### CLINICA MEDICA DE VARONES

Hospital «2 de Mayo»

IIIa. Lección del Profesor Dr. D. ERNESTO ODRIOZOLA 29 de Mayo de 1911

## Kemiplegia

Poy continuamos todavía en la serie á que aludimos en nuestra pasada lección.

En efecto, el enfermo de que hoy nos vamos á ocupar, pertenece á la misma categoria que la de los dos anteriores, guardando eierta similitud con el primero, por lo menos en lo que se refiere á la localización de las lesiones, á pesar de que las manifestaciones que la caracterizan son más ostensibles, más tangibles.

El enfermo en cuestión ocupa la cama número 7 es natural de Santiazo de Chuco, de 24 años de edad, de profesión empleado.

Ingresó en el hospital el 6 de abril del año en curso y ocupó una cama en la sala de San Juan de Dios, de donde fué tracladado á esta el 5 del presente mes.

Los padres son sanos. Lo son igualmente cuatro hermanos que

tiene.

Ningún antecedente de importancia, existe en su pasado patológico hasta hacen siete años, época á la que él refiere las primeras enfermedades. En primer lugar, cuenta que contrajo dos ó tres "granitos" en el miembro, que duraron mucho tiempo, porque cicatrizaban y se volvían á abrir. Los abusos sexuales explican estas reincidencias.

Después de curado, contrajo una blenorragia que también se prolongó exageradamente. Pretende el enfermo que á consecuencia de ella, apareció una erupción en el torax que dejó cicatrices blancas, muy apreciables hoy en la porcion superior del tronco, en donde se destacan bajo la forma de pequeñas manchas redondas á las que se les podría calificar de perdigonazos. Por la misma época sufrió de agudos dolores en los huesos, más intensos durante la noche.

Seis meses después notó la aparición de un chancro único en las inmediaciones del meato que curó en cinco meses de medicación casera. Despues de este chancro sufrió una manifiesta caída de pelo y una erapción de manchas moradas, que como la anterior erapción dejó cicatrices blancas. Tal vez si en esta descripción del enfermo hay confusión de hechos y de fechas que falsean la unidad de las lesiones; pero en todo caso, nosotros no hacemos sino relatar las informes que él nos ha dado.

Sea de ello lo que fuere, aparentemente curado, no ha vuelto á sentir malestar alguno hasta el 15 de no viembre del año anterior.

Empleado de un hotel de Trujillo, escribió uno de esos días na de las listas del establecimiento; al escribir le segunda, notó que su mano derecha presionaba con dificultad el lapicero y no podía moverla. Ai mismo tiempo experimentó un gran mareo y embarazo para pronunciar las palabras, á punto que las personas que lo rodeaban no podían entenderlo.

Asistido en el hospital de Trujillo permaneció en él durante un mes, tiempo durante el cual se conservó la dificultad de la palabra, la in potencia de la mano derecha y del miembro inferior, del

mismo lado, de donde resultaba una marcha laboriosa.

Sometido á un régimen mercurial intenso, el enfermo se alivió notablemente. Los colegas del hespital de Trujillo le propusieron hacerle una inyección de Salvarsan, pero el enfermo prefirió hecer-

sela en Lima, trasladándose con ese objeto.

A este enfermo ustedes lo conocen en todos sus detalles, porque juntos lo examinamos el miércoles 40 del presente, y ustedes recuerdan que al hacerlo caminar presentó la marcha típica del hemiplégico del lado derecho, es decir, que el pié de cse lado se levantaba con dificultad tropezando con frecuencia, trastavillando para emplear el término consagrado pero el use familiar y que expresa bien la índole del defecto; al mismo tiempo el miembro todo, más perado; parecía girar sobre el del lado epuesto que le servía como de eje.

Esta hemiplegia que en verdad hoy no es más que una hemiparesia, compromete el miembro superior del mismo lado, cosa que se
advierte cuando el enfermo aprieta sucesivamente con sus manos
las del observador y que el dinamómetro confirma, marcando 67
k. en la derecha y 70 en la izquierda (el enfermo no es zurdo).

Los reflejos plantares estan pervertidos demostrando el signo de *Babinski*. Cuanto á los reflejos patelares son de ura exquisita sensibilidad, sobre todo á la derecha, á tal punto que colecando el miembro, como acostumbramos hacerlo, flexionando la pierna sobre el muslo estando el enfermo acostado en la cama, en el decúbito supino, el más leve toque del tendón rotuliano con la yema del índice produce en brusco é intenso movimiento de extensión. Hay además *trepidación* epileptoide.

La sensibilidad en todas sus formas no ha sufrido alteración. El sentido muscular está intacto. El recto y la vejiga funcio-

nan bien.

La hemiplegia no interesa la cara por ahora, y me expreso así, porque no sabemos si lò fué en un principio y con el tiempo ha desaparecido.

La palabra hoy está correcta. Sus facultades mentales también lo están. Se queja de dolores de cabeza, poco intensos, y de los mismos, más pronunciados, en los miembros inferiores.

La pupila del lado derecho esta mas dilatada que la izquierda,

pero no hay signo de Argill-Robertson. La visión es perfecta. Los demás órganos y aparatos no presentan particularidad alguna, digna de mensión.

El análisis de la orina, sólo ha revelado vestigios de serina. El examen de la sangre no ha dado tampoco resultado apre-

ciable.

La curva térmica que aquí les presento, estenta algunas oscilaciones subfebriles ó febriles pero que todas ellas, como es fácil darse cuenta, corresponden á las inyeciones, en su mayor parte de aceite gris, que se le han aplicado.

Veames ahora si con todos les elementes que hemes acopiado, se puede llegar à formular una opinión acerca de la génesis de es-

tos trastornos.

Desde luego no puede, para nadie, pasar inadvertida la anamnesia genital que ya ustedes conocen. Que estamos en presencia de

un sajeto sifilitico, no parece dudeso.

Esas cicatrices blancas de la porción superior de la espalda que Fournier, con esa admirable aplicación imitativa de sus terminos, califica de perdigonazos, esas cicatr ces, digo, son casi cara terísticas de la sifilis.

Por otro lado la reacción de Wassermann practicada en este enfermo ha sido netamente positiva, de manera que ya no puede

haber cuestion sobre este punt).

Oportuno es llevar por adelantado el hecho de observación corriente, de que un ataque hemiplégico, en un joven de 24 años, es en la inmensa mayoría de casos de origen sifilitico, cuando, como en el caso actual, no hay alteraciones de otros órganes que expliquen los desórdenes, ni se puede invocar su natural za histérica, por la falta de fenómenos especiales (hemianestesias, zonas historogéneas, etc., etc.) Aun más se puede predecir que la sifilis en cuestión ha sido descuidada en los primeros pasos. Todas estas nociones, aunque suceptibles de muchas excepciones, representan sin embargo enseñanzas de práctica, que la observación ha corsagrado, como hechos reales.

Si se trata pues ya, á no dudarlo, de una sifilis, llega el momento de explicar la naturaleza especifica de la lesión y en primer término su localización. Para tener una idea precisa ácerca de este último punto es necesario que nos remontemos á la anamnesia. Recuerden ustedes que en noviembre del año parado, mientras escribia sintió que la mano derecha flaqueó, que la palabra se entorpeció, que sufrió un vertigo y que al tratar de caminar, observó con sorpresa que el miembro inferior derecho no podia desempeñar sus normales funciones. La relación que viene hecha es indudablemente evidente, aunque nosotros no lo hayamos comprobado todo, ní hayamos asistido al desarrollo de ese proceso, perque todavía persisten las alteraciones que ustedes conocen. La exposición del cuadro sindromático aludido, representa fielmente un pequeño ataque de origen encefálico, más, todavía, podemos decir de origen cerebral, precisando más las cosas. Dicho ataque es lo que se llama un ictus cerebral ó un ataque apoplectiforme, en el que si no hubo pérdida completa del conocimiento, hubo cuando menos obnubilación de las facultades, como lo comprueba el vértigo, de que ya hemos hecho mensión. De acuerdo pues con estas ideas, podemos ya localizar la lesión y creer que ella radica en el cerebro. Pero con esto no hemos hecho sino resolver una parte del problema del que resta todavía la más ardua é interesante: la de limitar la porción del cerebro atacada.

Tratángos, de una hemiplegia del lado derecho, como la que ha sufrido este homore, con alteraciones de la palabra, cabe en primer término, preguntarse si la lesión estará situada en la zona psico-motora, que como saben ustedes, radica en la corteza del lóbulo frontal del lado izquierdo, á lo largo de la cisura de Rolando. Para que semejante cosa pudiera ocurrir,  $\epsilon$ s indispensable suponer una lesión extensa de toda esa zona, desde la primera circunvolución frontal hasta la última. D: otro modo en efecto, no seria posible concebir la paresía hemilate al dere ha, con compromiso de la palabra y aunque los trastornos hoy se hallen exclusivamente limitados al miembro superior é inferior correspondientes, todavía las lesiones, á ser corticales dominarían una buena extensión en superficie.

Aunque semejante eventualidad, no es indudablemente imposible, tendríamos que aceptar lesiones diseminadas en una buena extensión de superficie y si se trata de formaciones gomosas aceptar también que se encuentran varias, y si de exóstosis admitir igualmente que ocupan una buena porción del esqueleto. Podría sustentarse todavía que existe un proceso de arteritis localizado á toda la zona ya enunciada, y hasta una placa de meningitis.

Todas estas hipótesis, repetimos no son de desdeñar y caben indudabiemente dentro de los infinitas modalidades clínicas. una opinión quizás más plausible es aquella que situara la lesión en un lugar estrecho de la masa cerebral por donde pasan los cord.nes motores, es decir, por la capsula interna. La experiencia enseña. en efecto, que una arteria, llamada la arteria capsular, es el asiento frecuente de lesiones degenerativas y que la fragilidad de este vaso en estas casos engendra una hemorragia más ó menos considerable. La sifilis descuidada descarga sobre el sistema arterial toda su influencia localizadora; las arterias del cerebro ocupan lugar predilecto en esta evolución específica y entonces la arteria capsular, una de las más expuestas, provoca hemorragias que son las que aparecen en la edad joven. La hemorragia de la cápsula interna da lugar á los fenómenos que se observan en nuestro enfermo, incluyendo entre elles la dilatación pupilar del lado derecho.

Digo que esta hipótesis es la mas aceptable, dada la frecuencia de las lesiones que hem s invocado, pero desgraciadamente no es-

tamos en el caso de ser categóricos.

Pero sí podemos crer, que la lesión que este hombre ha presentado, no es de origen embólico porque no existe ninguna lesión car-

diaca que la haya podido determinar.

Más bien podría discutirse la posibilidad de una trombosis, teniendo en cuenta la existencia de muy explicables alteraciones vasculare.

La cuestion quedaría entonces reducida, en último término, á saber si estamos en presencia de una hemorragia ó de una trombosis Hay argumentos para suponer que en este caso se trata más bien

de la primera, porque la trombosis es generalmente precedida per perturbaciones preparatorias vertiginesas, más ó menos frecuentes, cefelalgias prolonzadas. Nuestro enfermo, por el contrario, gozaba de la más perfecta salud, cuando fué sorprendido per el acaque ya descrito yesto es justamente le que ocurre en la hemorragia.

La desigualdad pupilar es otra prueba en favor de esta última. Ahora bien, si de una hemorragia se trata, estamos en aptitud de apreciar sus dimensiones? Cualquiera diria que la pequeña significación del ataque sufrido, sería un argumento para creer que no ha alcanzado mayor extensión; pero es preciso no fiarse en estos datos, á pesar de que la atenuación i ápida de los trastornos apoye esa idea El maravilloso poder supletorio del cerebro, no permite, en la mayoría de casos, negar á eras determinacion es matemáticas.

En lo que podemos convenir es en que los cordones piramidales sufren una labor degenerativa de alguna importancia. La exquisita sensibilidad de los reflejos patelares y el signo de Babinski, así lo mafiesta, y esta circ instancias después deses meses dei ataque, nos obligan à temer que el restablecimiento completo de lascosas es más que dud so, tanto más quanto que estamos al frente de un caso de sífilis descuidada y que las alternaciones arteriales ya constituídas se resisten victoriosamente al régimen específico mas intenso y mayor dirigido.

Bien entendido que esta consideraciones no nos deben desalentar para seguir en ése camino, porque si no podemos ya modificar la condición de las arterias ya muy alteradas, podemos tal vez evi-

tar que el proceso continús su obra degeneradora.

Por todas estas razones estimamos que el pronóstico del enfermo es reservado y lo es efectivamente por el hecho de que no tendrá tal vez la constancia y la energía para continuar una a istencia prolongada, única garantía de una supervivencia, por decirlo así, indeficida muchas veces.

Una palabra antes de terminar: ¿Debemos, sizuiendo el consejo de los colegas de Trujillo, aplicarle el Salvarsan? No nos parcee prudente, por lo menos resultaría prematuro, porque si nuestro enfermo va mejorando con el auxilio de las preparaciones mercuriales (aceite gris) lo que manda la sana práctica es continuar con ellas.

Por lo demás debemos ser muy cautelesos en el uso de esta droga en los casos crónicos, desde que los estudios que se practican no

son muy favorables.

## LAS INCLUSIONES DE LOS ERITROCITOS EN LA VERRUGA PERUANA

Por el Doctor MARTIN MAYER (1)
Del Instituto de Enfermedades Tropicales de Hamburgo

La verruga Peruana (enfermedad de Carrión) es una enfermedad infecciosa de etiologia desconocida, y limitada á una región territorial muy pequeña en Sud America, á una parte de los Andes Peruanos.

<sup>(1)</sup> Centralblatt fur Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten.

Todas las suposiciones referentes á su relación con los bacilos del grupo tífico, y de otras enfermedades infecciosas, han resultado hasta ahora insostenibles, y estamos todavía á oscuras, tanto sobre su etiología, como sobre su trasmisión. Referente á lo último, no parece improbable que se trate de un insecto circunscrito á esa región, el que deba tomarse en consideración para la trasmisión del virus.

Se le ha encontrado semejanza á dos enfermedades infecciosas, limitadas á determinada y pequeña región: la fiebre Japosesa ane-

misante, y la fiebre de las montañas rocallosas.

Sobre las apariencias clínices y anatomo-patologicas de esta enfermedad no haré hincapié; me ocuparé unicamente del estudio de la sangre, sobre el que ya informara algo el año pasado. (2).

Debido á la mediación de un médico de á bordo, recibí de los Directores del Instituto de Higiene de Lima, á los que expreso en esta mí más sincera gratitud, algun material de verruga, entre

ello láminas de sangre, tomada de un caso de fiebre grave.

Coloreadas según Marson, borax-azul de metileno, y según Giemsa, se vió el aspecto muy caracteristico de la anemia grave, con trasformación de forma de los eritrocites: eritroblastos eritrocitos con granulaciones, eritrocitos metácromaticos, algunos con granulaciones basófilas, y por ultimo, eritrocitos concirculo de Dehler. Tambien se encontraban incluidos en los globulos rojos de la sangre cierto género de cuerpos, que según el método de coloración de Mansson se colorean de azul gris oscuro, y según el método de coloración de Giemsa de rojo oscuro, es decir, según el género de colorante.

En cuanto á su morfologia se observa gran variedad, presentandose muchos de ellos como irregu'ares puntos, que solitarios é irregularmente agrupados en pequeños montoncitos, invaden el protoplasma globular; los hay tambien agrupados de dos en dos simulados diplococos. Otros en forma de bastones, cortos ó largos que aveces estan juntos y paralelos de dos en dos; pero que generalmente se les vé uno tras otro, dando al conjunto cierta forma ondulada; tambien se observa el paralelismo en estas cadenas de tres en tres ó cuatro ejemplares incluidos en un globulo; otros bastones invaden el márgen globular, ó sobresalen de él, como si se hubieren escurrido. Tambien se encuentran bastones con partes claras y oscuras.

Además de las formas descritas tambien se ven pequeños y

grandes anillos.

No se puede diferenciar en los elementos incluidos, en los eritrocitos, el protoplasma de la sustancia nuclear, debiérase enton-

ces considerar como protoplasma las partes teñidas en rojo.

Referente á detalles más exactos de los cuerpos vistos, únicamente llamaremos la atención á la gran variedad de formas y su poca diferencia en los tamaños. Las glanulaciones basófilas no tienen que ver nada con estos cuerpos, se les ve muy á menudo en los eritrocitos nucleados, y tambien junto á esos cuerpos.

Fuera de los cuerpos, tambien se ven formas de eritrocitos como las indicadas en la malaria por *Christophers y Stephens*, y como lo ha descrito y pintado, *Verf*, más detalladamente, en la

<sup>(2)</sup> Biolog. Obeilung d. árztl. Vereins Hamburg. May 1909.

malaria de les monos. (3) Se trata de eritrocites agrandados otro tanto del tamaño natural, cuyo protoplasma coloreado de un devil resa, apenas es reconocible, y cuyos límites, según Giemsa, esta formado de una pequeña membrana roja-violeta. Les cuerpes revientan con facilidad, y restes de la membrana y del contenido quedan libres.

Dentro de los globulos rojos destrozados, se ven los puntos rojos característicos, que se encuentran en los globulos rojos parasitados, y tambien las señales de *Schuffner-Tupfelung*, que han visto en la malaria de los monos. Tambien se observan los anillos margi-

nales de Dehler, libres y en les eritrocitos.

Los cuerpos vistos por mí habian sido ya observados por Hugo Biffi i Julio Gastiaburú, (4) el primero se inclina á creer que se trata de glanulaciónes basófilas; el odo cree haber visto movimientos en las preparaciones en fresco. El mismo Biffi pide nuevas y más prolijas investigaciones.

Más detalles al respecto no he podido encontrar en la literatura médica al tiempo de mí descubrimiento; solo después, *Bassett Smith* ha publicado un trabajo sobre igual descubrimiento. (5).

Pero en este tiempo von Bindo de Vecchi (6) ha publicado un estudio interesante sobre «la verruga Peruana,» en el que se ocupa principalmente del examen de certes. Describe en este estudio, muchos cuerpos acidófilos (ecsinofilia), que ha encontrado, ya libres, ya en el bazo; ya al interior de los eritrocites y leucocites. Tambien les ha visto en otres órganos. Mientras que al principio creía en la naturaleza parasitaria de estos cuerpos, después sestiene que son degeneraciones de los eritrocites.

Tambien yo al principio suponía, que las formas observadas por mí, en las muestras de sangre, fueran de naturaleza parasitaria. A esta suposición daba lugar, las graves variaciones en la formula de la sangre, que son ocasionadas por el desconcido agente, ylas cuales recuerdan parecidas variaciones, que se observan en algunas enfermedades á protozoario. Las que hacen impresión parasitaria, son especialmente las más pequeñas, que ofrecen forma de coco.

Centra la tecría parasitaria habla la gran variedad y á menudo la notable ordenación, en forma de cadena, ó de varillas de forma curva y de situación marginal, que indican tal vez, anillos de Dehler

que se desmerenan.

Pero si todas las formas vistas, fueran de puro origen degenerativo, se estaría al frente de formas degeneradas comunmente observadas; pero son tan características las observadas en la verruga Peruana, que piden un nuevo y más profundo estudio; tanto para su estudio hematológico, cuanto que se encontrará puntos de vista nuevos en lo referente á la constitución de los eritrocitos.

(5) Bassett-Smith.—The pathology of the blood in Verruga. (Meeting of the British med. assoc. July 1909).

(6) Arch. fur. Schiffs u. Tropenhyg, 1909.

<sup>(3)</sup> Mayer M.—Ueber Malaria parasiten beim affen. (Arch. fur Protistenk).  $1908. \,$ 

<sup>(4)</sup> Sobre las hemoaglutininas de la sangre humana y hematología de la enfermedad de Carrión. Lima 1903.

## ENSAYO DE ESTUDIO CLINICO DEL SALVARSAN

#### POR PEDRO ROCA BOLONA

(Continuación)

13.a Observación.—Enfermo particular, que fué inyectado por nosotros en el Instituto de Vacuna en compañía del Dr. Ribeyro.

Antecedentes.— Es un contagiado de hace 6 años, contagio cuya huella se aprecia en el surco Dalano-prepucial, esta lesión según recuerdos del paciente la contrajo en tres meses. Los fenómenos secundarios se han presentado á su época, y cedieron á un tratamiento mercurial y yodurado, desde entonces ha continuado usando yoduros por consejo de su médico. Hace dos años tuvo unas pequenas alceracio es en el glande y que demoraron un año para curar

pasando por alternativas de cicatrización y ulceración.

Estado actual, Diagnóstico Tratamiento. — Actualmente presenta una erupción de sifilide papulosa de consistencia dura semi-cornea; análoga á las lesiones secundo-terciarias que señalan los practicos. Esta erupción está localizada en la nariz, surco naso labial, labio superior, la cara externa de ambos antebrazos y la región costal izquierda, este brote asienta sobre una piel de aspecto cobrizo y como escamosa; además en el antebrazo izquierdo presenta el enfermo un endurecimiento que formaba parte en el musculo al que seguía en su concentración sin tener adherencias en la piel. Además el paciente acusa una disminución de visión y examinando aten tamente el ojo se advierte una desigualdad pupilar manifiesta; al propio tiempo que se nota dificultad manifiesta en la función pupilar, los fenómenos dolorosos son poco manifiestos pero hay fotofobia pronunciada; sus parpados sufren de un ataque cronico que las mantiene en constante hi e tr fia. El peso del paciente es de 131 libras. y la función renal es correcta. Recibe 60 centígramos en suspención neutra y por vía subcutanea, (Región interescapular) el 4 de Mayo de 1911.

Resultados.—Los efectos de la inyección, si bien no tan rápidos como en otros, han sido evidentes, las pápulas se han ido disolviendo poco á poco, dejando en su lugar una piel manchada, la cara y los brazos pueden considerarse limpios en el espacio de 40 días, el endurecimiento muscular ha desaparecido, el enfermo acusa perfecta visión, pero nosotros constatamos lágrimas, siempre desigualdad y dificultad en la reacción pupilar é hipertomia palpebral, no hay fotofobia; prescribimos una pomada de precipitado amarillo y 10 días después la blefaritis ha cedido. El paciente pesa 135 lbs. E este enfermo, he sabido por el Dr. Arce, que los buenos efectos de la inyección se mantenían hasta mediados de agosto, en que él, tuvo opor-

tunidad e verlo.

14.a Observación.—Se trata de un enfermo que ocupó la cama N.º 18 del servicio de Santo Toribio, es de 18 añods de edad, solte-

ro, ingresó el 11 de Mayo del presente año.

Antecedentes.— Es un contagiado de principios de abril época en que aparece el chancro, que según sus datos ha aparecido 20 días después del último contacto sexual.

Estado Actual, Diagnóstico y Tratamiento.— Es un secundario, se nota una erupción de manchas rosadas generalizada poco aparente en la cara, el enfermo acusa dolores oseos y cefalalgias vesperales hay dolor con ardor marcado á la deglusión, lo que hace al paciente rechazar la alimentación sólida, no hay reacción febril y se constata enrojecimiento de la faringe no se percibe ulceración, accidentes que aparecieron en los últimos días de abril, hay poli-adenitis sin reacción inflamatoria, y en el pene se ostenta la ulceración chancrosa del tamaño de una moneda de 20 centavos. La función renal es correcta, el peso es de 140 fbs. Recibe 60 centígramos de Salvarsan en suspensión neutra, por vía intramuscular el 20 de Mayo.

Resultados.—Como ya he señalado en muchos casos lo primero que se modificó en el paciente desde el siguiente día fueron sus síntomas dolorosos que desaparecieron, igualmente se observa la deseparición del obstáculo á la deglución que permite al paciente tomar alimentos sólidos. La ulcera chancrosa beneficia poco y lentamente, se advierte una epitelisación que avanza de los bordels al centro y el fondo se limpia y se llena de buen tejido que sobresale de los bordes para lo que se hace presiso destruirlo porcauteri acón, pues, impide la invación epitelial; la roseola había desaparecido 7 días después sin dejar huella y la cicatrisación del accidente es completo en los primeros días de julio; el paciente abandona el hospital pesando 138 lbs. su riñón funciona bien se constata también lucocitosis y moderado aumento de Hematies. fenómenos dolorosos poco manifiestos y el enfermo conserva plastron profundo; reducción incompleta del sistema linfático.

15a. Observación.—Es un súbdito Español que ingresó al ser-

vicio de Santo Toribio, cama N.º 41 el 18 de Mayo de 1911.

Antecedentes.—Se trata de un contagiado de hace 6 meses cuya huella lleva en el glande demorando 3 meses la curación del accidente, los fenómenos secundarios se presentaron 45 días después del ac-

cidente y fué tratado por el mercurio.

Estado actual, Diagnóstico, Tratamiento.—En la actualidad presenciamos una recidiva del secundarismo, el enfermo ostenta abundante roseola, dolores oseos muy intensos, de preferencia en la caja toraxica y placas mucosas faringeas, que obstaculizan la deglusión. Su función renal es buena su peso de 145 lbs.; recibe 60 centigramos de Ehrlich-Hata en suspensión neutra por vía intramuscular.

Resultados.—El 27 es posible notar modificación favorable de la roseola que está bastante pálida, los fenómenos óseos ceden desde la tarde siguiente y la cicatrización de las placas era casi completa el 4 de junio en que se le dió alta á su solicitud; no ha habido variación de peso, la función renal es buena y el análisis de sangre señala leucocitosis y aumento de Hematies, el síntoma linfático se reduce bastante pero no completamente.

16a. Observación.—Corresponde á D. N. N. natural de Jamaica y que ingresó al servicio de Santo Toribio el 15 de Enero de 1911

donde ocupó la cama N.º 45.

Antecedentes.—Trátase de un contagiado, pero la dificultad comienza al querer establecer la época de la infección. De los datos contradictorios que suministra, ha tenido oportunidades para contraer la afección en los años 901, 905 y 907 no encontrandose secundarismo probable, sino en estos últimos periodos. El terciarismo parece iniciado á partir de 1907 pues en esta época refiere el paciente

comensó à padecer unos ataques convulsivos, cuya aproximación le era dable preveer y cuyas convulsiones tónicas y clonicas eran localizadas à la mitad derecha del cuerpo, manifestando intensidad decreciente à partir de la cara, que estos ataques eran múltiples aumentándole hasta 12 en un solo día; pero que solo los primeros de ca-

da acceso la privaban de conocimiento.

Estado actual, Diagnóstico y Tratamiento.—Llama la atención la extrema delgadez de sus miembros inferiores que constrastan perfectamente con su organización robusta, se nota en la amnesia cierta deficiencia en la memoria y dificultad manifiesta en la expresión, al nivel del borde inferior del pectoral mayor es perfectamente perceptible una induración que radica indudablemente en el músculo, ya que el tegido celular subcutáneo desliza perfectamente sobre ella que por otra parte acompaña á la contracción muscular, esta induración lleva en su centro una depresión perfectamente perceptible del tamaño de una pieza de 20 centavos como si se tratara de una ulceración, la piel está indemne. La sensibilidad en sus diversas manifestaciones se conserva normal se nota exajeración del reflejo patelar sobre todo al lado derecho y abolición del plantar. El sentido muscular se halla normal; no hay signo de Argill-Robertson. El paciente había recibido tratamiento mercurio vodurado intensivo; la arección de Wasserman hecha por el Sr. Noriega del Aguila dió resultado negativo. En estas condiciones se hace el diagnóstico de Epilepsia Jacksoniana específica y gomas musculares; recibe 60 centígramos del preparado de Ehrlich por vía intromuscular, suspensión neutra, el 11 de Febrero, y otra de la misma dosis, y con les mismos atributos el 16 de Marzo.

Resultados.—Los fenómenos reaccionales fueron moderados, en ambas se observa una elevación termica que alcanza 38º en la tarde pero á continuación de la 1a. se observa un dolor tenebrante que partiendo del lugar de la invección irradia á todo el miembro siendo más marcado en el trayecto del ciático que mortifica al paciente cerca de un mes y hace que su marcha, ya muy pertubada, se haga casi imposible; 23 días despues de la 1a. invección notó que la timoración del pectoral ha desaparecido completamente. Respecto á sus ataques no han sido modificados en lo menor, antes bien el 19 y 23 de febrero se presentan dos crisis bastante intensas á raiz de la 1a. inyección, fenómeno que repite el 23 de Marzo cinco días después de la 2a. Desde esta fecha se abandona el Salvarsan para comenzar un tratamiento mercurial intensivo por el aceite gris. El enfermo ha recibido á partir de Mayo 12 inyecciones de Aceite gris y en este lapso de tiempohasta el 20 de agosto, que recopilo estos datos, se han presentado nuevas crisis bastante intensas una el 6 de mayo, 7 días después de la 1a. inyección; y otra el 6 de julio 5 días después de la sesta, los otros fenómenos señalados no se han modificado; por todos los datos recogidos, parece que esta nueva tentativa en beneficio del paciente ha escollado el mercurio, como meses antes escollara el arsenico con el que por todo beneficio se obtenía la de saparición del probable goma muscular.

17a. Observación.— Se refiere á un enfermito alojado en la sala

de Las Mercedes N.º 24 servicio del Dr. Sanchez Concha.

Antecedentes.—Se trata de un hereditario y de un hereditaria tardío, ya que la manifestación que le traen al Hospital datan de ho-

ce dos meses, teniendo el paciente 12 años de edad sin haber tenido

en el pasado manifestación imputable á esta causa.

Estado actual, Diagnóstico y Tratamiento.—Las primeras investigaciones conducen al practico á examinar la faringe y velo del paladar, en el que es posible constatar una perforación del tamaño de una moneda de 0'10 hecho que ya se podía suponer por la voz sui generis del paciente y la regurgitación nasal de los líquidos, pero hay más, la facies especial de este paciente, su dificultad respiratoria y la investigación de su pasado lo si dican como un adenoideano y efectivamente su faringe nasal esta ocupada por vegetaciones. Repetidas investigaciones del Bacilo de Koch en el exudado que baña la perforación fué siempre negativa, igual resultado dió la cuti reacción, así como el análisis de los esputos, no fue posible señalar la presencia del Treponema, pero la Sero-reacción de Wasserman hecha por mi amigo Noriega dió resultado francamente positivo. En estas condiciones evidenciales el terreno sifilítico recibe 30 centígramos del Ehrlich Hata en suspención neutra y por

via subcutanea en los primeros días del mes de Mayo.

Resultados.— Los fenómenos locales fueron bastante intensos y hubo necesidad de atender el estado local algunos días con el reposo y defensivos en la región interescapular. La tarde de la invección se constató ligera elevación térmica que desaparece al día siguiente y no pudimos advertir modificación mayor al nivel de la perforación como no sea una coloración más roja y la ausencia de exudados, al finalizar el primer mes se pudo advertir un mejoramiento notable del estado general, un aumento efectivo de 10 libras en el peso y la reducción de su perforación á la mitad pero la existen cia de una buena tumoración al nivel del punto inyectado, y un enquistamiento del preparado hasta formar un verdadero «Salvarsoma». como muy atidamente denominara estas producciones el maestro Dr. Odriozola; nos imponía antes de proceder á una nueva tentativa la mayor prudencia, tanto más si se considerara que se trataba de un niño. En espera de mejor oportunidad, y dos meses y medio después de la invección, pude notar con sorpresa que la perforación no existía, éxito que también constató el jefe del servicio Dr. Eduardo Sánchez Concha. Poco tiempo después fue dado de alta conservando siempre sus atributos adenoideanes, habiendo aumentado todavía seis libras en peso.

18a. Observación.—Se refiere al paciente que ocupó la cama N.º

47 del servicio del Dr. Arce. el 10 de Mayo del presente.

Antecedentes.—Se trata de un contagiado cuyo accidente inicial tuvo lugar 10 meses hace, en una infección mixta en que el paciente hace notar haber tenido una corona chancrosa, que salieron sucesivamente en los 10 primeros días del coito, y que cuando estas lesiones estaban casi cicatrizadas apareció un nuevo chancro 25 días después. El secundarismo apareció dos meses más tarde con su cortejo habitual y en esta oportunidad recibió tratamiento específico.

Estado actual, Diagnóstico y Tratamiento.—Sus condiciones actuales señalan una recidiva del secundarismo que se traduce por dotores óseos generalizados, placas mucosas del pene, y unas tumoraciones pediculadas en el surco balano-prepucial, lesiones que el enfermo acusa haber comensado hace 1 mes. Su peso actual es de 110

libras, el análisis de orina acusa buena función renal, en esta condición recibe 60 centígramos de Salvarsan en suspención neutra por vía intramuscular el 27 de Mayo, después de dos seroreacciones que dieron á mi compañero Noriega resultados francamente positivos.

(Continuará).

#### REVISTA DE TESIS

Acción del paludismo en la mujer en cinta y su tratamiento.—Tal es el título de la tesis que para graduarse de bachiller en Medicina ha presentado el Señor José F. León.

El autor después de examinar algunos casos hospitalarios, que

ha observado, llega á las siguientes conclusiones.

1a. El paludismo puede ejercer una acción nociva y á veces peligrosa en las embarazadas, así como en el producto de la concepción que se manifiesta por uno ó varios de los hechos siguientes: aborto, parto prematuro, eclampsia, alteraciones nerviosas y mentales durante eltrabajo del parto y enel puerperio, muerte del feto, raquitismo y paludismo congénito, independientemente de otras predisposiciones de orden general.

2a. En las embarazadas palúdicas es suceptible de que se presenten síntomas nosológicos que pueden inducir á falsos diagnósticos; y en los casos de incertidumbre, debe emplearse la quinina como agente terapeútico sir perjuicio de hacer el examen de la sanger.

3a. Un tratamiento oportuno con quinina bajo la dirección de médico, salvará muchas veces á la madre, sin comprometer al hijo.

4a. En embarazadas impalúdicas que presentan una mínima resistencia orgánica, ó naturaleza agotada por la acción tóxica del hematozoario, en razón de no haber estado sujetos al tratamiento específico conveniente, la administración de la quinina á dosis terapéuticas, puede provocar la interrupción en el curso del embarazo; debiéndose este trastorno, no la acción tóxica del citado alcaloide, sino á un aumento de la intoxicación palúdica, originado por su empleo.

5a. La medicación quínica, como medio profiláctico, debe usarse en dosis pequeñas, no mayores de veinte centigramos por día, en embarazadas con antecedentes palúdicos seguros ó probables; y en dosis masivas, en el momento del acceso palúdico, y periodicamente

en el curso de la enfermedad.

# La Casa Mathieu

113, BOULERAD SAINT-GERMAIN, EN PARIS

Tiene el honor de avisar á su clientela que sus nuevos catálogos de Instrumentos de CIRUGIA, MUEBLES QUIRURGICOS y ELECTRICIDAD MEDICA acaban de salir á luz y que se enviarán franco á quien los pida.