

# LA CRONICA MEDICA



AÑO XXIX.— LIMA, AGOSTO 31 DE 1912 —Nº 568

## CLINICA MEDICA

*Hospital «2 de Mayo»*

Primera Lección del Profesor Dr. D. ERNESTO ODRIOSOLA

29 de Abril de 1912

**H**oy, Señores, debemos dar principio á la serie de nuestras lecciones clínicas. Consecuentes con los metodos establecidos desde que ocupamos esta cátedra, no encontramos motivos para variarlos; lejos de eso, la experiencia adquirida ya en ocho años de ejercicio, nos ha demostrado que estamos en el buen camino. Para nosotros ha sido siempre persistente empeño de nuestra enseñanza, el concentrar todos los esfuerzos y toda la atención, en la orientación principalmente clínica de ella, porque debe ser convicción arraigada de todo catedrático de esta asignatura que los cimientos de la educación profesional, deben sólidamente descansar sobre el concepto invariable de la importancia que tiene la *preparación clínica*. Esta debe constituir el núcleo, de donde emana toda la fuerza directriz, toda la influencia educadora, que forman el carácter del médico, que le enseñan á razonar, que dispnen su espíritu á las infinitas variaciones de la modalidad morbosa y que ejercitan su criterio, dotándolo de esa flexibilidad especialísima de apreciación que constituye el *ojo médico*.

Esta profesión de fé, Señores, como ustedes deben comprender, no encierra el vasto campo de nuestra actuación profesional, porque la clínica sola no es tan poderosa como para que ella sola se baste; necesita de elementos auxiliares cuyo valor é importancia no deben desconocerse, pero tampoco exagerarse, pues cuando sus conclusiones no son concordantes, es indispensable proceder con mucha cautela y meditar rigurosamente acerca de las causas ó motivos que producen esa disparidad, sin sacrificar el resultado á una idea preconcebida.

Valgan, Señores, estas salvedades, de justificada introducción á los temas prácticos que nos proponemos desarrollar.

El miercoles último tuvimos la oportunidad de examinar juntos al enfermo que ocupa la cama N.º 5 y que ingresó el 19 de Marzo último.

Es un muchacho de 14 años de edad, natural de Lima, de oficio albañil.

Sus padres viven y han sido siempre sanos. Tiene una hermana de cinco años de edad que goza de buena salud.

Nuestro enfermo mismo ha sido también sano y solo recuerda haber sufrido de un sarampión á la edad de 6 años y de una «perniciosa» dos años más tarde.

Este muchacho cuenta que hace nueve meses, encontrándose dedicado á su trabajo, sufrió una caída desde un andamio, de cinco metros de altura, que cayó de pié, sufriendo la conmoción natural, pero sin llegar á perder el conocimiento, viéndose obligado, á consecuencia de este accidente, á permanecer 15 días en cama, porque, según refiere quedó con las piernas flojas, pero al cabo de este tiempo recuperó completamente sus facultades y se entregó nuevamente al trabajo.

El día 15 de Marzo, cuenta el enfermo, se dirigía á sus ocupaciones, cuando bruscamente se sintió acometido por un gran malestar de todo el cuerpo, que lo obligó á regresar á su casa; experimentó entonces un quebrantamiento tan profundo que hubo de solicitar la ayuda de una persona para llegar hasta la morada de su familia. Inmediatamente se acostó y á los pocos momentos se marcaron los caracteres de una fuerte *fiebre*. Apesar de esto, durmió en la noche, pero al despertar al día siguiente, llegó al colmo de la sorpresa viendo que *no podía mover ni las piernas ni el brazo derecho*. En esta condición, su familia solicitó los consejos de un profesional, quien lo atendió durante cuatro días, al cabo de los cuales ingresó en este hospital.

Antes de poner orden, á todos los fenómenos que logramos recoger el día de su exámen, conviene sentar por anticipado el hecho de que este muchacho, ingresó en la sala *febril*, pues como tuvimos ocasión de ver en su curva térmica, el termómetro marcó 39° 5, volviendo pronto á la *apirexia* no sin que está se interumpiera uno que otro día por muy ligeras reminiscencias *sub febriles*.

Nada, Señores, en el continente de este muchacho, podía haber revelado, á primera vista, las *serias lesiones* que ostenta, pues su fisonomía expansiva y plácida, presenta esa expresión luminosa de dicha que anima los albores de la vida ya conciente. Sin embargo, apenas se pone un poco de atención en sus movimientos, cosa que les hice notar en el curso del interrogatorio, se descubre que el brazo derecho está *inerte* y que la mano izquierda lo gobierna instintivamente, llevándolo y trayéndolo de un lado al otro. Hay en efecto, una *parálisis completa* de ese miembro, no conservando sino el movimiento incompleto de los dedos que se flexionan y se extienden; pero la mano, en su natural actitud, aparece con sus primeras falanjes un poco extendidas y ligeramente flexionadas los dos últimas. Fácil es darse cuenta también, por la vista y por el tacto, que este brazo está todo él descamado, ostentando cierto grado de *atrofia muscular*.

No es esto todo, existe también una *parálisis* de ambos miembros inferiores, es decir una *paraplegia* que, apreciada en su cama, no es completa, porque puede, aunque con algún trabajo, recoger los miembros, con menos dificultad el izquierdo que el derecho. Pero obligándolo á ponerse de pié, no puede hacerlo sin doble ayuda y le es imposible casi dar un paso, ni sostener siquiera la estación vertical.

Tanto esta paraplegia como la parálisis del brazo, son completamente *flácidas*. Ambos miembros inferiores presentan también una *atrofia* perfectamente apreciable.

La condición de los reflejos de estos últimos, es importante considerarla. El Dr. *Voto Bernales*, que vió al enfermo en su ingreso, nos manifiesta que estaban abolidos. Hoy las cosas han variado, pues el reflejo *plantar* existe, aunque modificado, pues según ustedes recuerdan, el movimiento de defensa de los dedos no se ejecutaba en la forma normal, de *flección de todos ellos*, sino de los cuatro últimos solamente, el dedo *gordo*. por el contrario se extendía, se ponía en *erección*, como acostumbra decirse. De donde se infiere que el reflejo *plantar* está *disociado*, marcándose en proyecto el signo de *Babinski*, que consiste, como ustedes saben, en la extensión de todos los dedos, signo de reconocido valor clínico y que revela, en la gran mayoría de casos, alteraciones sustanciales de los centros nerviosos.

El reflejo *patelar* existe, aunque ligero y también el *aquiliano*.

La *sensibilidad*, en todas sus formas, no ofrece alteración apreciable, ni en los miembros inferiores, ni en el brazo derecho.

El recto y la vejiga funcionan perfectamente y de la manera más espontánea.

El exámen de sus aparatos digestivo, respiratorio y circulatorio, no descubre particularidad alguna digna de mención.

Ningún trastorno se nota en su aparato visual, los movimientos *pupilares* son normales; igualmente, lo son, los de la lengua. Sus facultades mentales están intactas. Su sistema *ganglionar* no presenta alteración alguna.

El exámen de su sangre nada de particular ha revelado; no hay *parásitos*, ni alteración digna de señalarse.

El análisis de la orina, ha sido absolutamente normal.

Como ustedes ven, por esta detallada revisión, todos los trastornos, en este muchacho, se reducen á los ya apuntados, es decir, la *paraplegia*, con *atrofia muscular* y la *parálisis del brazo derecho con atrofia muscular* igualmente. No terminaré sin recordarles, que los músculos del *tronco*, no parecen extraños á las parálisis mencionadas, pues la dificultad de sus movimientos en la cama, no parecen sólo explicables por la de los miembros; el *tronco* mismo, en efecto, se muestra indócil á los ordinarios movimientos.

Antes de entrar en el análisis diagnóstico del presente caso, conviene aclarar un punto etiológico que tiene en nuestro concepto importancia mayor. No deben haber olvidado seguramente que este enfermo sufrió una caída de consideración, de una altura de cinco metros y que podría creerse, por consiguiente que hay vinculación entre ese accidente y la actual enfermedad. Por su simplicidad, este mecanismo etiológico seduce en un gran número de casos, apesar de que se ha llegado á abusar mucho de la influencia de los traumatismos en la generación de los trastornos morbosos. En nuestro concepto, la caída de que hablamos, que produjo evidentemente por lo menos una *convulsión medular* en este muchacho, no llegó á determinar alteraciones materiales de carácter persistente, porque después de ella, ha estado trabajando en las mejores condiciones de salud y haciendo uso de sus miembros, sin el más ligero estorbo. A lo más podría suponerse que la caída ha sido factor *predispone*, para explicar en parte la localización de las lesiones, pero creemos muy dudoso, por decir lo menos, elevarla al rango de una causa *directa*.

Resuelto este punto, erremos ya en materia.

El antecedente más culminante en la historia de este enfermo,

es el haberse presentado una *fiebre* que parece haber sido *intensa*; así lo revelan el profundo quebrantamiento que lo sorprendió casi bruscamente y el haber entrado á nuestro servicio con temperatura bastante alta. Las *parálisis* tantas veces citadas, han aparecido en este muchacho de una manera *repentina*, en el curso de la noche en que lo acometió la fiebre, pues, en la mañana siguiente, no le fué posible levantarse ni ponerse de pié. No puede desconocerse la inmediateza y rigurosa relación que existen entre esa fiebre y la aparición de la parálisis. La casi simultaneidad de esos fenómenos nos autoriza para darles entrada dentro del mismo proceso morboso. Se trata pues de una *parálisis* extensa, de aparición repentina, y engendrada por la fiebre, de una *parálisis infantil*, denominada *poliomielitis anterior aguda*. Este caso sólo podría confundirse con una *polineuritis*. Pero en esta enfermedad, las parálisis no se establecen de manera tan brusca; comienzan generalmente por los miembros inferiores, de una manera simétrica, ganan después los superiores, en igual forma, ván acompañadas de dolores en las pantorrillas, más ó menos intensos y por último su naturaleza es habitualmente de origen *alcohólico*. Nada de esto se comprueba en nuestro enfermo; por consiguiente, desechamos esta idea y formulamos categóricamente el diagnóstico ya indicado.

La *poliomielitis anterior aguda*, se presenta entre nosotros esporádicamente, generalmente en la primera infancia.

Esta enfermedad ha sido últimamente materia de detallado estudio que ha transformado el concepto que de ella se tenía. En efecto, recientemente se han descubierto focos epidémicos de esta enfermedad, de manera que hay que convenir en su naturaleza *infecciosa*. Las epidemias de Suecia y de Nueva York y otras comprobadas en Francia, han sido el punto de partida de numerosos trabajos sobre la patología y el aspecto clínico de la dolencia, apesar de que no se ha encontrado todavía el agente infectante. *Holt* y *Bartlet* han recogido la noticia de 35 epidemias, descollando entre las principales las ocurridas en Noruega y Suecia en 1905 al 1906. Otra epidemia se desarrolló en Australia en 1904 (108 casos) y en Vermont (132); pero en ninguna parte se difundió tanto como en la península escandinávica, en donde se presentaron cerca de mil casos durante los años 1905 y 1906. En estas epidemias, la influencia de la estación fué perfectamente definida: la mayoría de los casos ocurrieron en julio, agosto y setiembre ó en los meses correspondientes en el hemisferio austral. Estas epidemias cubrieron una vasta extensión de territorio.

*Netter* presentó el año pasado á la Academia de Medicina de París, la historia de las epidemias desarrolladas en Francia en 1910, y que invadieron Alfortoille, l'Aube, l'Yosme, Bajos Pirineos, Mayenne, Maine et Loire, Creuce y la Alta Garona.

La mortalidad en estas epidemias ha sido bastante elevada, sobre todo de aquellos casos que presentaban síntomas *bulbares*.

Muchos *adultos* han contraído la enfermedad, llegándose á suponer que ha habido *contagio* é insinuándose la idea de que el germen encerrado en el *medulo virus*—denominación destinada á explicar la tendencia localizadora del agente portador—tendría su principal morada en las *fosas nasales*.

El punto dominante de la Anatomía patológica, en esta enfermedad, es la localización de las lesiones en las *astas anteriores de la*

*médula*; pero guárdense ustedes de creer que esta sistematización leSIONAL es tan simple y tan precisa; en muchos casos las lesiones se difunden en las demás porciones de la médula y avanzan hasta el cerebro, comprometiéndolo también las meninges y despertando entonces reacciones sintomáticas idénticas á las de las *meningitis cerebro espinales*. En meses pasados, en algunas poblaciones de la Gran Bretaña, se han descubierto focos epidémicos de ambas enfermedades que han venido á plantear el problema de la similitud de ambas dolencias y de las posibles vinculaciones etiológicas que pueden tener. Son estos, como ustedes ven, interesantes temas de actualidad que están todavía en vías de estudio.

La difusión de las lesiones de la poliomielitis, por fuera de las astas anteriores, la pueden ustedes reconocer en nuestro enfermo, pues no deben haber olvidado que cuando tratamos de sentarlo para examinar sus pulmones, apenas pudimos realizarlo, porque teniendo, los miembros inferiores en extensión, experimentó un fuerte dolor en las *corvas*, en los *tendones*, que desapareció cuando hubo flexionado sus miembros. Este fenómeno demuestra que en nuestro enfermo las meninges están, por lo menos, tocadas, y que aquel corresponde á lo que se designa con el nombre de signo de *Kernig*.

La *poliomielitis anterior aguda* ha recibido también el nombre de enfermedad de *Heine-Medin*, en homenaje al primero que describió en 1840 el tipo clásico, y al segundo, clínico de Estokolmo, que extendió sus dominios, incluyendo los casos *atípicos* que ocurren en época de epidemia.

Entre nosotros—no hablo sino de Lima—sólo conocemos la *poliomielitis* por los casos esporádicos que se nos presentan; no tengo noticia de que haya ocurrido epidemia alguna y cuanto á su virtud *contagiosa* me es completamente desconocida. Algo más, debo decirles; hacen tres años se desarrolló en Lima y en el Callao una pequeña epidemia de *menigitis cerebro espinal*. En esa ocasión, la *poliomielitis anterior aguda* brilló por su ausencia ó por lo menos no se ha citado caso alguno. De todo esto se deduce que hasta este momento, no hay motivo para aceptar, entre nosotros, que la poliomielitis sea contagiosa y que no se han demostrado tampoco sus vinculaciones con la *meningitis cerebro espinal*.

No son ciertamente argumentos estos suficientes para negar la naturaleza infecciosa de la enfermedad, que parece que arraigada en el espíritu de los observadores del mundo entero. Lo que sí podemos sostener hoy por hoy, es que los casos de poliomielitis en Lima son todos esporádicos, sin ninguna tendencia contagiosa. No nos debe extrañar indudablemente esta restricción de sus atributos clínicos, porque igual cosa pasa con la peste y con la lepra en Lima. El germen se ha atenuado y perdido por consiguiente su actividad biológica especial.

El pronóstico de nuestro enfermo es *reservado*, apesar de que como lo yemos dicho al principio, hay mejoría apreciable. Lo que no podemos todavía saber es si todos las parálisis ván á desaparecer, como ocurre en algunos casos, ó si algún músculo ó grupo de músculos, como sucede en otros, permanecerán definitivamente paralizados.

El tratamiento que se debe emplear es el siguiente.

En los países en que la enfermedad afecta carácter epidémico y por consiguiente contagioso, se debe aislar á los enfermos. Se debe considerar como sospechosa á toda persona de la familia. Debe prohibirse el acceso á las escuelas de los hermanos y hermanas y en las grandes epidemias conviene hasta clausurar momentaneamente esos establecimientos, que constituyen grandes focos de contagio. Sin embargo se ha tropezado con grandes dificultades para realizar este aislamiento, porque hay casos abortados que pasan inadvertidos. Por otro lado el plazo del aislamiento es difícil fijarlo; los casos de contagio familiar ocurren al cabo de algunos días, pero también se ha prolongado algunas semanas.

*Flexner* y *Lewis* parecen haber demostrado que la mucosa olfatoria y el moco-faríngeo están cargados de *médulo-virus*. Parece, pues, indicado, en tiempo de epidemia, practicar en los enfermos y en los sanos, frecuentes lavados de la boca y de la nariz con *mentol*, *salol*, *permanganato de potasa* que parecen los agentes que con mayor facilidad destruyen el germen, *in vitro*.

El tratamiento *sintomático* debe consistir en el periodo agudo; reposo absoluto en la cama. El uso de la *quinina*, la *aspirina* ó el *salicilato de soda* contra la fiebre; el *calomol* si existen perturbaciones gastro-intestinales. Los baños calientes de 35° ejercen una benéfica acción sedante. La punción lumbar puede ser útil en las formas meningéas.

En el periodo de *regresión* y de *atrofia*, por el que atraviesa nuestro enfermo, el tratamiento tiene que ser prolongado.

El *masaje* debe hacerse de una manera precoz: Primero con fricciones ligeras porque las masas musculares son muchas veces muy sensibles y hay necesidad de cautelarlos. Después las presiones se harán más intensas, colocando los músculos en completa relajación, flexionando el muslo sobre la pelvis, para el cuádriceps; y el pié sobre la pierna para el tibial anterior. Las masas atrofiadas se cogen sea entre los dedos que las levanten progresivamente sea entre el pulgar y el hueso en que se insertan.

Los movimientos de gimnasia prestan útiles servicios. Al principio conviene provocarlos en un baño, sobre todo si el dolor persiste. Ellos permiten luchar contra la anquilosis y la atonía muscular.

Desde que el enfermo comience á ejecutar el más pequeño movimiento, se deberá reeducar el miembro enfermo que demanda gran paciencia, sobre todo en las criaturas.

*Delherm* y *Laquerrière* han formulado las reglas que deben seguirse para el tratamiento *eléctrico* de las formas dolorosas, tratamiento que puede ser precoz, pero no deberá emplearse sino la corriente constante de intensidad tolerable, que en ocasiones calma los dolores espontáneos. Es preciso evitar la electrización con sacudidas que puede despertar los dolores apesar de haber ya desaparecido. Cuando los fenómenos dolorosos han cesado, se deben hacer interrupciones galvánicas ó aun farádicas, según los casos y completarlos, desde que sea posible, por la *ondulación* ó la electromecanoterapia.

Si los dolores no existen, que es el caso de nuestro enfermo, se practica la galvanización constante sin interrupciones ni sacudidas. La galvanización determina entonces una excitación de las raíces, de los nervios y de sus terminaciones intramusculares. *Zimmerman* advier-

te que es preferible galvanizar músculo por músculo, en lugar de hacerlo por grupos. Para prevenir las retracciones tendinosas, debe evitarse la excitación de los músculos antagonistas. Se puede emplear también con ventaja el baño eléctrico, colocando el polo positivo en el raquis, el polo negativo en un depósito de agua tibia, en el que se sumerge el miembro enfermo.

El *tratamiento general*, consiste en estimular el sistema nervioso, por medio de los *baños salados*, las *fricciones*; fortificar el organismo con los preparados *arsenicales* ó *fosforados*; la cura de aire y de sol en los bordes del mar ó en la montaña.

*Tratamiento causal.*—Hemos visto ya que el médulo-virus es destruido por ciertos antisépticos, pero solamente *in vitro*. La *urotropina*, eliminada en parte en el espacio sub-aracnoideo, tendría solo la misma acción *in vivo*, pero su valor real en el hombre no está todavía demostrado.

En suma, la terapéutica actual de la enfermedad de *Heine-Medin*, dispone de recursos todavía muy escasos; sólo un tratamiento específico, *suero-terápico* podría combatir con éxito el medulo-virus.

## ENSAYO DE ESTUDIO CLINICO DEL SALVARSAN

POR PEDRO ROCA BOLOÑA

(Continuación.)

*Estado actual, Diagnóstico y tratamiento.*— El enfermo que me ocupa es un hombre débil, de temperamento linfático, sus mucosas palidas revelan su pobreza hemática, en la cadena ganglionar del cuello se nota las huellas de una intervención quirúrgica, igualmente en la región tarsiana hay la huella de una resección por osteitis probablemente tuberculosa, su desarrollo organico es pobre, solo pesa 116 lbs. sufre actualmente su mucosa faringea por la presencia de placascuya aparición data de 1909 y que no han logrado cicatrizar, no obstante el tratamiento mercurial intensivo que se usó. Dados los antecedentes y sus actuales condiciones era preciso proceder con cautela, para despistar la posible existencia del factor tuberculoso. Las repetidas investigaciones á este respecto fueron siempre negativas. El diagnóstico de sífilis hereditaria tardia fue hecho y teniendo en cuenta la integridad renal recibe 50 centigramos de suspensión neutra por vía intramuscular el 15 de febrero.

*Resultados.*— Los fenómenos dolorosos fueron tolerables y desaparecieron en 6 días, por esta época ya era apreciable su mejoría, sus placas, libres de exudados, de un rojo cereza entran en vía de cicatrización, siendo esta completa 6 días más tarde. Se nota el semblante más animado; las mucosas más coloradas; el laboratorio señala un aumento de 500.000 hematies y 12.500 leucocitos.

El enfermo deja el hospital el 12 de Marzo pesando 124 lbs. y manteniéndose en aparente curación.

*7.ª Observación.*— N. N. ingresa el 7 de Marzo de 1911 al servicio de Santo Toribio donde ocupa la cama N.º 44.

*Antecedentes.*— El accidente inicial ha tenido lugar según toda probabilidad en una infección mixta traducida por una corona de chancros en el surco Balano-Prepuccial á fines de julio de 1910. En

Los primeros días de setiembre se inicia el secundarismo, con dolores óseos; cefalea violenta y roseola típica; poco tiempo después aparecen unas extensas placas rojas acompañadas de descamación; el enfermo recibe como tratamiento mercurial, fricciones de pomada Napolitana, viendo paulatinamente ceder sus dolores, palidecer su roseola, persistiendo el exzema á despecho de todo tratamiento.

*Estado actual, Diagnóstico, tratamiento.*—Examinando con detención al paciente encontramos placas en un rojo vivo cubiertas de escamas, generalizadas á toda la superficie cutanea; en las porciones sanas, así como en las placas exzematosas, se notan acá y alla desigualmente repartidas, unas manchas ajamonadas que interpretamos como huellas de la lesión anterior; estamos pues en presencia de un secundario afecto de Eczema específico seco. El aparato renal no acusa novedad, el enfermo pesa 61 kilos y está febril oscilando su temperatura entre 37° y 38° con exarcervación vespéral; recibe 60 centig. de Salvarsan por vía intramuscular en suspensión neutra el 8 de Marzo de 1911.

*Resultados.*— Fenómenos dolorosos soportables que se mantienen por algunos días, la curva febril se mantiene dos días más sin pasar de 37½; ausencia completa de fenómenos tóxicos. Dos días más tarde se advierte el eczema bastante pálido y dentro del 3.º día se inicia una descamación activa y eficaz, al punto que el 18 era casi normal su piel siendolo completamente el 20, fecha en que el enfermo abandona el servicio conservando sus manchas ajamonadas lijeraente modificadas, y pesando 57 kilos y acusando un nuevo análisis de la orina, buen funcionamiento renal.

8.ª *Observación.*— Me refiero á un paciente que ingresó el 4 de Marzo al servicio de Santo Toribio, donde ocupó la cama N.º 18

*Antecedentes.*— Es un contagiado de 1904, en quien los fenómenos secundarios se manifiestan muy tardiamente, fines del 905 para ceder poco tiempo después al tratamiento yodo-mercurial. Su avariosis permanece latente hasta 1908, en que se inician pequeños accidentes de terciarismo que ceden nuevamente al tratamiento yodurado; el año pasado nota en el tercio inferior de la tibia una tumoración muy dolorosa que le impide conciliar el sueño (probablemente una exostosis) y obtiene nuevo éxito con el yoduro. Al comenzar el presente año se siente acometido de nuevos dolores que esta vez radican de preferencia en el fémur.

*Estado actual, Diagnóstico, Tratamiento.*— Sometido á un periodo de observación de 7 días podemos constatar la existencia de fiebre vespéral oscilante entre 37° y 38°, dolores muy violentos que asientan sobre todo en el tercio superior del fémur, á cuyo nivel se constata la existencia de una gruesa tumoración dura, en forma de huso que asienta en el hueso ya que la contracción muscular se verifica independiente; y cuyo volúmen puede ser apreciado en tres veces el diámetro del fémur. El análisis de orina señala trazas de serina pero la permeabilidad renal se conserva en buenas condiciones el peso es de 49 kilos; recibe 60 centigramos en suspensión neutra por vía intramuscular el 11 de Marzo.

*Resultados.*— Fenómenos dolorosos al nivel de la inyección casi nulos; no hay reacción febril, al contrario desde el siguiente día desaparece la fiebre que lo acompañara, así como los dolores que permiten al paciente un sueño tranquilo; cuatro días más tarde se

nota una reducción muy notable de la exóstosis que puede considerarse reducida á la mitad, dos días después la reducción era casi completa. El enfermo escapa del servicio el 19 sin poder completar la observación.

9.a *Observación.*— Se refiere á don N. N. de 20 años de edad alojado en la cama N.º 20 de la sala de Santo Toribio.

*Antecedentes.*— Lo juzgo de algún interés clínico por lo cual he de referirlo con algún detalle; nuestro paciente que goza de alguna ilustración se considera como una victima de sus progenitores; para comprobarlo añade que él y uno de sus hermanos nacieron con una erupción generalizada, que el médico que entonces le asistió solicitó la presencia de sus padres, que la madre se presentó, no así el autor de sus días quien eludiendo este examen en concepto del profesional se declaró culpable. A la edad de año y medio y gozando de perfecta salud, sin pérdida de conocimiento ni ataque convulsivo fué atacado de una hemiplegia completa del lado derecho con participación de la cara; estos antecedentes se modifican muy paulatinamente en 2 años usando solo el tratamiento eléctrico. Como testigo de esta lesión se nota una atrofia muscular bastante marcada del lado derecho que contrasta perfectamente con el desarrollo muscular del lado izquierdo, así como mayor fuerza muscular á favor de este lado, siendo de notar que el paciente no es zurdo pues ha usado y usa indistintamente ambas manos, aunque siempre prefiriendo la derecha. De su pasado genital se deduce que fué contagiado hace dos años por un chancro, que trajo infarto notable de los ganglios inguinales al extremo de llamar su atención pero sin reacción inflamatoria, no es posible limitar el periodo de incubación por el número excesivo de coitos; el enfermo como sucede con todos lo refiere al último (5 días antes). Cincuenta días después y cuando ya el accidente inicial hubo cicatrizado se presentó el secundarismo (Dolores osteocopos, cefaleas, alopecia y roseola); nueve meses de padecer continuo, en los que enfermo creyendo servíctima, de un reumatismo agotó la medicina doméstica sin conseguir alivio, le obligaron á hospitalizarse, en donde un tratamiento mercurial intensivo le privó de sus padecimientos á la 6a. inyección. Así trascurrir el tiempo hasta febrero del 1910 en que de un momento á otro queda casi ciego al punto de no poder dirigirse por falta de visión; entonces se hizo un tratamiento intensivo (por el Biyoduro de la dosis de 3 cetg. diarios) por mi distinguido amigo el Dr. Carlos Enrique Paz Soldán, á la par que colirios alternados de Atropina y Eserina medicación coronada por el éxito; pues, 15 días más tarde el enfermo recuperó la visión completa por el ojo izquierdo y vió notablemente mejorada la del derecho. Hasta el 12 de Enero de 1911 ha continuado el paciente su tratamiento mercurial intermitente según se sentía.

*Estado actual, diagnóstico, Tratamiento.*—El 12 de Enero de 1911 el paciente ingresa como topiquero del servicio de Santo Toribio con intención de aplicarse al salvarsan, no tiene manifestación ostensible, conserva la huella de su iritis doble anterior, (falta de reacción pupilar por sinequias); como demorara la aplicación de Ehrlich. Hasta se le pone una inyección de Biyoduro, y acto seguido se manifiesta un brote de sifilide papulosa (Reacción de Herxheimer)

que según el autor manifiesta la vitalidad de los Espirochaetes y por consiguiente la potencialidad de su sífilis. En estas condiciones con un peso de 53 kilos y función renal correcta recibe 60 centig del preparado de Ehrlich por vía intramuscular en suspensión neutra.

**Resultados.**— La tarde de la inyección se nota una pequeña reacción febril, 37.6 que desaparece al día siguiente para no presentarse más, dolorabilidad moderada al nivel de la inyección que se vuelve muy aguda por la presión, función renal correcta; 3 días después de la inyección notable claridad en la visión acusada por el paciente al 6 día sin que esto corresponda á modificación aparente en la reacción pupilar, palidez muy aparente en la sífilide papulosa que se mantiene tal, hasta el 21 en que el paciente abandona el servicio conservando el mismo peso. He insistido con algún detalle en esta historia, por que ella suministraba un caso aparente, por aquello del locus-minori-resistentia, para que se presentaran los funestos efectos sobre el aparato visual que á este específico se achacaron; pero en el caso actual hemos presenciado lo contrario, el enfermo vé mejor que antes á pesar de no haberse modificado sus sinequias (lesión parasifilítica). En mi concepto pasa hoy con el 606 y la visión lo que antaño con el mercurio y el riñón. Era y es precepto muy recomendable el análisis de orina en todo sífilítico antes de comenzar el tratamiento, y era contraindicación al tratamiento activo, el mal funcionamiento renal; pues bien, ¿cuantas veces hemos visto nefritis clásicas en las que la terapéutica corriente ha hecho muy poco ó no ha hecho nada ceder como por encanto al tratamiento específico, el hecho no es nuevo y ha sido estudiado por el malogrado Dieulafoy. Esto nos revela una vez más que es la noción Etiológica la que debe guiar toda terapéutica bien ordenada, noción que todas las ciencias auxiliares de la medicina contribuyen á demostrar, pero que solo la clínica, la mayoría de las veces, verifica estableciendo las relaciones correspondientes de causa á efecto.

10. **Observación.**— Se refiere á un sujeto de 30 años alojado en la sala de San Juan de Dios N.º 41.

**Antecedentes.**— Se trata de un contagiado de 1910 época en que tuvo lugar el accidente inicial, fue seguido 65 días después de secundarismo y para combatirlo recibió una serie de inyecciones de aceite gris.

**Estado actual, diagnóstico y Tratamiento** — Estamos en presencia de una recidiva de accidentes secundarios, traducidos clínicamente por dolores oseos, roseola específica perfectamente clara, y placas mucosas en el fondo de la faringe, el enfermo pesa 105 librs y su riñón funciona correctamente; recibe 60 centigramos de salvarsan por vía intramuscular en suspensión neutra el 14 de febrero.

**Resultados.**— Los fenómenos racionales fueron en el paciente que me ocupa, bastante intensos, observando desde por la tarde una febrícula de 37.5 que se mantiene por 4 días haciendo temer la formación de un absceso, el dolor que fue bastante pronunciado desaparece al 6.º día, guardando el paciente una induración profunda hasta su salida del hospital. El efecto terapéutico fué aparente desde el mismo día, esa tarde no se presentaron los dolores habituales tres días después apenas se notaban huellas de su roseola, al 6.º día ésta había desaparecido y la cicatrización de las placas estaba casi

hecha, dos días más tarde estaba su faringe sana y el paciente abandona el hospital pesando 109 libras constatando el laboratorio un aumento de 800000 hematies que ya hacía prever la mejor coloración de sus mucosas y constatándose función renal correcta.

11.a *Observación*.—Me refiero á un enfermo que ocupó la cama N.º 47 del servicio de San Juan de Dios, joven de 27 años y soltero.

*Antecedentes*.—Trátase de un contagiado hace dos años cuyo accidente inicial ha destruído apreciable parte del surco balano prepuccial dejando una extensa huella con aparente base de induración. Los fenómenos secundarios se manifiestan á los 3 meses y cuando todavía no había curado el chancro. Ha recibido entonces tratamiento mercurial consistente en 7 inyecciones de aceite gris.

*Estado Actual, diagnóstico, Tratamiento*.—Actualmente su faringe es el asiento de nuevas placas cubiertas de exudado que dificultan bastante la deglución, su voz casi totalmente extinguida hace pensar que igual proceso se verifica en la laringe, el enfermo se queja de violentos dolores vesperales, está apirético, se trata de una recidiva de accidentes secundarios. El paciente pesa 145 libras y se nota una gran poliuria que eleva á 2100 la cantidad de orina emitida en 24 horas, el análisis señala lijeros vestigios de serina, recibe 60 centigramos de Salvarsan en suspensión neutra, vía intramuscular.

*Resultados*.—Como fenómenos reaccionales apenas se constata una temperatura de 37 la tarde de la inyección, la reacción dolorosa fué casi nula al extremo que al día siguiente el enfermo abandonó el lecho, los dolores oseos desaparecieron y tres días después su voz había aclarado notablemente aunque conservando esa tonalidad especial que se observa en los trasnochadores, al cuarto día el enfermo deja el hospital conservando aún sus placas, pero profundamente modificadas, perfectamente limpias y en vía de cicatrización, no se observa modificación en el peso y el análisis de orina señaló siempre vestigios de serina siendo de señalar que la cantidad de orina en las 24 horas ha caído á 1000 cc.

12.a *Observación*.—Me refiero á un sujeto que fué asistido en el servicio de San Juan de Dios, cama N.º 24 donde ingresó el 14 de abril de 1911.

*Antecedentes*.— Este paciente ingresó al servicio por haber recibido un balazo en la región renal, el proyectil no pudo ser hallado pero su herida evolucionó sin complicación y fué dado de alta el 26 de marzo. El 27 del mismo regresa al hospital y es primero recibido en San Francisco en donde dado su tinte anémico, la apreciable hipertrofia esplénicase atribuye su pirexia al paludismo y es tratado por la quinina sin resultado, la investigación repetida del Hematozoario fué siempre negativa; así permanece febril, con temperaturas oscilantes entre 37.8 y 38.8 habiendo llegado alguna vez á 39 hasta el 14 de abril en que solicita su pase á San Juan de Dios que es donde le encontramos. Examinado atentamente no hemos podido encontrar la causa de su pirexia, la auscultación cuidadosa de sus pulmones; en efecto nada reveló el examen del esputo pues nos dió en tres oportunidades resultado negativo, sus funciones digestivas fueron siempre normales, no observamos nunca trastorno alguno, la reacción del Widal dió en 3 oportunidades resultado negativo.

*Estado actual, Diagnóstico, Tratamiento.*—En las anteriores condiciones sigue el paciente hasta el 27 de abril día en que señala la aparición de una llaguita en el surco balano prepucial; dado que la única oportunidad de contagio, tuvo lugar un mes antes pues el enfermo ha estado hospitalizado, no abrigamos la menor duda que se trataba de un chancro duro, efectivamente sus caracteres así lo diseñaron después y en el análisis de la serosidad logramos encontrar el Treponema; en estas condiciones recibe dos inyecciones de 30 c. c. de Salvarsan en suspensión neutra, vía intramuscular el 3 y 17 de Mayo respectivamente.

*Resultados.*—Los fenómenos reaccionales dolorosos fueron muy pocos entonces; y los efectos terapéuticos fueron en los que al chancro se refiere nulos, este siguió progresando y llegó hasta el fagedenismo, lo que hizo necesario una intervención local activa que modificó bastante el accidente, cicatrizado este el 22 de mayo cinco días después de la siguiente inyección y habiéndose desaparecido el día anterior la fiebre que desde hace más de un mes le acompañara. El laboratorio señaló un aumento de 600.000 hematies y una leucocitosis de 10.000 a continuación de la 1a. inyección; en la orina persistieron siempre los vestigios de serina. El estado general del enfermo benefició bastante con el tratamiento y nos fué dado notar una disminución de la hipertrofia esplénica.

(Continuará.)

## JUNTA DIRECTIVA

### DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

La Junta Directiva de la Academia Nacional de Medicina para el período de 1912-1913, ha quedado constituida así:

PRESIDENTE	Dr. Ernesto Odriozola
VICE PRESIDENTE	„ Ricardo L. Flores
TESORERO	„ Eduardo Bello
SECRETARIO PERPETUO	„ Leonidas Avendaño
SECRETARIOS ANUALES	„ Enrique León García é Hipólito Larrabure.
BIBLIOTECARIO	„ Rómulo Eyzaguirre.
VOGALES	„ Julián Arce y Estanislao Pardo Figueroa.
DIRECTOR DEL OBSERVATORIO UNANUE	„ Federico Remy