La Crónica Médica

AÑO XXXI — LIMA, FEBRERO 15 DE 1914 — No. 603

Biblioteca Central

REFLEXIONES

SOBRE LA OPERACION DE ALEXANDER

por el doctor EDUARDO BELLO

LA Operación de ALEXANDER estaba abandonada casi por completo como medio de corrección de las retro-desviaciones uterinas, cuando el perfeccionamiento de la asepsia permitió actuar sin riesgos en la cavidad abdominal, volviendo á obtener el favor de los cirujanos en los últimos años.

Los mejores operadores alemanes la prefieren hoy, en casos apropiados á los métodos de acortamiento ligamentario por laparotomía y á las ventro-fijaciones, habiendo cirujanos, como el Prof. FRANZ, de Berlín, que no tienen reparo en usarla aún donde se impuso abrir el vientre para remediar lesiones anexiales concomitantes con las retro-desviaciones practicando la operación de ALEXANDER después de cerrar la incisión de laparotomía.

Se ha discutido mucho las indicaciones de esta operación, negándole algunos cirujanos valor curativo sobre los trastornos que acompañan á las retro-desviaciones uterinas. Se sostiene que dá resultados inciertos ó incompletos por cuanto sin laparotomía no puede apreciarse debidamente, ni remediarse las lesiones anexiales que suelen acompañar á los cambios patológicos de posición del útero. Por último, algunos operadores estiman insuficiente el acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos para corregir de un modo definitivo las retro-desviaciones.

A los argumentos en contra de la operación de ALEXANDER, oponen sus defensores hechos tomados de su práctica y razones que juzgamos convincentes.

Este trabajo está destinado á dar á conocer nuestros resultados personales, éxitos de la operación que nos ponen al lado de los optimistas.

En los primeros meses de este año, ayudado por el Dr. ALFREDO JACOBY, antiguo alumno del Prof. FRANZ, he practicado seis veces la operación de ALEXANDER con éxito muy satisfactorio.

En todos los casos se trataba de mujeres jóvenes con retro-desviaciones móviles ó movilizables por acción manual: 5 retroversiones y 1 retroflexion. Uteros poco aumentados de volúmen, lesiones anexiales mínimas ó nulas

Las enfermas acusaban neurosismo, dolores lumbares, constipación, trastornos menstruales, leucorreas, etc, síntomas que desaparecieron en todos los casos después de la intervención.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

La operación resultó fácil y rápida. El estado post-operatorio de las enfermas, sin incidentes, correspondía al de una intervención benigna. Las heridas curaron todas por primera intención, dejando cicatrices poco aparentes.

Examinadas las operadas tres ó cuatro meses después, se mentenía corregida la retrodesviación y el buen estado genital de ellas.

El Prof. FRITSCH en su libro «Enfermedades de mujeres» considera la operación de Alexander como la *menos peligrosa y más facil para corregir las retro-desviaciones no complicadas*, es decir, pertenece á los operadores favorables al procedimiento; pero su técnica, que defiende calurosamente, análoga á la descrita por el Dr. J. L. FAURE en su obra última de Ginecología, difiere fundamentalmente de la técnica alemana actual, usada por el Prof. FRANZ, que he seguido por considerarla mas perfecta y segura. Los cirujanos aludidos en primer lugar no abren el conducto inguinal, conformandose con tirar del ligamento redondo á su salida del orificio inguinal externo fijando en el contorno de su punto de emergencia cuando han conseguido por tracción exteriorizarlo suficientemente para que quede corregida la desviación uterina.

La técnica del Prof. FRANZ, derivada de la de KOCHER, difiere de ella por detalles importantes, pero sus fundamentos son análogos. Ambas técnicas tienen por objetivo descubrir el ligamento redondo dentro del conducto inguinal, lugar donde está bien diferenciado por que aún no tienden á separarse sus haces constitutivos; y operar la tracción sobre el ligamento para reducir la retro-desviación ayudados de la vista desprendiéndolo del cono peritoneal que lo sigue en su movimiento y emerge con él, sin cuidarse de que en la maniobra pueda abrirse la serosa. La característica del procedimiento de FRANZ es mantener la continuidad del ligamento redondo para que pueda seguir sirviendo á su función normal. La resección de la parte del ligamento que queda excedente se hace después de anudar el último punto de sutura de fijación destinado también á mantener reunidos los extremos cortados del citado ligamento.

La descripción de la técnica hará más comprensibles sus tiempos fundamentales.

TECNICA.

Incisión á cada lado, de 8 á 10 centímetros, paralela é inmediatamente por encima del arco de POUPART, partiendo de la espina del púbis y dirigiéndose hacia la espina iliaca anterior y superior.

Hemostasia cuidadosa y definitiva, por ligaduras, de los vasos que sangran, (epigástrica superficial, venas, etc.).

Inmediatamente por encima del ligamento de POUPART descubierto por disección obtusa, se incinde, de adentro hacia afuera, la aponeurosis del oblícuo mayor en una extensión de 4 á 5 centímetros valiéndose para hacerlo de tijeras curvas apropiadas.

Se toma con pinzas los labios de la incisión aponeurótica y se busca *con la vista* el ligamento redondo, que aparece muy claramente en el conducto inguinal así abierto, bajo el borde inferior de los músculos oblícuo menor y transverso.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Se coge el ligamento con una pinza, se separan sus adherencias con el conducto y se tira de él suavemente; pronto aparece unido al ligamento la serosa peritoneal en forma de cono, membrana que deberá ser separada cuidadosamente á medida que emerge, rechazándola al interior del abdomen. La tracción se hace simultánea de los dos lados; mientras tanto un ayudante comprueba por el tacto vaginal el enderezamiento de la matriz, suspendiendose la tracción cuando se ha logrado poner este órgano en anteversión.

En seguida, en cada lado se fija el ligamento redondo á las paredes del conducto inguinal con tres puntos de crín de Florencia que toman los labios aponeuróticos, el borde muscular y el ligamento redondo. El primer punto se coloca muy cerca del orificio inguinal interno. El último punto próximo al anillo inguinal externo, dá una vuelta abrazando el asa formada por la porción excedente del ligamento que se corta después de anudado el hilo.

Se lava en seguida la herida con solución salina estéril, procediéndo después á suturar exactamente el plano célulo-grasoso con un *surget* de catgut.

Union de la piel con agrafes.

Esta técnica muy simple y racional, no la he encontrado detallada en ninguna obra. En la técnica del Dr. Kocher, que es análoga, se corta desde el principio el ligamento redondo haciendolo así perder su punto normal de apoyo, y se duplica las suturas poniendo una serie para fijar el ligamento y otra para la oclusión del conducto inguinal. En la técnica que describimos basta tres puntos de sutura para conseguir ambos objetivos, quedando enteramente solidarizado el cordón fibroso con el canal inguinal y ocluído éste de manera de hacer imposibles las hernias.

Tiene las mismas ventajas que la técnica del Dr. Kocher. Facilita hallar el ligamento redondo porque se le busca donde no ha perdido todavía su forma ni sus consistencia, orillándose así el obstáculo con que tropezaban muchos operados con la técnica primitiva, donde servía de única guía la *gota de grasa*.

Traccionando el ligamento redondo bajo el control de la vista se evita los peligros de hernia ignorada que pudiera traer la emergencia de peritoneo que sigue al ligamento en su movimiento hácia afuera, peligro definitivamente apartado con la oclusión total del conducto inguinal con la sutura.

La ámplia incisión de la piel no tiene hoy inconvenientes desde que contamos con medios de hacer asepsia segura y fácil.

Tampoco hay motivo que temer la abertura del conducto inguinal. Suturándolo con crín de Florencia, material muy recomendable para las síntesis aponeuróticas, se restablece perfectamente la continuidad de su pared anterior. Estas suturas no reabsorbibles hacen definitiva la fijación del órgano acortado, y aseguran así el éxito operatorio.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Por los éxitos obtenidos con la técnica del Prof. FRANZ, nos parece que la operación de ALEXANDER es el mejor tratamiento de las retro-desviaciones uterinas móviles ó movilizables, no complicadas.

Esintervención benigna, sencilla y segura. Nos ha dado resultados inmediatos enteramente satisfactorios.

No podemos todavía juzgar personalmente los resultados remotos de la operación, pero la lectura de las estadísticas del Dr. KUMMEL, de Hamburgo, que usa la técnica de KOCHER, nos permite abrigar confianza. Comprende más de 300 operados con sólo el 3% de recidivas y prueba la inocuidad del procedimiento para las funciones de la matriz y la posibilidad de extender la influencia de la operación de ALEXANDER á casos algo complicados.

De las objecciones que se hacen á la operación de ALEXANDER merece tomarse en cuenta la que comparándola con los ligamentopexias por laparotomía, la considera insegura por no permitir apreciar *de visu* el estado de los anexos ni tratar operatoriamente sus lesiones. Esta objeción queda descartada precisando el diagnóstico de las lesiones en cada caso y no usando del acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos sino cuando está indicado ó sea en ausencia de complicaciones anexiales crónicas. En los procesos subagudos debe emplearse primero el tratamiento médico prolongado y en vista de sus resultados sobre las lesiones anexiales, podrá juzgarse cual procedimiento conviene mejor para remediar la retrodesviación.

El procedimiento de ALEXANDER es inmejorable para las desviaciones congénitas y todos los casos en que el útero está libre y es poco pesado. La maniobra de GOLDSPOHN amplía sus indicaciones, permitiendo desprender las adherencias de la matriz que no ceden á maniobras externas y tratar las lesiones anexiales poco voluminosas.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

LA ENFERMEDAD DE CARRION Y LAS INFECCIONES SIMILITIFICAS.---SU DIFERENCIACION

por el Dr. Alberto L- Barton (Líma),

NUESTROS conocimientos actuales sobre la enfermedad de Carrión, permiten inducir que fué conocida desde antiguo en el Perú; pero de su existencia solo tenemos datos ciertos después de emprendida la construcción del ferrocarril de Lima al pueblo andino La Oroya, iniciada el año 70.Al llegar los trabajos a la zona endémica de verrugas, que la línea debía atravezar, desarrollóse en el personal de la obra una terrible fiebre, que pronto adquirió forma epidémica causando enorme mortalidad. La inopinada aparición de ésta fiebre, produjo intensa alarma que se extendió hasta la capital cuyos habitantes temieron ser víctimas del flajelo, demostrando con esto la completa ignorancia que se tenía de la terrible enfermedad, cuyo desarrollo,como se sabe, exije condiciones imposibles de hallar en Lima.

La nueva entidad fué llamada fiebre de la Oroya, del nombre de la población donde debía terminar el ferrocarril Trasandino. Esta denominación, con la que aún suele designarse la enfermedad de Carrión, es impropia, desde que su generación es incompatible con las condiciones climatológicas de dicho lugar. Su estudio despertó vivo interés entre los médicos,empeñados desde el primer momento por conocer la naturaleza del mal, emitiéndose al respecto diversas opiniones. Para algunosprofesionales, se trataba de una enfermedad completamente nueva. Otros, sostuvieron que era una modalidad del paludismo. El Dr. Pancorvo, dijo que se trataba de un mefitismo miasmático pútrido,generado por el hidrógeno sulfurado de los pantanos y terrenos removidos. El cirujano Lino Alarco, creyó en una forma aguda de leucocitemia. Finalmente, se opinó que la enfermedad en cuestión representaba una forma de la verruga.

Pero a medida que el número de enfermos se multiplicó en los hospitales de Lima y se les estudió con mayor detenimiento, el criterio médico se orientó,mejor,prevaleciendo la opinión últimamente citada, esto es, que la fiebre de la Oroya era una modalidad de la verruga, concepto que fué sostenido por los más reputados médicos de esa época. Los argumentos aducidos en favor de esta tésis fueron,sobre todo, de orden clínico,hasta que en 1885 Carrión demostró experimentalmente y a precio de su vida,que la verruga y la llamada fiebre de la Oroya eran una sola y misma entidad nosológica, pues habiéndose inoculado en un enfermo de verrugas el 27 de agosto, mu-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

rió el 5 de octubre, después de presentar el cuadro clínico completo de la fiebre de la Oroya. Esta memorable experiencia dejó establecida sobre sólida base científica,la teoría unicista de la verruga. Como homenaje a la memoria del mártir de la medicina peruana, la fiebre de la Oroya fué denominada enfermedad de Carrión Desde entonces se ha aceptado que la fiebre de la Oroya y la verruga,constituyen una misma enfermedad, lo que se ha sostenido posteriormente en importantes trabajos,mereciendo entre ellos especial mención la notable monografía del profesor ODRIOZOLA, la «Maladie de Carrión».

La unidad de la fiebre grave y la verruga se funda-omisión hecha de la experiencia de Carrión- en que ambas tienen la misma y muy singular distribución geográfica, igual etiología, epidemiología análoga y sustancialmente los mismos síntomas. De estos enunciados los tres primeros parecen bastante bien establecidos y pueden aceptarse;pero con respecto al último es necesario hacer algunas aclaraciones, pues existe tan apreciable diferencia entre el conjunto sintomático de un enfermo atacado de fiebre grave, que muere en pocos días profundamente anemizado sin presentar erupción, y otro de verrugas, en quien después de ligero malestar aparece un brote del que cura sin mayor molestia, que se hace dificil aceptar que ambos sean ejemplos de una misma y solo infección. Si se analizan los hechos más de cerca, sin embargo, se verá que así es en realidad y que las diferencias que se advierten son solo aparentes y dependen del grado muy diverso en la intensidad de sus síntomas. La infección verrucosa es, en efecto, esencialmente proteiforme y ofrece modalidades tan numerosas y variadas que es posible constituir con ellas una serie de casos de gravedad creciente, de modo tan gradual, que colocando en uno de los extremos las formas benignas y en el opuesto los de fiebre grave, no se sabría a cual de ellas referir los que ocupasen la parte media de la escala.

La variabilidad en la fisonomía clínica de la verruga que señalamos,se observa con frecuencia,y de ella tenemos ejemplos cada vez que se reune un crecido número de individuos susceptibles en lugares donde es endémica, como ocurre verbi-gracia, con motivo de las obras y reparaciones que a menudo se ejecutan en la línea de la Oroya. Vése entonces cómo a poco de iniciados los trabajos comienzan a presentarse en los campamentos obreros casos de infección verrucosa, que aumentan gradualmente hasta constituir verdaderas epidemias en el curso de las cuales se la observa en todas sus formas e intensidades. Así,hay enfermos que sin acusar síntoma alguno, o si los tuvieron fueron tan débiles que pasaron desapercibidos por su benignidad,la infección evoluciona y termina con un brote cuya aparición inesperada es el único indicio de su existencia. Otros,sufren de anemia y fiebre moderadas, a la vez que de malestar,tan soportable, que les permite continuar sus labores, hasta que se presenta la erupción verrucosa que pasa sin contratiempo. Un tercer grupo puede formarse con aquellos que exiben anemia, fiebre y dolores reumatoides bastante intensos para postrarles durante algunos días, pero que pronto se reponen de estos síntomas, a los que se doblegan nuevamente tras un corto periodo de mejoría, hasta que después de

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

una série de alternativas análogas, que pueden durar semanas y aún meses, sobreviene la erupción y la cura sin que el paciente haya tenido que abandonar su centro de trabajo. Hay otros enfermos, en los que la infección reviste caracteres de gravedad manifiesta, sintiéndose tan agotados desde el comienzo de ella, que su asistencia hospitalaria se hace indispensable. Estos casos aunque sufren de anemia intensa, tienen fiebre alta y su estado general es grave, curan, casi siempre después de mostrar la erupción típica del mal. Por último, hay un grupo de pacientes que presentan los mismos síntomas anotados, pero con un grado de agudeza tan extraordinario que parecen fatalmente condenados a morir. Son estos casos de gran virulencia, los que constituyen la llamada «fiebre grave de Carrión» en su más genuina expresión. Sólo un pequeño número de ellos se salva y llega a presentar el brote verrucoso; la mayoría sucumbe sin erupción aunque después de haber presentado síntomas idénticos a los que la tuvieron, lo que demuestra que unos y otros son de naturaleza igual, debiendo atribuirse la falta de erupción a causas accidentales de que nos ocuparemos más adelante.

La enumeración que precede, no incluye seguramente todas las variantes que la infección verrucosa ofrece; lejos de esto, las formas descritas sólo representan algunas de sus modalidades más o ménos bien definidas entre las que podrían interpolarse otras intermediarias, constituyendo así una escala clínica cuyo primer peldaño sería la verruga del tipo más benigno, correspondiendo el último a la fiebre grave de Carrión.

En medio de la variedad de formas de la infección verrucosa, a que acabamos de hacer referencia, se descubren tres síntomas que tienen gran importancia, porque constituyen el vínculo que las une y permite reconocerlas, a saber: la anemia, la fiebre y la erupción. De éstos, el último es sin duda el más importante, pues siendo la verruga la única enfermedad en que se le encuentra, su sola presencia basta para establecer la naturaleza común de los casos que la ostentan.

No obstante el sólido apoyo que la etiología, la epidemiología y la clínica prestan á la teoría unicista de la verruga, ésta ha sido puesta en duda por los doctores Biffi, Tamayo y Gastiaburu, quienes en una importante comunicación (1) presentada ante la sociedad médica «Unión Fernandina» sostuvieron que la verruga y la fiebre grave de Carrión eran dos entidades distintas, debida la primera a un gérmen específico, no determinado aún con seguridad, en tanto que la segunda reconocía como agente causal bacterias del grupo paratífico o tifo-coli. Posteriormente, el doctor Biffi sostuvo en Europa las mismas ideas que han sido acogidas en obras clásicas al tratar de la verruga peruana. La conclusión pertinente de los citados autores dice: «El bacilo de Barton (bacilo similtífico) es un gérmen de contaminación que en el trascurso de la verruga y favorecido por ella, dlugar a una infección intercurrente de fisonomía clínica tifoide que constituye la fiebre grave de Carrión».

(1 »Gaceta de los Hospltaies»—Octubre, 1905.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Estimamos esta opinión inadmisible y sostenemos,al contrario, que la infección similtífica y la enfermedad de Carrión son de índole distinta, fundados en las diferencias que existen en los síntomas, marcha, alteraciones sanguíneas,datos bacteriológicos y lesiones cadavéricas propios a cada una de ellas. Nos proponemos ahora tratar estos diversos puntos según el orden indicado, en relación a la enfermedad de Carrión primero; y compararlos con los correspondientes a las infecciones similtíficas después, para llegar así a establecer las diferencias que entre ambos existen. No pretendemos hacer un estudio completo de estos dos procesos; nuestro único propósito es tratar de ellos solamente en lo que a su diferenciación se refiere.

De los síntomas que el cuadro clínico de la enfermedad de Carrión presenta,uno de los más importantes es, sin duda,la anemia, tanto por su extraordinaria intensidad y rápido desarrollo, cuanto por que a ella se hallan más o ménos estrechamente ligadas muchas de las manifestaciones de este gravísimo sindroma. La destrucción globular es tan enorme,que con frecuencia el número de hematíes desciende a un millón por milímetro cúbico, no siendo pocos los casos en que alcanza al bajísimo nivel de medio millón. La desglobulización se hace además,con tal rapidéz,que suelen bastar pocos días para llegar a las cifras señaladas. La palidez de esos enfermos es como se comprenderá extrema, presentando su piel y mucosas exangües. En la piel y las conjuntivas, se advierte ligero tinte ictérico. El pulso es frecuente, blando y amplio; las carótidas enormemente dilatadas se destienden aún más á cada sístole cardíaco; en la base del corazón y sobre los vasos del cuello se perciben con frecuencia soplos de orígen anémico. Hay disnea intensa aún cuando no exista como es casi siempre el caso, alteración física alguna en el aparato pulmonar. La lengua ancha,húmeda y trémula, ofrece su superficie moderadamente saburrosa; la constipación es síntoma constante; el vientre ofrece aspecto normal a la inspeción. El bazo y el hígado están siempre más ó ménos hipertrofiados. La orina suele contener vestigios de albúmina. Los enfermos se hallan atormentados por vértigos y zumbidos de oídos siendo además presa, con frecuencia, de visible inquietud y desasosiego que puede alcanzar proporciones de verdadera angustia. Así se les ve moverse en su lecho de un lado a otro, se agitan, se incorporan, hacen movimientos diversos con la lengua y los labios, hablan, se quejan, sin saber de qué, piden de beber sin quedar satisfechos, y nada tranquiliza a estos desgraciados, que suelen llegar a la mayor desesperación. Recuerdo un paciente que víctima de su excitación abandonaba con frecuencia el lecho,aún después de protegido con tablones laterales para impedírselo; otro ví que de la sala corría a un patio inmediato sin saber a que; y en un tercero la desesperación era tan intensa,que suplicaba le quitasen la vida para poner así término a sus crueles angustias. Estas penosas situaciones ofrecen la particularidad de que pueden presentarse con poca o ninguna fiebre, mientras el paciente conserva sus facultades mentales y se halla libre de todo dolor; lo cual permite suponer que tengan por causa principal la pobreza de oxígeno en los tejidos, consecuencia ésta de la enorme destrucción globular

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

anotada. Debemos señalar además, entre los síntomas de la fiebre grave, la existencia de dolores generales, intensos, sobre todo, durante los fuertes accesos febriles que inician por lo común la enfermedad de Carrión, así como también exagerada sensibilidad de los músculos a la presión; pero los dolores articulares, musculares y oseos expontáneos, independientes de la temperatura, tan característicos de la verruga eruptiva, no los hemos observado en la fiebre grave.

La pirexia es otro síntoma importante de la enfermedad de Carrión a la que acompaña como una de sus manifestaciones más constantes, aunque exhibe variaciones marcadas tanto en su intensidad como en su curso. Se inicia por lo general en forma brusca y aguda, presentando en su comienzo intermitencias bien definidas. Después durante el periodo grave y agudo del mal, la curva tiende a hacerse más uniforme anuque presenta durante él, remisiones más o ménos marcadas que llegan a veces hasta la normal. Alcanzando el período álgido de la infección la temperatura es casi siempre irregular y anómala, ofreciendo apreciable discordancia con los síntomas que el paciente presenta. Debemos declarar que por nuestra parte no hemos logrado establecer el tipo térmico de la enfermedad de Carrión; y si hubiésemos de definirla de algún modo, sería diciendo que lo que la caracteriza es su irregularidad manifiesta.

Definida la infección en su forma grave, sigue una marcha progresiva y rápida. La anemia se acentúa día a día y paralelamente a ella se desenvuelven los síntomas ya anotados en los aparatos circulatorio, pulmonar y nervioso, que son como el corolario de la enorme destrucción globular, a la vez que la fiebre desarrolla su curva irregular. Trascurridas dos o tres semanas, la gravedad es extraordinaria y durante ella mueren muchos de los enfermos sin remisión de sus síntomas ni el menor vestigio de erupción. Estos son casos de enfermedad de Carrión pura y de la mayor virulencia. Pero un buen número de enfermos logran pasar este período crítico de su infección, salvado el cual siguen rumbos distintos; unos, son atacados de infecciones secundarias de orden similtífico por lo general, de las que mueren casi siempre sin presentar brote; los otros, apenas han pasado el punto álgido de la infección experimentan mejoría que se acentúa, de modo que es ya apreciable a los pocos días, a la vez que su sangre se regenera y la erupción verrucosa se inicia. Esta es escasa en su comienzo, de modo que las primeras verrugas son pálidas y pequeñas, pero a medida que la calidad de la sangre mejora, el brote aumenta, los granulomas son más rojos y mejor desarrollados, llegando la erupción a su apogéo desde que la regeneración globular alcanza una cifra relativamente alta. La falta de erupción en unos casos y su presencia en otros, dependería en nuestro concepto de la crásis sanguínea de los enfermos y del estado general de nutrición de sus tejidos que es consecuencia de ella. Así, en la infección verrucosa de intensidad creciente o cuando en el curso de la verruga interviene alguna infección de naturaleza distinta que intensifica más aún la destrucción globular o se opone a la regeneración de la sangre, que constituye en cierto modo el pábulo necesario para el brote, éste no se realiza. Y así se explica porque es que cuando la enfermedad

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

de Carrión presenta alta virulencia o sobrevienen en su curso graves complicaciones, la erupción no se hace. En cambio no habiendo causa que obstaculice el proceso reparador del organismo ni impida la regeneración de la sangre, la erupción se realiza y aumenta a medida que la crasis sanguínea mejora. La erupción sería según ésto consecuencia del estado satisfactorio del enfermo; no su causa, como a menudo se dice. Por eso es que basta la aparición de cualquiera infección intercurrente en el curso de la erupción verrucosa, para ver a ésta modificarse apreciablemente y en relación con la índole é intensidad de aquella. Tal se observa con frecuencia y en forma muy demostrativa cuando la verruga se complica con el paludismo, infección anemizante en alto grado, que como es bien sabido, casi podemos manejar a voluntad por el empleo de la quinina. En estas circunstancias puede comprobarse de la manera más evidente,la dependencia en que la erupción se encuentra con respecto a la complicación palúdica, bastando unos cuantos accesos febriles para que un brote antes lozano, palidezca y se marchite, recobrando su aspecto exuberante una vez que dominada la complicación por el tratamiento específico, vuelve la sangre a su nivel normal. Efectos semejantes, aunque menos ostensibles, producen también otras complicaciones tales como; la tuberculosis, tifoidea, infecciones tifo-coli y algunas septicemias cuya aparición no es rara en el curso de la verruga. Según esto,si durante la evolución de esta última enfermedad se advierte que el estado general del enfermo empeora a la vez que el brote se modifica desfavorablemente y tiende a desaparecer, como no pocas veces sucede, deberá investigarse si existe alguna complicación que explique dichas alteraciones, antes de atribuir el retroceso a la aparición de la fiebre grave de Carrión, como se hace generalmente; ni tampoco referirlo a la internación de la erupción, pues si el brote se altera y tiende a desaparecer, es debido al deterioro sanguineo y orgánico que la complicación produce; no es que el retroceso sobrevenga como consecuencia de la desaparición del brote.

Las consideraciones que preceden nos han parecido necesarias a fin de explicar la marcha distinta que la fiebre grave sigue, presentando unas veces la erupción caracteristica y otras veces no. El brote en la enfermedad de Carrión es según lo que dejamos expuesto, un accidente y su ausencia nada dice en contra de la naturaleza verrucosa de los casos en que falta.

Vamos a señalar ahora, algunas de las alteraciones de la sangre en la enfermedad de Carrión, bastando para nuestro objeto indicar, con brevedad, las siguientes que se observan en los glóbulos rojos, que son: policromatofilia intensa, presencia de numerosos glóbulos rojos nucleados, normoblastos en su mayor parte,que aparecen con frecuencia por crisis, notable variedad en el tamaño de los hematíes entre los que hay numerosos macrocitos y microcitos, y poikilocitosis muy marcada. Además,en el interior de los glóbulos rojos se encuentran los cuerpos endoglobulares descritos por nosotros en 1905, como sigue: bastoncitos muy cortos y delgados, con sus extremidades redondeadas y estrictamente limitados al interior de los glóbulos rojos. Son relativamente fáciles de teñir empleando los coloran-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

tes de uso común en los estudios de sangre, tales como la tionina fenicada y los tintes de Jenner, Leishman y Giemsa. Con los dos últimos, especialmente, hemos obtenido preparaciones muy satisfactorias. Teñidos por los métodos indicados, exhiben coloración polar bien manifiesta.

Su número varía mucho en diferentes enfermos y también en un mismo paciente según la época y marcha que en él sigue la infección. Hay casos en los cuales se encuentran atacados todos los glóbulos rojos sin excepción, observándoseles hasta en el interior de hematíes inmaduros, desprovistos aún de hemoglobina, por la que parecen tener especial afinidad; en otros solo se halla invadida una parte más o menos considerable de los hematíes. Hemos podido observar que los casos de infección globular universal, presentan síntomas de gravedad extraordinaria y casi siempre terminan rapidamente con la muerte.

Las mismas variaciones se notan con respecto al número de elementos contenidos en cada hematíe, pudiéndose contar en alguno de éstos veinte y aún más, mientras que en otros solo hay unos cuantos. Por regla general, los glóbulos atacados contienen cuando menos dos de esos elementos. Su disposición en el interior de los hematíes es muy variable: ya se les encuentra colocados unos a continuación de los otros en forma de filamentos rectos o incurvados, o formando líneas más o menos quebradas, polígonos incompletos, &; ya se agrupan o distribuyen irregular y confusamente en el interior de los glóbulos rojos. En algunas preparaciones parece que los bastoncillos tuviesen tendencia a ocupar la periferia de los glóbulos y en estos casos suele verse uno que otro de ellos parcial y aún totalmente fuera de las células.

En cuanto al tiempo que los citados bastoncillos permanecen en la sangre, es variable, pero creemos que no se les encuentra después de pasado el periodo febril que precede a la erupción verrucosa. Nos ha sido imposible determinar el momento en que hacen su aparición en la sangre, por que los pacientes solicitan asistencia médica tan solo después de muchos días de enfermedad. El máximo durante el cual hemos podido comprobar su presencia, ha sido de veinte y tres días, pero estamos seguros que a menudo han de persistir mucho más; el mínimum ha sido siete días. Hay casos en los que no abandonan la sangre hasta que el paciente sucumbe , pero en la mayoría de los que hemos investigado han desaparecido en el curso de la infección.

Con respecto a la causa que determina su desaparición del líquido sanguíneo, supusimos al principio que fuera a consecuencia de la medicación empleada, más después nos hemos convencido que es el resultado de un proceso puramente natural. Dicha desaparición es precedida por cambios involutivos muy interesantes que afectan modalidades distintas; así se observa que una parte de los bastoncillos, sin sufrir modificaciones de tamaño, pierden la nitidéz de sus contornos, se hacen granulosos y desaparecen; mientras que otros antes de disgregarse aumentan notablemente de volúmen a la vez que su aspecto cambia, tomando formas diversas, tales como la de pera, esfera, reloj de arena o de bastones gruesos con coloración bi-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

polar muy neta, semejando con bastante exactitud bacilos pestosos. Se observa con alguna frecuencia que las cadenetas formadas por la reunión de un corto número de bastoncillos participan de ambos modos de involución; así, mientras que los que están en uno de los extremos de la serie se hinchan bastante, los que ocupan el extremo opuesto no experimentan cambio alguno de volúmen, en tanto que los de la parte intermedia se presentan tan solo ligeramente alterados. Estas diversas formas involutivas, quedan finalmente reducidas a detritus granulosos que los glóbulos rojos acaban por eliminar y es probable que sean después ingeridos, en parte al ménos, por fagocitos en cuyo interior se encuentran gránulos que parecen tener ese origen. El proceso degenerativo de que venimos ocupándonos se realiza por lo general en una o dos semanas. Debemos señalar como hecho interesante, la tolerancia que los hematíes ofrecen hacía esos cuerpos extraños de los cuales llegan a despojarse sin que resulten alterados en su estructura, pues a juzgar por su aspecto y reacciones colorantes, nada de anormal presentan después de verificada su eliminación. Según esto, y concediendo a los elementos descritos acción patógena específica, la anemia—que es uno de los síntomas más conspícuos de la infección verrucosa—sería producida por sustancias hemolíticas generadas por dichos elementos, y no po rsu acción directa sobre los corpúsculos sanguineos.

En cuanto a la naturaleza de los tantas veces citados elementos, podemos afirmar que no se trata de simples restos nucléares ni de gránulos degenerativos, y que, aún cuando no hayamos logrado cultivarlos, nos inclinamos a creér que son organismos vivos, teniendo en cuenta su forma netamente bacilar – no queremos decir que se trata de un bacilo, pues más bien creemos que sea un protozoario – su manera de agruparse en series en el interior de los glóbulos rojos que parece indicar la existencia de un proceso de reproducción, y por las alteraciones involutivas que sufren y hemos descrito, las que corresponderían a seres dotados de vida. Creémos, además, que sean los agentes específicos de la infección verrucosa, fundándonos, sobre todo, en la frecuencia con que dichos elementos se encuentran en los enfermos de verruga, en que no se les halla en ninguna otra enfermedad, y, además, por que nos ha parecido descubrir una relación definida entre el número de esos elementos y el estado de los pacientes, notándose que con su desaparición coincide la curación, – siempre que no coexistan o sobrevengan complicaciones debidas a procesos infecciosos distintos de la verruga misma – y que por el contrario mientras persisten en la sangre, los síntomas continúan y si su número aumenta considerablemente, el paciente se empeora y sucumbe en poco tiempo, sino llega a verificarse el proceso involutivo que hemos hecho conocer.

Las investigaciones bacteriológicas practicadas en la enfermedad de Carrión, dejando de lado los elementos que acabamos de describir, han dado hasta ahora resultado negativo.

Para terminar esta parte de nuestra exposición señalaremos, aún que sea de un modo muy somero, las alteraciones cadavéricas de la fiebre grave, siendo la más notable la profunda anemia que se advierte en todas las vísceras, apreciable de modo especial en los

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

pulmones e intestinos, que se destacan entre los demas órganos por su palidéz extraordinaria. Además de esta lesión fundamental, se encuentra hipertrofia del bazo, hígado, ganglios mesentéricos y linfáticos, y transformación de la medula ósea, de amarilla en roja.

Tal es a grandes rasgos la enfermedad de Carrión, como nosotros la hemos observado; pasemos a ocuparnos, ahora, de las infecciones similtíficas con las que se le ha confundido, a fin de hacer notar las diferencias que de ellas la separan.

La intervención de los similtíficos en la verruga nos parece innegable y fué señalada por nosotros desde 1899. Las observaciones que practicamos por aquella época nos llevaron a la conclusión de que dichos gérmenes eran los agentes productores de la verruga, concepto erróneo del que pudimos darnos cuenta nosotros mismos posteriormente. En 1905 los doctores Biffi, Tamayo y Gastiaburu, en su trabajo ya citado, negaron a los similtíficos el caracter de agentes específicos de la infección verrucosa; pero les reconocieron acción patógena atribuyéndoles el rol de generadores de la fiebre grave de Carrión. Esta opinión nos parece insostenible, como ya lo hemos manifestado, pues si bien es cierto que consideramos a los similtíficos como elementos patógenos, estamos convencidos que los síntomas y alteraciones de diverso orden a que dan lugar, son bien distintos de los que se derivan de la enfermedad de Carrión, como nos proponemos hacer ver en seguida.

Debemos antes, sin embargo, recordar que la infección similtífica puede manifestarse en distintos periodos de la verruga: unas veces aparece antes del brote; otras lo hace durante el brote;y finalmente,puede presentarse después de la erupción o cuando ella está por desaparecer. Generalmente se establece antes que la erupción se haga, iniciándose en aquel periodo de la enfermedad de Carrión en que los pacientes han alcanzado su mayor gravedad o poco después, apenas se inicia la ligera mejoría que por lo común antecede a la erupción.Ya hemos dicho al ocuparnos dela marcha del mal de Carrión, que llegado el proceso a su punto de gravedad máxima, los enfermos que logran salvar este crítico período siguen caminos distintos: en unos, que son los ménos, la erupción se hace y curan, salvo que sobrevenga alguna complicación ulterior; en los más,la erupción no se realiza y casi todos sucumben, víctimas las más veces de infección similtífica, que entra en acción aprovechando del aniquilamiento que la fiebre grave origina. Es posible, que los agentes de esta fatal complicación sean al principio comensales inócuos del intestino, pero que más tarde alentados por la profunda depresión de los tejidos que el mal de Carrión produce, invadan la sangre, adquieran virulencia y se conviertan de simples saprófitos en elementos letales,

La infección similtífica, según lo que precede, se establece casi siempre mientras persisten, más o ménos marcadas, casi todas las manifestaciones propias de la fiebre grave y de ahí que se le haya confundido con ella. Pero un análisis atento permitirá distinguir facilmente la una de la otra. Así la anemia, que es síntoma de la mayor importancia diagnóstica en la fiebre grave, se observa en las infecciones similtíficas y es aún bien marcada muchas veces, pero no

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

ofrece el grado extremo y, sobre todo, carece del carácter progresivo que en ella presenta. Se nota, al contrario, que a medida que los días trascurren el estado de la sangre mejora, a la vez que la piel y las mucosas pierden su palidéz extrema, no obstante lo cual la gravedad del paciente continúa. Como consecuencia de esta modificación favorable del líquido sanguíneo, otros síntomas tales como los que se refieren a los aparatos circulatorio y respiratorio presentan igualmente alteraciones apreciables. Así, el pulso no tiene en las infecciones similtíficas la frecuencia ni la blandura que en la fiebre grave; las arterias tampoco ofrecen el mismo grado de distensibilidad, ni son los soplos anémicos tan frecuentes o marcados. La disnea es asímismo ménos pronunciada, como también los vértigos y ruidos de oídos que obedecen, en parte al ménos, a la deficiente irrigación cerebral. Del lado del sistema nervioso se advierte, además, en lugar de la intranquilidad y angustia de la fiebre grave, abatimiento, apatía y delirio tranquilo. En el aparato digestivo hay que señalar: estado apreciablemente saburroso de la lengua que con frecuencia es seca, desprovista de epitelio unas veces, resquebrajada otras, diarreas casi constantes y vientre a menudo meteorizado, síntomas que difieren sensiblemente de los que en el aparato respectivo presenta la enfermedad de Carrión. El bazo y el hígado se hipertrofian más que en la fiebre grave. La curva térmica ofrece igual mente diferencias apreciables, tendiendo su marcha al tipo contínuo ó remitente en vez de la forma irregular y atípica que exhibe en la fiebre de Carrión.

El exámen de la sangre permite apreciar igualmente las diferencias de que tratamos, pues en la infección similtífica los hematíes nucleados son escasos y desaparecen a poco de iniciada ésta infección, los policromatófilos siguen igual suerte, desaparecen los macrocitos y microcitos a la vez que las dimensiones de los glóbulos rojos tienden a uniformarse, el número de hematíes crece apreciablemente y, lo que es más importante, los elementos endoglobulares, que definen en nuestro concepto la fiebre grave, no se encuentran más o tan solo persisten los detritus de ellos. En cambio, aparecen en la circulación numerosos hematíes con gránulos basófilos que no existen, ó son raros, durante el periodo agudo de la enfermedad de Carrión.

Declarada la infección similtífica, sus síntomas se desarrollan progresivamente. Los fenómenos nerviosos, con los caractéres ya descritos, se acentúan de un modo gradual, la fiebre más o ménos continua persiste a la vez que la diarrea, que es el fenómeno más ominoso de ésta complicación, debilita y postra a los enfermos, que ofrecen una fisonomía particular inconfundible con la de los atacados de enfermedad de Carrión.

El estudio bacteriológico de la sangre, que en la fiebre grave da resultados negativos, demuestra en las infecciones de que tratamos la presencia de bacterias virulentas del grupo tifo-coli; lo que establece otra importante diferenciación.

Finalmente, el exámen de las alteraciones anatómicas acredita lo que venimos sosteniendo. Así, se nota, desde que se abre el cadáver, que los órganos de los que han muerto de infección tifo-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

coli no presentan el aspecto descolorido tan sugestivo de la enfermedad de Carrión; además hay lesiones muy importantes, cuyo valor diferencial se aprecia comparándolas con las correspondientes de la fiebre grave, mereciendo señalarse las siguientes: congestión marcada de la mucosa del intestino desgado en su comienzo y especialmente en la última porción; hipertrófia notable de los ganglios mesentéricos que muestranademás congestión y hemorragias en el parenquima; el bazo y el hígado están más crecidos que en la fiebre grave; en las venas se advierte con frecuencia abundante desarrollo de gas producido quizás por fermentación bacteriana «post-mortem»; el hígado, por igual causa,aparece también muy alterado desde pocas horas después de la muerte; los bronquios y pulmones presentan muchas veces congestión apreciable; en los riñones suele también notarse signos de hiperemia; el corazón, por último, que en la fiebre grave nos ha parecido uno de los órganos ménos afectados,en la infección similtífica muestra, no pocas veces, lesiones consistentes en reblandecimiento de sus paredes, dilatación de sus cavidades e inflamación endocárdica.

Lo que antecede se refiere únicamente a las infecciones tifo-col que se desarrollan antes del brote verrucoso, mientras persisten muchas de las manifestaciones propias a la fiebre grave, lo cual dificulta en cierto modo el reconocimiento de la infección sobre agregada. Pero si la complicación tifo-coli sobreviene más tarde, sea durante el brote sea estando éste en regresión o aún después que ha desaparecido, como suele suceder, entonces las condiciones generales del paciente son por lo común buenas, no existen ya las alteraciones sanguíneas, ni la anemia y otros síntomas que caracterizan la enfermedad de Carrión,de suerte que toda confusión deberá evitarse facilmente. No obstante esto, cuando durante el periodo eruptivo de la verruga se vé que un enfermo ya en brote, puede decirse en vía de convalecencia, sufre un retroceso, se atribuye éste a la intervención de la fiebre grave, lo que consideramos inadmisible si por fiebre grave se acepta la que como tal dejamos nosotros descrita. En nuestro concepto la desmejoría en tales circunstancias se debe por lo general, a una complicación, que en el mayor número de casos, resultará que es la tantas veces citada infección tifo-coli.

Lo expuesto creemos que baste para dejar establecida la diferencición , entre las infecciones similtíficas y la enfermedad de Carrión, que no es para nosotros otra cosa que la forma hipertóxica de la verruga.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

CRONICA DE LA QUINCENA

La Dirección de Salubridad.—Los acontecimientos políticos, realizados ultimamente, han traído como consecuencia ciertos cambios en el personal de la Administración pública; tal ha pasado con la Dirección de Salubridad que ha sido confiada al doctor ABEL S. OLAECHEA.

Tal designación no ha podido ser más acertada, por que el nombrado reune además de un talento reconocido, la competencia necesaria para el buen desempeño de ese puesto, condiciones que hacen augurar un buen éxito i discreción en las disposiciones de esta dependencia administrativa; sobre todo dado que es necesario mantener la salubridad nacional en un estado que nada deje que desear, para que cuando se abra al tráfico internacional del canal de Panamá las procedencias del Perú no inspiren recelos en las autoridades sanitarias de otros paises.

«*La Crónica Médica*» felicita muy sinceramente al nuevo director de Salubridad, i hace votos por que su inteligente labor sea proficua, i de asidero á que afiance el prestigio que honradamente tiene conquistado.

——o——

NECROLOGIA

Dr. JUAN RAMON GOMEZ PAMO

Acaba de morir este ilustre catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid, en la que regentaba la cátedra de Química, ciencia de su predilección; siendo senador del reino por elección de la Facultad de Medicina. Era autor de el «Manual de Análisis químico aplicado á las ciencias médicas», que ha alcanzado cuatro ediciones.

Es notable en esta obra el capítulo III que se ocupa de Hidrología que comprende 173 páginas, en las que se dá la mas ordenada y detallada marcha para el análisis de las aguas, que termina con resultado de los análisis de casi todas las aguas de maniantiales españoles.

Esta última parte, constituye una fuente de información, inestimable para el médico

El Dr. Gomez Pamo tambien ha sido uno de los redactores de la Farmacopea española, y colaborador en muchos periódicos científicos.

El Dr. Luis Jullien, antiguo cirujano del Hospital Saint Lazare de París, distinguido sifilografo, ha fallecido después de una larga y penosa enfermedad.

Escribió numerosos artículos sobre venereología y contribuyó poderosamente á la propagación de las inyecciones subcutáneas é intramusculares de calomel en el tratamiento de la sífilis.

El Dr. Thery interno del servicio del Dr. Macaigne de París, ha sucumbido en ocho dias, víctima de fiebre tifoidea, que no fué oportunamente diagnosticada, á causa de haber sufrido una picadura anatómica, haciendo una autopsia pocos dias antes, y haberse atribuido á este accidente, los primeros síntomas que se presentaron,

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América