

LA CRONICA MEDICA



AÑO XXX.— LIMA, ABRIL 15 DE 1913 —Nº 583

AL CUERPO MEDICO

En nuestro deseo de que no faltara un órgano de publicidad al Cuerpo Médico peruano, no hemos omitido esfuerzo por sostener «La Crónica Médica» venciendo para ello toda clase de dificultades durante los treinta años que ha alcanzado ya este quinquenario. Contando ahora con la valiosa cooperación de los ilustrados profesionales que componen el Comité ejecutivo del 5º. Congreso Médico Latino-Americano, y con el decidido apoyo del Señor Decano de la Facultad de Medicina, á quien debemos la inserción á expensas de la Facultad, del interesante trabajo histórico del Dr Hermilio Valdizán titulado «*La Facultad de Medicina de Lima*», que se inicia en este número, vamos á mejorar y á ensanchar la publicación. Constará por lo menos de 32 páginas de texto, ilustrado con fotograbados y cromos siempre que fuera necesario.

Por ello solicitamos una vez más, el apoyo de nuestros profesionales, indispensable para el buen éxito de la tarea que nos proponemos realizar. El presente número se distribuye gratuitamente, como muestra, á todos los médicos de la república.

Pedimos á los señores que deseen suscribirse, nos envíen su solicitud dirigida á «La Crónica Médica», apartado 627. Lima, con el importe de un año de suscripción, que comenzará á contarse desde el mes presente.

EL COMITÉ DE REDACCIÓN.

LA FACULTAD DE MEDICINA DE LIMA

En sección aparte y con folio propio comenzamos en este número, la publicación de la importante obra del Dr. Hermilio Valdizan titulada «La Facultad de Medicina de Lima.» Versa el trabajo, enteramente original, sobre la historia de la Medicina en el Perú. en las épocas, de la conquista, virreynato y la república, de nuestra vida política.

Este libro trazado con mano maestra tiene estilo ligero y fácil, correcto y preciso. Exponente de labor propia y asidua parece más bien obra de un hombre maduro, nacido bajo el frío y fecundo cielo de Alemania, que fruto del esfuerzo de un hijo de este país, débil para el trabajo é indiferente para conocer su historia. Aplaudimos al joven optimista, y amante de su patria, que nada ha omitido para dar forma á su ideal de marchar al encuentro de nuestras generaciones médicas extinguidas y llegar á ellas por el estudio de su historia, del cual puede deducirse el mérito de la labor realizada y el legado de sus enseñanzas.

La obra revela como decimos, un talento bien cultivado, un espíritu paciente que no ha temido dedicar varios años á reunir, y clasificar noticias biográficas esparcidas, datos sueltos diseminados en libros casi olvidados y de objetivos bien distintos de nuestra ciencia; una obra en fin con trabajos bibliográficos de gran aliento y en la que, sin las exageraciones de la pasión se rinde el homenaje debido á los hombres de mérito, á través de los siglos, en nuestra historia médica; que fueron cultores de la ciencia en el Perú, y contribuyeron con mayor ó menor proporción al fomento y desarrollo de su estudio.

La obra se publica bajo la protección de la Facultad de Medicina. El señor Decano Dr. Don Ernesto Odriozola en su deseo de dar lustre á las obras nacionales, estimular á todos al trabajo y favorecer nuestro quincenario, ha tenido á bien hacer su impresión bajo la dirección de sus redactores y como parte integrante del material de lectura de «La Crónica Médica.»

CORRESPONDENCIA PROFESIONAL

Arequipa, Abril 5 de 1913.

Señor Dr. Eduardo Bello

Lima.

Distinguido compañero y amigo:

Para los efectos de la cronología Médica Nacional, sin desvirtuar la novedad que requiere la presentación de trabajos al 5º. Congreso Médico Latino Americano que sólo se reunirá en Noviembre de este año en la Capital, y estimulado por otras publicaciones, me veo precisado á darle algunos datos sobre mis modestos esfuerzos, sin más motivo repito, que la exactitud en la Cronología, los que le rue-

go inscribir en la «CRONICA MEDICA» nuestro vocero médico oficial, por decirlo así.

En el trabajo sobre Yura, llevaré como novedad el estudio de la Ionización y Radio-actividad de las aguas y algunos motivos microscópicos (Protozoarios y algunas algas) (*Beggiatoa alba*).

En el sobre «Jesús» Idem id

En el referente á Disenterias en Arequipa me ocupé en primer lugar de la *D. amibiana* y el tratamiento de ella por la inyección de sales de emetina.

Abcesos hepáticos tratados por el mismo método.

En la disenteria *tricomonal* presento el cultivo de los tricomonas y la experimentación en animales así como la precisión científica del tratamiento. Presento casos de diarreas á *Lambtia intestinalis*, á *Balantidium coli*, á *Tetramitus Mesnili* y hago ver concomitancias con el *Blastocystis hominis*.

En el trabajo sobre *espundia* establezco las diferencias que ella tiene con la Uta y con la Leishmaniosis Americana var. flagelada distinta de las dos precedentes.

Presentó un insecto nuevo: el *Pseudomeloe Hunteri* enteramente diferenciado de los otros Pseudomeloides del Sur del Perú.

En la fauna microscópica de las Aguas de Arequipa, tengo ya clasificados más de 40 protozoarios, quedando algunos otros por estudiar. Además consignó algunos Rotíferos, *Cypris* y *Artiscon* de las mismas.

Algunas propiedades fisiológicas y biológicas nueva de los Pseudomeloides siguientes del Sur del Perú, *hæmopterus*, Ph. *humeralis*, *Gun andensis* y *Escomeli* de Desmier.

Compruebo la existencia de la *Simulia Escomeli de Roubaud* en la campiña de los alrededores de Lima.

Describo una enfermedad producida en el *Ciprinus auratus* y debida al desarrollo de una alga de agua dulce.

Una epidemia desarrollada en las patatas de la campiña de Arequipa y ocasionada por el concurso de insectos y miriápodos.

Cada uno de estos temas y otros más que no menciono por carecer de la novedad científica de los que preceden, tienen su desarrollo correspondiente, reservado para las sesiones de nuestro certamen científico internacional.

Aprovecho de la presente oportunidad para reiterar á Ud. las seguridades de mi distinguido aprecio.

Affmo. SS. y Colega

EDMUNDO ESCOMEL

LA ACTUAL EPIDEMIA DEL BARRANCO

POR EL DR. FELIPE MERKEL.

Reina actualmente, con el carácter de epidemia, una piroxia en Lima y Callao, calificada con el diagnóstico de *grippe de forma gastro—intestinal*.

Como en estos mismos momentos existe en el Barranco, lugar de mi residencia, otra ó tal vez la misma epidemia que hasta hoy 10 de Abril también ha sido calificada de gripe, contra la que he combatido hasta que fui presa de ella, voy á exponer suscintamente mi historia clínica, que en mi concepto, no corresponde en absoluto á la influenza de forma gastro intestinal, sino á una piroxia epidémica, contagiosa en alto grado, clasificada en el grupo de las fiebres eruptivas y designada con el nombre generico de *dengue ó Dandy fever*.

Creo útil esta exposición, y este es el interes que me mueve, para contrarrestar en nuestro espíritu el efecto del hábito, contraído por fuerza de la frecuencia con que existe entre nosotros la gripe, de pensar primero en ella y solo en ella, siempre que se trata de una enfermedad que se inicia como la actual.

Creo útil esta exposición, repito, por la facilidad con que ambas entidades se confunden y han confundido siempre aún en Europa, tanto que se llegó al extremo de sostener que la epidemia toma los síntomas de la Gripe ó los del Dengue, según que fuera importada de los países frios del septentrión, ó de los templados del medio día; en otros términos el Dengue y la Influenza, eran una sola entidad mórbida. Estudios posteriores desvanecieron completamente estas falsas teorías que ya hoy, nadie admite.

¿Qué de extraño tiene, pues, que nosotros que estamos en los comienzos de una de estas epidemias la hayamos confundido, cuando la misma Ciencia del Viejo Mundo ha tenido al respecto sus épocas de duda y contradicción?

Yo por mi parte declaro hidalgamente, que ni cuando era estudiante de los hospitales, ni desde que soy profesional recibido, hace 10 años, he examinado ni tenido conocimiento de la existencia de más casos de Dengue, que el del que estoy convaleciente y los de mis clientes que me contaminaron

Después de estos breves comentarios, allá va mi historia clínica, breve será también.

*
* *

Como antecedente, debo exponer que desde el miércoles 2 al domingo 6, fui llamado á prestar mis servicios profesionales á dos familias con un total de 17 personas, incluida la servidumbre. Una tras otra, rápidamente, enfermaron casi todas, con los síntomas iniciales de la gripe de forma gastro-intestinal.

Del 3 al 6, observé en mí, anorexia y estreñimiento progresivos.

Desde el domingo 6, en la mañana, cefalea frontal que va en aumento y me obliga á tomar, en la noche, dos tabloides de cáscara sagrada.

En la noche del 6 al 7, gran escalofrío, que, haría recordar el del acceso palúdico, si no fuera de poca duración. Es seguido de un corto sueño, interrumpido por dolores musculares que radican en las regiones humbar, dorsal y posterior de los muslos y piernas.

En la mañana del 7, temperatura 38°5. Quinina y antipirina. Durante todo el día y la noche que le sigue, la temperatura no baja, ni los dolores disminuyen.

Frotaciones; bebidas diaforéticas.

Día 8. En la madrugada, diaforesis no demasiado profusas, alternan con pequeñas criestesis, que no llegan al escalofrío franco. Los dolores, por momentos, van cediendo. Se instalan: sensación nauseosa, glogloteo intestinal, cierta ansiedad y gran decaimiento. La respiración es pequeña, rápida, superficial, debido ello, talvez, á mialgias de los intercostales. La temperatura, que la víspera se mantuvo constante en 38'5, baja á 37° 6, manteniéndose firme desde la mañana del día 8, para llegar á 37'2 el

Día 9. Desde ayer, ligero prurito, no constante, en la frente y diferentes puntos del cuerpo y extremidades. Parece que al mismo tiempo hubiera comenzado, luchando por manifestarse, una erupción que no se podía aún precisar por el incompleto desarrollo de sus elementos constitutivos. Hoy esta erupción tiene aspecto y estado que permite caracterizarla; es francamente *polimorfa* y está constituída por tres elementos muy diferentes entre sí. La distribución y morfología de ellos es la siguiente:

I.—En la frente, son pequeñas *máculo-pápulas* planas, no acuminadas, más abundantes que en el resto de la cara y cuerpo; tienen cierta analogía con la erupción variólica en su primera faz. Son relativamente numerosas en mis codos.

II.—Principalmente en estos, pudiendo también verse en otras regiones, se presenta el segundo elemento, formado de *placas eritematosas* de diversas formas y dimensiones, habiendo algunas de varios cm². de extensión y formando en la cara posterior de ambos brazos, por fusión recíproca de límites, una mancha única, de gran superficie, como se ven en los casos de escarlatina. Su color es de un rojo más ó menos obscuro, que contrasta notablemente con el azulado que tiene el 3er. elemento eruptivo.

III.—Es formado este por máculas circulares ó elípticas de 1cm. de diámetro que, muy profusamente, cubren mis flancos, caderas y aún se extienden por las raíces de mis músculos. Este tercer elemento, de visu y por primera intención, podría decirse que recuerda exactamente ciertas roseolas sifilíticas.

De estas tres manifestaciones dermatológicas, la única que se presenta no mezclada con las otras dos, es la de los flancos, cadera y raíz de los músculos, es decir, la roseoliforme; mientras que las otras dos restantes, máculo-pápulas y eritema, en algunas regiones como en los ante-brazos, se presentan reunidas y si á ello agrego que algunas de las extravasaciones son tan pequeñas y tienen aspecto de petequias, se concibe que á su vista, se está autorizado para pensar en el sarampión.

El único elemento de los mencionados que es asiento, hasta ahora, de prurito, es el máculo-papuloso.

Hasta aquí el cuadro trazado no admite dudas: es perfectamente aplicable al *dengue de forma reumática, con erupción polimorfa*; pero desvia algo la seguridad de este diagnóstico y afirma el de *roseola febril epidémica de Trousseau*, el síntoma casi patognomónico, según el Prof. Dieulafoy, que aparece el siguiente

Día 10: A pesar de haber sido para mí, el de ayer, un día de trabajo sin descanso, la noche pasada no fué buena: hubo insomnio tenaz.

En la mañana de hoy, me siento sumamente deprimido y me percibo del *infarto y sensibilidad dolorosa de mis ganglios sub-maxilares, de la región yugular, del pre-auricular y de los post-auriculares.*

Las mucosas, que hasta ayer no habían sufrido, son invadidas desde hoy: las conjuntivas se inyectan, hay lagrimeo. La mucosa uretral tampoco parece estar normal, pues, provoca sensación urente, bastante desagradable, el paso por ella de la orina. Esta, de color encendido y escaso volumen, no contiene elementos anormales.

Día 11.—La enfermedad ha entrado en el periodo de franca convalecencia.

Desde ayer la erupción ha comenzado á marchitarse; solo alguno que otro elemento papuloso insiste, recalcitrante, en molestar con pequeño prurito de tarde en tarde.

De los ganglios, han vuelto á su estado normal todos, menos los post-auriculares que están en regresión.

La inyección conjuntival va cediendo.
Las mialgias, por momentos, me hacen sentir que existieron principalmente en la región lumbar.

Mi sed esta satisfecha.

La temperatura que el 10 había ascendido nuevamente á 37°30', ha caído ahora debajo de mi normal.

Observaciones.

En los 20 casos que he podido asistir en sus comienzos, antes de caer yo mismo enfermo, he anotado otros síntomas que confirman mi diagnóstico, así hubo metrorragias en 4 enfermos; epistaxis en 1. En una misma familia compuesta de 13 personas, se presentó la pirexia bajo sus diversas formas: hubo casos sin erupción; otros en que esta se manifestaba solo por un ligerísimo eritema muy fugaz; hubo tres enfermos con alteraciones hepáticas que se tradujeron por dolores pequeños á la región correspondiente, por una tenue pigmentación sub—icterica de los tegumentos y de la orina.

Casos hubo en que dominaban los dolores, otros en que los trastornos gastro—intestinales predominaron y aun algunos en los que el mal evolucionó casi apiréticamente.

Si se reúnen todos estos síntomas y se clasifican para llegar á diagnóstico, se es conducido, sin esfuerzo alguno, á la conclusión de que se trata de una pirexia eruptiva, contagiosa y epidémica, que no puede ser otra que el *dengue*, pues, de las otras fiebres eruptivas solo existe el infarto ganglionar que podría hacer pensar en la *rubeola ó roseola-epidémica* y que raramente se presenta en el *dengue*. Sin embargo, debo confesar que en los 20 enfermos que he observado, hubo 6 con infartos, bien netos, de los ganglios del cuello y auriculares.

CONCLUSION.

La epidemia reinante en el Barranco, principalmente en la Avenida de Chorrillos y sus tributarias, *no es la gripe ó influenza de forma gastro—intestinal*, nombre bajo el que es asistida hasta la fecha, sino la fiebre eruptiva llamada *tracazo ó Dandy fever*.

Tal vez podría aplicarse esta misma conclusión á algunos de los casos de las epidemias que actualmente dominan con caracteres análogos en Lima, el Callao y los balnearios y las que evolucionaron ya en Ica, Pisco y Chincha, por el Sur y Huacho y Ancón, por el Norte.

Barranco, Abril de 1913.

LA FIEBRE TIFOIDEA Y LOS PORTADORES DE BACIOS

Por VICTOR DELFINO M. S. A.—S. M. P.

*Asociado extranjero de la Real Sociedad Italiana de Higiene,
Miembro de la Sociedad Química de Francia.*

Establecida perfectamente la noción del contagio inter-humano en la génesis de las enfermedades infecciosas (tuberculosis, cólera, tifoidea etc.) y demostrando el papel inmediato del hombre en la propagación de ellas, sea por simple contacto ó á beneficio de los portadores de gérmenes, punto de partida de las grandes epidemias; los esfuerzos de los médicos é higienistas se han mancomunado en un vasto plan de campaña profiláctica mixta, ofensiva y defensiva, que comprende entre sus múltiples objetos, no sólo la aducción de agua pura á las poblaciones que la necesitan, la evacuación de los productos inservibles, la higiene de la habitación, la vigilancia de las materias alimenticias, particularmente las verduras crudas y en general todos los alimentos que lo son; sinó también, la declaración obligatoria de los casos de infección eberthiana, el aislamiento de los enfermos y de los portadores de bacilos y la desinfección sistemática de las heces fecales.

Y en el sano afán de cooperar á la magna obra de Koch que desarrolló en Alemania un ámplio plan de *profilaxia ofensiva* instalando en el territorio del floreciente Imperio una serie de laboratorios ó *estaciones de investigación para la profilaxia de la fiebre tifoidea*, muchos médicos é higienistas se han entregado á la tarea de despistar á los *portadores de gérmenes*, alcanzarlos, aún á los *sembradores intermitentes*, evitando que cunda el mal á su torno.

Y tales investigaciones metódicas, sirven de paso, de fuerte apoyo á la teoría contagionista que priva en general sobre la hídrica, y la debida á la adulteración de los agentes externos. La leche y sus derivados constituyen excelentes propagadores de la fiebre tifoidea dado que este medio constituye un verdadero *pabulum vitae*, para el bacilo tífico, donde puede resistir y mantener su virulencia durante meses, al par que en la crema y la manteca, según demostraron Field y Bolley. Su contaminación puede achacarse á dos causas: 1.º debido á su dilución con agua contaminada; 2.º á causa de haber sido manipulada por un portador de gérmenes. Esta forma de contaminación es la más común y por otra parte, permite descubrir con relativa

facilidad entre las mujeres y los niños, en quienes se dá con más frecuencia los casos de infección.

A las observaciones tan interesantes y demostrativas de H. Kayser, Frösch y otros autores, viene á agregarse la epidemia de fiebre tifóidea debida á la leche infectada, que Charles. P. Bolduan y Carey Noble, describen con lujo de detalles en el número de Diciembre de 1912, del *New-Yorck Medical Journal*.

Los autores se sorprendieron de ver que en un mismo día y en un muy pequeño barrio de la ciudad de New-Yorck, se produjeran 9 casos de tifóidea. Esto ocurría en Febrero de 1910; y al día siguiente, en el mismo barrio, se producían 6. nuevos casos y desde entonces, durante algunas semanas, cada día surjían nuevos casos de fiebre tifóidea.

En atención á la importancia que asumía el pequeño estallido epidémico, los autores intentaron averiguar su origen; y la investigación dió por resultado que la epidemia hallábase localizada en ese pequeño barrio; que todos los enfermos tenían por proveedor de leche la misma sociedad; que exceptuando la canalización municipal del agua, nada del exterior *era comun* á todos los enfermos; y que, en fin, la fecha del principio de la enfermedad era en la mayor parte de los casos, la última semana de Enero.

Descontado el origen hídrico de la enfermedad por el carácter local de la epidemia, todas las sospechas se inclinaron hácia la leche que provenía del Norte del Estado de New-York, siendo embotellada cruda y enviada en esta forma al distrito contaminado. La investigación, pues, circunscribióse á las cremerías proveedoras de la leche, estableciéndose que en la localidad donde se hallaba una de ellas, se habían declarado subita y contemporáneamente con los de New-York, casos de fiebre tifóidea.

Casi todos los enfermos del distrito mencionado, compraban la misma leche sospechosa, sumando un total de 44. entre los cuales, la mayoría era a niños, como ocurre en las epidemias debidas á la leche infectada.

«Cuando se examinan de más cerca las fechas en las cuales los enfermos contrajeron la fiebre tifóidea, dicea Bolduan y Noble, se vé que á los días particularmente llenos, sucedían días en que habían pocos enfermos ó aún en que no había ninguno. Hubiérase dicho que la infección se habría producido en muchas veces. Era imposible establecer que la leche estuviera contaminada también en muchas ocasiones; pero es interesante que los 6. casos de fiebre ocurridos en la localidad incriminada, se produjeron á los mismos días en que había más enfermos en la ciudad».

«Hecho que debe recordarse, es que los seis enfermos mencionados se proveían también en la cremería central, fuente de infección. Se sabe que en general, las cremerías no tienen derecho de vender la leche en detalle y en su instalación. Pero, excepción hecha de las personas que habían sido autorizadas para comprar su leche en la cremería especial, al precio de los mayoristas, hallóse que estas eran justamente las que cayeron enfermas».

Luego, pués, estaba perfectamente establecido que era la leche de la cremería central la causa de la infección; por consiguiente, ordenóse suspendiera la expedición de la leche; y entretanto, es

trató de inquirir mediante investigaciones, la causa originaria de la infección. Sometióse á la cremería central, á una inspección minuciosa, siendo interrogados todos sus empleados, así como también los miembros de sus familias, hizose lo propio en 45. chacaras que enviaban su leche á la cremería central, efectuándose además análisis de sangre de todas las personas que sufrieran de una enfermedad cualquiera. Se vé, pues, que nada había sido omitido en la investigación de esta epidemia tífica, que tuvo el siguiente resultado: Hallóse una chacra donde había habido en 1904. seis enfermos de tifóidea, en 1907 un enfermo, y otro en 1908. El propietario de la chacra era el último de los enfermos de 1904 y por otra parte, era el único de la chacra que había tenido fiebre tifóidea, pues los demás nunca la tuvieron. Examináronse las heces fecales de este chacarero, hallándose en ellas un gran número de bacilos de Eberth vivos. Y una vez que se hubo establecido este hecho, la cremería central fué autorizada á expedir como antes la leche á New-Yorck, á condición, de que no se surtiera ya de la chacra contaminada. Desde entonces cesó la epidemia, lo que, evidentemente, demuestra que el «portador de bacilos» era la causa de la infección. Corroboró los resultados obtenidos, la infección accidental de una asistente del laboratorio por haber tragado dos gotas de un cultivo en caldo, proveniente de las heces del chacarero en cuestión, que tuvo una fiebre tifóidea, con evolución tímica, de la que pudo curar.

El hecho de que el chacarero de que tratamos, haya enviado á la cremería incriminada, por espacio de dos años, leche, sin que ésta haya acusado contaminación antes de la epidemia, hace pensar que se trata de un *sembrador intermitente*; opinión que se afirma más todavía si se tiene en cuenta que, de los 16 envíos de materias fecales que hizo á otro laboratorio, después de decretarse su interdicción, en ninguno de ellos pudo revelarse la presencia del bacilo tífico. Sin embargo, resulta imposible establecer el mecanismo por el cual se infectó la leche, el camino por el cual, del aparato digestivo del portador de gérmenes, pasó el bacilo á la leche; pero sea ello lo que fuere, tal individuo constituye siempre un peligro inminente para los que consumen la leche que ha manipulado.

Más difícil todavía resulta establecer reglas de profilaxia capaces de defender á una gran ciudad—y en el caso ocurrente, New-Yorck, á cuya población surten de leche 40.0000 chacareros, ocupando comercio más de 20.000 personas—contra las causas indirectas de contaminación y en particular, de la leche infectada, porque resulta imposible examinar las heces fecales de tan gran número de personas é investigar en ellas el bacilo. Además, los portadores de gérmenes intermitentes, reclaman exámenes perpétuos, lo que, á todas luces, es imposible de realizar, por estar completamente divorciado con la práctica. De cualquier modo, podrían tomarse algunas medidas respecto de los vendedores de leche, estimándose todavía como el mejor modo de prevención, la pasteurización del producto.

Buenos Aires, Marzo de 1913.

MOVIMIENTO MEDICO.

Fisiología de la coagulación de la sangre.

El Dr. NOLF (de Lieja) en el XXIII Congreso Francés de Medicina ha expuesto como podrá leerse en lo que sigue, las últimas conquistas alcanzadas en la fisiología de la coagulación de la sangre, sobre todo en lo referente á sus estudios. Gracias á adquisiciones sucesivas se había llegado hace algunos años á tener una idea bastante exacta sobre la fisiología de la coagulación de la sangre. Esta teoría consistía en admitir que las células blancas contienen el principio coagulante en estado de profermento, de protrombina, que es activado, convertido en fermento, en trombina, por las sales de cal del plasma en el momento que se mezclan con éste. La trombina transforma el fibrinógeno en fibrina á la manera de un catalizador, sin tomar parte en la constitución de la fibrina.

Esta teoría tenía la ventaja de explicar de una manera satisfactoria ciertos hechos primordiales, pero presentaba el grave inconveniente de dar á la coagulación de la sangre un aspecto sencillo y esquemático. Era suficiente para las necesidades de la enseñanza, pero se prestaba mal á la interpretación de muchos detalles objetivos.

La mayoría de los que han estudiado la coagulación en estos diez años últimos han comprendido su insuficiencia é introducido en la teoría modificaciones más ó menos importantes. No pudiendo revisar todas ellas, me limito á exponer mis ideas sobre este asunto.

La mayoría de los autores admiten que el plasma de los vertebrados es incapaz de formar por sí solo un coágulo y que necesitan indispensablemente la cooperación de las células blancas. Basta examinar los hechos para convencerse de lo contrario.

El estudio del plasma puro de los vertebrados ovíparos ha demostrado (Delezenne) que es muy estable, casi sin tendencia á coagularse espontáneamente, pero que es muy sensible á la influencia coagulante de los extractos de tejidos; el plasma puro de los mamíferos queda líquido mientras está contenido en una vena, se coagula lentamente ó no se coagula en un recipiente de paredes de parafina, pero se solidifica en cuanto se le trasvasa á otro, con cuyas paredes se pone en contacto directo.

Estudiando los mecanismos que permiten modificar estos estados de estabilidad de los plasmas, se comprende que el plasma puro de todos los vertebrados contiene todo lo necesario para la formación de un coágulo, y que la estabilidad mayor ó menor del plasma, la tendencia más ó menos acentuada á coagularse inmediatamente, pueden ser independientes en absoluto de su abundancia en elementos de coagulación.

Sentados estos hechos, conviene averiguar cuáles son los agentes de la coagulación y cuáles las causas de la mayor ó menor estabilidad de un plasma.

El estudio analítico de los plasmas ha demostrado que para que se produzca un coágulo es indispensable la presencia de sales de calcio y de tres substancias protéicas: el fibrinógeno, el trombógeno (Morawitz) y la trombozina (Nolf).

De estas tres substancias, el fibrinógeno es el que toma más parte (casi toda) en la constitución de la fibrina, pero el trombólgeno y la trombozina intervienen también.

La fibrina no es, por lo tanto, un fibrinógeno más ó menos alterado, sino un complejo protéico. Pero la trombozima y el trombólgeno se hallan en exceso, y al unirse paralelamente entre sí, forman la trombina, que es una especie de fibrina incompleta que sólo contiene dos de los constituyentes de ésta.

Todo plasma que contenga trombozina, trombólgeno, fibrinógeno y sales de cal está muy expuesto á la coagulación intravascular, si no existen en él una ó varias de las substancias que se oponen á que la sangre se coagule. Entre estas substancias hay cuando menos una que desempeña un papel importantísimo, es la antitrombina hepática, elaborada por el hígado cuando disminuye la estabilidad del plasma. Por este mecanismo se halla asegurado el equilibrio de las soluciones, de los coloides, de los humores y la perfecta fluidez de la sangre en los vasos.

A la influencia anticoagulante de la antitrombina se oponen influencias de sentido inverso. El plasma puro de mamífero, fluído mientras se halla en una vena ó en un recipiente de paredes untadas de parafina, se solidifica por el simple contacto con una pared de cristal. Si se trata de un plasma mas estable (el de los vertebrados ovíparos por ejemplo) es necesario para que se coagule mezclarle con una substancia insoluble finamente pulverizada ó diluirle; no se agrega así nada que entre en la composición de la fibrina, y, sin embargo, se produce la coagulación.

Estos factores que crean así condiciones favorables para la coagulación, sin aportar á la fibrina constituyente esencial alguno, son innumerables. Al lado de las substancias insolubles indicadas anteriormente, deben colocarse la mayor parte de las substancias solubles en el agua: cristaloides, coloides ó iones. La influencia preponderante del ión calcio es bien conocida; entre los coloides merece un lugar especial la lecitina.

Todos estos agentes de coagulación se han agrupado con el nombre de tromboplásticos. En la fisico-química de los coloides se conoce desde hace mucho tiempo la acción precipitante, coagulante de los iones, de los cristaloides ó de los coloides disueltos, de los polvos y de las paredes.

En el plasma normal existen substancias de acción tromboplástica y cierta cantidad de antitrombosina. Entre sus influencias coagulantes y anticoagulantes se establece un equilibrio que corresponde á la mayor ó menor estabilidad del plasma.

En las condiciones de vida normal esta estabilidad se conserva; todo lo contrario sucede cuando la sangre sale de los vasos, bien se la recoja en un recipiente ó llene la cavidad de una herida. En uno y otro caso se libra de la actividad antitrombósica del hígado, precisamente en el momento más necesario para conservar su estabilidad. En efecto; en el recipiente donde es recogida la sangre moja una pared que ejerce sobre el plasma una acción coagulante; en la herida se mezcla con los jugos de ésta, cuya influencia tromboplástica es aún más considerable. En ambos casos la estabilidad está disminuida bastante para que pueda precipitar la fibrina.

Hasta aquí se ha razonado como si todos los factores de coagulación de la sangre estuvieran exclusivamente contenidos en el plasma. Aunque la sangre careciera de células se coagularía, pero la coagulación sería demasiado lenta para contener la hemorragia. Se admite en general que las células blancas se alteran con rapidez al salir de los vasos y dejan difundirse los principios coagulantes, que producen secundariamente la coagulación del plasma. Creo, por el contrario, que son alteraciones del plasma, primitivas y las lesiones de las células, secundarias.

En cuanto el plasma sufre la acción antitromboplástica de los jugos de la herida ó de los sólidos extraños con quienes se pone en contacto, tiende á coagularse, pero los primeros depósitos de fibrina que se forman no aparecen indiferentemente en todos los puntos de su masa. Estos depósitos tienen predilección por las superficies tromboplásticas y hacen entre ellas selección con objeto de localizarse sobre aquellas cuya acción tromboplástica es mayor.

La superficie de las células blancas (leucocitos y plaquetas) tiene una influencia tromboplástica superior á la de las células rojas. Y esto se comprende fácilmente, puesto que las células blancas contienen, igual que las rojas, coloides y cristaloides tromboplásticos numerosos, que existen en el extracto acuoso de toda célula, y, además, las células blancas son productoras de la trombozima, que es uno de los constituyentes de la fibrina.

Resulta de aquí que la afinidad de la fibrina es mayor para el protoplasma de las células blancas que para el de las rojas, que carecen de trombozima. La fibrina se deposita en la superficie de las células blancas en tal cantidad, que desorganiza el protoplasma cortical; las células desorganizadas vierten á su alrededor las sustancias solubles, que contienen trombozima y sustancias tromboplásticas; la formación del coágulo se facilita y los depósitos de fibrina, que se forman al contacto de las células blancas, son más densos. Así se explican las relaciones íntimas de la red fibrinosa con las células blancas.

El trombozima es elaborado también por las células endoteliales de los vasos, y la red fibrinosa contrae, por igual mecanismo, las mismas relaciones con las células endoteliales de los vasos desgarrados de una herida: el coágulo obliterante puede compararse á un dique formado de piedras (células blancas) unidas entre sí (cemento de las materias coagulables del plasma), fijas á las rocas (papel de las células endoteliales). El plasma es, por lo tanto, el que, al principiar á coagularse, irrita y destruye las células que favorecen y aceleran la coagulación.—(*Revista de Medicina y Cirugía Prácticas.*)



HOSPITAL DE BELLAVISTA

ESTADISTICA DE LAS OPERACIONES REALIZADAS EN EL SERVICIO DE CIRUJIA Y PARTOS DEL DOCTOR BELISARIO J. SOSA ARTOLA, EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS, EN BELLAVISTA, DESDE EL 1º DE ENERO DE 1912, HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL MISMO AÑO.

Absceso de la región supraespinosa; desbridamiento, drenado.	1
Panadizo de 3º. grado; extracc. de la falange.....	1
Adenoflegmon de la ingle; desbridamiento, raspado.....	1
Presentación transversal, proc. de mano; versión.....	2
Tumor blanco del puño; amputación en el antebrazo.....	1
Absceso supraclavicular: desbridamiento, drenado.....	1
Abortos incompletos con retención placentaria; extre, rasp.....	41
Salpingitis bilateral supurada; histerec, abd, subtotal.....	1
Hemorróides externas; curación radical.....	3
Caries del astrágalo; raspado.....	1
Flegmones de la mano; desbridamiento, drenado.....	3
Hernia crural; curación radical.....	1
Cáncer de la mama; amputación.....	1
Absceso del lóbulo de la nariz; desbridamiento.....	1
Fibromas del útero; ovaritis; histerec, abd, subtotal.....	7
Endometritis hemorrágicas diversas; raspados.....	51
Embarazo tubario; histerec, abd, subtotal.....	3
Hemato salpinx, útero enano; histerec, abd, subtotal.....	1
Tuberculosis del peritoneo; laparotomía.....	1
Adenitis inguinal doble; desbridamiento, raspado.....	3
Endometritis pseudo membranosa; raspado.....	2
Cáncer del cuello del útero; histerec. abd. total.....	1
*Embarazo gemelar; versión del 2º. feto.....	2
Lipoma supurado del muslo; desbridamiento, raspado.....	1
Estrechéz cicatricial del cuello del útero; dilat, forzada.....	1
Sarcoma del muslo; extirpación.....	1
Uña encarnada; extracción.....	1
Colecistitis calculosa; colecistotomía, cálculo de 6 grs.....	1
Apendicitis catarral; apendicectomía.....	1
Inercia uterina; aplicación de forceps.....	4
Flegmon del hombro: desbridamiento, drenado.....	1
Mastitis supuradas; desbridamiento, drenado.....	14
Antrax de la espalda; termo-desbridamiento.....	1
Estrechéz pelviana; pubiotomía.....	1
Epitelioma del párpado; enucleación, blefaroplastia,.....	1
*Retención placentaria extracc manual, raspado.....	1
Absceso de la márgen del ano; desbridamiento, drenado.....	1
Cáncer del útero; histerec, abd. total.....	2
Herida contusa de la vulva, desgarré del ureter, de los labios menores; sutura del labio, uretrotomía,.....	1
Bartolinitis supuradas, desbridamiento, raspados.....	2
Flegmón de la mano; desbridamiento, multi drenados.....	1
Flegmon de la mano y antebrazo, amputación.....	1
Parotiditis sobl. supurada: desbridamiento, drenado.....	1
Presentación podálica; extracción de Farabeuf.....	1

Panadizo de 2º. grado desbridamiento.....	1
Infección puerperal; raspado precóz	3
Adenitis cervical supurada; desbridamiento, drenado	1
Luxación del hombro; reducción	1
Embarazo gemelar; extracc, versión	1
Salpingitis supurada; salpingotomía	1
Espina ventosa; desarticulación	1
Artritis supurada del cuello del pié; artrotomía.....	1
Papilomas de la vulva; extirpac, destrucc,	1
Abceso dentario; desbridamiento	1
Imperforación del ano; descubrimiento de la ampolla, fijación	1
Metritis fungosa del cuello del útero; raspado	1
Endometritis fungosa; raspado.....	1
Retención de la cabeza, pélvis estrecha, feto muerto; decapi-	
tación	1
Sinovitis riziforme; raspado	1
Ruptura perineo-vulvar; colpoperineorráfia, proc. Hegar ...	1
Prolapsos del útero; histerec. abd, subtotal, proc Denegri	2
Hernia inguinal, curación radical	1
Hernia de las paredes del abdomen, post-operatoria; curació,	
radical.....	1
Pústula maligna de la mano; termo-cauterización	1
Flegmón periamigdaliano; desbridamiento.....	1

Total.. 130

MATEO MORAN, interno del servicio.

Las inscripciones marcadas * corresponden a los dos únicas defunciones, habidas en parturientas *que han sido operadas en la calle y que por no haber podido concluir las intervenciones comenzadas*, es que se les envió al hospital. Hecha esta justa salvedad, el servicio de Cirugía y Partos de San Juan de Dios, *no ha perdido una sola operada*

Muy satisfactorio es el resultado obtenido por el Dr. Sosa y Artola en su servicio de cirugía general, ginecología y obstetricia del Hospital de San Juan de Dios, de Bellavista. Su estadística, anterior, da el mejor porcentaje posible de éxitos operatorios; no ha tenido una sola defunción entre sus operadas que alcanzan la cifra de ciento treinta, no obstante de haber en muchos de los casos, operaciones de alta cirugía.

El Hospital de San Juan de Dios tiene sala de operaciones moderna, dotada de los elementos indispensables para obtener asepsia perfecta; su instrumental es también muy moderno y mantenido en perfecto estado. Con estos elementos y ayudado únicamente por su Interno, practica el Sr. Sosa Artola brillantes operaciones quirúrgicas, obteniendo los resultados que su estadística consigna.

Grato nos es felicitar al joven cirujano.

E. B.

REVISTA DE TESIS

La implantación de tejido adiposo en las cavidades óseas.-Tesis para el bachillerato de Medicina por Carlos Morales Macedo.

El trabajo del Señor Morales Macedo que hoy analizamos, y que ha merecido ser insertada en la *Revista Universitaria*, nos dá oportunidad de felicitar al autor por sus cualidades, que una vez más á puesto de manifiesto, para la experimentación, y arreglo de tan importante tesis.

Divide su trabajo en cuatro partes:

En la primera se ocupa de hacer la historia de los principales métodos de obturación de las cavidades óseas, del éxito que han alcanzado en terapéutica quirúrgica y de los resultados favorables, obtenidos en otras aplicaciones del tejido adiposo. En la segunda relata, cinco historias clínicas, en las que se implantó tejido adiposo en la cavidad que quedará después de la operación. La tercera parte, comprende las consideraciones teóricas que inducen á emplear el tejido adiposo en las cavidades óseas. La cuarta está destinada á exponer las experiencias que efectuó en cuatro perros, con el objeto de estudiar el proceso genético de la reparación de la cavidad y el destino de la grasa implantada.

En el primer capítulo pasa revista á los diferentes procedimientos que se han empleado para obturar las cavidades óseas que resultan de las intervenciones quirúrgicas en los huesos, desde los procedimientos inorgánicos como son los plombajes, las sustancias anti-sépticas, como la mezcla yodoformada de Mosetig Moorhop, hasta la implantación de tejidos vivos: inertos de Thiersh, cartilago, fragmentos de hueso, tejido muscular etc. Al ocuparse del injerto grasoso, señala la escasez de observaciones publicadas, y relata los resultados de la implantación grasa en los alrededores de la cavidad cotiloidea, para facilitar el deslizamiento de la extremidad femoral en dos casos de resecciones de la cabeza del fémur, operado por el Doctor Guillermo Gastañeta.

El segundo capítulo está consagrado á describir cinco historias clínicas, con los resultados obtenidos de la implantación grasosa en tres casos de necrosis ósea producida por infección de heridas de bala, en un caso de osteomielitis y en un enfermo de osteitis sífilítica.

Las consideraciones teóricas que abonan el empleo del tejido adiposo en las cavidades óseas, y que forman el capítulo tercero le dan lugar á demostrar, como los tejidos de estructura más embrionaria, son los que más se prestan para realizar estas experiencias, es decir, de tejidos, que por estar más cercanos del primitivo estado, son los que están menos diferenciados; ó diciendo de otra manera, que cuanto más primitivo sea el tejido en la evolución ontogénica, el más antiguo con respecto á la evolución filogenica ó que provenga de de uno que reúna estas condiciones, más fácil será la práctica del injerto. Esto es comprobado por las notables experiencias de Alexis Carrel, quien conserva *in vitro*, tejidos que siguen viviendo por espacio de más de cincuenta días; pero con tal, que sean tejidos conjuntivos, los más cercanos del estado embrionario.

El capítulo cuarto está destinado á reseñar la técnica que ha seguido en las experiencias que efectuara en cuatro perros, los re-

sultados anatómicos después de haberlos sacrificado y las consecuencias experimentales.

Las conclusiones que señala son las siguientes:

1a. No hay ingerto en el sentido estricto de la palabra porque el tejido adiposo implantado se transforma.

2a. Una de las primeras fases de esta transformación es la eliminación de la grasa.

3º. El tejido grasoso se transforma en fibroso.

4º. En la cavidad osea se observa, desde los 20 días después de la implantación, un tejido en vías de osificación.

Estos resultados hacen deducir que la implantación grasosa, está particularmente indicada en las cavidades oseas que quedan después de las intervenciones quirúrgicas; como son las que resultan de los quistes solitarios de los huesos largos, cuyo contenido es aseptico; de los quistes parasitarios; de los pequeños tumores oseos y de los pseudos-quistes, que provienen de degeneración neoplásica; de las osteitis de causa externa (osteitis por herida de bala etc.) de las osteitis debidas á la propagación de una infección de los tejidos blandos vecinos; de las osteomielitis; de algunas osteitis tuberculosas; y de la osteitis sifilitica, cuando la infección general ha sido dominada por el tratamiento específico y de las mastoiditis, en las que se puede suprimir el drenaje de la cavidad - C. A. B.

NUEVA ERA EN LA ANESTESIA LOCAL

Desde el empleo del Clorhidrato de Quinina y Urea para proucir la anestesia local, puede decirse que se inició una nueva era con respecto á esa valiosa medida quirúrgica. Esta droga, prácticamente, no es venenosa, de suerte que el cirujano puede emplearla casi *ad libitum* sin temor de que vaya á producir efectos desfavorables; esto hace posibles en la actualidad aquellas extensas operaciones que no pueden llevarse á cabo bajo la influencia de la cocaína ó novocaína por los acciones tóxica de estos alcaloides. La cirugía rectal ha sido despojada en gran parte de sus agonizantes sufrimientos, pues la anestesia que se establece con la Quinina y la Urea, dura desde varias horas hasta varios días.

Una solución al uno por ciento es la elegida, y el intervalo entre la inyección y la operación para dar lugar á que se establezca por completo la anestesia debe ser más largo que en el caso de la cocaína y sus congéneras.

Entre las intervenciones que se han llevado á cabo bajo la influencia de este excelente anestésico local, figuran una gran variedad de operaciones: escisión de las hemorroides, tumores y apéndices; amputación de las mamas y varios miembros del cuerpo; traquelorrafia; incisión de furunculos y carbunclos; escisión de úlceras y fistulas y otras muchas que sería muy largo mencionar.

La casa Parke, Davis y Cia. suministra una solución al uno por ciento de dicha droga, especialmente pura, en ampollitas de vidrio herméticas, con capacidad para 5 C. c. ó 1 C. c., cada una. Esta forma de envase es muy conveniente para el facultativo que puede así llevar siempre consigo una solución estéril, de toda confianza y lista para su inmediata aplicación. Las ampollitas de 1 c. c. se destinan especialmente para los dentistas.