

LA CRONICA MEDICA

AÑO XXX.— LIMA, SETIEMBRE 30 DE 1913 —Nº 594

UTA

SU FUSION EN LAS TUBERCULOSIS CUTANEAS Y EN EL BOTOÑ DE ORIENTE

S. C. 13-IX-13.

SEÑOR DR. DON EDUARDO BELLO.

Administrador de «LA CRONICA MEDICA»

C.

Mi estimado amigo y colega:

La comunicación que con el título que encabeza esta rectificación se publicó en «La Crónica Médica», correspondiente al 31 de agosto último, no fué leída por el suscrito en la Academia de Medicina en sesión de 21 de agosto, sino en la de 21 de julio, pues, no hubo tiempo para hacerlo en la precedente de 12 de julio.

Hay aún más: su contenido fué hecho público, en la Academia, cuando las afirmaciones al respecto se limitaban á la demostración, por los Dres. Gastiaturú y Rebagliati, de que *«la uta, es una leishmaniasis de la piel»*, sin que se llegara á clasificarse esta leishmaniasis de un modo concreto.

La inclusión de esta en el Botón de Oriente, arranca desde el momento en que anuncié á la Academia el contenido de mi comunicación, para no dejar subsistente la creencia de que se había hallado una «leishmania generadora de la uta» como enfermedad especial del Perú.

No creo necesario insistir sobre la importancia que, para mí, tiene esta aclaración después de lo publicado al respecto y de lo que demostré en la Academia de Medicina.

Agradeciéndole sinceramente la inserción de esta carta en la misma sección en que se publicó el artículo que le diera origen, se suscribe de Ud., con la mayor consideración, su atento amigo y colega.

DR. F. MERKEL.

UTA Y BOTON DE ORIENTE

La comunicación del doctor FELIPE MERKEL á la Academia Nacional de Medicina, publicada en el último número de «La Crónica Médica», nos impone el deber de hacer una aclaración.

Al comunicar, en nota de 7 de Julio, nuestro hallazgo de parásitos del género *Leishmania* en una lesión diagnosticada *uta*, no pretendimos aparecer como habiendo realizado un descubrimiento prodigioso. Tampoco hemos hablado de la «leishmania generadora de la Uta», como parece haberlo comprendido el doctor MERKEL. Nuestra modesta contribución al estudio de esa enfermedad se ha reducido á demostrar, simplemente, que la Uta es una leishmaniasis. Esto es lo único que hemos afirmado en nuestra nota-comunicación antes citada.

Además, como ya tuvimos oportunidad de exponer á los señores miembros de la Academia Nacional de Medicina, no es posible, por el solo hecho de esa constatación, afirmar que la Uta y la Ulcera oriental sean una misma cosa. Probablemente así lo es—y las investigaciones culturales del parásito, que llevamos á cabo actualmente, así tienden á probarlo.—Algo más, es con este prejuicio que iniciamos nuestros trabajos, es decir, sobre la identidad de las dos enfermedades; pero si así se puede juzgar, nadie tiene derecho para asegurarlo *á priori*, ni menos afirmar, sin haber efectuado trabajo técnico alguno, que la leishmania por nosotros encontrada sea la misma descrita por BRIGHT, hace diez años, con el nombre de «*Helcosoma tropicum*»; como tampoco—y por la misma razón—lo tuvo otro señor para afirmar que la leishmania encontrada en la Uta constituía una nueva especie, á la que bautizara, caprichosamente, con el nombre de «*Leishmania peruvianum*».

Por lo demás, el «efecto» que las sinceras declaraciones del Dr. MERKEL producen en nuestro ánimo no es otro que, el que se desprende de contemplar á un médico distinguido anticipándose á una probable confirmación de orden exclusivamente técnico.

Lima, Setiembre de 1913.

JULIO C. GASTIABURU. RAUL REBAGLIATI.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú, Decana de América

APUNTES SOBRE LA ENFERMEDAD DE CARRIÓN y

POR EL DOCTOR JULIAN ARCE



La geografía médica de la verruga peruana, dista mucho de ser completa. Los trabajos más recientes sobre esa enfermedad, dan á conocer nuevas zonas en que es endémica la verruga, demostrando así que existen, sin duda, otros lugares verrucógenos que permanecen aún ignorados. Tal sucede con las quebradas de *Hornillos y Chaucayan* de la provincia de Bolognesi, donde grasa la verruga y que no obstante de hallarse á poca distancia de la costa y ser relativamente traficadas, no figuran entre las zonas infectadas señaladas por el Sr. MAXIMO E. GOMEZ, en su importante tesis de bachiller, sobre la epidemiología de la enfermedad de Carrión, publicada el año pasado.

Desde 1890, conozco esas quebradas por las que he viajado en repetidas ocasiones, comprobando siempre en ellas la endemidad y virulencia de la verruga. De regreso á Lima en 1895, referí á mi amigo el Dr. ERNESTO ODRIOZOLA, los hechos que había observado y sobre los cuales le ofrecí dar una relación escrita, incluyendo la historia clínica de un enfermo de verruga que le envié de Pativilca y cuyo diagnóstico dió origen á encontradas opiniones. Una nueva ausencia de Lima, pocas semanas despues, me impidió cumplir ese ofrecimiento en tiempo oportuno, retardando hasta el año siguiente el envío de los datos pertinentes, circunstancia que impidió tambien al Dr. ODRIOZOLA, consignar en su obra clásica «*La Maladie de Carrion*», las noticias referentes á las quebradas de *Hornillos y Chaucayan*.

Como apesar del tiempo trascurrido, no se ha hecho mención alguna de esa zona verrucógena, ni he podido encontrar referencia á ella en las publicaciones anteriores á 1890, creo que es oportuno darla á conocer y á fin de conservar la fidelidad del relato, transcribo á continuación los párrafos correspondientes de la carta (cuyo borrador conservo), que dirigí al Dr. ODRIOZOLA, fechada en la hacienda Cayalti el 19 de setiembre de 1896.

«D. F. S. natural de Barranca, de 38 años de edad (el año 90), soltero, comerciante, de temperamento linfático-bilioso y constitución regular, ofrece entre sus antecedentes de familia los siguientes: padre muerto de neumonia, un hermano muerto de tuberculosis pulmonar, otro de viruela y dos más de fiebres graves, madre y cuatro hermanos vivos y sanos. Como antecedentes personales: paludismo en diversas ocasiones, de forma intermitente; blenorragia y últimamente, desde hace dos ó tres años, la verruga. Inicióse esta, segun referencias del enfermo, con el cortejo habitual de fiebre, dolores articulares y musculares, calambres, anemia, erupción, etc».

«A pesar del tiempo trascurrido, la erupción verrucosa, á que había llegado á acostumbrarse el enfermo hasta el punto de no prestarle atención, no había terminado por completo, apareciendo

de tiempo en tiempo los neoplasmas y desapareciendo enseguida. Esta marcha de la erupción prolongada y por brotes espaciados y sucesivos (hecho que he observado igualmente en el enfermo P. B. vecino y comerciante de Pativilca, cuya verruga contraída algunos años antes, en el mismo foco que la contrajo S, ha evolucionado también en erupción por etapas), se acompañaba en ocasiones de retorno de los síntomas dolorosos.

«Hacia el mes de julio de 1891, vióse precisado nuestro enfermo á emprender viaje rápido á la sierra (provincia de Cajatambo), teniendo que pasar para el efecto por las quebradas de *Hornillos y Chaucayan* situadas una á continuación de otra, á 12 y 14 leguas más á menos, del mar, respectivamente, en las que es endémica la verruga y en cuyo paraje había sido infectado años atrás.

«Saliendo de Pativilca, pueblo que está situado á un kilómetro del mar, por el camino que conduce á los pueblos de Cajacay, Marca, etc, de la provincia de Cajatambo, se encuentra á poca distancia, una quebrada, en cuyo fondo corre el río de la Fortaleza que desemboca en el mar, atravesando los terrenos de la parte norte de la hacienda «Paramonga».

«A distancia de cinco leguas, siguiendo la quebrada, se encuentra el diminuto pueblo de Huaricanga (comprensión del distrito de Pativilca), desde donde comienza á estrecharse fuertemente la quebrada y desde donde también empieza, según el dicho de antiguos moradores del lugar, la zona verrucógena.

«No existen sin embargo datos rigurosamente recojidos, que permitan señalar con precisión el punto de esa dilatada quebrada más próximo al mar, en que principia la zona peligrosa, resultando de aquí la diversidad de opiniones con que se tropieza, cuando se persigue una investigación formal.»

«Siguiendo río arriba la quebrada hasta siete leguas más allá de Huaricanga, se halla el punto denominado Shiguay, pequeña chacara de pastos, en la margen del río y á pocas cuerdas de *Hornillos* (chacarilla de pastos también). Aquí cesa la divergencia de opiniones en lo que se refiere á la zona de verrugas, estando todos de acuerdo en que á partir de Shiguay hacia arriba, la endemidad de la verruga no admite duda.»

«Si se continúa ascendiendo el cauce del río de la Fortaleza, cuyo origen arranca de la vertiente occidental de la Cordillera Negra, que separa el Callejón de Huaylas de la región de la costa, (1) se encuentra á dos leguas más ó menos de *Hornillos*, el pueblo de *Chaucayan*, asentado sobre la margen izquierda, en el fondo mismo de la quebrada, que en este punto forma una estrechísima garganta. Está perfectamente comprobado que *Chaucayan* se halla dentro de la zona de verrugas.»

«No existe igual certeza, respecto del límite superior de esa zona. Algunos creen que avanza hasta el pueblo de Raquí, en la sierra misma, á cuatro ó cinco leguas de *Chaucayan* y á una ó dos leguas de Cajacay, pueblo asentado sobre un cerro á dos mil metros, más ó menos, sobre el nivel del mar. Lo que puede afirmarse es, que en Cajacay no existe la verruga; los casos de esta enfermedad que allí se ven, son originarios de la quebrada.»

(1) A. Raimondi. — «El Perú». — tomo II, pag. 38.

«Con todo y repitiendo lo que poco antes he dicho, todas estas afirmaciones exigen comprobación científica rigurosa. Queda así demostrado un hecho y es la existencia de una zona verrucógena que hasta hoy, parece, no ha llamado la atención».

«Como el comercio de Pativilca vive principalmente de la transacciones con los pueblos del interior que llevo nombrados, es fácil darse cuenta de la presencia de la verruga en la mayoría de los habitantes de esa localidad, que, ya por una causa ú otra, han tenido que atravesar ó permanecer un tiempo más ó menos largo en la quebrada infectada. Yo he pasado varias veces por ella en viaje á Cajacay. (1)».

«El rio de la Fortaleza, ó de la quebrada, como se le denomina corrientemente por esos lugares, pertenece á la categoría de los llamados ríos secos. Durante una época del año su caudal de agua no alcanza á llegar hasta el mar y solo durante la estación de lluvias en la sierra, se llena su cauce, aumentando considerablemente en anchura y profundidad y haciendose torrentoso en ciertos parajes. Oscilando su caudal con el empuje de cada avenida varían notablemente sus condiciones no solo de un día á otro sino en las diversas horas del mismo día, sucediéndose frecuentemente en esas épocas, que es vadeable por ejemplo en la mañana y deja de serlo en la tarde ó vice versa, traduciendo de este modo la desigual intensidad de las lluvias en las alturas. Se concibe que con estas continuas variaciones de nivel, existan siempre en las diversas chacaritas que limitan sus orillas en todo su largo trayecto, inclusive los pequeños pueblos que he nombrado, terrenos alternativamente inundados y secos, en todos los grados de humedad posibles, coincidiendo con un calor intenso y una atmósfera húmeda (particularmente en las primeras horas del día), que no mueve la más ligera brisa. Si á esto se agrega, lo montuoso de esos terrenos, llenos de restos animales y vegetales de toda especie, se puede formar idea del sinnúmero de organismos patógenos que pululan en esas regiones. Pero entre todos hay dos, sin duda, que benefician más de esas condiciones para su desarrollo, multiplicación y virulencia, que son: el hematozoario del paludismo y el, quien sabe si tambien, hematozoario de la verruga. Ambos exteriorizan su presencia y su actividad exaltada, por las formas más graves de la malaria y por las formas más graves tambien de la enfermedad de Curcion (fiebre de la Oroya), presentandose casos en que actúan ambos á la vez, sin influenciarse desfavorablemente uno á otro. El caso que relato y que para mejor apreciación de los hechos he extendido demasiado con los datos que dejo apuntados, demuestra á mi juicio, lo que acabo de decir».

«S. verificó su viaje por la quebrada con bastante rapidez y despues de corta permanencia en la sierra, regresó por el mismo camino, sufriendo durante el trayecto fuertes lluvias y otras penalidades inherentes á la manera como hizo el viaje, conduciendo personalmente un lote de ganado vacuno de su propiedad, circunstancia que lo obligó á permanecer en la quebrada de Hornillos más tiempo que en el viaje de ida y á sufrir accidentes como el que le ocurrió la noche anterior á su llegada á Pativilca, que encontrandose durmiendo en el mismo potrero en que pastaba su ga-

(1) Este lugar ofrece un clima bastante saludable y benéfico á los enfermos de tuberculosis pulmonar, especialmente á los que se hallan en los primeros periodos de la infección.

nado se despertó en la madrugada con las ropas mojadas por el agua con que habían regado el potrero durante la noche.

«Algunos días después de estos sucesos y cuando parecía S. re- puesto de las fatigas del viaje, fué acometido de violento calofrío, seguido de fiebre alta, cefalalgia, náuseas, vértigos, quebrantamiento y postración; lengua saburrosa, sed ardiente, hígado y bazo infartados, orina concentrada, febril.»

«En presencia de estos síntomas y no pudiendo yo decidir por el momento si lo que veía era una violenta intoxicación malarica ó una reviviscencia verrucosa aguda, prescribí el primer día un purgante salino: citrato de magnesia, que no produjo el efecto deseado, por lo que prescribí al siguiente día: calomel un gramo en cinco papeles, uno cada dos horas y 0'5 grms. de sulfato de quinina para tomar en la noche. Apesar de esto la fiebre continuó subiendo: 40° á 40°5; al mismo tiempo el vértigo se hacía cada vez más pronunciado, habiendo sucedido que al sentarse el enfermo en el borde de la cama para descender á efectuar una cámara, perdió la cabeza y se desplomó, felizmente sin hacerse daño, encontrándolo la familia en cuatro pies en el suelo sin poder incorporarse por sí solo.»

«Resolví, pues, al tercer día, emprender un tratamiento que si bien no podía ser causal (puesto que mis dudas persistían), se dirigiese sin embargo á combatir el caracter y naturaleza del proceso patológico. Se trataba de una infección grave cuyos signos específicos no se delineaban aún con claridad, pero cuyos estragos se palpaban visiblemente. Bajo el ligero tinte sub-ictérico que ofrecía el enfermo, se distinguía anemia marcada, de marcha progresiva, con temperatura cada vez más elevada, agitación, subdelirio, dolores contusivos en el tronco y miembros y cefalalgia. Se debía pues contrarrestar primero la destrucción y desasimulación rápida que aniquilaban al paciente y luego disminuir la temperatura, favoreciendo al mismo tiempo la eliminación de los restos orgánicos y demás productos tóxicos que circulaban en la sangre ó se acumulaban en los tejidos, sin dejar por esto de insistir todavía en el tratamiento antimalárico á fin de precisar más, según su resultado, el diagnóstico hasta entonces dudoso. En conformidad con estas ideas prescribí extracto blando de quina con tintura de canela en poción de Todd por cucharadas, alternando con otra poción de benzoato de soda y tintura de acónito; además, un gramo de sulfato de quinina en dos partes á ocho horas de intervalo; defensivos *loco dolenti* de vinagre de Bully para combatir la cefalalgia y por último como régimen alimenticio: leche, caldo y panetela.»

«Dos días después de este tratamiento el estado del enfermo lejos de mejorar era más serio, manteniéndose la temperatura entre 40° y 40°5; adicione entonces dos gramos de antipirina á la poción de benzoato de soda, no obstante lo cual la fiebre llegó á alcanzar á las 7 h. p. m. del día siguiente, hasta 41° con gran agitación, delirio y vómitos. Temiendo que las dosis de quinina que ingería diariamente el enfermo no hubiesen sido absorbidas en su totalidad y deseando descartar de una vez la posibilidad de la infección palúdica, practiqué inmediatamente una inyección hipodérmica de un gramo de bicloruro de quinina, continuando en el resto de la noche

el tratamiento indicado. A la mañana siguiente el cuadro clínico había cambiado por completo: la temperatura era de 37°, la piel estaba húmeda y el enfermo acusaba bienestar marcado, aunque se sentía muy débil y no podía permanecer sentado á causa del vértigo.

«A partir de este día continuó sin interrupción la mejoría, aunque lentamente, quedando cierto malestar intermitente con tendencia á la periodicidad, acompañado de anemia, debilidad y gran irritabilidad del sistema nervioso. El tratamiento continuó también sobre la base de la medicación quínica, asociada al regimen tónico y fortificante. Aconsejé además al enfermo, que cambiase de clima por algunos meses».

«Poco tiempo despues de los hechos que acabo de narrar, me mostró S. en el dorso de las manos, varias verrugas perfectamente típicas. Como mis atenciones profesionales no me permitían permanecer constantemente en Pativilca, no podia ver á S. mas de dos veces por semana. Es muy probable por consiguiente, que la erupción verrucosa datara de algunos días dado el tamaño que tenían los botoncitos, cuya aparición no había llamado la atención del enfermo para quien no constituían sino un fenómeno banal. Esta indiferencia por la erupción despues que ha pasado el periodo de fiebre y dolores, es muy común en los enfermos, que continúan entregados á sus ocupaciones y hábitos ordinarios sin tomar ningun cuidado. Los botones verrucosos de S. alcanzaron el tamaño de granos de lenteja y en seguida retrogradaron hasta desaparecer por completo».

«Pero el estado del enfermo no era satisfactorio; se percibía á primera vista el sufrimiento físico y moral que lo agobiaba y que había cambiado por completo su carácter, antes afable y alegre. Vivía casi aislado en su establecimiento de comercio del que no queria apartarse ni una hora, le disgustaba el trato aún de sus parientes más cercanos y era presa de la más violenta irascibilidad por los motivos más nimios. Es verdad que, coincidiendo con su enfermedad, le habían sobrevenido quebrantos económicos y disgustos de familia, pero antes los había sufrido mayores sin experimentar cambio alguno. Por esta época, comenzó á quejarse de dolor intenso y gravativo en la parte media de la frente, hacia la raíz de la nariz. Al principio intermitente, el dolor se hizo despues continuo y rebelde al tratamiento, exacerbando así los sufrimientos morales del enfermo. La acción de las drogas que le prescribí no produjo mas efecto que atenuar transitoriamente el dolor, sin extinguirlo por completo. Alarmado por el estado de S. cuya asistencia se hacia cada vez mas difícil por lo indómito de su caracter, solicité en los primeros meses de 1892, una consulta con el Dr. SEGUN de Supe, que lo había asistido en ocasiones anteriores. Mi colega confirmó mis temores y opinó por la traslación del enfermo á Lima, consejo que éste, desgraciadamente, no quiso seguir».

«La explicación que yó daba á la intensidad, rebeldía y localización, del dolor que aquejaba á S. y que aparte del ligero tinte anémico que presentaba, constituía la manifestación mas ostensible de su enfermedad, era que simultánea y consecutivamente á la erupción verrucosa de las manos se efectuaba también un brote ó trabajo eruptivo en la membrana de los senos frontales, que irritaba los filetes terminales de la rama nasal del oftálmico de WILLIS.

Se trataba en efecto, de un verrucoso con erupción difícil, trabajosa y por etapas, que acababa de presentar, despues de una fiebre grave que había actuado á la manera de fuetazo, nueva eclosión de verrugas, verdadera reviviscencia de lo que se podía llamar la *verruca latente*; no era pues tan aventurado relacionar el dolor frontal con la verruga. Hacia esta época (segundo trimestre del 92), me avisó un día el enfermo que desde la noche anterior sentía unos granitos en el paladar; examinada la region se veía, en efecto, tres vesículas pequeñas, llenas de sangre negra como coagulada, en la parte media de la bóveda palatina; dichas vesículas se destacaban de la superficie de la mucosa que presentaba por lo demás sus caracteres normales. Estos tumorcillos (verruca miliar?), desaparecieron algun tiempo despues. Tuve ocasión de ver tambien, por entonces, que cuando el enfermo se sonaba con fuerza, arrojaba cóagulos sanguíneos, que por su forma y dimensiones parecían proceder de los senos frontales».

«En estas condiciones de salud tan desfavorables, encontré á S. la epidemia de influenza que apareció en Pativilca en los primeros días de agosto del 92. Atacado por la enfermedad al mismo tiempo que yó, se vió privado de asistencia médica hasta el mes siguiente en que pude examinarlo, encontrandole un derrame pleural izquierdo. La grippe de que había sufrido, fué de forma torácica con hemoptisis. Practicando la auscultación del corazón comprobé, igualmente, la existencia de un soplo sistólico intenso en la base que yó juzgué anémico, recordando el que había percibido meses antes. Encontré tambien que el hígado estaba muy aumentado de volúmen y sensible á la presión. La situación del enfermo era pues sumamente delicada y así se lo hice entender, instandolo para que se trasladase á Lima. En esta vez mi consejo fué atendido y S. emprendió el viaje, no sin expresarme antes su desaliento y pesimismo. Un detalle último: S. fue conducido al puerto de Supe en silla de manos, pero en ese lugar no quizo aceptar ayuda, embarcándose tranquilamente hasta llegar á su camarote».

«Notará Ud. que me inclino á pensar de diferente manera á aquella en que me expresé el año pasado, cuando hablé con Ud. en esa, acerca de este enfermo. Creo efectivamente, ahora, despues de haber precisado mis recuerdos, que la fiebre grave que sufrió S. fué mas bien una intoxicación palúdica y no fiebre de la Oroya. Tanto el tratamiento que conjuró la fiebre, como la elevada temperatura que ésta alcanzó y que creo no común y rápidamente fatal en la fiebre de la Oroya, demuestran la naturaleza palúdica de esa pirexia, que evolucionó en terreno verrucoso, sin estorbar el desarrollo ulterior de la verruga, ni menos destruir por la concurrencia vital de su gérmen, al de la enfermedad de Carrión. Al contrario, parece mas bien que la infección malarica hubiese abonado el terreno, para que germinase nuevamente y con vigor la semilla preexistente».

«Pero lo mas importante que hay en este caso para mí, es la terminación que el tuvo. En efecto, según mis informes, que Ud ha tenido la bondad de confirmar, S. llegó á Lima con todos los síntomas de doble lesión valvular del corazón: mitral y aortica (insuficiencia), y murió poco tiempo despues en plena asistolia. ¿Cual fué la naturaleza de esa lesión cardiaca? ¿Cual la causa de tan vio-

lenta y fatal cardiopatía? ¿Fue ella tan solo la manifestación del proceso evolutivo, de alguna de aquellas grandes entidades patológicas que se denominan: artritis, herpetismo, etc. ó fue el resultado de la localización accidental de una infección? Yo creo, por los pocos datos de la historia patológica de S. que conozco, que la mejor explicación de los hechos es la hipótesis de la infección. I si es verdad que no hay pruebas decisivas en favor de esta opinión, hay que reconocer que es más admisible y más clínico, relacionar la lesión cardíaca á la evolución de la verruga visceral. No ignoro que la gripe repercute intensamente sobre el aparato cardio-vascular, pero según HUCHARD, su acción se ejerce de preferencia sobre la innervación del corazón. ¿Porque no admitir, entonces, que, descartando la gripe que sufrió S. en los últimos meses de su vida, la verruga haya evolucionado lenta é insidiosamente en el corazón, sin despertar trastornos sensibles, por la misma lentitud del trabajo de neoformación que permitía la adaptación gradual del órgano, hasta el momento en que la intervención fatal de la gripe, habría destruido ese equilibrio provisional, sacudiendo fuertemente el organismo y agotando sus últimas energías? No encuentro ninguna imposibilidad clínica, ni anatómica, que se oponga á esa hipótesis.

«Parece, sin embargo, si he de juzgar por los informes que en aquella época recibí, que uno de los médicos que asistió á S. declaró enfáticamente á los deudos del enfermo, que no solo no sufría este de verrugas, sino que jamás había tenido esa enfermedad, afirmación que solo puede explicarse por la ignorancia de ese colega, respecto á la existencia de una zona de verruga endémica en las quebradas de Hornillos y Chaucayán, que había frecuentado el enfermo».

El Dr. ODRIÓZOLA al referirse á este caso en su obra, acepta la opinión de la naturaleza verrucosa de la lesión cardíaca de S. No es mi ánimo, insistir ahora sobre este punto, cuya solución solo la habría dado la autopsia, pero si voy á agregar algunas consideraciones que tienen relación con los hechos apuntados y que juzgo oportunas.

La verruga toca el corazón, tanto en su forma de fiebre grave, como en su forma eruptiva, franca. En la primera, se observa casi desde el principio, latidos violentos del corazón que sacuden la pared torácica y aun la abdominal simulando latidos epigástricos; hay taquicardia considerable que no guarda relación con la temperatura; los gruesos vasos del cuello se agitan con violencia y rapidez, llamando desde el primer momento la atención; el latido del arco aórtico, se hace visible, sacudiendo vivamente el hoyo supra esternal; la palpación localiza la punta del corazón en el 4º espacio intercostal por encima del mamelon y descubre «thrill» sistólico en la región precordial, en la aorta y gruesos vasos del cuello. A este «thrill» corresponde un soplo igualmente sistólico, cuya intensidad, timbre y extensión, varían con la evolución de la enfermedad. En ocasiones hay arritmia cardíaca por extra sistoles, apreciables en el pulso radial que es blando y fácilmente depresible. El enfermo sufre de disnea intensa, que acusa el movimiento rápido de las alas de la nariz y que se exajera con el menor esfuerzo; basta el simple cambio de posición en la cama, el exámen médico, el interrogatorio, para aniquilar las pocas energías del paciente, exacerbando sus

sufrimientos. A estos síntomas se agregan mas tarde, otros igualmente sugestivos, como edemas, ascitis, en una palabra, anasarca mas ó menos marcada.

Es verdad que todos estos trastornos se observan en las anemias graves, tanto en las que pueden llamarse primarias como en las secundarias, pero no se puede dejar de pensar en presencia de cuadro clínico semejante, que hay algo mas que la simple deficiencia del líquido hemático y que en la fiebre grave de Carrión de marcha tan rápida y perniciosa, hay, al lado de los trastornos funcionales del corazón, lesiones degenerativas agudas, dependientes, a la vez que de alteraciones nutritivas, de fenómenos tóxicos, susceptibles de producir pancarditis. La autopsia demuestra, en efecto, lesiones del endocardio, especialmente en su porción valvular, como erosiones, engrosamientos ó vejetaciones pequeñísimas; el miocardio está flácido, pálido y como adelgazado, el epicardio presentaba en un último caso que he visto, puntitos rojos en ambas caras del corazón. Se puede pues afirmar que en la fiebre grave de Carrión, el germen patógeno lesiona el corazón, no solo por la anemia violenta que produce sino tambien por su acción tóxica directa.

En la verruga eruptiva, los fenómenos clínicos cardíacos existen aunque atenuados, pero en cambio la anatomía patológica demuestra la localización de la erupción en el endocardio, miocardio y pericardio.

Otro punto sobre el que deseo llamar la atención, es la frecuencia relativa de las pleuresías con derrame en la enfermedad de Carrión, sobre todo en la forma eruptiva. He visto ya varios casos de esta naturaleza y ultimamente he asistido en mi servicio del hospital «Dos de Mayo», á un enfermo que ha presentado dos brotes sucesivos perfectamente definidos, acompañados cada uno de pleuresia con derrame, del lado derecho el primero (nodular) y del izquierdo el segundo (miliar). La ascitis, es asimismo frecuente y sugiere la idea de que estos derrames tienen relación con la erupción, con el mismo título que el edema de los miembros que precede y acompaña el brote verrucoso.

Entre los síntomas más constantes de la enfermedad de Carrión en sus dos formas, debe considerarse el infarto ganglionar *generalizado*, cuya importancia y valor diagnóstico, son, á mi juicio, incontestables. Yo no he encontrado todavía un caso de verruga eruptiva ó de fiebre grave, que no presente ese síntoma desde el primer exámen, persistiendo durante la evolución de la enfermedad, lo que demuestra su caracter especial de *poliadenitis verrucosa*.

Antes de terminar estos apuntes, quiero tratar de un punto sumamente importante y á la vez muy difícil, que presenta el estudio de las dos formas clásicas de la enfermedad de Carrión. Me refiero á la determinación clínica precisa de la verruga eruptiva y de la fiebre grave, que varía según el concepto personal del observador y que impide hasta el presente, la uniformidad de criterio indispensable para armonizar los resultados adquiridos en los últimos años, sobre tan interesante tema de la patología nacional. Todos estan de acuerdo, sin duda, en que existen dos formas de esa enfermedad, pero difieren en lo que debe entenderse clínicamente por fiebre grave de Carrión. Así, para algunos esta última es la fiebre que precede á la erupción, en tanto que para otros, es un síndrome enteramen-

te definido, con su historia anatomo-clínica propia; de esta diversidad de concepto, nacen apreciaciones igualmente variadas, acerca de la frecuencia, pronóstico y tratamiento de fiebre grave, que hacen imposible toda comparación. Creo que ha llegado el momento de unificar las opiniones, estableciendo el verdadero concepto clínico de la forma grave de la verruga, á fin de llegar á conclusiones prácticas. Tal es el objeto que me propongo al someter á la consideración de la profesión en general, la opinión que yo protejo y que ofrezco como punto de partida de la discusión.

En mi tesis de doctor presentada el año 1889, al ocuparme de las dos formas de la enfermedad de Carrión, me expreso así: «Antes de pasar al estudio del diagnóstico, voy á permitirme decir dos palabras, acerca de la opinión emitida por algunos facultativos, respecto de la verruga eruptiva y de la fiebre de la Oroya. Se cree, que estas dos afecciones no son sino dos periodos de una misma enfermedad, es decir, que la fiebre de la Oroya no es sino el periodo de invasión, el periodo de fiebre amenizante de la verruga eruptiva. Esta apreciación de los hechos nos parece completamente equivocada. En efecto, las historias clínicas que nos sirven de estudio, manifiestan claramente que, en los cuatro individuos á que se refieren, la fiebre de la Oroya ha sido *fiebre de la Oroya* desde el principio; que su sintomatología y marcha han presentado, desde el primer momento de la invasión, un carácter de gravedad y acuidad tal, como no se encuentra nunca, que yo sepa, en la verruga eruptiva. Pasa entre la fiebre de la Oroya y la verruga, lo que, tratándose de la malaria, ocurre entre la perniciosa y la intermitente terciana. Ambas son expresiones de una sola entidad morbosa: la infección palúdica, pero, al mismo tiempo, son tambien dos formas diferentes. A nadie se le habrá ocurrido decir que la perniciosa es el periodo de invasión de la intermitente, ni viceversa. I si alguna vez la *perniciosa* mediante el tratamiento, en lugar de curarse por completo, se transforma en *terciana*, ó sí al contrario una *intermitente*, por falta de tratamiento etc, se transforma en *perniciosa*, esto no quiere decir, absolutamente, que ellas sean dos periodos de una morbois... Lo mismo sucede en el caso que tratamos. Si alguna vez la verruga se *transforma* en fiebre de la Oroya, ó *esta* en *aquella*, esto jamas podrá demostrar ó indicar, que ellas son dos periodos de la enfermedad de Carrión; la *una* es intoxicación lenta, crónica, atenuada si se quiere, la otra es intoxicación rápida, intensa, aguda. Hay, pues, como se vé, una gran diferencia».

Mutatis mutandis, esta opinión conserva toda su exactitud y aun en el terreno patógeno es posible el simil con las especies benigna y maligna de la malaria. Ahora bien ¿cuales son los caracteres clínicos que distinguen la fiebre grave de la verruga eruptiva benigna y permiten hacer el diagnóstico en todos los casos?

La fiebre grave de Carrión, que solo se presenta en individuos procedentes de lugares verrucógenos, se caracteriza: 1º por anemia violenta, aguda y perniciosa, de tipo megaloblástico y valor globular aumentado; 2º por la presencia en la sangre de los cuerpos endogobulares de Barton, cuya naturaleza y significación patógena estan aun por dilucidar; 3º por poliadenitis bien marcada é indolente; 4º por fiebre de tipo variable; 5º por dolores oseos, articu-

lares y musculares; 6° por la aparición precoz de vértigo, náusea, vómito, ansiedad epigástrica, agitación, subdelirio, fatiga y anonadamiento profundo; 7° por edemas y derrames mas ó menos marcados; y 8° por conatos de erupción ó brotes escasos é incipientes, que se marchitan pronto y que confirman la naturaleza verrucosa de la enfermedad.

Anatómicamente, la lesión constante, *sine quanon* de la fiebre grave, se halla en la médula ósea convertida totalmente en médula roja. «La parte principal del drama malárico, dice el Prof. MANSON, se realiza en el bazo, hígado, médula ósea, cerebro, etc, y no en la circulación general». (1) Parodiando á tan insigne maestro, yo digo: *La parte principal del drama verrucoso, tiene lugar en la médula ósea y no en la circulación general.* A la lesión medular se agrega, la anemia general, infarto considerable de los ganglios linfáticos internos y externos, aumento de volumen del hígado, infarctus en los parenquimas, etc.

La fiebre grave tiene pues su personalidad anatomo-clinica, perfectamente distinguible de la forma benigna, cuyo periodo febril no tiene nunca la acuidad y perniciosidad que en aquella y cuya marcha, aun en los casos mas intensos, es siempre lenta y prolongada, lo que permite al enfermo soportar su anemia en condiciones enteramente distintas de aquellas tan dramáticas y características de la fiebre grave. La anemia del enfermo en este último caso, es de tal modo intensa y singular, que el diagnóstico se impone desde el primer momento y basta el examen de una laminilla de sangre coloreada con el Giemsa, para establecer definitivamente el diagnóstico.

Al ocuparme de la anemia en mi tesis ya citada, digo lo siguiente: «Uno de los síntomas mas notables y característicos de la enfermedad de Carrión en sus dos formas y principalmente en la que estudiamos, síntoma que domina y resalta en primera línea en el cuadro mórbido, sobre todo en las épocas mas avanzadas del mal, es la anemia. Pero la anemia en su forma mas grave, verdadera carencia por destrucción de glóbulos rojos, anemia globular pura». Esta hipótesis de la causa de la anemia de Carrión, que la hace depender de un proceso destructor de glóbulos rojos, no expresa, sin duda, sino uno de los factores que intervienen en su producción. «Las anemias, dice ALLBUTT, (2) pueden dividirse en las siguientes clases: 1° aquellas debidas al consumo acelerado de la sangre; 2° aquellas en que la renovación de la sangre es lenta, ya á causa de insuficiente aporte nutritivo, ya por algun defecto del mecanismo formador de la sangre; 3° aquellas en que interviene algun agente hemolítico; y 4° aquellas en las cuales las causas son multiples. A esta última clase pertenece, probablemente, la anemia de Carrión. Se puede suponer, en efecto, con visos de probabilidad, que el germen de la verruga vive en el interior y á expensas del glóbulo rojo y que, á semejanza de lo que ocurre en la malaria, la evolución del parásito produce en determinado momento la muerte del eritrocito que lo contiene. Según sea el número de glóbulos infectados ó destruidos, así será el grado de la anemia. Que hay destrucción de eritrocitos en la fiebre grave parece evidente, no solo por la disminución persistente y violenta de aquellos, sino tambien por la disminución de la cantidad de sangre del

(1) Tropical Diseases.—London—pag. 85.

(2) Allbutt.—System of Medicine—vol. V.— pag. 682.

enfermo, apreciable cuando se pica la piel del dedo para hacer una preparación, en cuyo caso la sangre, que es delgada y acuosa, no fluye facilmente. *Post mortem*, se observa, igualmente, la escasez de sangre en todos los órganos y tejidos. Desde luego, se podría comprobar la hipótesis de la infección verrucosa endoglobular, inoculando animales susceptibles, con glóbulos rojos libres de plasma, tomados de enfermos de fiebre grave. Pero si la anemia de la enfermedad de Carrión solo tuviese como causa la destrucción globular por el parásito (según BIFFI el suero sanguíneo no tiene propiedades hemolíticas), es casi seguro que, al igual de lo que pasa en la malaria, las pérdidas serían prontamente reparadas por la potencia hemogenética fisiológica activa y latente (ó de reserva) de la médula osea y demás órganos hemopoiéticos. Pero no sucede así, al contrario, las pérdidas son cada vez más fuertes y las alteraciones de la sangre y de la médula osea, revelan que el germen de la verruga ataca desde los primeros momentos, la función y órganos hemogenéticos. En efecto, tanto unas como otras demuestran que la médula osea ha retrogradado casi en su totalidad al estado fetal, dando nacimiento á formas globulares ancestrales y á elementos juvenes, inmaduros, frágiles, condenados á morir rapidamente, sin poder llenar, durante su efímera existencia, las delicadas y vitales funciones encomendadas á los elementos figurados de la sangre. El golpe de gracia ha sido dirigido sobre la médula osea y de esta localización derivan, en gran parte, las manifestaciones patológicas que caracterizan la fiebre grave. Hay, sin duda, otros factores que influyen en el curso y terminación de la enfermedad, pero puede decirse que son secundarios y dependientes, hasta cierto punto, del resultado de la acción directa del germen sobre la médula osea.

Mucho podría avanzarse en el estudio de este punto, investigando, como se ha hecho en el paludismo, el sitio ó órgano donde se efectúa la destrucción globular y el almacenamiento de los restos celulares que ella deja, cuyos datos arrojarían mucha luz sobre la patología y anatomía patológica de la enfermedad de Carrión.

El examen de la sangre en todo caso de anemia intensa y febril, con infarto ganglionar generalizado, procedente de lugares donde es endémica la verruga, es absolutamente indispensable y urgente. El cuadro hematológico de la fiebre grave es característico y no existe en ninguna otra enfermedad. Es, en pocas palabras, *la reproducción del cuadro de la anemia perniciosa avanzada, mas la presencia de los cuerpos endoglobulares de Barton*, en número más ó menos considerable, caracteres que, en conjunto, constituyen el criterio diagnóstico decisivo en los casos clínicamente dudosos y que permiten, con los síntomas ya indicados, diferenciar la fiebre grave de Carrión, no solo de las anemias graves de origen parasitario, sino también de la forma eruptiva franca de la verruga.

Ahora bien ¿esta individualidad anatomo-clínica de la fiebre grave es simplemente cuestión de grado ó justifica la independencia etiológica de las dos formas clásicas de la enfermedad de Carrión? Es decir ¿hay varias especies del germen de la verruga, como pasa con el de la malaria? A la verdad que la hipótesis es tentadora y que no faltan argumentos, que aducir en su favor, como no faltan en su contra. Se asegura que hay zonas verrucosas donde no existe ó es muy rara la fiebre grave de Carrión. Si este hecho epidemiológico fuera exacto, sería un argumento poderoso en pró de esa hi-

pótesis. De todos modos, es bueno tener presente la posibilidad de esa nueva analogía entre la verruga y la malaria.

Deliberadamente, no toco el punto referente á la intervención de las bacterias encontradas en la sangre de enfermos de fiebre grave, en la marcha y terminación de esta forma de la enfermedad de Carrion, porque mi objeto es, unicamente, ofrecer una fórmula clínica, que permita el diagnóstico rápido y seguro de la fiebre grave y basta, á mi juicio, con la que propongo, para alcanzar ese fin.

Las ALBUMINURIAS en la ENFERMEDAD de CARRION

POR SANTIAGO ORTEGA PIMENTEL

(Continuación)

Pero tampoco hallamos en ellos—nos referimos á nuestros enfermos—nada que indicase las manifestaciones reveladoras de una aplasia arterial. Verdad que ha habido en ellos la postración propia producida por la enfermedad y en alguno de éstos la contextura y complexión inherente á cierta clase social, en la que la proporción del trabajo y de las fatigas consiguientes, es superior al supuesto que le produce una alimentación y confort deficientes; pero nunca el tipo de los sujetos aplasio-arteriales; sujetos delgados pero no infantiles; por el contrario, hombres de ruda labor y de regular corpulencia que confiesan haber sido poseedores de sanas y completas energías.

Hasta podemos eliminar una causa ó mejor dicho un estado que pueda traer un trastorno renal: es el estado grávido, el embarazo. I decimos que podemos eliminar esta causa porque algunos de nuestros casos clínicos fueron abservados en mujeres y en quienes no habían ni señales ni datos que pudieran servir para enumerarlas entre las gravidicas. Aun cuando poseían la edad y el desarrollo suficientes para ser fecundadas, ninguna acusaba sentirse embarazada. No solo inquirimos un posible y coexistente embarazo sino que averiguamos si ninguna de ellas—á quienes podía hacerse el interrogatorio en esa forma y en ese sentido, por haber tenido hijos—había poseido en sus respectivas preñeces los síntomas probables y reveladores de una albuminuria gravidica. Las respuestas fueron completamente negativas. De modo que podíamos partir de riñones en que, tratandose de mujeres, ni aun en esa forma podían haberse lesionado anteriormente.

La causa productora de estas albuminurias en la FIEBRE DE CARRION queremos hallarla en el grupo de las intoxicaciones que son producidas por sustancias que eliminándose por los riñones, dan lugar á las lesiones de origen toxi-infeccioso de esos órganos. La clínica, la experimentación, los estudios profundos y detallados que se han hecho para ver el grado á que pueden llegar las modificaciones sufridas por el organismo, bajo el peso de lo que se ha convenido en llamar las auto-intoxicaciones, han llegado á consignar entre las conclusiones de más valía, las que sufre el riñón por la necesidad obligada y forzosa á arrojar por sí de la sangre, todo lo que de dañosa encierra en su conjunto, venciendo unas veces el órgano, en otras, siendo vencido.

aumento en su tasa normal de ciertos principios propios á su constitución y su ser ¿qué no sucederá cuando no es el aumento de proporción de elementos propios, sino la intromisión de elementos nuevos, extraños y en abundancia en la sangre? El hecho de que el riñón se mortifique cuando se le hace trabajar con elementos desconocidos, y en tasa elevada, nos demuestra que forzosamente tendrá que sufrir en una enfermedad en la que se le obliga á poner en liberación sustancias nocivas elaboradas merced á su desenvolvimiento complejo.

El aceptar como una infección nuestra fiebre grave nos obliga á aceptar junto con ella la posibilidad de que se produzcan trastornos á nivel del riñón.

En efecto, ciertas enfermedades entre ellas la fiebre tifoidea, la pneumonia, la estreptococia, la escarlatina y otras más, cada una en su papel, producen á nivel del riñón lesiones que producen ciertas veces trastornos ligeros en él; pero que pueden llegar en otras hasta constituir verdadera nefritis, lo que ha dado margen á que los tratadistas no se contenten con señalarlas vulgarmente entre las complicaciones de esas enfermedades; sino que las han querido dar su papel notorio y señalado, formando con ellas un grupo de nefritis en las que, personificándolas, las han bautizado, como lo han hecho de manera correcta y completa, con los nombres de nefritis, pneumónica, estreptocócica, escarlatinica, etc.

Nosotros queremos admitir, con los que ya lo admiten, aun cuando no se haya señalado rotundamente el germen de la fiebre grave de Carrión, de que hay evidentemente un micro-organismo productor de la fiebre grave, que está circulante en la sangre y que por sí es susceptible de producir un cierto cortejo de complicaciones que son capaces de otorgar otros gérmenes, que como el de la fiebre grave de Carrión, pululan en la sangre.

Veamos primeramente cual es el papel patógeno de los microbios y de sus toxinas en las lesiones renales. Fueron los trabajos de KANNEMBERG y BOUCHARD quienes en 1881 llegaban á probar por experimentaciones cuidadosas á la par que laboriosísimas las eliminaciones microbianas por las orinas y á incriminar la acción directamente nociva de los gérmenes sobre el filtro renal. Eran hechas estas observaciones con el objeto de comprobar las primeras investigaciones bacteriológicas realizadas que venían á sentar, como principio, la posibilidad de que los microbios fueran capaces de producir trastornos renales infecciosos.

No quedaron los estudios ahí, sino que se fué hasta estudiar y descubrir las toxinas microbianas, haciéndose investigaciones experimentales y llegando con sus conclusiones á admitir el formar una categoría, un grupo aparte, el de las nefritis infecciosas, que forman división distinta con las que hasta ese entonces estaba englobada en el de las nefritis tóxicas.

En las afecciones microbianas agudas tenemos que admitir ó que el germen que pululaba en la sangre vaya á mortificar el riñón con su presencia á nivel de él ó que solo sea su toxina.

Hay enfermedades en las que son los micro-organismos los que acarreados por la sangre van hasta las últimas ramificaciones de los vasos en la malla renal y pasan á través del riñón para ser

expelidos al exterior. Las demostraciones de estos hechos están confirmadas por las investigaciones de PONFÍK, LANGERHANS; WISOKOWITSCH. Aun más BIELD y KRAUS han ido aún hasta recojer de la orina, sorprendida al traves de los uréteres, los microbios que habían sido inyectados en las venas cinco ó diez minutos antes, permaneciendo en algunos casos la orina clara normal y albuminosa; y VON KLEKI llegó hasta admitir la constancia de la bacteriuria cuando haya septicemia, llegando á afirmar de cuando no se hace constar la presencia de bacterias en las orinas es porque la sangre no las contienen en la circulación; y es SITTMANN quien admite que pueden suceder estos fenómenos queriendo que no se considere como un mito el que los gérmenes no puedan pasar impunemente al través del riñón sin dejar huellas que revelen una perturbación en el funcionamiento renal.

Existen otras afecciones en las que el agente patógeno no invade las vías sanguíneas y son sólo sus toxinas las que vaciándose en el torrente circulatorio van á producir la multitud de fenómenos que vienen á tener por resultante la reacción del organismo á esa infección. En este caso las toxinas son depuradas por los órganos que se encargan de ello, especialmente por el hígado, y todo aquello que no ha podido caer bajo la acción neutralizadora del organismo—y que á despecho de las defensas no logra ser destruido—puede ir fatalmente á lesionar el emuntorio renal.

Esto es cuanto se refiere á los ataques sufridos por gérmenes de origen vegetal y pertenecientes á una flora: la bacteriana; pero el riñón no deja de sufrir menos en las enfermedades producidas por gérmenes de origen animal y vemos que frente á una infección protozoárica, como lo es la palúdica no lo es el riñón quien puede permanecer indemne ante el funcionamiento excesivo y recargado que tiene que desplegar frente á la invasión de la sangre por semejante germen, pues, en la infección malárica tiene el riñón que eliminar una orina que posee un coeficiente urotóxico que varía ya sea al principio del ataque ó después de él. Esas crisis urotóxicas que eliminan á veces todos los principios acumulados durante los días de enfermedad, tienen su coeficiente aumentado no solo en el periodo de crisis, como lo probó BACELLI, sino aun en los periodos de apirexia en los que aumenta en la proporción de una á cinco.

Para corroborar estas verdades no tendríamos sino señalar lo que EWING nos habla y nos indica de que en el sujeto, muerto á consecuencia de un ataque de paludismo, se hallan por lo general los riñones fuertemente congestionados y con modificaciones periféricas de su integridad anatómica, encontrando microscópicamente variaciones tanto glomerulares como tubulares. KELCAH y KIENER tratándose de las enfermedades exóticas confirman con sus observaciones los principios sentados por EWING.

Por otra parte KALLAN y el mismo EWING demuestran aún que el riñón tiene el doble caracter de presentar lesiones congestivas y pigmentarias frente al ataque del organismo por el hematozoario y dice: "los riñones están aumentados de volumen y de peso, muy congestionados y de coloración bruna á nivel de la sustancia cortical. Se ve en los cortes que, si los glomérulos contienen algunas granulaciones finas de pigmento en sus azas así como el e-

pitelio capsular, no es ese el foco de eliminación pigmentaria, sino que es por el epitelio de los tubos contorneados por donde se hace esta. En los tubuli, en las asas de Henle, el epitelio está infiltrado de finas granulaciones de pigmentos ferruginosos. Del protoplasma celular llegan estas granulaciones á la cavidad de los tubos, se fusionan ahí en masas refringentes ú opacas, según su espesor, y capaces de determinar así verdaderamente obstrucciones tubulares. Estas pueden ser muy generalizadas y determinar aún hasta una anuria completa».

La manera como se trasmite el paludismo por la picadura del anofeles de individuo á individuo, el asiento del hematozoario á nivel del glóbulo rojo y la reacción orgánica producida por la lucha contra la infección en esta enfermedad, comparada con la posible trasmisión de la fiebre grave por un insecto, la pululación del germen verrucoso en la sangre y quizá si hasta el probable asiento de dicho germen—por hoy desconocido—en el glóbulo rojo, la reacción orgánica y demás, nos hace meditar si á esa similitud manifiesta no acompañará también en su proceso, lesiones marcadas ya de los epitelios tubulares, ya de los mismos glomérulos de Malpighio.

Debemos de pensar así mismo en el proceso íntimo y modificador que quizá debe sufrir el riñón en su integridad anatómica, ya macroscópica como microscópicamente. Las más de las veces en los casos autopsiados hemos podido saber, ya de visu ó por referencias, que examinando el riñón se halla congestionado y con algunas ligeras estrias amarillentas en la sustancia cortical. Si esto sucede en lo que se puede apreciar por la vista ¿no debemos esperar que la anatomía patológica del riñón de los verrucosos nos diga algo de lo que pasa en lo íntimo de su naturaleza? ¿no nos reservarán novedades los estudios á investigaciones que nuestros histólogos arranquen de sus magistrales preparaciones llevadas á la platina del microscopio? Ellas nos dirán lo que se halla en esos tubos contorneados, la enseñanza y lección que despierte por sí cada uno de los glomérulos.

Ahora ¿acaso son solo las toxinas provenientes de gérmenes originarios ya de una flora ó de una fauna, las que vienen á ser eliminadas por el riñón? Nó, aun tiene este servidor obligado que eliminar á más de las toxinas propias de los gérmenes atacantes; los productos de desecho, aumentados y modificados, de vida celular producida por el ataque sufrido. I no solo ésto, sino que aun este conjunto complejo y á los venenos celulares elaborados secundariamente en todo el organismo, hay que agregar los venenos especiales elaborados por el riñón y que tienen una influencia tóxica, electiva para el órgano mismo que la fabrica, son las llamadas nefrotoxinas, que sería especial y específicamente nocivas para las células renales. I estas nefrotoxinas encontradas por diversos autores como NEFFEDIEFF, BIERRY Y CASTAIGNE, quienes admiten que son elaboradas por las células epiteliales de los tubos contorneados, vendrían aún á lesionar más el riñón en caso de existir—elementos nocivos sobre agregados.

¿Podría acaso afirmarse que el riñón de nuestros verrucosos no sufre absolutamente ninguna de estas influencias? ¿que no se vé atacado en ninguna de estas formas? ¿que es suficientemente ca-

paz de sustraerse y permanecer indemne en medio de un organismo atacado de una infección tan tenaz, tan grave y tan mortal como es la verruga? El afirmarlo sería comprometedor y á la par que comprometedor, delicado.

(Continuará)

MOVIMIENTO MEDICO

TRATAMIENTO DE LAS URETRITIS.—El «Monitor Terapeutico» del 30 de Junio de 1913, registra en la sección «Terapeutica quirúrgica», un procedimiento en el tratamiento de las uretritis en el hombre, por el empleo de inyecciones de aceite á base de tintura de yodo, dice. «La idea de emplear la tintura de yodo en inyecciones para combatir la blenorragia no podía dejar de surgir en una época en que la tintura de yodo ha llegado á ser considerada como una verdadera panacea universal. El Sr. Mulot (Med Record N° 16) ha recurrido á la tintura de yodo diluída en aceite esterilizado en la proporción de 5 p. 100; el líquido era inyectado en la uretra y conservado durante cinco largos minutos. Tres de esas inyecciones eran practicadas todos los días. Una sola inyección bastaba á partir del tercer día, y en una semana la blenorragia había cesado.

«Este tratamiento tiene la ventaja de convenir no solo al caso de blenorragia de índole gonocócica, sino igualmente á la supuraciones uretrales consecutivas á esta afección y en las cuales se encuentra unicamente el estreptococo o el estafilococo».

Entre nosotros desde el año 1910 el tratamiento de la blenorragia en la mujer por la tintura de yodo, ha sido implantada en la clínica Ginecológica del Hospital de Sta. Ana como tratamiento clásico obteniéndose el más completo éxito.

El Catedrático del curso, inspirado en el poder antiséptico y de difusibilidad de tan valioso elemento terapeutico, puede estar satisfecho de ser uno de los primeros, que lo ha empleado en el tratamiento abortivo de la blenorragia en la mujer, contribuyendo á evitar las terribles complicaciones que produce la propagación de tan virulenta enfermedad.—A. B.

REVISTA DE TESIS.

Contribucion al estudio de los derrames pleurales en los cardiacos arterioesclerosos.—Tesis presentada por J. A. Campos B. para obtener el grado de Bachiller en la Facultad de Medicina.

Las siguientes conclusiones, dan cuenta cabal de la tesis, que ante la Facultad de Medicina, ha presentado el distinguido alumno señor J. A. Campos B.

1^a.—Es relativamente frecuente encontrar la complicación por derrame en los viejos cardiacos arterioesclerosos, en estado de asistolia ó hiposistolia.

2^a.—La naturaleza de los derrames pleurales en estos enfermos, se puede colocar entre los de fondo no inflamatorio, siendo por esto de origen trasudativo ó pasivo, como lo testifican las formulas citológicas y las reacciones negativas de RIVALTA.

3^a.—Es un hecho casi constante de que estos derrames sean de predominio unilateral, para el lado derecho, y que en los casos en que hayan derrames bilaterales, es siempre en el lado derecho en donde se les encuentra en mayor cantidad.

4^a.—Mediante las toracentesis efectuadas cuidadosamente, se alejan las posibilidades de la muerte súbita, ocasionada algunas veces por la abundancia de los derrames, que son tales en los casos que estudiamos.

5^a.—Por el influjo de la evacuación de los derrames, los enfermos experimentan inmediatamente una cierta calma eficaz en medio de la intranquilidad en que se les vé, por que la disnea tambien sufre en estas condiciones una modificación favorable en su intensidad, y que cuando hay reproducción de derrames la toracentesis apaga en estos casos la disnea que puede aparecer.

6^a.—Porque en virtud de las evacuaciones de los derrames por las punciones, eliminamos los obstáculos que existen y que oponen tenazmente resistencia á la acción medicamentosa que debe ser para estos enfermos lo más rápida que se pueda, toda vez que las energías centrales de la circulación se hallan rebajadas por los avances de la degeneración esclerosa en la fibra miocardiaca.

7^a.—Porque no es prudente en estos casos esperar lo todo del cardiotónico diurético por excelencia, la digitalina, ya que existen peligros manifiestos cuando no es este cuerpo prudencialmente manejado.

8^a.—Porque ha probado suficientemente que la digitalina actúa mucho más eficazmente cuando han sido suprimidos previamente derrames pleurales existentes.

9^a.—Porque la urgencia de la toracentesis debe estar basada por el estado funcional del corazón, en todos estos casos ya muy debilitados.

Radiothérapie, Radiumthérapie, Photothérapie, Thermothérapie; par OUDIN, président de la Société d'électrothérapie, et ZIMMERN, professeur agrégé a la Faculté de médecine de Paris, 1 vol. in-8 de 500 pages avec 300 fig. crt. 14 fr. (*Bibliothèque de Thérapeutique*). (J.-B.-Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, a Paris).

L'ouvrage de MM. Oudin et Zimmern complète et termine la série consacrée dans leur *Bibliothèque de thérapeutique* par MM. Gilbert et Carnot a la physiothérapie. Il étudie les propriétés thérapeutiques des rayons X, du radium, et de la lumière.

Entrées tout récemment dans la pratique médicale, on sait quelle place considérable elles y ont rapidement prise, et quelle quantité énorme de travaux elles ont déjà suggérés. On sait combien leur technique, surtout pour ce qui concerne les rayons X, s'est d'année modifiée et améliorée. Comme pour toute science nouvelle en voie de progres rapide, telle méthode, tel procédé, qui hier semblaient parfaits sont aujourd'hui remplacés par d'autres dont la faveur sera peut-être aussi éphémère.

Dans ces conditions on comprend quelles sont les hésitations du praticien qui ne s'est pas consacré a l'étude speciale de la radiothérapie ou qui ne s'est pas fait par sa pratique une expérience personnelle, lorsqu'il doit se déterminer pour conseiller et appliquer a un cas particulier l'un de ces agents nouveaux ou lorsqu'il désire se spécialiser a leur étude.

Un ouvrage qui n'aurait été qu'un historique impartial aurait, apres sa lecture, laissé la meme indécision dans l'esprit du lecteur. Pour éviter cet écueil, MM. Oudin et Zimmern ont, pour chaque chapitre apres un résumé de l'état de la science aussi complet qu'impartial, cherché a synthétiser les conceptions actuelles sur les effets biologiques et thérapeutiques des radiations. Ils ont cherché a faire surtout une sorte de revue critique et de mise au point de ces sciences nouvelles, grace a une sélection basée sur leurs conceptions personnelles et sur les résultats de leur propre expérience. Ils ont surtout retenu les indications de la pratique radiothérapique qui leur semblaient véritablement justifiées.

L'ouvrage se divise en trois parties: radiothérapie ou thérapeutique par les rayons X, radiumthérapie et photothérapie. Chacune contient d'abord une étude tres complete des appareils et des procédés techniques. A chaque chapitre de physique appliquée fait suite une partie physiologique ou sont envisagées les propriétés biologiques des radiations.

Pour la clinique les auteurs n'ont pas cru devoir adopter une classification basée sur les propriétés physiologiques des rayonnements.

Pour faciliter les recherches ils ont envisagé la technique thérapeutique appareil, se placant surtout au point de vue du médecin praticien.