5.º CONGRESO MEDICO LATINO AMERICANO

Lima, 30 de diciembre de 1912.

Señor Presidente de la Sección de Medicina Tropical.

S. P.

Atendiendo á la indicación verbal de Ud. tengo á honor informarle sobre los detalles de los estudios que he efectuado, desde la iniciación de los trabajos que la Comisión de su digna presidencia

tuvo à bien encomendarme.

El examen sistemático y diario de la sangre en enfermos de veruga peruana, bajo el punto de vista morfológico y numérico, ha merecido especial labor, habiendo efectuado esos análisis en un total de 91 muestras y dirigiendo las investigaciones, en cada caso, hacia la numeración globular, la fórmula leucocitaria, las alteraciones globulares, los cuerpos endoglobulares, etc; datos que conservo en mi poder y que, reunidos á los que dé el examen de los nuevos enfermos, permitirán desprender conclusiones de gran importancia.

He efectuado cultivos de la sangre de los mismos enfermos —9 en total—con los resultados que dí á conocer á Ud. oportunamente y una inoculación á un perro con el producto de una punción hepáti a efectuada á un enfermo de fiebre grave, que por la virulencia que demostraba su infección, me pareció un buen caso para intentar la transmisión al animal de experiencia, la que no ha dado resultado hasta hoy. También he sembrado, ya la sangre, ya el jugo de los elementos verrucosos, en medios especiales.

Sujetos palúdicos y enfermos de diversos tipos de anemia, han suministrado material para efectuar las comparaciones indispensa-

bles.

Con los tres enfermos de *Uta* que se han presentado, he efectuado analisis de sangre, con el mi mo detalle que para los enfermos de verruga y numeros s exámenes del producto de raspado de las lesiones cutáneas sin que, hasta hoy, pueda señalarse germen algúno que

presente caracteres de especificidad.

El enfermo que ocupa la cama Nº. 22 de la sala de San Roque y que lleva el diagnóstico de *Espundia*, ha sido objeto de especial labor de investigación. He practicado cuidadosos exámenes de cortes microtómicos y del producto de raspado, en varios sitios y à diversas profundidades, de las lesiones que este enfermo presenta en las cavidades bucal y nasal: habiendo realizado un conjunto de más de cien preparaciones, algunas de las cuales conservo y que

han demostrado la presencia de numerosos y variados microorganismos, sin que hayasido posible determinar especificidad en ninguno de ellos. Una inoculación intraperitoneal efectuada á un perro, con productos semejantes, así como el cultivo de diversos medios, no han dado resultados dignos de ser consignados

Ultimamente ha sido estudiado un caso de *Distomatosis pulmo*nar; en el esputo del enfermo fué fácil encontrar numerosos huevos

de Paregonimus Westermanni.

No terminaré esta nota sin hacer presente á Ud. las dificultades que tengo que vencer para realizar las labores técnicas que esta clase de estudios requieren, pues el material de que disponemos, además de ser insuficiente, está disperso, teniendo que efectuar parte de esas operaciones en el hospital, en la cama del enfermo, otras en el Instituto de Higiene, del que soy miembro, y otras en mi domicilio particular, lo que, recargando notablemente el trabajo, quita á éste su uniformidad y, algunas veces los resultados.

Dios guarde á Ud.

RAUL REBAGLIATI.

Arequipa, Enero 13 de 1913.

Señor Doctor Julián Arce.

Lima.

Muy distinguido doctor:

Con el fin de impulsar del mejor modo posible, las investigaciones sobre patología nacional y de unificar el esfuerzo peruano en toda la república, para presentar dicho esfuerzo con mayor cohesión al 5°. Congreso Médico Latino Americano, me es grato adelantar á los experimentadores de Lima, sin más egoísmo que el de levantar el nombre del Perú, los modestos resultados que hasta hoy se ha

obtenido de esta importante zona del territorio. .

1.—Leishmaniosis americana var. flajelada. El 6 de setiembre de 1911, presenté à la Sociedad Médica de Arequipa, un caso de Ulceras tropicales, venida de la región selvática del Madre de Dios y en que el exámen microscópico de los productos secretados, denotaba, al lado de Leishmanias libres, ovales, no flajeladas, otras libres también dotadas de uno ó dos flajelos cortos, rectos ó curvos, cuyo caso fué publicado por la Gaceta Médica de Arequipa, y en el cual los caracteres de las úlceras no concordaban con los de la Espundia clásica.

Posteriormente en diciembre de 1912, presenté á dicha sociedad un segundo caso de la misma Leishmaniosis flajelada, de manera que estos son los primeros casos de esta entidad patológica observada en el Perú. 2.—Leishmaniosis trópica var. Americano de Laveran y Natian Exprier à la que me permito llamar más ben Leishmaniosis Americana var Espundia de Laveran y Nattan I prier, en la cual estos profisores han encontrado reiteradas veces y nosotros después, muchas veces también, innumerables corpúsculos Leishmánios ovales ato flajetados como agente causal de ella. Chue mente la Espundia clásica difere notablemente de la Leishmaniosis anterior y de la Leishmaniasis cutanea de Bueno de Miranda y Esplendore del Brazil llamada Buba Brazilera, Laveran y Nattan Larrier describieron el parásito de la Espundia el 13 de Marzo de 1912, es decir, seis meses despues que nosotros describimos la otra forma de Leishmaniasis, distinta de la Espundia clínica y parasitológicamente.

3.—Leishmaniasis trópica var, Americana de Bueno de Miranda y Splendore, que estos autores han querido identificar con la Espundia de la que difiere notablemente por los caracteres clínicos, diferenciándose también de la que nosotros hemos encontrado en la región del Madre de Dios, por que esta última, evoluciona in vivo con

una Leishmania flajelada.

4.—La Uta, que no poseyendo hasta hoy en seis años ni un solo caso para estudio en Arequipa, no hemos podido detallar los caractedel parásito que la origina; pero que seguramente es diferente de las tres anteriores y muy probablemente originada por una variedad nueva de Leishmania pudiéndose en este caso denominarla Leishmania Americana var. Uta.—Esto es tan verosimil que el Dr. Laveran gran autoridad científica, dice: «Entre estas diversas Leishmanias del Brasil y del Perú, aunque no existen diferencias morfológicas aparentes, no se puede negar que originan enfermedades diferentes á pesar de su morfologia análoga, de manera, que con mayores progresos de investigación se encontrarán los detalles estructurales que hoy se nos escapan».

Algo semejante ocurre con muchos bacilos que idénticos en sus formas, son muy diferentes en sus determinaciones clínicas y bioló-

gicas.

5. — El Pian Yaws ó Framboesia, que existiendo en la zona tropical del Madre de Dios, es muy diferente de los anteriores, pues lo origina un treponema, el T. pallídula de Castellani que hemos podido comprobar tipicamente en varios casos. Las lesiones clínicas son características y el tratamiento propio.

En cuanto á la verruga, como hasta ahora no he encontrado un solo caso en Arequipa, no me es dado comprobar la existencia de las Leishmanias descritas por mis amigos los inteligentes experimenta-

dores señores Gastiaburú y Rebagliati.

Esperando que la presente halle amable acogida en Ud, señor doctor, le ruego acepte las seguridades de mi más distinguido aprecio y consideración.

Atto. y S. S.

EDMUNDO ESCOMEL.

Lima, 20 de febrero de 1913.

Señor Presidente del Grupo de Medicina Tropical.

S. P.

Cumplimos con dar á Ud. cuenta detallada de la comisión que el grupo de su digna presidencia, se sirvió encomendarnos últimamente.

Habiendo salido de esta capital en la tarde del sábado 1º. del presente, nos dirigimos á Chosica, donde permanecimos todo el día siguiente, por exigirlo así las circunstancias de que tuvo Ud. conocimiento oportuno. Solo en la madrugada del lunes 3 pudimos trasladarnos, en tren de carga, al pueblo de San Bartolomé, acompañados del Dr. Julio G. Tello, quien, por medio de sus relaciones en la provincia de Huarochiri, nos prestó eficaz ayuda en nuestros trabajos posteriores.

En San Bartolomé, donde la Verruga es endémica, pudimos comprobar la noción de que, tan o esta enfermedad como la uta, de la que existen algunos casos *importados* atacan al hombre desde los primeros meses de la vida (observación de un sujeto atacado de uta

á la edad de cuatro meses).

A las once y treinta a. m. salimos de San Bartolomé, siempro acompañados del Dr. Tello, hacia el pueblo de Tupicocha. Durante el camino tuvimos que atravesar los pueblos de Tuna y Chilca, amén de unas pocas aldeas sin importancia. En estos sitios tuvimos ocasión de ver algunos casos de Uta, pero no nos fué posible observarlos con mucha atención por no prolongar demasiado el viaje y poder Regar oportunamente á Tupicocha.

En este pueblo pudimos observar varios enfermos de Uta, algunos con lesiones ya cicatrizadas, otros en vía de curación y unos pocos (seis) que conceptuamos verdaderamente interesantes, para nuestro estudio. De ellos conservamos frottis y cortes de tejido u-

toso. También efectuam s cultivos en el medio N. N. N.

No es Tupicocha lugar donde, al decir de sus habitantes, puede contraerse la Uta; todos los enfermos la adquieren en localidades ve-

cinas, tales como Colmanche, Lanzase, Ososica, Sisicaca.

Durante nuestra permanencia en Tupicocha y San Bartolomé, aprovechando los pocos momentos libres, averiguamos algunos de los puntos contenidos en el programa de temas para el estudio de la Uta, recomendados por la comisión, los que reunimos á los que pupudimos constatar personalmente.

I — Las localidades infectadas son, todas, lluviosas, bajas y caluro-

sas.

II —La gran mayoría de individuos atacados se dedican principal-

mente al cultivo de la alfalfa (Medicago Sativa)

III — El Material de construcción de las casas es muy primitivo: barro con tejados hechos con paja de trigo, sostenidos con vigas de madera burda. El piso de las habitaciones es el suelo natural Condiciones higiénicas deplorables, casi nulas.

IV.—Los habitantes no tienen el más primitivo hábito de aseo corporal

La Uta ataca al hombre sin distinción de edad ni sexos. Todos

los habitantes son indigenas.

VI.—Toda época del año es propicia para la infección utosa.

VII.—Casi la totalidad de los individuos que permanecen ó trabajan en las localidades de uta son atacados.

VIII.—La Uta es endémica en estos lugares, sin más recrudencia que la mayor afluencia de seres humanos en las regiones respectivas.

IX.-La Uta no ha sido observada en los animales.

X.—Confiere inmunidad.

XI.—Para los naturales, la Uta es trasmitida por un pequeño insecto alado, al que, sin conocerlo, llaman Uta. En ciertos lugares, es creencia que el insecto en cuestión, debe antes haber picado á un animal ponzoñoso «(vibora, salamanqueja)» para producir la enfermedad en el hombre.

Los indígenas siempre dispuestos á acoger con devoción creencias de orden sobre natural tienen á la Uta como una de aquellas terribles y á veces incurables enfermedades, que sobrevienen como castigo providencial por haber manejado el paciente huesos de Gen-

tiles, ó sean los indígenas primitivos, no bautizados.

En cuanto á los resultados técnicos de las muestras que poseemos, cumpliremos con darlas á conocer á Ud. en su oportunidad.

Dios guarde á Ud.

RAUL REBAGLIATI.

Julio C. Gastiaburu.

CLINICA MEDICA DE VARONES

Hospital «2 de Mayo»

VIII—LECCION DEL PROFESOR DOCTOR ERNESTO ODRIOZOLA

(3 de julio de 1911)

El enfermo de que hoy vamos á tr. t.r, lo conocen ya ustedes, porque fué examin do el miércoles último. No se puede negar que la determinación de su naturaleza ofrece dificultades, por ciertos carácteres especiales de su examen.

Ocupa la cama Nº. 46; es natural de Lima, de 27 años de edad

y entró a este servicio el 26 del mes próximo p. sado.

Los padres del enfermo han muerto: el ano á consecuencia de

un «cólico» y la otra víctima de una lesión a raidea.

Los dos herm nos que tiene, viven y son s nos, siéndolo tambien el hijo único que ha tenido.

Por referencias de familia, sabe el enfermo que fué un niño debil y enfermizo, á quien constantemente se administraban preparaciones tónicas, recomendadas por los profesionales á cuya consulta era llevado.

A los ocho años sufrió de «escrofulas,» cuyas huellas ustedes ven en el número de irregulares cicatrices que lleva en el cuello. Aliviado de esa afección, no recuerda haber experimentado alteración alguna de su salud, hasta hace dos años, fecha á la cual refiere el principio de su actual dolencia. Parece que en ese largo período de salud á que nos hemos referido, sufrió algunos cólicos de mayor intensidad en la zona umbilical.

En la citada fecha el enfermo trabajaba al aire libre, en las labores propias de su oficio de carpintero y cuenta que despues de haber sufrido una verdadera insolación, bebió una gran cantidad de agua. Es á esta circunstancia á la que el enfermo atribuye las «hinchazones» pasageras, de una ó dos horas de duración, que pudo observar en su vientre y que el localiza á la altura de la vejiga.

Al mismo tiempo sufrió algunas epistaxis, que el enfermo atribuye á la insolación y «trastorno gástricos» que se modificaban ostensiblemente por el uso del bicarbonato de soda y del agua de Vichy, y caracterizados por «vinagreras» y sensacion de peso en el

estómago.

Desde hace dos meses las «hinchazones» fueron haciéndose permanentes y alarmado por ellas, se descidió á buscar asistencia

en este hospital.

El aspecto general de este enfermo no habrá dejado de llamarles la atención. Su cara aparece un poco abultada, tanto por una ligera propulsión del ojo derecho y apreciable caída del párpado del mismo lado, que presenta una coloración algo violácea, como por un infarto ganglionar del lado izquierdo, en la región parotidea. A pesar de lo dicho, en lo relativo al ojo derecho, no hay trastornos visuales, ni el infarto ganglionar se advierte en otras regiones. El ganglio hipertrofiado de la región parotidea izquierda, se distingue por su gran dureza, lo mismo que otro implantado por delante del músculo masetero del mismo lado, cuya consistencia es casi leñosa; ambos son indoloros.

En este enfermo había una abundante ascitis que obligó á hacer una punción y que dió salida á un liquido amarillo y turbio en el cual la reacción de Rivalta era positiva. Desgraciadamente la premura del tiempo no ha permitido hacer un análisis detenido del lí-

quido en cuestión.

A pesar de que nuestro exámen se realizó al día siguiente de la punción, las paredes del vientre eran tan resistentes, que era imposi ble apreciar lo que había en les profundidades de la cavidad. Sin embargo, presionando fuertemente en el flanco derecho creimos sentir unas como nudosidades móviles.

Nuestro enfermo, desde que entró á la sala, está apirético.

La oftalmreacción, lo mismo que la inyección de tuberculina no se han podido realizarse hasta este momento, pero se harán en breve.

Su aparato circulatorio no presenta alteración apreciable. El examen de su aparato respiratorio, demuestra una respiración algo áspera en ambos vértices y los latidos del corazón se escuchan muy claramente á la derecha del externon, en la zona infraclavicular. Todo esto hace sospechar, cuando menos, una condensación del tejido

pulmonar.

Por lo que acaban ustedes de ver, el fenómeno dominante es la existencia de una ascitis, cuyo líquido ha dado la reacción de Rivalta lo cual indica que se ha tratado de una exsudación. Esta circunstancia nos pone en el caso de concretar más nuestros ideas y eliminar por consiguiente todas las enfermedades que producen ascitis por trasudación, como las lesiones del centro cardiaco que presenta una perfecta integridad y las lesiones del riñón, para los cuales no hay tampoco razones atendibles, porque si es cierto que el análisis de su orina, ha revelado que hay vestigios de albúmina, no hay en cambio elementos renales, ni edema permanente de las extremidades inferiores. Sólo nos quedaría averiguar si estamos en presencia de una forma de cirrosis hepática, noción que no es de despreciar, si se tiene en cuenta que hay un asomo de circulación suplementaria hacia abajo y a la izquierda del vientre; pero el líquido ascítico en estos casos se produce por trasudación y en esta emergencia la reacción de Rivalta es negativa. En todo caso, si el proceso cirrótico existe, cosa no imposible, el no debe considerarse como el factor predominante de los trastornos que pasan, sino más bien como un epifenómeno ó como un resultado secundario de las lesiones fundamentales.

Desde luego, si ustedes separan los antecedentes marcados en su historia, verán que siendo adolescente, sufrió de escrofulas cuyas huellas se conservan patentes en el cuello, como un collar bastante extenso. Este dato por si sólo, nos autoriza para sospechar la índole de las lesiones que se han desarrollado en el vientre. Sí á esto se agregan los resultados de la reacción de Rivalta, hay razones para pensar que se trata de una forma tuberculosa de la cavidad del vientre, ó en otros términos de una peritonitis tuberculosa ó mejor dicho de una tuberculosis peritoneal. Llama la atención, en este caso, las pocas reacciones que ella despierta. No hay fiebre en la actualidad, pero es probable que la haya habido ó que podrá haberla, porque nada es más irregular que la fiebre, en estos casos y hasta se puede considerar como un carácter distintivo de esa enfermedad. No hay tampoco, en la actualidad, desordenes intestinales y no sabemos si los ha habido, porque el enfermo es poco preciso en la reminiscencia

de estas informaciones.

Sea de ello lo que fuera, se trata muy probablemente de una tuberculosis pcritoneal de la forma ascítica. Desgraciadamente la palpación profunda del vientre no se puede hacer por las razones ya expresadas; pero si fueran ciertas las nudosidades que con harto trabajo hemos creído tocar, ejerciendo una palpación profunda, en el lado derecho del abdomen, ellos nos indicarían, que existen también formaciones fibro-tuberculosas cuya significación clínica y pronóstica es de alta importancia para la conducta que uno debe seguir.

Ustedes saben en efecto que la cirujía ha presentado resultados halagadores en favor de la la paratomia simple en los casos netamente ascíticos. Pero la verdad es también que la medicina ha coleccionado igualmente ejemplos análogos de curación De esto se deduce que las opiniones están divididas todavía, en lo que se refiere al tratamiento y que aún hoy están en lucha los dos bandos mencionados.

En lo que todos parecen estar de acuerdo es, que cuando hay formaciones fibrosas, ni la cirujía ni la medicina pueden nada; esos son casos gravísimos é irremisiblemente perdidos en su inmensa mayoría Si nuestro enfermo pertenece efectivamente á esta clase

su fin no es pues dudoso.

El problema delicadísimo en lo que se refiere á la terapéutica, es el concerniente á los casos que presenta la forma ascítica y son susceptibles de curación. Habiendo en efecto igual número de ejemplos curados medicamente y quirurjicamente, no sabe uno por cual decidirse. Broca, que ha manejado gran número de estos enfermos pretende que la línea de conducta no puede ser igual para todos ni pueden por consiguiente establecerse fórmulas generales. Lo prudente sería comenzar el tratamiento médico y si después de una espera prudencial se ve que los casos no ván bien, intervenir sin más pérdida de tiempo, para precaverse justamente contra la forma fibrosa pues no debe olvidarse que la división hecha de forma ascitica y fibrosa ó fibro—cascosa no representan dos modalidades perfectamente diferenciadas sino simples grados de una misma enfermedad cuyo mayor ó menor predominio dependen de múltiples causas muy díficiles de describir. Es evidente en efecto que algúnos ejemplos pertenecen desde el primer momento á la forma fibrosa y quedan desde luego fuera de nuestros recursos ¿Porqué ocurre esto? No lo sabemos, porque todas las razones que se han dado no son sino aplicaciones artificiosas que no llegan á sorprender el secreto etiológico de muchos procesos, como ocurre con las neoplasias, por ejemplo cuya causa genésica nos escapa y se pierde en los misterios de la vida celular íntima y de sus orientaciones nosólogicas. Nosotros sabemos ciertamente que para explicar una ú otra forma tuberculosa se ha querido invocar el predominio de bacilos ácido-resistentes ó no. pero la razón de que se imponen unos ú otros es para nosotros tan oscura como lo es el punto que discutimos. De manera que todo esto está por encima de nuestra capacidad mental.

Pero lo que también nos enseña la clínica, es que muchos casos simplemente asciticos al principio, al fin y al cabo progresan hasta engendrar la forma fibrosa. De manera que lo que necesitamos saber es la oportunidad de la intervención y desgraciadamente esto requiere una gran experiencia y una profunda observación de cada caso particular. Broca dice en conclusión que tratando de le forma escítica, debe comenzarse por el tratamiento médico y si se vé que el enfermo no avanza y la escitis progresa, debe intervenirse. La intervención debe pues no ser ni demasiado prematura ni demaciado tardía. Encontrar el momento oportuno, es asunto personalísimo que requiere una extensa práctica y un estudio profundo del caso. ¿qué debemos hacer con nuestro enfermo? A pesar de las pocas reacciones que el presenta, no podemos tener la seguridad completa de la forma de su tuberculosis; el vientre despues de la punción sigue llená dose rápidamente, de manera que nos parece llegado el momento de intervenir; la parotomía nos permitirá ver la modalidad de su dolencia, cosa imposible ahora por las razones que ya he-

mos expuesto.

Por todo lo dicho, el pronóstico del enfermo es muy serio.

IX-LECCION

10 julio de 1911.

El enfermo que hoy nos vá á ocupar, puede decirse que no pertenece rigurosamente al ejercicio de nuestra cátedra; pero la verdad es que los derechos que podrían presentar tanto la medicina como la cirujía, son equivalentes y por consiguientes ninguna de las dos ramas podría reclamar su propiedad exclusiva. Confiados, por eso, en estas razones, hemos querido emprender el estudio de este caso, cuyas grandes dificultades no habranustedes dejado de estimar, en el exámen que juntos prácticamos el miércoles pasado.

Se trata del enfermo que ocupa la cama Nº. 44. Es de 50 años de edad, natural de Trujillo, fletero de oficio. Entró á nuestra sala

el primero del presente mes.

El padre de este hombre murió de «hidropesía y arrojando sangre por la boca», sin que nos sea posible precisar, con los informes

que el nos dá, la naturaleza de estos accidentes.

La madre también ha muerto víctima de un «saratán» localizado en el seno. Como ustedes saben, éste término familiar, se emplea corrientemente entre nosotros, para indicar el cáncer sobre todo y en general á todo tumor maligno; pero con particularidad se aplica á los que se desarrolla en el seno en los mujeres.

Ha tenido dos hermanos que viven en buena salud y también los hijos que han sido 17, exceptuando á uno de ellos que sufre con

frecuencia de anginas.

Nuestro enfermo, sano en los primeros años de su vida, se dedicó desde muy jóven al oficio de platero que sólo abandonó por algunos años, para entrar al servicio de una hacienda, en las inmediaciones de su ciudad natal.

En su pasado patológico, acusa lafrecuencia de resfriados lige-

ros, à los cuales no dió mayor importancia.

En el año 1890 sufrió una blenorragia, que curó sin intervención

de facultativo alguno.

Después sufrió de «cólicos» que se sucedieron á largos intervalos y uno de los cuales, hará 6 ó 7 años, fué acompañado de «icteria» bien acentuada.

Harán unos 6 ó 7 meses comenzó su enfermedad actual. Se inició segun parece por un mortificante tenesmo rectal. Describe sus cámaras de aquella época como constituidas por mucosidades blancas y á veces «hilitos de sangre». En uno de sus exámenes vió ó mejor dicho creyó ver unos anillos de tenia. Solicitó los auxilios de un profesional, en Trujillo, que despues de varios días de tratamiento, cuando el tenesmo había desaparecido y se había operado en las cámaras modificaciones apreciables, le administró unas cápsulas de helecho macho, sin conseguir resultado algúno. Esto demuestra que la presencia de la pretendida tenia es, cuando menos dudosa, pues con muchísima frecuencia se confunden dichos anillos con fragmentos de mucosidaddes intestinales y probablemente esto es lo que he ocurrido con el enfermo en cuestión.

Entonces volvió á sufrir les molesties del tenesmo rectal, y acudió con este motivo á la consulta de otro profesional que le diagnos-

ticó una afección de la «prostata»

Un farmacéutico á quien consultó le hizo tomar un medicamento que le provocó un gran efecto purgante, siendo las cámaras «negras y abundantes». Nada podemos decir de este dato, porque no sabemos si los informes que se dan son exactos.

El exámen general de este enfermo nada de particular nos revela. El estudio de su sangre ha demostrado una apreciable *polinucleo*sis (72. 5%). El análisis de su orina no ha dado resultados ilustrati-

vos.

Lo único que en él llama la atención, es la existencia de una tumoración implantada en los pelvis y que se reconoce muy facilmente
palpando por encima del pubis. En efecto se descubre en esa región
una masa dura que parece extenderse en superficie, ocupando toda
la extensión del pubis del que se remonta á unos cuatro traveses de
dedo. Su superficie es lisa, eninmediato contrato con las capas de la
pared del vientre, las cuales se deslizan fácilmente sobre su cara
tangible. Su consistencia es durisima y está solidamente enclavado, de
tal manera que no se le puede imprimir movimientos en sentido alguno. Guando se profundiza la palpatación, se consigue casi abrazarlo con la mano y entonces se advierte que tiene un buen espesor, afectando una forma conoide, de vértice inferior que se pierde en la
profundidad de la cavidad pelviana Es complemento indoloro al tac-

to v lo es también expontaneamente.

Practicando el tacto rectal, se descubre, desde por encima del del esfincter y en la pared anterior, una masa dura, lisa, indolora que ocupa toda la extensión de la pared y que avanza hasta algúna altura que el dedo no puede alcanzar. No hay desigualdades, ni puntos resblandecidos; su consistencia es uniforme por todas las partes accesibles, ustedes han tenido ocasión de ver una de las cámaras de este enfermo de consistencia semiblanda y de coloración normal, sin mucosidades, sin vestigio de sangre y si en alguna ocasión ha figurado el tenesmo, como un fénomeno mortificante, no parece, por lo menos hasta ahora, tener constancia ni intensidad especial. El parece haber derivado más bien del empleo de purgantes. Tampoco ha habido en este enfermo, desordenes de la mixión: no ha habido ni hay actualmente tenesmo vesical y ustedes vieron que la introducción de una gruesa sonda blanda fué relativamente fácil v que dió salida a unos docientos gramos de orina de aspecto normal lo cual indica que la capacidad de la vejiga no ha sufrido alteración sensible, tanto más cuanto que las mixiones no son ni dolorosas ni frecuentes: no ha habido nunca *hematuria* ni moco ni sangre, ni sedimento alguno perceptible.

Por la relación que acabamos de hacer verán ustedes que el caso no es fácil. Dos problemas entraña la consideración clínica de este enfermo. Primero en que órgano está implantado este tumor y se-

gundo, cual es su naturaleza.

Tentado estará uno de creer que el recto es el lugar de donde el arranca; pero el resultado de nuestro exámen no se conforma con esta idea, porque las paredes mismas del recto no parecen comprometidas; lo que pasa es que el tumor recuesta sobre él, sobre su pared anterior, por donde se le puede tocar con gran facilidad; pero sin hacer prominencia dentro de la cavidad. La pared misma conserva todos sus normales caracteres. Estas razónes me parecen suficientes

para aceptar que las relaciones del tumor con el recto son de simple contacto. Por otro lado, los tumores del recto, á la edad de este sujeto, se reducen principalmente al desarollo del epiteliome, cuyos atributos especialísimos y su punto de partida mucoso, permiten reconocerlo con relativa facilidad.

Uno de nuestros colegas, que ha visto antes á este enfermo ha supuesto que el tumor dependía de la próstata, esta hipótesis no es inaceptable, á pesar de la falta de trastornos de la mixión, porque esta ausencia sólo probaría que el tumor se ha desarrollado excentricamente, sin llegar por consiguiente á deformar la porción de la ureta correspondiente ni el cuello de la vejiga. La dificultad está en que en este caso no puede tratarse de una simple hipertrofía del órgano ni de un adenoma, que muy rara vez alcanzan las grandes dimensiones del actual; ni tampoco de un cancer, porque faltan todos los caracteres tanto materiales como funcionales que lo distinguen.

Podría suponerse que el neoplasma se ha desarrollado en la vejija. La forma cónica del tumor, con su vértice inferior, reproduce en efecto la forma de este órgano; pero no puede creerse, por lo menos, que surja de la mucosa, por la absoluta falta de trastornos urinarios Más bien cabia la posibilidad de que su desarrollo emane de las otras túnicas; pero dado el volumen del tumor y su magnitud, necesitariamos aceptar que la vejiga en su totalidad está comprometida, cosa difícil de aceptar, pues los tumores de la vejiga benignos ó malignos, ocupan una mayor ó menor porción del órgano y cuando lo atacam en masa, no puede dejar de presentarse desórdenes funcionales más ó menos acentuados, que en nuestro enfermo no existen. Estas circunstancias negativas nos hacen pensar que las relaciones del tumor con la vejiga son de la misma categoría que las que tiene con el recto, es decir, de contacto.

Ótra hipótesis es discutible; la del orígen ganglionar; pero no estará en armonía con ella su gran fijeza ni su aspecto liso ni su gran magnitud.

El periostio ó el tejido óseo de la región podría también ser el asiento de la neoplasia. Tal vez si esta conjetura sea la más aceptable y explicaría tanto sus carácteres como el hecho de que la vejiga y el recto hayan sido respetados; pero no podemos pronunciarnos de una manera categórica pues sólo la laparotomía, podría sacarnos de duda.

Lo que decimos de la localización, lo repetimos igualmente de su naturaleza y en este respecto conviene no olvidar la sifilis. No ha habído en este enfermo antecedente de ningúna clase; pero con todo, no debe omitirse el empleo de la medicación específica, pues ya no se cuentan las grandes sorpresas que á menudo presenciamos.

Desde luego, no debe considerarse que esta neoformación sea de naturaleza inflamatoria, porque han faltado todos los carcteres que la distinguen y porque sus limites son bien precisos y responden infinitamente mejor al concepto de una verdadera neoplasia. Pero cual es la naturaleza de esta neoplasia ¿ Es benigna ó maligna? Declaramos honradamente que no estamos en aptitud de resolver este punto, como no hemos llegado á determinar el lugar de su nacimiento.

Por todas estas razones y después de resolver el asunto previo que hemos propuesto, relativo á la sifilis, se debe proceder á la lapara-

tomia, lo que probablemente podrá decidir esta doble y oscura cuestión que la clínica es incapaz de resolver por chora.

De todo lo dicho, se deduce que el pronóstico de este enfermo

es muy reservado. (1)

Las Albuminurias en la enfermedad de Carrión

Tesis para el Bachillerato en Medicina

POR

SANTIAGO ORTEGA PIMENTEL

(Continuación)

Siempre se ha investigado el sedimiento de las orinas al microscopio, no solo en nuestros análisis completos, sino que sistemáticamente, hemos hecho análisis parciales, esto es, de investigacion de elementos anormales, con el complemento obligado del análisis microscópico de los residuos sedimentarios, dándonos estos muchas veces una tasa de relación de diferencia entre la cantidad de albúmina encontrada y las modificaciones más ó menos intensas sufridas en el riñón en la verruga y en la fiebre grave ¿ Donde hallar la causa de esta diferencia en la cantidad de albúmina encontrada? Sentado como se sienta hoy al principio de que las dos formas clínicas, la forma eruptiva y la febril aguda no son sino manifestaciones diversas de una sola entidad mórbida, tendriamos que admitir obligadamente que esta diferencia no resulta sino del grado de intoxicación mayor ó menor y del grado de eliminación renal de los principios tóxicos.

Admitiriamos pues que en la verruga habia una intoxicación menor que en la fiebre de Carrión. Y esta admisión que aceptariamos desde luego bajo la apreciación única del funcionamiento renal no estaría en disparidad de ideas con las que las observaciones clí nicas han convenido ya en admitir respecto á los dos procesos patólogicos de una entidad nosológica única. Y si admitimos aquel principio que tiene todavía la consagración de un axioma y que concede en las enfermedades infecciosas, la intoxicación orgánica está en razón directa de la invasión microbiana y su virulencia, convendríamos en admitir que si hay mayor repercusión renal en la fiebre grave es porque el emunctorio sufre más, frente á una intoxicación mayor. Se puede desde luego convenir que el riñón por medio de una complicación en sufuncionamiento, nos dá un dato que encierra mucho valor porque viene à confirmar por sí, el concepto clínico que ya se tiene formado de que si hay dos manifestaciones de la enfermedad de Carrión, la verrucosa simple viene á ser menos temible que la fiebre grave.

⁽¹⁾ Este enfermo fué operado por el Dr. Luis de La Puente y se encontró con un tumor maligno implantado en el esqueleto de la pelvis, de manera que hubo de cerrar el vientre sin extraerlo.

Al hacer el reconocimiento de que clase de albúminas son las que se encuentran en el líquido renal provenientes de enfermos atacados de fiebre grave siempre lo hemos hecho en orinas que hayan acabado de ser expelidas, porque teniamos presente este concepto que tiene grande influencia y trascendencia cuando se trata de ver con exactidud cuales son las albúminas que se hallan en las orinas y que es el siguiente.

«Muchas orinas que no tienen más que serina y globulina en el momento de la emisión pueden en el momento del análisis, contener albumosas producidas á expensas de la albúmina por la influencia de las fermentaciones bacterianas desarrolladas en la orina abandonada largo tiempo y sin preocupaciones asépticas á la temperatura

de la alcoba del enfermo.»

Por eso, es decir, por el respeto á este precepto es que quizá nunca se ha encontrado otra cosa que serina y globulina. Esto agregado, desde luego, á que el riñón no ha eliminado por si otras sustancias

que las que hemos indicado.

Para encontrar y separar las albúminas en nuestras orinas se ha llevado á cabo la técnica siguiente: como es de ordinario, hemos añadido un cinco por ciento de cloruro sódico acidulando por el acido acético. Después, se hierve. Se filtra enseguida el líquido hirviendo la serina y globulina quedan en el filtro, mientras las albumosas, si es que las hay, pasan en el líquido filtrado, de donde pueden precipitarse en parte por el enfriamiento por los dos procedimientos siguientes:

El ácido nítrico dá un precipitado en frío que desaparece calentandolo para reparecer nuevamente por el enfriamiento. Este es

el uno y el otro

Se toma la orina filtrada, es decir la orina residual que nos queda de la precipitación por el cloruro sódico y el ácido, y se coloca en un tubo de prueba. Ahí se vierte el reactivo Tanret, dando un precipitado en frío que, como el de la reacción anterior, desaparece por

el calor para volver á reaparecer por enfriamiento.

Hechas estas dos reacciones y comprobado que no habian albumosas hemos hecho la reacción de Biuret que aún cuando la coloración roja que da en tanto para las albúminas corrientes como para las albumosas y las peptonas, estas no podrian hallarse en la orina recien emitida, sino en la orina recolectada en un tiempo más ó menos largo, peptonas que en último caso no serían al decir, de algúnos autores, sino deuteroalbumosas que nunca hemos encontrado en las orinas de nuestros enfermos.

El dosage de las albuminas de las orinas se ha hecho por el procedimiento que está hoy más aceptado en laboratorios y menos expuesto á causas de errores. El método de Esbach, que fué antiguamente el preconizado quizá como el más completo, más práctico y hasta más fiel, ha caído hoy en desuso por considerarse que no posée lafidelidad albuminométrica que se le concedia tener; hoy está comprobado que la mezcla picro—citrica de Esbach no solo precipita las albúminas de la orina, sino también ciertos alcaloides que pudieran ser eliminados por esta. Como, muchas veces á nuestros atacados de verruga suele darseles ensu terapéutica cuolidiana alcaloides que forzosamente parte de ellos tendrán que ser

eliminados por la orina, nos hemos abstenido de hacer nuestros dosages por ese método puesto que deseabamos hubiese la mayor exactitud y la menor causa de error. No obstante lo empleabamos como

medio de investigación y de dosage relativo.

Es por esto, por lo que se ha empleado un otro procedimiento más exacto. Ha sido este: la precipitación por una mezcla ferrocianuro—acética seguida de centrifugación. Para ello se toman 10 centimetros cúbicos de orina en un tubo graduado de centrifuga, á los que se agrega 3 centimetros y medio de una solución de ferrocianuro de potasio al 10 por ciento y un centimetro y medio de ácido acético; se agita el contenido del tubo y se lleva en seguida el tubo con la albúmina precipitada á la centrifuga para obtener por centrifugación, un residuo que multiplicandolo por una constante se obtiene la cantidad de albúmina por litro. Esta constante es 3.

Como lo muestran algúnas de nuestras historias la cantidades de albúminia varía y sufre modificaciones según el enfermo y en un mismo enfermo según su estado. I la necesidad é importancia de no dejar de lado el mal funcionamiento de los riñones, sino por el contrario el propender á su perfecta estabilidad nace del concepto que fué producto de las observaciones de Achald, quien llego á demostrar por una serie de experiencias que la sangre tiene una composición química, una constítución física notablemente fijas y cualesquiera que sea los sfuerzos que se puedan llevar á cabo para modificar esta composición—ya por adición ó sustracción, ya por un mecanismo regulador,—interviene y restablece el equilibrio normal; pero esta estabilidad, dice Achald, reposa solo sobre el funcionamiento regular de los emunctorios y en especial de los riñones.

Debemos anotar entre nuestras observaciones dos historias que revelan por si el concepto de que,—en los casos de forma de erupción verrucosa simple, sin reacción manifiesta febril y que si existe, es sub febril,—hay una albuminuria pero no tan manifiesta, ni en las proporciones en que se anotan las producidas por la forma de fiebre grave. Estas dos historias están corroboradas por algunas otras ob-

servaciones encontradas en la salas de nuestros hospitales.

En el servicio de niños del Hospital de Santa Ana, entre los enfermitos que están acompañados de sus madres, ocupó la cama Nº. 105, una mujer de raza india de 38 años de edad acompañada de su hijita que contaba año y medio de nacida. Preguntada la madre por el motivo de su ingreso al hospital, contestó habe entrado por estar su hijita con desarreglo intestinal. Pero al acercarse á la enfermita llamaba la atención la presencia de verrugas características en las piernas, brazos y manos tanto de la madre como de la hijita. Su procedencia era San Mateo é interrogada si habia tenido fiebre de carácter agudo, nos contestó negativamente. La temperatura de la madr no pasaba de 36°. 4 centígrados y la de la hijita de 37 3°. Nos dijo haber tenido uno que otro ligero dolor articular, pero que no habia hecho cama. La erupción la tenia hace algunos meses lo mismo que la hija. Nos dijo, observando el interés con que vío lo que te preguntabamos respecto á sus verrugas que: « no le daban miedo esos granos, » sino que deseaba el que su hijita sanara » solo de la enfermedad por la que la habia traído al hospital porque, « lo de las verrugas no le importaba, pues en San Mateo sanaban solas.»

Todas estas respuestas que encieran una despreocupación é indiferentismo mortificantes, no nos desorientaban y nos revelaban, al mismo tiempo, que no debíamos dejar de mano el estudio de estas dos enfermas y deseosos de obtener datos que aportar á nuestro trabajo procuramos convencernos si en este estado benigno de nuestra enfermedad había ó no alguna lesion del riñón. (Observación I.— y observación II.)

Hicimos nuestro análisis completo y hallamos en el de la madre

el resultado siguiente:

Color.....amarillo cetrino.

Elementos Normales.

 Urea.
 17,65 grms. por litro.

 Cloruros.
 4,05 gms. por litro.

 Fosfatos.
 1,60 ,, ,, ,

 Acido Urico.
 0. 90 ,, ,, ,

Elementos Anormales.

Albúmina.....Trazas. Análisis Espectroscopico. Normal.

Análisis del Sedimiento.

Urato de soda, raros leucocitos, celulas vesicales.

Y en el de la hija el siguiente análisis.

Cantidad....(?)
Densidad1,003.

Reacciónlig. ácida.
Olor.....sui géneris.
Color

Color.....amarillo cetrino.

Aspecto.....lig. turbio.
Depósito.....Casi nulo.

Elementos Normales.

 Urea...
 5,04 grmos. por litro

 Cloruros...
 3,53 ,, ,, ,, ,

 Fosfatos...
 0. 98 ,, ,, ,, ,

 Acido Urico...
 0. 44 ,, ,, ,, ,, .

Elementos Anormales.

Albúmina.....Trazas.

Análisis Espectroscópico.

Normal.

Análisis del sedimiento.

Leucocitos y células vesicales.

Como se vé estas enfermas no tuvieron manifestación notable ninguna en su temperatura y respecto á la presencia de albúmina no hubo cantidades dosables, sino trazas, en sujetos que como estas habían tenido su erupción sin el cortejo de otros casos de erupción verrucosa que están procedidos del conjunto de síntomas que acompañan á la infección, en los que, como se ve, en otras de nuestras observaciones, no hay sino trazas ó vestigios cuando queda la erupción como resultado final de la enfermedad. Estas y otras observaciones análogas nos han dado en nuestra orina solo muestras de albúminas; pero jamás en cantidades dosables.

Tratándose de la fiebre grave hemos podido comprobar las variantes que sufre la cantidad de albúmina en un mismo sujeto según los diversos estados de la enfermedad y de su gravedad. Así mismo observamos que á medida que aumentaba la gravedad del enfermo aumentaba también proporcionalmente la presencia de albúmina, producto probablemente de una intoxicación que iba en aumento

y de la que tomaba su parte la función renal.

De Lima á Matucana se trasladó R. P. de veintisiete años de edad, en los primeros días del mes de diciembre, de raza blanca y con fojas limpias en su pasado patológico. Fué con el objeto más de pasear que de cambiar de temperamento. Se vío atacada á mediados del mes de enero con todos los carácteres clásicos de la fiebre de Carrión, desde los dolores articulares, fiebre alta, anemia, hasta la aparición de dos verrugas únicas del tamaño de una arveja pequeña una en el antebrazo derecho y otra en la pierna izquierda. Se vió precisada por los carácteres que tomaba la enfermedad á regresar á Lima el 20 de enero, siguiendo aquella una evolución desesperante hasta concluir con la muerte en los primeros días del mes de febrero.

Los análisis practicados por nosotros en la orina de los distintos días que duró la enfermedad fueron estos: El primer análisis fué

hecho el 23 de enero nos dió el resultado siguiente:

Reacción.....ácida. Color.....amarillo cetrino. Olor.....sui géneris. Aspecto.....lig. turbio. Elementos normales. Urea...... 10,22 grs, por 'itro Cloruros..... 9,37 ,, Fosfatos...... 1,10 ,, Acido Urico..... 0,54 Elementos Anormales. Albúmina Trazas. Análisis Espectroscopico. Normal ..

Fosfatos terreos amorfos, células vesicales, algunos leucocitos. Los días subsiguientes dosamos simplemente elementos anormales encontrando si mpre trazas, hasta que un nuevo análisis hecho el 4 de febrero día en que estuvo de manifiesto su gravedad, nos dió una cantidad dosificable. La enferma tenía 39º 8 de temperatura.

Análisis del sedimiento.

(Continuará)