

# LA CRONICA MEDICA



AÑO XXX.—

LIMA, MARZO 15 DE 1913

—Nº 581

## 5.º CONGRESO MEDICO LATINO AMERICANO

*Lima, junio 28 de 1912.*

Señor Presidente de la Comisión Organizadora  
del 5.º Congreso Médico Latino Americano  
(6.º Pan Americano).

Señor Presidente:

Cumpliendo el encargo que se dignó hacerme la Comisión Organizadora en la sesión del 22 del presente, me es grato presentar á la consideración de la Junta, los acuerdos adoptados por el 4.º grupo de la sección 3a., sobre la mejor forma de llevar á cabo los estudios, cuyos programas fueron aprobados en dicha sesión.

### I

DESIGNACION DEL PERSONAL ENCARGADO DE LOS ESTUDIOS.—1º. Verruga. El primer tema, ó sea, la epidemiología de la enfermedad de Carrión, correrá á cargo del suscrito en colaboración con el doctor Ramón E. Ribeyro. El segundo tema: concepto clínico y anatómico de la fiebre grave de Carrión, será tratado por el señor Decano de la Facultad de Medicina, Profesor Ernesto Odriozola. El tercer tema: concepto etiológico de la fiebre grave de Carrión, por el Dr. Alberto L. Bartón. El cuarto tema: hematología de la verruga; estudio comparado con las anemias y con las alteraciones de la sangre causadas por parásitos protozoarios, por el Dr. Julio C. Gastiaturú. El quinto tema: anatomía patológica de la verruga, por el doctor Oswaldo Herculles. El sexto tema: etiología y profilaxia de la verruga, por el doctor Ramón E. Ribeyro. El sétimo tema: terapéutica de la verruga; sus resultados; principios en que debe fundarse, por el Dr. Ernesto Odriozola. El octavo tema: estudio crítico de los trabajos nacionales sobre la verruga; progresos alcanzados; conclusiones, por el doctor Abel S. Olaechea.

2º. Uta.—El primer tema por el suscrito y los temas segundo, tercero, cuarto y quinto, por el doctor Julio C. Gastiaturú.

3º. Tifus exantemático.—Antes de proponer la manera como debe efectuarse el estudio de este tema, necesitamos obtener algunos datos, que ya hemos pedido y que nos llegarán en pocos días. Proponemos, pues, el aplazamiento hasta la próxima sesión.

## II

**PRESUPUESTO.**—La naturaleza especial de los estudios que hay que practicar, cuya amplitud y eficacia dependen en gran parte de los elementos y recursos disponibles, así como del concurso de los médicos residentes en las localidades infectadas y de los auxiliares que sea necesario contratar (estudiantes de medicina, recolectores de insectos, etc.), no permiten formular un presupuesto detallado, en el que consten, en partidas separadas, todos los gastos que habrá que hacer, desde la impresión de cuestionarios, instrucciones, historias clínicas, tarjas, etc., hasta el honorario de los profesionales encargados de los trabajos. A este respecto, creemos, que los trabajos que se presenten sobre tan importantes tópicos, deben ser retribuidos, tanto porque ello es perfectamente justo, cuanto porque la permanencia, corta ó larga, en los lugares infectados, no solo significa pérdida pecuniaria, sino también peligro real y serio para la salud y la vida. Se puede pues asignar, á los profesionales encargados del estudio de los diversos temas, un honorario de Lp. 5 por cada día que necesiten visitar las localidades contaminadas, sin contar en dicha suma los gastos de pasaje y alojamiento. Terminados los trabajos, la Comisión Organizadora, acordará el honorario que, á su juicio, merezcan los estudios presentados. Proponemos, igualmente, que se gratifique con la suma de Lp. 10 mensuales á los médicos que residen en las zonas infectadas y que tengan á su cargo la recopilación de datos y las observaciones é investigaciones, que se juzgue necesario encomendarles.

Teniendo en cuenta los gastos apuntados y los demás que no es posible detallar, opinamos, ciñéndonos á la más estricta economía, que basta la suma de 300 Lp. para ejecutar los trabajos correspondientes á los meses que faltan del presente año. Naturalmente que esa cantidad resultaría ridícula, si no contáramos con las facilidades que seguramente otorgarán las instituciones públicas y muy especialmente la Facultad de Medicina y los institutos y laboratorios de esta capital. De otro lado, es muy posible que, mediante una gestión de la Comisión Organizadora cerca de la empresa del ferrocarril central, á la que interesa vivamente la profilaxia de la verruga, se consiga algunas ventajas en lo que se refiere á los viajes y excursiones de los comisionados.

## III

**SALA DE VERRUCOSOS EN EL HOSPITAL 2 DE MAYO.**—El estudio etiológico, clínico, anatómico y terapéutico de la verruga, requiere, para ser fructuoso, la reunión de los enfermos en una sala especial, donde pueden ser observados y comparados, siguiendo orientaciones definidas, que permitan abandonar, oportunamente, vías extraviadas y tomar mejores rumbos, lo que no podrá conseguirse mientras los enfermos continúen diseminados en los diversos servicios médicos, esterilizándose así las iniciativas y limitándose las investigaciones, por el número reducido de los pacientes. Sería, pues, muy conveniente, que la Comisión Organizadora solicitara de la Sociedad de Beneficencia, que los enfermos de verruga fuesen atendidos en

una sala determinada del hospital 2 de Mayo, sin que esto signifique aumento del número de los servicios existentes y por consiguiente, mayor desembolso para esa respetable institución.

Si como es de esperarse, se obtiene el asentimiento de la Beneficencia, se podrá entonces presentar á los delegados extranjeros, durante las sesiones del Congreso, una instalación interesantísima de la verruga peruana, en la que encontrarían al lado de las formas clínicas más variadas de esa enfermedad, piezas anatómicas, preparaciones microscópicas, cultivos, mapas, cartas, fotograbados y, finalmente, la bibliografía completa de la enfermedad de Carrión.

Con sentimientos de mi mayor consideración soy de Ud. señor Presidente, atento y seguro servidor.

JULIAN ARCE.

— — — — —  
*Lima, noviembre 13 de 1912.*

Señor Presidente de la Comisión Organizadora del  
5º. Congreso Médico Latino Americano (6º. Pan Americano).

Pte.

S. P.

Los trabajos sobre la etiología de la verruga y de la uta, encomendados al 4º. grupo de la Sección 3a., continúan con actividad y empeño, aunque no con la amplitud que sería de desear, dada la importancia y trascendencia del fin que se persigue. En efecto, no contando con elementos propios, ni con los recursos que exigen estudios de esta clase, hemos empezado la labor con un microscopio y con un hemoglobímetro prestados por el señor Decano de la Facultad de Medicina, completando las operaciones de laboratorio, ya en el Instituto de higiene municipal, ya en el Instituto nacional de vacuna y seroterapia. Este procedimiento complicado y deficiente, no solo embaraza los trabajos y ocasiona pérdida de tiempo, sino que limita forzosamente el número y calidad de las investigaciones. Por otra parte, el material de estudio está reducido á los pocos enfermos que ingresan en mi servicio del hospital «2 de Mayo», pues la carencia de recursos no nos permite extender el trabajo á las zonas infectadas, donde sería muy fácil practicar observaciones numerosas y completas. Con todo, no obstante estas deficiencias y otras más que sería largo enumerar, se ha aprovechado lo mejor posible el material disponible y mediante el concurso del Dr. Raúl Rebagliati, cuya colaboración inteligente y entusiasta, es digna de encomio, se ha podido hacer observaciones diarias de la sangre, hemo—cultivos, preparaciones anatómicas, etc. De este modo, hemos podido se—

guir paso á paso, la evolución clínica de la fiebre grave de Carrión, á la vez que las alteraciones de la sangre y las reacciones fisiopatológicas de los órganos hematopoiéticos que ella produce, la presencia ó ausencia, en la sangre, de gérmenes extraños al de la verruga, la acción del tratamiento y en fin, la anatomía patológica de la enfermedad. Los resultados obtenidos, si bien son parciales y escasos, tienen sin embargo importancia práctica en cuanto á la etiología, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y profilaxia de esa fiebre, porque ellos demuestran, á mi entender, los dos postulados siguientes: 1º. la existencia de la fiebre grave de Carrión, como forma aguda, hipertóxica de la verruga peruana, producida por su virus específico; y 2º. la participación secundaria y nociva, que en ciertos casos tienen, en la evolución y terminación de la fiebre grave de Carrión, las bacterias extrañas al germen verrucógeno, que infectan el organismo y pululan en la sangre. Pero, para que estas enseñanzas adquieran el carácter de conclusiones exáctas y precisas, es necesario multiplicar las observaciones, ampliar el material de estudio y organizar en las zonas infectadas y en Lima, el personal suficiente para ejecutar, con el rigor científico del caso, las múltiples y delicadas operaciones que exigen las investigaciones hematológicas y bacteriológicas.

En pocas enfermedades tiene tanta importancia el exámen de la sangre, como en la verruga peruana. Enfermedad producida por un germen desconocido, que vive en la sangre, probablemente en el interior de los globulos rojos que le sirven de alimento y de cubierta protectora, sus lesiones primarias, fundamentales y permanentes, se manifiestan de preferencia en el tejido hemático y en los órganos hematopoiéticos, y son tan claras y características en la forma aguda de la verruga, es decir, en la fiebre grave de Carrión, que basta el simple exámen microscópico de una muestra de sangre, para hacer el diagnóstico. Examinando, pues, periódicamente la sangre, se puede apreciar la virulencia del germen, el grado y rapidez de las lesiones, la energía de las defensas orgánicas, la vitalidad de los órganos hematopoiéticos, muy particularmente de la médula ósea, las modificaciones, en fin, que marcan el desarrollo de la inmunidad. Al lado del exámen hematológico y de la investigación perseverante del germen específico, debe figurar también, el sembrío sistemático de la sangre verrucosa en los medios más apropiados, á fin de averiguar la presencia ó ausencia de bacterias, el momento en que estas invaden ó abandonan la sangre, la especie á que pertenecen, su patogenicidad y, finalmente, su verdadero rol en el curso y terminación de la enfermedad. Los suero—reacciones, la preparación de vacunas, completarian esta parte de los trabajos.

Pero, para llevar á cabo las labores, que á grandes rasgos acabo de indicar, no bastan la buena voluntad y el entusiasmo de los miembros del 4º. grupo, que ven aproximarse la estación del año más propicia al estudio de verruga, sin contar con los elementos necesarios para aprovechar los nuevos casos que se presenten. Considero oportuno dejar constancia de estos hechos, porque ellos salvan la responsabilidad de la Comisión Organizadora y la nuestra.

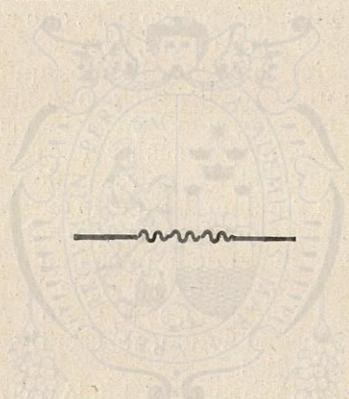
El estudio de la uta, se sigue, igualmente, con todo interés, tanto más justificado, cuanto que yo creo que la uta, la espundia y la

úlceras orientales, son especies del mismo género, es decir, leishmaniasis. Hemos tenido, ultimamente, dos casos muy ilustrativos. El primero, es un enfermo procedente del Madre de Dios, con una ulceración de la piel de la nariz é infiltración de los carrillos y labio superior de aspecto utoso. El Dr. Gastiaturú, encontró en una preparación coloreada al Giemsa, un cuerpo muy semejante á la leishmania trópica. Desgraciadamente, las demás preparaciones, cortes histológicos y cultivos, no dieron resultado positivo. El segundo, es un enfermo que ocupa actualmente la cama N.º 22 de la sala de San Roque, procedente del Yuruá y Purús y que presenta las lesiones características de la espundia, descritas por nuestro distinguido colega el doctor Edmundo Escomel. Acompaño dos fotografías de este enfermo, que es objeto del más detenido estudio.

Tal es el estado de los trabajos del grupo de Medicina tropical y epidemiología, que me es grato poner en conocimiento de la Comisión Organizadora.

Con sentimientos de mi distinguida consideración, soy de Ud. señor Presidente, atento servidor.

JULIAN ARCE.



## CLINICA MEDICA DE VARONES

Hospital «2 de Mayo»

VII—LECCIÓN DEL PROFESOR DOCTOR ERNESTO ODRIÓZOLA

26 junio de 1911

El enfermo que va hoy á distraer nuestra atención, es uno de aquellos ejemplos que, por la escasez de los fenómenos que presenta y los pocos datos que se recogen en el análisis de sus antecedentes, ofrece insalvables dificultades para llegar á clasificarlo.

Por este motivo, debo declararles que no entra en nuestras pretensiones llegar á una determinación categórica, sinó simplemente hacer algunas conjeturas más ó menos razonables, dejando para más tarde cuando la observación haya sido más penetrante y los síntomas más numerosos y más concretos, el estudio más detallado del caso y la interpretación más precisa de su naturaleza.

El enfermo es aquel que examinamos juntos el miércoles último. Es natural de Casma, de 21 años de edad. Trabaja desde los 17 años como jornalero, ocupación que ha interrumpido, en varias ocasiones, para destinarse en calidad de doméstico.

Su padre ha muerto, ignorando la causa de su fallecimiento. Su madre vive y gozaba de buena salud hasta hacen dos años, fecha en la que el enfermo abandonó su familia y su tierra natal para trasladarse á Huacho y ocuparse allí en las labores de su oficio.

Tiene dos hermanos, ambos sanos.

Dice haber padecido, en época lejana, de «varioloide» y de «verruga» enfermedad esta última adquirida en el departamento de Ancash, siendo muy niño. También ha sufrido de una enfermedad de los ojos, que llama «mal de ojos», que se caracterizaba por una gran hinchazón de los párpados, abundante lagrimeo y enérgica sensación de ardor en el globo ocular.

Interrogado acerca de antecedentes *venereos*, los niega terminantemente y el exámen de sus órganos genitales nada de particular ofrece. La declaración de no haber practicado hasta el presente más que dos ó tres coitos, fué motivo para que en la sala de San Pedro, en donde ha estado asistiéndose, se buscaran las pruebas de su tendencia á los placeres solitarios, hábitos que el enfermo niega también y cuya comprobación práctica no es ciertamente cosa fácil.

Hallándose en Huacho, como ya dejamos dicho, el enfermo aceptó una contrata para prestar sus servicios en la obra del ferrocarril que actualmente se construye en esa región. En esa época sufrió un ataque de «costado y pulmonía» que le curaron en una hacienda de las inmediaciones del campamento que habitaba. Difícil es para nosotros, dada la generalidad de la frase familiar ya expresada, saber si se trató de una neumonía ó de una pleuresia. Sea de ello lo que fuere, curado de aquella dolencia, se trasladó á Ancón y fué allí sorprendido por la enfermedad actual, consecutivamente á un «paludismo» que duró treinta días.

Refiere que esta enfermedad se inició por *dolor de cabeza frontal intensísimo* con *epistaxis* que en ocasiones se repitieron por varios días consecutivos. Cuando cesaron estas hemorragias, comenzó á experimentar «mareos» que lo mortificaban mucho. Al mismo tiempo, añade, apareció una intolerancia gástrica que fué atenuándose progresivamente.

Días después, sobrevino dificultad para la marcha, que se acentuó mucho más, á punto que alarmado por esto se decidió á venir al hospital, á la Sala de San Pedro, de donde fué trasladado á la nuestra el 21 del presente mes.

Ustedes han podido apreciar, en todos sus detalles, la manera como dirige su marcha. Necesita en primer lugar el apoyo de otra persona que lo guíe de la mano. Su marcha es más ó menos temblorosa é incierta y separa las piernas como para buscar mas amplia base de sustentación. Estas circunstancias imprimen á su marcha un aire vagamente *tabético*, pero nos apresuramos á adelantar el hecho de que no hay signo de *Romberg*, ni dolores fulgurantes, ni desaparición de reflejos patelares, lejos de eso, parecen estar lijaramente exagerados. Esta marcha laboriosa é imprecisa, parece más que debida á trastornos motores, á la sensación *vertiginosa* que en la esta-

ción de pié, adquiere mucho mayor intensidad, existiendo también en la posición de decúbito. Este fenómeno, en efecto, parece *constante* y se ha desarrollado, como ustedes acaban de apreciarlo, de una manera *brusca*, á raíz de las hemorragias ya mencionadas. Ya hemos indicado que los reflejos patelares existen y tal vez ligeramente exagerados, no así el plantar que falta, pero es de advertir que este reflejo, no tiene, en nuestros enfermos de hospital, la importancia que ustedes saben, porque la gran mayoría de ellos están habituados á caminar con los pies descalzos y las plantas de los pies engruesándose considerablemente, toman un aspecto acartonado y resistente, por la poderosa hiperplasia epitelial, de donde resulta que la sensibilidad de esa región desaparece ó se hace cuando menos muy imperfecta.

La sensibilidad de los miembros inferiores, en su triple manifestación táctil, dolorosa y térmica está intacta. Lo mismo pasa con el *sentido muscular*. El recto y la vejiga funcionan normalmente.

El análisis de la sangre, nada revela; no hay *anemia* apreciable.

El análisis de la orina tampoco nos dá luz alguna.

Este enfermo se queja de dolor de cabeza, casi constante, en la frente y en la nuca; pero advierte que es más bien una sensación de *ardor* la que experimenta.

La reacción de Wassermann ha resultado negativa en este enfermo, lo cual si es cierto no contradice la existencia de la sífilis, tiene importancia en este caso por la absoluta ausencia de antecedentes y de lesiones cicatriciales.

El exámen del fondo de los ojos, practicado por mi amigo el *Dr. Molina*, ha revelado una isquemia y una *deformación* de la papila en ambos lados, debiendo manifestarles que como ustedes recuerdan la pupila del lado derecho estaba *más dilatada* que la del izquierdo, sin saber si dicha desigualdad debe imputarse á posibles lesiones encefálicas ó existía ya antes. Por consiguiente, este resultado of tal moscópico no puede tener valor, mientras no se hagan exámenes repetidos.

El sueño en este enfermo es bueno. No hay náuseas ni vómitos.

Por lo que ustedes acaban de ver, los fenómenos culminantes se reducen á una sensación *vertiginosa constante*, que *aumenta en la estación de pié y que hace difícil la marcha*. A esto se agrega el *dolor de cabeza* con los caracteres ya indicados, pero cuya intensidad no es muy grande, por lo menos hasta ahora.

Con estos escasos documentos, no es cosa fácil, como ustedes pueden comprender, llegar á un diagnóstico preciso.

Entre los antecedentes de este hombre figura el «paludismo». Las circunstancias del lugar en que últimamente ha trabajado, reconocidamente malárico, las *expistaxis* frecuentes é inmotivadas, la existencia de un *bazo manifiestamente hipertrofiado* y de un *hígado* también, sobre todo en su porción superior, dá á esta idea un carácter de indiscutible certidumbre, apesar de que la investigación del *hematozoario* en su sangre, ha resultado negativa, hecho explicable porque este enfermo ha sido vigorosamente tratado por la medicación *quinina* en la sala de San Pedro. Fuera de este dato, no existe otro al que se pueda atribuir importancia etiológica. Los desórdenes

que hemos consignado, comenzaron en el curso de su *paludismo* y aparecieron casi bruscamente, de manera que es natural, ante todo, pensar en esta infección. La extraordinaria variedad de los desórdenes que engendra el paludismo, sobre todo en las formas graves, nos obliga á tratar de relacionar los de nuestro enfermo con aquel, por lo menos un deber elemental de sana práctica nos exige no desatender esta etiología, mientras la observación y la terapéutica no deshaucien esta idea. Verdad es que este enfermo ha sido conveniente y enérgicamente tratado por la quinina; pero también es cierto que algunos casos se resisten victoriosamente al régimen. La persistencia del infarto esplénico y hepático, demuestra que no estamos muy lejos de la realidad, al creer posible la *supervivencia del hematozoario* y antes, por consiguiente, de pensar en otra cosa, es indispensable convencerse de que el paludismo no desempeña papel alguno en la generación de los fenómenos cefálicos tantas veces indicados.

La interpretación de este caso, es tanto más difícil cuanto que coexisten como son las propiedades *hemolíticas* del hematozoario, estas no se han dejado sentir en nuestro enfermo, pues el exámen de su sangre, nos manifiesta una capacidad hemática casi normal. Pero sin embargo, este argumento, por sí sólo, no tiene valor, puesto que muchas veces las formas graves producen muy serios trastornos antes que su influencia modifique, la condición del medio sanguíneo.

Por consiguiente pues, nosotros necesitamos, de una manera perentoria, convencernos de que el paludismo no tiene intervención positiva en la génesis de los trastornos ya expresados. Y si por el momento, no podemos contar con elementos suficientes para dirimir esta cuestión, nuestro deber es mantenernos *en expectativa*, hasta que la observación nos ponga en condiciones de aclarar la oscuridad de este cuadro.

Mientras tanto debemos seguir empleando la *quinina* bajo variadas formas y en inyección hipodérmica y además el *arsénico*, cuya benéfica influencia en los casos de paludismo rebelde, es bien conocido.

Como este enfermo vá á quedar bajo nuestra inmediata observación, tendremos la oportunidad de llegar al fin á fijar nuestras ideas en lo que concierne á su naturaleza. (1)

(1) Bajo la influencia de las inyecciones sistemáticas *quinina*, este enfermo fué progresivamente mejorando y abandonó el hospital aparentemente curado, lo cual nos autoriza á pensar que el *paludismo* ha sido en efecto el factor determinante de los trastornos que hemos senalado.

---

## EL VERTIGO ESTOMACAL

POR EL

Dr. VICTOR DELFINO. M. S. — A. — S. M. P.

ASOCIADO EXTRANJERO DE LA REAL SOCIEDAD ITALIANA DE HIGIENE, Y DE LA SOCIEDAD CLINICA DE MEDICINA MENTAL DE PARIS.

Descuidado hasta hace poco, el vértigo del estómago ha adquirido una palpitante actualidad clínica, con la publicación de un importantísimo estudio que le ha dedicado el Dr. Sllier, encargado

del Curso de Fisiología en la Universidad de Bordeaux, y cuyos trabajos a cerca de las enfermedades de las vías digestivas son bien conocidos. En su estudio, el sabio bordelés demuestra, en primer término, y con razón, lo injustificado del nombre «*vértigo estomacal*» al que más bien debería llamarse *vértigo de las funciones digestivas*.

El vértigo estomacal es más frecuente de lo que generalmente se cree; según Alberto Robín, es el más frecuente de todos los vértigos, considerados en conjunto, del cual solo constituye el 80 % número que, prácticamente nos confirma en el diagnóstico del vértigo de origen gástrico, cuando el que lo sufre es un dispéptico, por ejemplo. Ello, sin embargo, el síntoma que nos ocupa ha originado los más extraños errores de diagnóstico y de tratamiento, confundiéndosele con el vértigo de Meniere, la epilepsia, la arterio-esclerosis cerebral, etc. y ello porque no siempre coexiste con los trastornos gástricos, recomendándose, sin embargo la investigación cuidadosa de estos, aún en las menos aparentes. Trousseau, ha citado casos en los cuales se confundió el vértigo estomacal con las congestiones cerebrales, contra las cuales se instituye el regimen antiflogístico; y Robín refiere casos más extraños todavía, como el que le fué comunicado por Isch-Wall, al que tuvo oportunidad de asistir en consulta. Se trataba de un hipersténico permanente cuyo vértigo desapareció á los pocos días de haber sido sometido á un tratamiento apropiado el que, sin embargo, se había diagnosticado por un profesor eminente (1) como un caso de «*sífilis terciaria*» y sometido á las fricciones mercuriales y al yoduro de potasio, en dosis masivas.

El vértigo estomacal, se manifiesta más á menudo de mañana, en ayunas, en el momento en que los enfermos abandonan la posición horizontal para incorporarse ó vice-versa. Habitualmente sobreviene el síntoma con el estómago vacío; pero esta circunstancia no es constante, pudiendo presentarse despues de la ingestión de los alimentos.

La patogenía de estos vértigos ha sido diversamente interpretada, para explicarla se ha recurrido á la acción refleja, á las auto-intoxicaciones, nemia cerebral, desórdenes de la circulación laberíntica, etc. De estas opiniones tan diversas, dos son las que más prevalecen, la de la autointoxicación y la que atribuye al vértigo un origen reflejo.

Los partidarios de la hipótesis de la autointoxicación—que permite explicar la complicación de las dispepsias—, admiten que á causa de las fermentaciones de que es asiento el estómago, se forman toxinas, cuya absorción provocaría el vértigo, de suerte que éste se reduciría simplemente á una forma de intoxicación gástrica. Debemos confesar que esta hipótesis que ha sido fuertemente combatida, carece de rigorismo científico, por ir en contra de la realidad objetiva—queda aún por demostrar la existencia de las toxinas estomacales—y de la observación clínica, puesto que el vértigo no se produce en las afecciones que, como el cancer, la úlcera redonda, etc. alteran profundamente la estructura del órgano, pudiendo pensarse entonces en una acción más activa de parte de las toxinas estomacales.

La otra teoría que atribuye al vértigo un origen estrictamente reflejo, tiene en su contra algunos argumentos de peso, como el de producirse el vértigo sin que se ingiera absolutamente un bocado.

Los fenómenos sensoriales que generalmente abren la escena, dice Sollier (1), son diferentes y de intensidad variable. Los unos acusan desórdenes de la vista que consisten ora en puntos, ora en rayas negras que se inscriben rápidamente ante los ojos del paciente, ora, en fin, en una niebla que oscurece la vista.

Los enfermos comparan voluntariamente estos trastornos, á una sensación de deslumbramiento. Para otros sobreviene al principio una especie de aturdimiento, de vacío en la cabeza; luego ven la raya negra que gira. El enfermo puede ver los objetos danzar en círculos en su derredor, y él mismo se siente arrastrado en este movimiento de rotación. Si se halla acostado, puede sentirse sacudido lateralmente ó de atrás hacia adelante, forma muy común llamada *vértigo Gyrsae*. A veces, en fin, los objetos parecen subir ó bajar y la tierra entreabrirse bajo los pies del enfermo.

Los desordenes sensoriales que abren la escena, van siempre seguidos de trastornos del equilibrio. En la forma más ligera y simple, el vértigo puede reducirse al deslumbramiento, del que habla el enfermo, con sensaciones pasajeras de inestabilidad que la fuerza para inmovilizarse ó apoyarse. Muy amenudo los desórdenes del equilibrio son todavía más notables; persisten varias horas y suelen constituir el elemento más importante de la crisis: y llegar aún á la caída. Los trastornos motores, secundarios de los sensoriales, radican en los miembros inferiores. El enfermo experimenta una sensación de debilidad ó de inestabilidad que le conmina á buscar un apoyo. La inmovilidad parece calmar el fenómeno. Sorprendidos, por el vértigo escribe Sollier (2) los enfermos al principio son fuertemente impresionados, tienen á menudo palpitaciones, sudores fríos en la cara y una sensación de debilidad general. Pero todos estos fenómenos son el resultado del choque emocional, y según la impresionabilidad del enfermo, son más ó menos intensos. Pueden hacer temer un síncope á las personas que rodean al enfermo. Frecuentemente en su relato, los enfermos conceden un lugar de preferencia á estos síntomas. Pero trátase aquí solamente de epifenómenos. A pesar del polimorfismo de estos estados vertiginosos hay algunos caracteres comunes á todas las formas. Primero es la ausencia de la pérdida del conocimiento, puesto que, jamás, aún cuando el enfermo cae, pierde el conocimiento: conoce su situación y lo que pasa en su torno. De igual modo, cuando ve dar vueltas á los objetos, y á la tierra entreabrirse á sus pies, conoce siempre el error de sus sentidos.

El pronóstico de estos vértigos es habitualmente benigno; siendo sin embargo, más reservado en ciertos dispépticos crónicos y en las personas de cierta edad especialmente.

Cuanto el tratamiento, convendrá imponer al enfermo, en primer término, una higiene dietética apropiada y la relativa del tractus intestinal, vijilar en todos los casos el funcionamiento de las vías digestivas y suprimir en absoluto el uso de los tóxicos, alcohol, café y tabaco, pues en más de un caso y después de la curación, puede provocar la reaparición del vértigo. Será conveniente también el reposo físico y moral, y de ser posible, la permanencia en los parajes montaños, las duchas escososas ó tibias y el masaje. Como tratamiento farmacéutico, puede ensayarse el aconsejado por Bretonneau prescribiendo cada mañana una taza de maceración

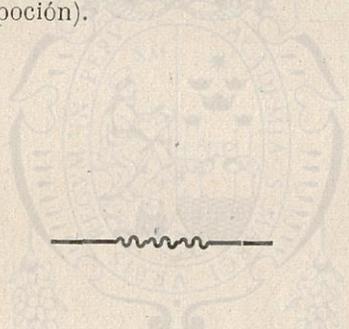
de *quassia amara* y marchar un cuarto de hora antes de tomar el alimento. En su defecto, se podrá recetar tintura de nuez vómica conjuntamente con los alcalinos. M. Guenau de Mussy recomendaba la siguiente fórmula que da buenos resultados:

Magnesia calcinada.....	0. Grs. 30.
Creta preparada.....	aa { 0. „ 20.
Bicarbonato de soda.....	0. „ 03.
Polvo de nuez vómica.....	0. „ 02.
Polvo de raíz de Belladona.....	0. „ 02.
Para un paquete que se tomará despues de la cena.	

Y Alberto Robin recomienda como paliativo al principio de la crisis gástrica, la poción siguiente de la que se tomará una cucharada de las de sopa:

Bromuro de potasio.....	6. Grs
Agua de laurel cerezo.....	10 „
Jarabe de Eter.....	30 „
Hidrolado de Valeriana.....	130 „
(Para una poción).	

H. S. A.



## Las Albuminurias en la enfermedad de Carrión

*Tesis para el Bachillerato en Medicina*

POR

SANTIAGO ORTEGA PIMENTEL

Señor Decano.

Señores Catedráticos.

El entorpecimiento, ya definitivo, ya pasajero, en la integridad funcional de uno de los órganos de la economía, despierta interés, aún cuando el órgano atacado sea uno de los que, por su papel secundario ó su modesto desempeño, no modifique de una manera

manifiesta y comprometedora la evolución normal y casi reglamentada á que se halla sometido todo organismo.

Y cuando ese órgano, lejos de ser el menos comprometedor es, por el contrario, el que se hace sentir más al hallarse herido; el que quizá con su retraso funcional produce más peligros que estragos; el que siendo el liberador de lo tanto perjudicial que posee el cuerpo humano, se halla paralizado en su misión salvadora, se hace por sí solo el merecedor de que se analice cuanto se relaciona con él, que se le preste atención y que se le estudie.

Además cuando ese mismo órgano se halla lesionado nó, en una enfermedad cualquiera, en la que el adelanto de los estudios hechos por ella, las observaciones llevadas á cabo, y las felices conclusiones obtenidas, tengan salvador asidero en la norma de conducta encuadrada en su auxilio y tratamiento esquemático apropiado; si no en una entidad morbosa que por ser desconocidas muchas y quizás las más principales causas, en la que no sabemos á que fines extremos pueda conducirnos, por no encerrar en sí, ni la guía, ni el norte que suele prestar siempre el conocimiento completo y exacto de la patogenia de una enfermedad, debemos aunque sea en parte, contribuir á su estudio, seguros de que, del fondo de una obligación, surge el cumplimiento de un deber que á la par que es científico, es humano.

Si á eso se agrega el que la enfermedad causal á más de tener un interés general, merece de parte nuestra un interés especial; si esa enfermedad no está vaciada en el molde de lo exótico, sino en el marco de lo netamente nacional, creemos, y con justicia, que debe despertar nuestro empeño y nuestro estudio.

Lástima sí, que procuremos tratar de un asunto de tantas consideraciones y merecimientos, con escasísimos bagajes de penetración y competencia. Pero, con justicia, se verá aliviada nuestra responsabilidad dado el empeño constante y el interés decidido que hemos tenido en presentar un trabajo modesto que aún cuando no tuviera mérito, encerrase en sí afán y entusiasmo.

En esta tesis, que intitulamos: «Las albúminurias en la Enfermedad de Carrión,» hemos procurado describir cuanto se ha podido hacer y cuanto se ha podido recopilar, para llegar á conclusiones que pudieran tener alguna aplicación y que encerrasen en sí consideraciones que posean algo de valor en el pronóstico de la enfermedad.

Bien se comprende que si se ha rotulado nuestro estudio bajo el título de albuminurias y no, bajo el más sugestivo como atrayente de nefritis, ha sido por que no hemos podido manifestar de una manera determinada y doctrinal el concepto que pudiera encerrar este estudio y que no quiere sino mostrar el peligro, el tropiezo que puede poseer la enfermedad y que soliera darle al clínico sorpresas, que siendo evitables, pudieran dar momentos dañosos para el paciente, como ratos mortificantes y de contrariedad para el profesional.

Porque, si es verdad que aquí nos hemos limitado á señalar simplemente las primeras lesiones renales, es porque estamos casi seguros que nó, porque no se registren muchas historias y datos clínicos que hablen en pró de una profunda y comprometedora complicación renal, no dejan por eso de hallarse, los riñones frente á una

lesión incipiente, en unos casos, y más que incipiente en otros, como suelen ser los trastornos que encierran dichos órganos y que vienen á ser un peligro constante frente al cual no puede permanecer indiferente, sino citarlo, traerlo al terreno del estudio y de la observación, para ver qué y cuanto es posible hacerse para evitarlo, si es que no existe, ó para combatirlo, si es que se declara.

Siempre habíamos pensado que una enfermedad, cuyo carácter febril tan agudo, no era sino la repercusión de la defensa del organismo ante una infección netamente mortal, como lo era la fiebre de Carrión, debía si no, en mucho, por lo menos en parte, ser atacado el órgano que por ser el neutralizante y depurador del organismo tocaba pagar en el cortejo de las posibles y probables complicaciones orgánicas, algún tributo. Y este tributo tenía que poseer su muestra palpable, su prueba convincente, en confirmación cierta: la presencia de albúmina en la orina de los atacados.

•Aún cuando sobre nuestro espíritu pesaba aquel concepto de que, en todas las enfermedades franca y seriamente febriles de carácter infeccioso y hasta eruptivas por añadidura, tenían siempre su repercusión renal: solía ese mismo espíritu resistir á la confirmación de ese concepto patológico que, aún cuando era presentado con visos casi axiomáticos, estaban muy lejos de manifestarse revestido con el ropaje convincente de una verdad inconcusa.

Creíamos, por entonces, que si por una parte la sangre reaccionaba con sus elementos de defensa y globulares proporcionados por los órganos hemopoyéticos, como lo han probado los trabajos que se han hecho últimamente, ya por el doctor Carlos Monge en su estudio sobre la hematología de la sangre de la verruga; ya por el doctor Constantino J. Carvallo, sobre la modificación que sufre la médula ó sea en la misma enfermedad, en su afán de restaurar los elementos perdidos en la lucha entablada por gérmenes atacantes y elementosa, defensores, creíamos repetimos, que en el elemento sangre tendría que circular gérmenes especiales, á la vez que productos de desecho de esos mismos gérmenes, como también los productos de destrucción por los elementos de defensa principales ó secundarios, tendrían que ser arrastrados por el torrente sanguíneo é ir directamente de un modo fatal al último baluarte de defensa, al riñón.

\* \* \*

La presencia de albúmina en las orinas fué descubierta por Coughton en 1770. Siendo Weils quien en 1812 la llegó á comprobar empleando el ácido nítrico y el calor como medios de conocimiento. Fué Ricardo Bright quien vino á sostener y defender con brio, quince años más tarde, esto es en 1827, el que este síntoma era la señal de que el riñón se hallaba ya ó empezaba á hallarse lesionado y modificado, por consiguiente en su integridad, anatómica y funcional, estableciendo las relaciones estrechas que tiene dicho síntoma con las afecciones renales, correspondiéndole á Martín Solón crear el término albuminuria y llegando á formar de ellas capítulo aparte.

Creemos que en este estudio no se debe dejar de exponer su composición como tampoco su definición. En cuanto á esta última, basta decir que son sustancias orgánicas formadas esencialmente de

carbón, hidrógeno, oxígeno, nitrógeno y azufre, que forman de diversos modos una inmensidad de moléculas, que se presentan á variadas transformaciones dando lugar á las diversas sustancias proteicas, á quienes se les designa también con el nombre de materias albuminoideas.

Las proporciones en que entran esos cinco componentes para dar lugar á las variadas clases de materias albuminoideas son las siguientes:

Carbono.....	50	á	55.....	%
Hidrógeno.....	6.5	"	7.5.....	%
Nitrógeno.....	15	"	18.....	%
Azufre.....	0.3	"	2'2.....	%
Oxígeno.....	21	"	24.....	%

Nuestras investigaciones para llevar á cabo la comprobación de la existencia de albúmina en las orinas de los atacados ha tenido siempre una técnica que nos ha procurado llegar á una certificación real y comprobatoria.

A las orinas albuminosas se les ha concedido el caracter de que á más de ser espumosas, tiene la espuma que poseén, la propiedad de permanecer durante mucho tiempo sin que las burbujas que la forman desaparezcan, sino por el contrario, sean persistentes. Este carácter lo hemos hallado no en todas las orinas analizadas por nosotros, sino en cierto número de ellas.

Sabido también es de que siempre se necesitan orinas completamente transparentes para hallar el enturbiamiento que, la adición de los reactivos indicadores de la presencia de albumina, produce en estas orinas. Bien, estas investigaciones que por regla corriente se hace en las orinas de 24 horas, tropiezan con el inconveniente de que en el momento de investigar los elementos anormales de la orina, por más que se persigue por medio de filtraciones sucesivas y repetidas el que se haga clara y transparente aquella, no se consigue, porque el filtro deja pasar impugnemente siempre los elementos organizados que pululan en las que son recolectadas durante las 24 horas reglamentarias.

Estos elementos organizados tales como los diversos y variados cocus y bacilos que se unen á la orina, cayendo del aire á las vasijas en que esta se halla contenida, se reproducen en tal abundancia, mientras dura la recolección oficial de éstas, que impide la limpidez que es lo que se persigue siempre en una orina en donde se desea hallar con mayor fidelidad posible la presencia de las albúminas. Una de nuestras preocupaciones ha sido siempre este inconveniente.

Verdad es que las químicas modernas están llenas de procedimientos que sirven para poner transparentes esas orinas; pero si muchos de ellos logran hacerlas no turbias, son quizás con detrimento de una disminución ó una modificación de las albúminas que sufren á consecuencia de la adición de diversas sustancias como son el trípoli y otras.

Otro procedimiento llevado á cabo es el de la solución acética de cloruro de sodio unida á la ebullición. Por este método se obtiene la precipitación total de la albúmina por el calor, procediendo

con este método con insistencia en las orinas de nuestros atacados, por una razón sencilla y es esta, que al hacer nuestros análisis de orina se ha encontrado, entre los elementos normales, los cloruros *constantemente disminuidos*, y sabido es que, en las orinas pobres en cloruros, suele el cuagulo albúminoso redisolverse en presencia del ácido acético y no dar á la precipitación que se espera de ellas á pesar de ser ricas en albúmina. Esta reacción se ha llevado á efecto con el objeto de que nos sirviera como de control á la que por el calor verificábamos.

Un quinto y último procedimiento ha sido el del ácido tricloroacético al 10 por ciento y el reactivo de Tanret. Para realizar esta reacción se toma la orina filtrada y se le agrega el ácido y vertiendo el reactivo de Tanret nos dá un precipitado indicador de la presencia de albúmina.

Respecto á la importancia que pudiera tener el reconocimiento de las albúminas por las reacciones de coloración tales como las de Millón, Biuret y Adamkiewickz creemos que no tendria mucha, habiendose convencido ya de su presencia por las reacciones de precipitación que á más de ser completas no encierran el inconveniente de las de coloración, en las que si es verdad que, conteniéndolo albúmina, dan resultados positivos, en otras orinas, en otras albúminas no dan las reacciones que se esperan; es por eso por lo que no les hemos dado preferencia sobre las que se han consignado en páginas anteriores.

En los precipitados encontrados en las mayorías de las veces se ha podido apreciar la manera como se manifiesta el coágulo; este es un carácter objetivo como lo es la retractilidad del precipitado. Nosotros hemos hallado esta retractilidad y la tenemos en consideración por la importancia que tiene pues, si á veces se consideran como nimiedades cada una de estas indicaciones y de estos caracteres, tienen en otras el valor de encerrar algo de luz que puede contribuir á aclarar y á admitir con un dato más, aquello que puede llevarnos á un probable convencimiento.

Algunos autores dan un carácter esencial, casi de diagnóstico en la apreciación de estos coágulos que en la mayoría de los casos se les revela como signo indicador. Este signo indicador puede presentarse ya retráctil ó granuloso. Bouchard, que es el que ha dedicado parte de sus energías de observación á este asunto, va hasta convenir, en que si el coágulo que se presenta en forma no retráctil, permite eliminar la idea de una probable nefritis. Según Bouchard, respecto á una albúmina no retráctil no se trataría, en última instancia, sino de una albúmina trasudada á través de los tubos uriníferos; no así la albúmina retráctil que nos podría hacer afirmar, sin temores ni dudas de ningun orden de que se trataba de una complicación renal. Como decíamos anteriormente, por lo que respecta á la albúmina que se ha encontrado por nosotros, siempre ha sido retráctil, lo que nos ha hecho inclinarnos en el sentido del concepto que supo emitir Bouchard, esto es, de que la albúmina encontrada en esa forma en nuestros enfermos, provenía de riñones lesionados.

(Continuará)

## REVISTA DE TESIS

*Algunos apuntes de Higiene relativa á nuestros hospitales.*— Tesis presentada por César T. Morosini, para optar el grado de Bachiller en la Facultad de Medicina.

El problema de la higiene en nuestros hospitales, ha dado tema para que el Señor Morosini, presente á la Facultad de Medicina un buen estudio, que divide en los siguientes capítulos: Historia de la Higiene en el Perú; Daños económicos; ; Profilaxis General, ( en la que hace atinadas observaciones con respecto á las practicas que se siguen en nuestros hospitales) Profilaxis especial, tuberculosis; enfermedades venereas; sarna; peste bubónica; influenza; tifus exantemático; neumonia; sarampión; infección puerperal; verruga; paludismo; fiebre tifoidea, higiene infantil, y mortalidad hospitalaria.

Llega á las siguientes conclusiones:

1º. Dotar á los hospitales de un director técnico que intervenga tanto en la administración como en la desinfección y mejoras de caracter urgente que se debe hacer en esos hospitales.

2º. Hospitalizar á todos los sífilíticos, en salas únicamente destinadas para ellos y proveerlos al salir del hospital de cartillas que contengan las reglas terapéuticas é higiénicas, que deben observar para continuar su curación.

4º. Separar de los hospitales, las maternidades.

5º. Construcción de un hospital, exclusivamente destinado á los niños, cuya situación podía ser á orillas del mar.

## UN CASO INTERESANTE

El Dr. Geo. Selkirk Jones, Ph. D., L. S' A., en un artículo original inserto en el "Medical Reprints" de Londres, dice: "Deseo hacer conocer y recordar los dos siguientes casos clínicos que se han ofrecido en mi práctica profesional.—El primero se refiere á una señora sujeta á una hemiplejía periódicamente recurrente y del tipo neurótico, sobre la cual habíanse ensayado los remedios usuales (ad nauseam) con eventuales éxitos é inéxitos.—Esto me hizo perseverar en la aplicación de la Antikamnia (una tableta cada 3 horas, 8 dosis).—Este caso por su buen resultado lo he conservado en la memoria como mi primer éxito con dicha medicina.—El segundo caso es el de un hombre de edad de 45 años, asmático de tipo pulmonar y con perturbaciones gástricas, al cual habitualmente prescribía yo alcalinos.—En este caso estoy observando ahora el gradual y evidente beneficio de las **Tabletas de Antikamnia**, que hasta el momento de escribir estas líneas no han dejado nunca de producir su acción analgésica y estimulante sobre mi enfermo asmático."