecho*.

La *sensibilidad*, á la presión, al dolor y á la temperatura, se conservan *normales*, lo mismo que el *sentido muscular*.

Tampoco, habrá escapado á la observación de todos ustedes, asunto sobre el cual debo insistir hoy, porque no lo mencionamos en nuestro exámen, cierta *dificultad de la palabra* que el enfermo atribuye á sus ataques.

El enfermo nota además sensaciones de *mareo* y de *ansiedad*, dolores y *enfriamientos* durante las noches, sobre todo en sus miembros inferiores.

El hígado está ligeramente retraído, el bazo normal, hay *anorexia* y *constipación*. La auscultación del corazón revela un *soplo* bastante apreciable en todos los focos, pero más ál nivel del *apendice jifoides*.

Los *ganglios* estan infartados y en la región supraclavicular del lado *derecho*, se descubre uno pequeño.

El exámen de la orina, practicado en dos ocasiones, con cerca de dos meses de intervalo, no ha descubierto otra cosa que *vestigios de albumina*.

El exámen de la sangre tampoco ha favorecido la ilustración de este caso.

Por último, ustedes verán en la curva térmica casi completa, que aquí les presento, que han habido algunas elevaciones *febriles* ó *subfebriles*, coincidiendo sea con las inyecciones de Salvarsan, sea con ataques más repetidos.

Para concluir, debo señalar la ausencia de trastornos visuales y del signo de *Arguill-Robertson*, consistente, como saben ustedes, en la desaparición de la contractilidad pupilar bajo la influencia de la luz, con conservación de la misma á influjos de la acomodación. La reacción de Wassermann ha sido negativa. (1)

Veamos ahora si podemos establecer con estos datos la enfermedad de que padece.

La existencia de *ataques convulsivos*, constituye, como ustedes han visto, el síndrome dominante; la *pérdida del conocimiento*, en algunos de ellos, es un fenómeno de importancia, que les imprime una fisonomía bien precisa. En efecto, cuando en una persona se ven *ataques convulsivos con pérdida del conocimiento* y que después sobreviene *dolor de cabeza*, pasado el cual todo entra en orden, estamos autorizados para pensar que se trata de ataques de *epilepsia*. Nos resta saber ahora que clase de epilepsia es la que presenciarnos y cual su origen. En clínica se distinguen dos categorías de epilepsias, la *esencial* y la *sintomática*. En nuestro enfermo podrá creerse en la primera?

Nó ciertamente, porque la *epilepsia esencial* se generaliza á todo el cuerpo y todos los ataques van acompañados de pérdida del conocimiento, sin contar con que la epilepsia esencial no se *desarrolla en la edad adulta*, sino en la *adolescencia*. De manera que es preciso *siempre desconfiar de una epilepsia que aparece en la edad adulta*. Ni una ni otra cosa ocurre en nuestro enfermo, pues, sus convulsiones se limitan tan sólo á la *cabeza* y *al brazo derecho* y cuando los ataques se repiten, *no hay* pérdida del conocimiento, por lo menos completa. Por lo demás, la palabra *esencial* aplicada á la primera no manifiesta que en realidad lo sea; ella sólo expresa la insuficiencia de nuestros conocimientos en lo que se refiere á sus causas generadoras, pero es muy probable que ellas deban ser tan materiales, como lo son las de la segunda categoría y que por consiguiente al fin y al cabo ella desaparecerá del concepto inmaterial en que esta incluida. Por consiguiente, pues, la epilepsia de nuestro enfermo pertenece á la clase de las *sintomáticas*.

Ya hemos dicho que cuando los ataques se repiten, la *pérdida del conocimiento no es completa*. Las convulsiones *comienzan por el lado derecho de la cara, la cabeza se inclina de ese lado* y después se compromete *el miembro superior del mismo lado*. Hasta este momento las cosas terminan allí, es decir, que las convulsiones no van más lejos. Se trata, pues, como ustedes ven, de convulsiones *localizadas*, que entran en la expresión clínica consagrada por el observador británico que descubrió sus vinculaciones, por *Jackson*, de aquí el nombre de *epilepsia jacksoniana*, con que se le designa habitualmente. En esta clase de epilepsia se descubren los caracteres que

(1) Es de advertir que no se ha practicado la verdadera reacción de Wassermann sino la de Noguchi.

distinguen á la de nuestro enfermo. En efecto, ella es *localizada*, la pérdida del conocimiento es *incompleta*.

Ahora bien, toda vez que se hable de epilepsia jacksoniana, de hemos pensar en una *lesión material de los centros encefálicos* y á este pensamiento debemos fatalmente llegar en nuestro enfermo.

Por lo que ustedes ven, lo nos ha sido muy difícil adquirir este convencimiento, pero, en este momento comienzan las grandes dificultades de nuestro análisis. Tres puntos necesitamos establecer de una manera precisa el *lugar* en que se implanta la lesión, su *naturaleza* y su *origen*. Desgraciadamente, ninguno de ellos puede ser resuelto de una manera categórica.

Analicemos el primer problema *lugar en que se radica la lesión*. A raíz del gran descubrimiento de las localizaciones cerebrales en que *Ferrier* ocupó lugar prominente, todos los prácticos imaginaron que había llegado á sus manos el secreto de todos los procedimientos localizadores; pero las decepciones y los fracasos vinieron bien pronto, destrinando de un sólo golpe las concepciones de matemática localización, con que se pretendió hacer brillar el nuevo descubrimiento. Muchos ejemplos, en efecto, en que fenómenos convulsivos localizados, parecían indicar el sitio preciso de la lesión, dieron un resultado negativo, demostrando la integridad perfecta de las regiones encefálicas sospechadas. Como sucede en todos estos casos, surgió entonces una poderosa corriente que trató de demoler todo el edificio levantado por los geniales esfuerzos de los grandes fisiólogos del último tercio del siglo pasado. La consecuencia fué que la teoría de las localizaciones, sufrió muy rudos golpes, su primitivo crédito quedó muy oscurecido y habría muerto definitivamente, si observaciones y estudios desapasionados no hubieran venido á traer satisfactorias explicaciones de esos casos contradictorios. En efecto, pronto se vino á descubrir que en el encéfalo, puede haber lo que se llama las *irradiaciones á distancia*, es decir, que una lesión situada en un lugar determinado del órgano puede revelarse por fenómenos que no pertenecen realmente á la región en donde se halla implantada, sino por los correspondientes á otra *más ó menos mediata*. Esta circunstancia invalida, como es fácil comprender, la seguridad completa de la localización.

Los fenómenos que nuestro enfermo presenta manifiestan con bastante claridad que la región interesada, corresponde á la zona *psico-motora* del hemisferio *izquierdo*. La aparición de los fenómenos convulsivos del lado derecho, con ligeros trastornos de la palabra y la cefalalgia más intensa del lado izquierdo, dan á esta idea grandes probabilidades de efectividad; pero de aquí no podemos pasar, en razón de los argumentos ya expresados relativos al estímulo á distancia. En definitiva, el primer problema debe ser resuelto en esta forma: *nuestro enfermo tiene una lesión cerebral cuya localización probable, nada más que probable, es la zona psico-motora del lado izquierdo*.

Pasemos al segundo problema, el que se refiere á la *naturaleza* de la lesión, que se confunde casi con el último, el relativo á su *origen*.

A ustedes no puede haber escapado, al describir la anamnesia de este enfermo, las desgraciadas reincidencias de orden genital que han agitado su vida, durante los últimos años. La existencia anterior de posibles *placas en la garganta*, la actual de *ganglios infarta-*

dos, los nudosidades de apariencia gomosa que hemos descrito en los musculos de sus miembros, todo ello obliga á sospechar la intervención de una sífilis. La *epilepsia jacksoniana* en efecto, reconoce, en el mayor numero de casos, la existencia de lesiones de ese género implantadas en los centros encefálicos. Con muy sobrada razón, el Dr. Voto Bernales, desde el primer momento, ha atacado vigorosamente la enfermedad, sirviéndose del mercurio, con el yoduro primero y del Salvarsán después. Desgraciadamente, hasta ahora, los resultados no han correspondido á este tratamiento. ¿Querría esto decir que la lesión no es de índole sífilítica? La ineficacia del doble tratamiento implantado, no es razón suficiente, por lo menos hasta ahora, para deshauciar á la sífilis; á lo más vendría tan solo á probarnos que la lesión no está constituida por un goma, pues conocida es la docilidad con que estos se funden bajo las inyecciones mercuriales ó el «Salvarsán». Podría tratarse sea de una *exóstosis* ó de un foco de *arteritis* ó de una *placa de meningitis*, hipótesis estas últimas, no descaiminada, desde que la sífilis tiene una particular predilección por los meninges y por el sistema arterial y el *soplo fijóideo* que presenta nuestro enfermo, representa indudablemente la existencia de alteraciones aórticas, muy probablemente imputables á la sífilis, siendo un hecho ya reconocido por nosotros y demostrado con piezas anatómicas probatorias, la frecuencia con que las lesiones aórticas se manifiestan por soplos, cuya máximo de intensidad se escucha á la altura de la última pieza del esternón; pues es sabido por lo demás, que las lesiones de la *válvula triscuspíde*, de origen primitivo son casi desconocidas.

Si la lesión de nuestro enfermo es ó no es sífilítica está en la actualidad, en tela de juicio; pero un deber clínico, emanado de la experiencia y hasta una tendencia humanitaria nos obligan á mantenernos en ese terreno de la sífilis y agotar, nuestros medios de acción. Seguiremos empleando y variando los preparados mercuriales y solo cuando estemos convencidos de su ineficacia, entregaremos á nuestro enfermo á una intervención quirúrgica, tanto más cuanto que no sería imposible que una lesión de otra naturaleza agena á la sífilis, pudiera existir.

De todo lo dicho se deduce que el pronóstico de nuestro enfermo, es *muy serio*. (1)

SEGUNDA LECCION

Lunes 15 de Mayo de 1911

Es verdad bien sabida, para los que se ocupan en los asuntos de la clínica, el hecho de que los enfermos de una misma categoría nosológica, se presentan muchas veces por serias, constituyendo, permítanme la expresión, una *epidemia extemporanea*.

Tal ocurre con nosotros ahora.

(1) Bajo la influencia de las inyecciones de *aceite gris*, metódicamente practicadas, durante el año, los ataques convulsivos se han ido alojando cada vez más, lo que constituye la prueba terapéutica de la índole *realmente sífilítica* de la enfermedad.

En nuestra lección pasada, nos ocupamos de un enfermo atacado de una interesante enfermedad nerviosa, hoy nos viene á las manos otro, perteneciente á la misma clase, aunque de naturaleza é interpretación muy diversa.

El enfermo es ya conocido de ustedes, porque juntos lo examinamos el miércoles pasado. Ocupaba la cama N.º 21 de esta sala. y ha sido trasladado al N.º 37. Es natural de Lima, de 24 años de edad, de profesión carpintero é ingresó en el servicio el 1.º del presente mes.

La madre de este enfermo que falleció en el curso de una epidemia de gripe, sufría de «fatigas». El padre vive y es sano.

El enfermo trabaja en su oficio desde los 14 años de edad y ha gozado siempre de salud completa. Manifiesta haber sufrido, en épocas diversas de su vida, ya lejanas de la actual, de sarampión, de influenza, *constipados y fiebres* de naturaleza mal definida.

Hacen cuatro años proximamente contrajo un chancro solitario que curó en pocos días mediante unos lavados antisépticos y la aplicación de unos polvos *secantes*. Desde esa fecha, hasta el presente año, el enfermo había disfrutado de excelente salud, á no ser dolores de cabeza de variable intensidad que el enfermo atribuye al kerosene que usaba en el alumbrado de su habitación.

Ha sufrido de dolores de garganta, antes y después de la aparición del chancro y en todas esas ocasiones, los dolores han cedido á influjos de una medicación *caseira*. El carácter vago y más ó menos efímero de estas anginas no son como para imputarles valor especial.

La única erupción cutánea que ha tenido, localizada á los miembros inferiores, fué antes de la aparición del chancro.

En el mes de Febrero del presente año, comenzaron los trastornos que hoy lo afligen.

Cuenta nuestro enfermo que tenía unas visitas en su casa, que sintió necesidad de orinar, que se esforzó por contenerla el mayor tiempo posible; entonces fué acometido por un vivo dolor en el flanco derecho, dolor que aumentó de intensidad al realizarse la micción. Aplicaciones calientes en esa región disiparon el dolor y el enfermo que según el, había experimentado una elevación de temperatura, volvió á sus labores en las que continuó tres días más. Trascorridos estos, se alarmó considerablemente con la dificultad que notaba para coger con las manos las herramientas de su oficio. Cuando se esforzaba por hacerlo, le temblaban las manos y los brazos. Al mismo tiempo experimentó la angustiosa sensación de una *dejadez* general, término familiar sobre el cual todos nos entendemos y que expresa bien la naturaleza del trastorno.

Cuatro días mas tarde, al levantarse, sintió una gran dificultad para la marcha y dolores en los miembros inferiores. Solicitó los auxilios de un facultativo que le prescribió un baño caliente. Al día siguiente las cosas fueron peor, á punto que ya no pudo caminar.

El Dr. Becerra vió á este enfermo, antes de su ingreso en el hospital y refiere que le era imposible ponerse de pié. Los reflejos estaban disminuidos, pero normales las diversas formas de sensibilidad.

Desde el 12 de Febrero, fecha en que el Dr. Becerra lo vió, hasta hoy, todos los fenómenos han ido acentuándose progresivamente habiendo sido los miembros inferiores los primeros en perder toda su fuerza.

Nuestro enfermo se encuentra actualmente en una triste condición. Sus *cuatro* miembros, están completamente paralizados, revelando cierto grado de *atrofia*. La parálisis es *flácida*. Todos los reflejos están *abolidos*, pero *conservada* la sensibilidad en todos sus formas.

El recto y la vejiga *funcionan bien*. Hay *dolores* en los miembros inferiores, particularmente cuando *se presionan las pantorrillas* y la garganta del pié, sobre todo del lado derecho.

Hay *abolición* del reflejo conjuntival y del velo del paladar. No hay signo de *Argill Robertson*. Las facultades mentales están en perfecto estado. Los demás órganos y funciones no presentan alteración digna de notarse. En el análisis de la orina solo se han encontrado vestigios de *albumina* y algunos células renales. No ha habido fiebre, por lo menos desde que ingresó en el hospital. El exámen de la sangre ha revelado cierto grado de leucocitosis (12000), con polinucleosis (74 %).

Estos son, Señores, los datos que les puedo presentar sobre la actualidad del enfermo. Veamos ahora si podemos con ellos llegar á una conclusión definida.

El hecho dominante y digno de llamar la atención es la existencia de una *parálisis flácida de los cuatro miembros*, de evolución relativamente rápida, con *conservación* de la funcionalidad del recto y de la vejiga y con *dolores* en las pantorrillas que se hacen *más manifiestos* por la presión.

Cabe desde luego preguntarse si no se trata, en este caso, de una enfermedad encefálica; pero la respuesta acude al punto, porque en él no ha habido ataque alguno *brusco*, las facultades mentales están intactas, no hay trastornos de la palabra, ni cefalalgia actual, ni vértigos y la parálisis es igual en los cuatro miembros, sin contractura de ninguna especie. Por consiguiente, pues, podemos afirmar que en los centros nerviosos superiores no hay lesiones materiales capaces de explicar esta situación.

Se tratará de una enfermedad medular? No lo creemos tampoco, porque es difícil concebir una enfermedad de ese centro, de evolución tan rápida y engendrando una parálisis de los cuatro miembros, sin otro género de trastornos que por la altura de las lesiones, dado el compromiso de los brazos, deberían ser múltiples y muy graves. En este caso, en efecto, no cabe pensar en ninguna de las enfermedades crónicas (mielitis difusas, tabes diversas, etc). Podría creer se entonces que estamos en presencia de una *poliomielitis ascendente guda del adulto ó parálisis de Landry*, pero esta enfermedad produce trastornos formidables, de marcha progresivamente rápida que terminan por la muerte en corto plazo.

Hay otra enfermedad con la que podría confundirse: es la *paquimeningitis cervical hipertrofica*. En esta los fenómenos paralíticos comienzan por los brazos, como ha ocurrido en nuestro enfermo y existen además dolores más ó menos intensos. Pero el curso de la enfermedad es mucho más lenta y los miembros inferiores se comprometen mucho tiempo después de los superiores. En nuestro enfermo, puede decirse que, en pocos días, los cuatro miembros, casi á la vez, se han paralizado y apesar de que los fenómenos comenzaron por los brazos, es positivo que una vez interesados los miembros inferiores, dichos fenómenos tuvieron en estos una acentuación mucho más

marcada, lo contrario justamente de lo que pasa en la paquimenin-gitis cervical hipertrófica. Por todas estas razones debemos deshau-ciar la posibilidad de esta lesión.

Desde luego, hay una circunstancia en nuestro enfermo que ad-quiere sobresaliente valor, es que la parálisis es *flácida*, coincidiendo con una *abolición* de reflejos y *conservación* perfecta de la funcionalidad de la vejiga y del recto. Por lo general, estas parálisis flácidas que invaden los miembros con mayor ó menor rapidez, poniendo de un lado los *traumatismos* por supuesto, *no expresan* alteraciones medulares.

En conclusión, las razones que acabamos de presentar, nos per-miten creer que no se trata, en este caso, de lesión medular alguna, de naturaleza aguda.

Pero otra eventualidad acude á nuestra mente, y merece ser discutida, es la relativa á una parálisis *histérica*. Ustedes deben saber que recientemente el Dr. *Babinski* ha sacudido violentamente el viejo edificio clínico levantado por los antiguos observadores, y que los geniales toques de *Charcot*, parecían haber asegurado y perfec-cionado. La competencia notoria de este hábil observador y sus nu-tridos estudios sobre todo lo que se refiere á la patología del sistema nervioso, nos obligan á no desdeñar las novedades que nos acaba de presentar el Dr. *Babinski*, en lo que se refiere al concepto clínico de la histeria. La cuestión, por sus radicales proyecciones, ha levanta-do en todos los centros científicos, una intensa curiosidad, toda vez que las ideas que él sostiene, tienden á demoler seculares tradiciones mirando por su base toda la estructura nosológica de la enfermedad. *Babinski* sostiene que los titulados estigmos de la enfermedad, la *hemianestesia*, entre ellos, no existen como fenómenos reales, son siempre producto de la *sugestión*. Para él la histeria estaría entonces caracterizada por una serie de perturbaciones generables y reproducibles por la *sugestión* y susceptibles de desaparecer á influjos de la *persuasión*. De acuerdo con esta teoría la histeria sería una condi-ción morbosa dinámica y cuya existencia representa una relación ineludible de médico á paciente. Perdonen, Señores, esta digresión que me ha parecido interesante, dada la actividad con que en todas partes hoy se discuten estos asuntos.

Sea de ello lo que fuere, nosotros conformándonos, por el mo-mento, con las nociones imperantes todavía en esta materia, debe-mos discutir si la parálisis de este enfermo puede entrar en la catego-ría de las tituladas *histéricas*. La rapidez con que ella se ha desarro-llado, sería un argumento en su favor, así como la existencia de la anestesia conjuntival y del paladar, que figuran como ustedes sa-ben, entre los estigmas preponderantes de dicha enfermedad.

A pesar de esto, no creemos tampoco que esta parálisis sea de tal naturaleza, porque en estos casos, hay *anestias* diseminadas ó sistematizadas á un lado del cuerpo; hay además zonas *histerógenas* más ó menos repartidas, trastornos visuales consistentes en *estrechez* del campo visual, fenómenos que faltan en nuestro enfermo, pues los informes más ó menos vagos que él refiere con respecto á la existencia de estos últimos, parecerían indicar más bien parálisis efímeras de algunos músculos del ojo, que perturbaciones de la vi-sión, asunto que por lo demás está hoy juzgado desde que en la ac-

tualidad no existe ningún dato capaz de hacer pensar en dichos trastornos.

Por consiguiente, pues, la parálisis de nuestro enfermo no es de naturaleza *histérica*.

De todo esto se deduce que si la parálisis del enfermo que estudiamos no obedece á enfermedad ó alteración de los centros, debemos fatalmente convenir en que ella depende de una alteración del sistema *nervioso periférico* ó en otros términos que ella está ligada á la existencia de una *polineuritis*.

La palabra *polineuritis*, estimada en su sentido etimológico quiere decir, *inflamación* de los nervios, pero la verdad de las cosas es que las alteraciones que invaden dicho sistema, no sólo entran en ese grupo, sino que también existen *degeneraciones* emanadas de intoxicaciones ó infecciones, que interesan la mielina, el estuche de Schwann y aun el mismo cilindro-eje, que sufre muchas veces la transformación *moniliforme*.

Ahora bien, como hay nervios motores, sensitivos, tróficos y vaso-circulatorios, habrán otros tantos *tipos* de neuritis, ya aislados ya asociados, según el grado ó la extensión de las lesiones.

El tipo á que pertenece la de nuestro enfermo es el *motor y trófico*, la parálisis completa por un lado y cierto grado de *atrofia muscular*, por el otro, dan cuenta de esta localización. Bueno es advertir que la división que acabamos de hacer es algo esquemática, porque casi nunca la localización de las lesiones es tan precisa como para aceptar polineuritis rigurosamente sistematizadas; la mejor prueba la tenemos en nuestro enfermo que apesar de dominar en él el tipo motor, existe también algo el tipo sensitivo, desde que, como hemos visto, ha experimentado *dolores* en los miembros inferiores particularmente, sobre todo en las pantorrillas, que hoy todavía se puede despertar por la presión de las masas musculares, según ustedes recuerdan. Estos dolores provocados de las pantorrillas son casi constantes, de tal suerte que se consideran como *característicos* de la enfermedad, lo cual prueba que el compromiso de los nervios sensitivos existe en todos los casos, más ó menos. La división que hemos hecho, sólo demuestra pues el predominio de las lesiones en tal ó cual sistema de nervios.

Lo que hay de curioso en nuestro enfermo, es la manera como se han iniciado los accidentes, que, como ustedes recuerdan, invadieron en primer término los brazos, dejándose sentir en las manos. Sin embargo, muy pocos días después, fueron atacados los miembros inferiores y su parálisis se completó rápidamente. No es esta evidentemente, la manera como se establecen estas clases de parálisis; lo común es observar su principio por los miembros inferiores, siendo después atacados los superiores. Tal vez si la profesión de carpintero que reclama el ejercicio y la fatiga de los músculos de los miembros superiores, puede considerarse como un pretexto justificado para que ellos hayan sido comprometidos en primer lugar.

La marcha rápida, como ha evolucionado esta parálisis, está de acuerdo con lo que generalmente se observa en las polineuritis. Su desarrollo, en efecto, es casi siempre más ó menos rápido, circunstancia que tiene un alto valor diferencial. Llama la atención en este cuadro, la *integridad* funcional del recto y de la vejiga, la falta de *escaras* en el sacro, que son los atributos característicos de las gra-

ves alteraciones medulares y cuya falta en nuestro enfermo, nos ha permitido, como acaban ustedes de ver, negar todo trastorno sustancial de la médula.

Hasta aquí, las cosas han sido de interpretación más ó menos fácil, pero las grandes dificultades comienzan cuando se trata de averiguar cual puede haber sido el *origen ó la causa* de esta polineuritis.

En la historia, hemos consignado algunos datos de orden genital que nos obligan á sospechar la posible intervención de la *sífilis* en este proceso.

Pero lo cierto es que el chancro que contrajo, apesar de ser solitario, no reveló su naturaleza infectante por manifestaciones especiales, pues como ya hemos dicho las anginas que padeció después de él, también lo precedieron y la rapidez con que ellas evolucionaron sin tratamiento específico, prueba muy probablemente que no han sido de naturaleza sifilítica.

Por otro lado, la reacción de *Wassermann*, practicada ayer, ha sido positiva.

Pero prescindiendo de estas razones contradictorias, podemos sacar algún partido de los caracteres de las parálisis? Evidentemente. Si es cierto que la sífilis puede engendrar neuritis, estas son por lo general reducidas á uno ó más músculos, eligiendo de preferencia los músculos oculares ó los músculos de una pierna-los estensores particularmente. Las parálisis vertiginosamente rápidas, como la de nuestro enfermo y de esa extensión, no entran en los gustos de la sífilis. Por consiguiente pues no creemos probable que esta neuritis sea de naturaleza sifilítica si nos conformamos al aspecto clínico de los fenómenos, pero como la reacción de Wassermann ha resultado positiva, no podemos negar su posible intervención en este caso. Ciertamente es que no repugna al espíritu clínico la posibilidad de una polineuritis de esta clase, engendrada por otra causa, en un individuo sifilítico.

La intoxicación *alcohólica* es entre nosotros y en nuestro medio hospitalario la causa más frecuente de la polineuritis. Pero nuestro enfermo niega ser bebedor, aunque para nosotros, dada la experiencia ya adquirida en la práctica hospitalaria, debemos poner muy en reserva estas protestas de abstinencia y ya sabemos hasta la saciedad, que hay individuos muy fáciles de intoxicar con mínimas dosis de alcohol, y que estos, por su parsimonia, figuran entre los abstinentes, por el hecho de no beber en vasos.

De todo esto se infiere que este origen es posible en nuestro enfermo ó que por lo menos no estamos autorizados para rechazarlo.

Nuestro enfermo refiere que ha padecido de *influenzas*; si esto es cierto, tenemos en esta enfermedad una causa frecuente de polineuritis, con la particularidad de que muy ligeros ataques de ella pueden sin embargo engendrarlos. En Lima, hemos tenido ocasión de observar algunos de estos ejemplos.

Como se vé pues, la causa de la polineuritis en nuestro enfermo queda imprecisa y discutible.

El pronóstico de nuestro enfermo, apesar de la habitual benignidad de la polineuritis en general, debe ser *reservado*, tanto más cuanto que ya en otras ocasiones, les he demostrado, con ejemplos prácticos, que pueden sufrir trastornos cardio-bulbares mortales y

en otros casos los desórdenes neuríticos se prolongan por mucho tiempo.

¿Cual es el tratamiento que debemos emplear? El masaje, las corrientes continuas y las preparaciones estriónicas, son los elementos principales del régimen, debiendo también figurar entre ellos el *mercurial*, por las razones ya apuntadas. (1)

MEDICINA PRACTICA

EFFECTOS DEL BROMURAL

EN LOS ARTISTAS DE TEATRO POR EL DR. GOESCHEL, MEDICO DE TEATROS.

No cabe duda alguna que los artistas de teatro son los que con más frecuencia sufren estados morbosos de sobre excitación nerviosa. Las causas de ello saltan á la vista; por una parte, repetidos esfuerzos de trabajo mental, estudio de papeles y su retención en la memoria y estudio á fondo de las situaciones más diversas para identificarse con ellas; por otra, la posición especial del artista en la sociedad y su accidentada vida profesional con sus inevitables favoritismos, murmuraciones, envidias y triquiñuelas. A todo esto hay que añadir la ominosa circunstancia de que la mayor parte de los comediantes son ya de si, de condición sensible y además también la de que la vida del pobre cómico es con frecuencia una continua lucha para cubrir las necesidades materiales de hoy, evitar las de mañana, procurarse contrata, etc. etc. De ahí que el médico de teatros tenga sobradas ocasiones para poner á prueba el valor de los medicamentos calmantes en toda clase de afectos del ánimo, desde los estados más ligeros de excitación hasta los más fuertes accesos histero-neuropáticos. Ahora bien, á pesar de abundar los medicamentos que se recomiendan como sedantes, hay que convenir que es relativamente muy pequeño el número de los verdaderamente inofensivos, de efecto rápido y seguro y que no sean óbice al cumplimiento de las obligaciones diarias del artista. Dejando á un lado los opiáceos que, por otra parte, no carecen tampoco de inconvenientes, gozan todavía de algún favor la valeriana y sus preparaciones, pero sus efectos no son rápidos ni bastante intensivos y, además, lo ingrato del sabor y olor, las arcadas y eructos desagradables y los trastornos digestivos que ocasionan son á menudo motivo de repugnancia por parte de muchos pacientes, no ocurre otro tanto con el Bromural, preparación que la casualidad me dió á conocer unos 2 años atrás y cuyos efectos fueron tan satisfactorios, que desde entonces vengo sirviéndome de ella con muy buen éxito. Suponiendo á mis colegas enterados de la composición química de dicho medicamento y de la doble acción fisiológica que posee en virtud de los grupos que lo integran, al pasar en lo sucesivo á dar cuenta de algunos casos recogidos en mi clientela teatral, me propongo tan sólo demostrar que el Bromural, por lo seguro y constante de su acción, se ha hecho merecedor de que el facultativo lo prescriba con entera y absoluta confianza.

(1) Este enfermo salió del hospital en mucho mejores condiciones, caminando ya por sus propios pies.

Caso I.—Señorita K., artista de gran talento, propensa á la histeria. De este caso arranca precisamente mi experiencia con el Bromural.— Esta artista encargada del papel sumamente fatigoso de Fedora en la pieza de este nombre, tuvo un ataque de desvanecimiento después de cada una de las dos representaciones de dicha pieza; la primera vez en su camerino y la segunda en plena calle, cuando regresaba á su domicilio. En uno y otro caso necesitó algunas horas para salir de su estado hístico-nervioso de agotamiento, quejándose el día siguiente de atroces dolores de cabeza. La medicación que le prescribió después del primer ataque consistió en una preparación de valeriana, que siguió tomando durante varios días, pero sin mejoría notable. Con ocasión de otras dos repeticiones posteriores de la misma pieza quise ensayar el Bromural, mandándole tomar dos tabletas antes del comienzo de la función. El resultado fué tan satisfactorio, que no sólo se evitó la presentación del colapso sino que tampoco hubo señal alguna de cefalalgia al día siguiente. Desde entonces la dama en cuestión continuó tomando con toda regularidad durante 4 meses seguidos, es decir hasta el fin de la temporada teatral, 2 tabletas de Bromural antes de salir al palco escénico á representar algún papel de importancia, sin volver á tener ningún otro ataque y sin experimentar el menor menoscabo por parte del estado general de salud.

Caso II. Señorita M., cantatriz, neurasténica, que había seguido en época anterior una cura de agua fría durante 3 meses en un establecimiento hidroterápico.— algunos días antes de cada estreno pasaba esta artista las noches en blanco sin poder dormir. Habiendo ensayado antes la morfina y produciéndole cada vez náuseas este medicamento, aunque se le aplicara en inyección, resistiase la paciente á tomar medicamento alguno, por temor de ser presa de la citada molestia. A mis repetidas instancias tomó 2 tabletas de Bromural que le proporcionaron un descanso inmediato de 3 horas y luego al despertar ingirió otras dos tabletas que la sumergieron en un nuevo sueño que duró hasta la mañana siguiente. No obstante la marcada prevención de la paciente contra el Bromural y cualesquiera otros medicamentos, no sintió entonces ni ha sentido tampoco más tarde ninguna clase de molestias accesorias ó consecutivas al uso del Bromural, á pesar de haberlo tomado repetidas veces desde aquel día.

Caso III. Señor K., primer galán joven.— Por instancias de su casera fui llamado con toda urgencia á las 10 de la noche para visitarle. A mi llegada el ama de gobierno me refirió que K. había pasado toda la noche anterior estudiando un papel y que, después de haber descansado apenas dos horas por la mañana, se había levantado para acudir al ensayo, donde parece que sostuvo con un colega suyo un altercado tan violento, que no pudo continuar el ensayo y hubo necesidad de conducirlo en coche á casa. Hallele tendido en cama y, aunque ya habían pasado casi 12 horas después del lance, presa todavía de un temblor general, con algunos accesos de llanto, revolviéndose continuamente en el lecho y quejándose de fuerte dolor de cabeza con sensación de vértigo y de gran inquietud. Con dos

tabletas de Bromural fueron cediendo el temblor y la agitación (jactatio) y con otras dos más prodújose un sueño sosegado y reparador que duró hasta el día siguiente; por la noche ya pudo K. presentarse al palco escénico como protagonista de un drama clásico.

Caso IV. Señora P. actriz y cantatriz, ya de edad.— Desde unas cuantas semanas no lograba conciliar el sueño antes de trascurridas 5 ó 6 horas de la salida del teatro. Con una sola tableta de Bromural apoderóse en seguida de ella un sueño tan profundo, que duraba todavía á las nueve de la mañana siguiente, hora en que la paciente hubiera debido asistir á un ensayo. P. creyó en los primeros momentos que le había sido administrada una fuerte dosis de morfina. En lo sucesivo bastábale tomar cada dos horas noches una tableta de Bromural para conciliar pronto su sueño tranquilo.

A estos casos de mi propia clientela se juntan otros muchos de colegas míos en que el Bromural, acordado en consulta, surtió igualmente excelentes resultados. Sobre todo merecen señalarse por lo notable, los servicios que presta el Bromural en la agripina nerviosa, como en el caso IV. En los sujetos, especialmente del sexo débil, que al regresar de una partida fatigosa de campo no lograban conciliar el sueño sino muy tarde y aun turbado por ensueños, inquietudes ó angustias, la ingestión de 2 tabletas de Bromural ha sido seguida del apetecido descanso á los pocos minutos. Así mismo ha servido siempre el Bromural de lenitivo precioso contra la típica cefalalgia de los tenores al salir de ensayos de larga duración.

También son dignos de notar los buenos resultados del Bromural en el estado de pavorosa ansiedad por el que atraviesa el actor al acercarse su primera salida al palco escénico ó al ir á estrenarse una pieza, estado que pudiera designarse con el nombre de escenofobia ó lienofobia (horror á las candilejas). En la mayoría de los casos por este terrible estado de irritación nerviosa, el Bromural según confesión propia de los interesados, se ha portado como un verdadero sedante. Aunque una parte del éxito en tales casos obtenido —la menor angustia y el menor desasosiego subjetivo— podría interpretarse como producto de sugestión, la remisión que se opera, según puede demostrarse en los movimientos del corazón, no puede atribuirse más que á la acción del Bromural; por otra parte, habla también muy alto en favor de esta preparación el hecho de que, todo el que la ha ensayado una vez para combatir semejantes estados, vuelve siempre á tomarla en situaciones análogas.

En ninguna de los casos por mí tratados he observado repugnancia hacia el medicamento, ni he tenido tampoco queja alguna referente á mal gusto, intolerancia ó molestias secundarias de ninguna clase. Teniendo en cuenta todas estas circunstancias y los efectos verdaderamente sorprendentes del Bromural, considero este medicamento como una adquisición terapéutica sumamente valiosa, digna de figurar en lo sucesivo en el botiquín de urgencia de cada médico.

Creo inútil decir que, además de servirme del Bromural para mi clientela teatral, también lo he utilizado en mi práctica particular. Pudiendo los enfermos de esta clase gozar del debido reposo y estar mejor atendidos; los efectos del medicamento fueron igualmente favorables ó todaxía más, si cabe.

Cumplido mi principal propósito de reivindicación del Bromural como sedativo é hipnótico de acción tan segura y tan extraordinariamente rápida, que con su uso se evita el tener que interrumpir las tareas diarias y que conviene, por lo tanto, muy especialmente á profesionales nerviosos ó propensos á neurosis, que tienen que entregarse todos los días á trabajos mentales excesivos como acontece con los artistas de techo, solo me falta para dar fin á este artículo, poner mis observaciones clínicas á la disposición de aquellos de mis colegas que todavía no han ensayado el Bromural en el terreno que he señalado.

REVISTA DE TESIS.

Contribución á la seroterapia de la peste.—Tal es el título de la tesis, que ha presentado para optar el grado de bachiller, en Medicina el Señor Anibal A. Odicio.

El autor se propone en este trabajo demostrar que el mejor método curativo de la peste bubónica, es el uso de las inyecciones de suero antipestoso á dosis masivas y por la vía endovenosa sistemáticamente.

Comienza por exponer las diferentes teorías que se han sucedido para explicar la etiología de la peste, desde las fantásticas é inverosímiles, que hacían obrar como causas, las perturbaciones planetarias ó geológicas, hasta el concepto actual, que la resume en una pululación microbiana, individualizada en el coco-vacilo de Yersin.

En esta descripción histórica, el autor señala las ideas de Fracastor en el siglo XIV; quien sostenía la contagiosidad de la peste; las del Dr. Prus, que creía en la espontaneidad de su origen en 1846; las de Grassi, quien en 1835 á propósito de una epidemia en Alejandría, sostenía la contagiosidad de la bubónica, con estas palabras «aquella que más se aproxima á la verdad y que se presta mejor para explicar los fenómenos propios al contagio, y que determina suficientemente la aptitud que ciertos cuerpos poseen de conservarlo y trasmitirlo, es aquella que atribuye el contagio á los cuerpos animados y especialmente á algunas especies de *insectos* ó *vermes* que se reproducen bajo la influencia de determinadas circunstancias. Estos insectos, se fijan al cuerpo humano, se propagan por un cierto tiempo, después lo abandonan, cesan de multiplicarse ó más bien son exterminados y destruídos por otras circunstancias contrarias á su conservación y ellos dejan gérmenes que dan lugar á otras epidemias contagiosas, cuando las causas predisponentes se encuentran reunidas». Este autor se presenta como el verdadero precursor de la hipótesis microbiana, que confirmaran Yersin y Kitasato.

Pero el verdadero precursor como hace observar Humberto Moillier de Lyon, es Juan B. Goiffon quien expuso sus ideas, con motivo de la peste que se desarrolló en Marsella en 1721.

Después de esta introducción histórica, el Sr. Odicio, pasa á ocuparse de los diferentes tratamientos que se han propuesto, desde los que aconsejaba Galeno, Ambrosio Paré, Diemerbrack, Samoilowitz, Larous, aunque con resultado negativo, hasta el advenimiento de la seroterapia, que es el tratamiento científico y racional.

El autor ha experimentado el tratamiento seroterápico, en 69 enfermos del Lazareto de Guía, con motivo de la epidemia de bubónica, que principió en Lima en 1906, teniendo 88,41 % de curaciones.

Indica las siguientes conclusiones;

1a. El tratamiento de la peste por el suero antipestoso de Yersin constituye la terapéutica de elección.

2a. Debe ser iniciado lo más temprano posible, al principio de la enfermedad.

3a. La vía endovenosa debe ser la preferida para la introducción del suero antipestoso, y las dosis con que se inicia el tratamiento, deben ser proporcionadas á la intensidad de la infección, al periodo evolutivo en que se encuentre y á las condiciones personales de cada enfermo. Por regla general, la primera dosis debe ser elevada, masiva, 80 á 120 c. c. por una ó dos veces, raramente más. Sus ventajas son: 1a. disminuir el número de inyecciones, que si no son graves, resultan cuando menos molestas por su repetición; 2a. disminuir la cantidad de suero por cuanto se reduce á las dosis masiva de una ó dos inyecciones, que si bien suman 120 á 200 c. c. no alcanzan al total mayor, de las sumas parciales correspondientes á inyecciones múltiples; 3a. abreviar la duración de la fiebre, y 4a. disminuir el número de víctimas.

4a. El tratamiento seroterápico de la peste no excluye el uso de los demás remedios, que requieren las particularidades clínicas de cada caso.

5a. Los accidentes de la seroterapia en la peste, son análogos á los que suelen imprimir los demás sueros terapéuticos, y no deben ser temidos por su poca frecuencia y benignidad.

SOCIEDAD MEDICA «UNION FERNANDINA»

Conforme lo preceptúa el Reglamento, la Sociedad Médica «Unión Fernandina» renovó su personal Directivo, el 13 del presente fecha de la fundación de la Sociedad.

La Junta Directiva ha quedado formada de la manera siguiente:

Presidente.—Señor Doctor Enrique Escardó y Salazar. (R)

1er. Vice Presidente.—Señor Doctor Luis Alberto Arguedas (R)

2o. Vice Presidente.—Señor Luis Mc. Nulty.

Tesorero.—Señor Doctor Juan Antonio Portella. (R)

Secretarios.—Señores Juan Urcia Cazorla y Manuel Valverde Matos.

Pro Secretario.—Señor Julio Benavidez G. (R)

Bibliotecarios.—Señores Carlos A. Bambarén y Fabio Mier y Proaño.

Vocal ante la junta económica.—Señor Manuel F. Elías.