La Crónica Médica

AÑO XXXI — LIMA, MAYO 31 DE 1914 — Nº 610

Universidad Nacional de San Marcos Biblioteca Lima-Perú

EL CORIONEPITELIOMA

por el doctor Pablo S. Mimbela

Sinonimia: Deciduoma maligno; Deciduoma sarcomatoso; Sarcoma deciduo-celular; Syncioma maligno; Carcinoma syncicial.

La gran malignidad de estos tumores, las discusiones que han provocado, las observaciones contradictorias á que han dado lugar, me hacen ocupar de estos tumores, deseando que su diagnóstico sea hecho bien temprano, á fin de poder aplicar el tratamiento, con mayor seguridad de éxito.

Definición.—El Corionepitelioma es un tumor maligno, en conección inmediata ó remota, con un embarazo y situado, ordinariamente, en el útero. El tumor primitivo, puede implantarse en las paredes de la vagina, en los labios mayores, las trompas de Falopio, ó el ovario. Su característica histogenesis,consiste en tener su punto de partida en ciertos tejidos embrionarios, como son los elementos epitelial y conectivo del corion.

Anatomía Patológica.—Para comprender mejor esta, recordaré los datos anatómicos siguientes:

1.—ESTRUCTURA NORMAL DE LAS VELLOSIDADES CORIALES.

La membrana decidual se compone de dos partes: la sustancia compacta y la sustancia esponjosa. La primera, contiene grandes células; la segunda, especialmente, glándulas.

El óvulo se aloja, principalmente, en la sustancia compacta y está envuelto por el ectoblasto, trofoblasto, ó sea su capa mas externa. El ectoblasto llega á diferenciarse y, entonces, se distinguen tres clases de elementos:

(*a*) Syncitium, con grandes células, reunidas en masas multinucleares.

(*b*) Células de LANGHANS, de forma poliédrica,con protoplasma claro; y

(*c*) Células coriales emigrantes, grandes y de forma irregular, con 1, 2 ó mas núcleos irregulares.

Todo epitelio corial tiene tendencia destructiva contra las células y los vasos sanguíneos maternos.Cuando encuentra los capilares, perfora sus paredes, la sangre se derrama, el tejido conectivo embrionario prolifera entonces, del interior hácia afuera y el corion epitelial queda reducido á dos capas, formandose asi las vellosidades coriales.

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

Entre el 1º y 2º mes, algunas veces mas tarde, estas vellosidades tienen la estructura típica siguiente: al medio, se encuentra un tejido celular conjuntivo embrionario, despues las células de LANGHANS y el syncitium. En la capa de células del syncitium, hay unas yemas ó botones, que presentan á su sección células gigantes y además unos puntos oscuros, *nudos de células*, visibles á la simple vista y compuestos de syncitium, células de LANGHANS, células emigrantes y masas necróticas.

Los vasos sanguíneos vienen del miometrium, son de pared muy delgada y se rompen, vertiendo su contenido en los espacios inter-vellosos.

Entre la sustancia esponjosa y las vellosidades (su vértice), hay una capa fibrosa, llamada de Mlle NITABUCH. Esta capa es muy delgada y es mas bien una estría fibrinosa. Al través de esta estría muchas células, partidas de los vértices de las vellosidades, emigran á la sustancia esponjosa y al miometrium. Estas células emigrantes pueden ir hasta el tercio interno del miometrium y su objeto es destruír los pequeños vasos, para aumentar las cavidades intervellosas.

Estas células, como todas las del tipo emigrante, son bien caracterizadas por su núcleo irregular que toma una coloración oscura, asi como por la forma irregular de las células mismas.

Cuando la placenta se separa, quedan muchas células epiteliales en la sustancia esponjosa y el miometrium, que desaparecen en algunas semanas. Las células epiteliales coriales pueden tener 1,2 ó mas núcleos.

Algunos autores han descrito, anteriormente, como sarcomas de células gigantes, estas células emigrantes en la sustancia esponjosa ó el miometrium, lo que es hoy inadmisible.

De la misma manera que las células de LANGHANS, proliferan excesivamente el syncitium y las células emigrantes, y se encuentra una gran cantidad de estas últimas en el miometrium y la sustancia esponjosa.

2.—MOLE HIDATIDIFORME O VESICULAR.

VIRCHOW, describió estas formaciones con el nombre de *Mixoma Chori*. Al exámen no se encuentra en las vellosidades ninguna sustancia mixomatosa, asi es que dicho nombre no es correcto. Es un simple líquido que se aloja, ya sea en el centro de la vellosidad ó esparcido por toda ella, sin que ninguna vez presente los caracteres de una mucosidad. En muchas de las vesículas de la mole, hay una proliferación excesiva de células LANGHANS, syncitium, células emigrantes y necróticas.

3.—EMBARAZO EXTRA-UTERINO

Es un perfecto tipo de Corionepitelioma destructivo. Antes, por los caracteres clínicos solamente, se ha dicho que el embarazo ectópico era como una neoformación maligna; hoy, sí se puede decir con mayor razón, porque se conoce mejor su estructura.

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

Hay dos clases importantes que considerar: la preñez que se realiza en el istmo de la trompa (tercio medio) y la que tiene lugar en la ampolla (tercio externo).

Debe tenerse presente que en toda la trompa, la submucosa no existe, la serosa es una simple capa fibrosa y la mucosa forma pocos pliegues, que contienen un estroma fibroso y una sola capa epitelial.

En la porción ampular, la mucosa contiene un laberinto tubular. Se diferencia de la anterior, porque no tiene muscular y la mucosa es muy espesa.

El óvulo se aloja, ya entre las columnas ó pliegues de la mucosa, tipo inter-columnar; ó ya en el interior de las columnas mismas, tipo columnar.

En la trompa, la reacción decidual es casi nula y por consiguiente sus paredes son facilmente destruidas, por no tener esa capa protectriz.

La destrucción se hace de dos maneras, hácia el peritoneo,originando una ruptura, ó hácia adentro de la trompa,dando lugar á un aborto tubular, sea completo ó incompleto.

La hemorragia es mucho mas temible en la gravidez ístmica, cuando el óvulo se aloja en los espacios inter-columnares, porque se propaga mas facilmente hasta la serosa.

Al microscopio, se ven las vellosidades con sus células emigrantes entre las capas de la trompa hasta la serosa,. Las células emigrantes se encuentran tambien en las venas, cuya perforación producen.

El Corionepitelioma, se encuentra después de un parto, de un aborto ó una preñez extra-uterina, y en un 50 % debe su origen á la mole hidatidiforme.

La proliferación abundante en la superficie de las vellosidades, asi como la gran cantidad de células emigrantes en la mole, explican el porqué es esta el origen frecuente del corionepitelioma.

El tiempo para el desarrollo del corionepitelioma, despues de una preñez ó una mole, es variable. Raros casos se conocen, en los que el corionepitelioma se había ya formado durante la preñez. Algunos autores creen en la formación del corionepitelioma, en algunos casos, después de muchos años transcurridos, pero esto es inverosimil.

Por lo que se refiere á algunos caracteres clínicos, se observa: una caquexia muy pronunciada, consecuencia de las grandes hemorragias. Todos los corionepiteliomas son mas ó menos hemorrágicos, ya sea en los tumores primitivos ó secundarios.

El tumor tiene un color amarillento, marmóreo, debido á la gran cantidad de fibrina y sustancias necróticas que contiene.

El corionepitelioma presenta el aspecto de puntos hemorrágicos ó de una várice.

Cual es la causa de las hemorragias en el corionepitelioma? Es la tendencia destructiva extrema que tienen las células que lo constituyen.

El tejido del corionepitelioma vá primero á los vasos sanguíneos y se propaga, casi exclusivamente, por la vía sanguínea. En-

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

tonces, perfora los vasos de dentro afuera y por eso tanto el tumor primitivo como el metastático, son hemorrágicos.

Como su propagación se hace por la vía sanguínea, se encuentra, naturalmente, en todos los órganos las metastasis, pero, principalmente, en la vagina y los pulmones. Los gérmenes van á la vagina por una embolia venosa retrógrada y á los pulmones por una embolia directa.

Cuando se examina al microscopio un tumor primitivo ó mestastático, no se encuentra, muchas veces, los caracteres del corionepitelioma, porque hay mucha sangre y sustancias necróticas.

MARCHAND ha distinguido, desde hace 20 años, dos clases de corionepitelioma: 1º típico; 2º atípico. En el primero, se encuentra principalmente células de LANGHANS y syncitium. Este rodea las células de LANGHANS y es á menudo vacuolado. El segundo contiene muy pocas células de LANGHANS, y el syncitium se compone principalmente de grandes é irregulares células epiteliales.

Ambas formas no tienen ni estroma ni vasos sanguíneos propios. Ellos son la única forma de tumores epiteliales que se componen solo de células epiteliales. El estroma y los vasos sanguíneos son provistos por el tejido materno.

Diagnóstico y Tratamiento.—Casos de corionepitelioma pueden ocurrir inmediatamente despues de un aborto, y se ha pensado, entonces, en una septicemia con retención de tejidos placentarios, é instalado un tratamiento concordante. Ambas condiciones presentan: hemorragias, secreciones fétidas, fiebre, aumento de volúmen del útero y presencia de tejidos descompuestos ó coágulos sanguíneos. El curetaje del útero produce una mejoría temporal en el corionepitelioma, pero los síntomas regresan bien pronto, con mayor severidad, y el útero se llena de grandes cantidades de detritus, aunque haya sido completamente evacuado en una primera operación.

La rápida reproducción de tejidos descompuestos, en las circunstancias anotadas, es enteramente sugestivo del corionepitelioma.

En otros casos, la conección con la preñez es mas remota y puede no sospecharse la naturaleza real de tales formaciones. Entonces, el exámen de todo el tejido removido, debe confiarse al microscopista, quien es el único capaz de hacer el verdadero diagnóstico.

Como ya se sabe, el único tratamiento posible es la extirpación del útero, lo mas temprano posible. Debido al estado avanzado en que estos casos nos llegan ó se reconocen, la mortalidad inmediata á la operación ha sido un poco elevada.

El pronóstico, en lo que se refiere á reproducción, no es tan favorable como en el carcinoma del cuerpo. Pero, en cierto respecto, es algo mas benigno, porque en muchos casos la extirpación del tumor primitivo ha sido seguida de una desaparición completa de las metastásis en partes, como la pared vaginal, donde pudo hacerse una observación directa.

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

Historias clinicas de Corionepitelioma.

A la exquisita cortesía del Prof. Pick, Jefe del Laboratorio de Anatomía Patológica de la Clínica del Prof. Landau, de Berlin, debo las dos siguientes historias de casos típicos de corionepitelioma.

Historia Nº 1.—Metrorragias rebeldes. Clínica del Prof. Landau.—Archivos Nº 4604. 4. IX. 96. Frl. I. E.—25 años de edad. —Su 1er. periodo tuvo lugar á los 14 años, siempre irregular. —Hacía dos años había tenido un parto normal, y desde entonces el periodo fue regular hasta el mes de Enero del 96, en que se sus pendió por seis semanas, al cabo de las que sobrevino una fuerte hemorragia que duró 14 días, y se repitió, despues de cuatro semanas, nuevamente.

En Junio de 1896 se practicó un primer curetaje para combatir la hemorragia, y, más tarde, dos veces más todavía.

Después del último curetaje, continuó un flujo hemorrágico persistente, que la obligó á entrar en la Clínica.

Status praesens.

Constitución delicada. Extenuación y gran palidez en el rostro. Metrorragia profusa y asi continuó hasta el 15 de Set. 1896.—Utero no estaba aumentado de volúmen,su consistencia era normal; en el fondo se observó un pequeño tumor, grande como la mitad de un huevo de gallina, fijo, lo que hizo dificil su tracción hácia afuera.

Anexos, no ofrecian nada de particular. La naturaleza de ese pequeño tumor no pudo determinarse, y se practicó, entonces, la siguiente operación;

El 15 de Setiembre 1896, se hizo una incisión transversal en el fornix vaginal anterior, la vejiga fué separada y el útero tirado hácia el exterior. La pared anterior del útero fué abierta en el medio y se vió lo siguiente: del ángulo derecho del fondo salía un tumor lobular, de ancha base, que avanzaba en la cavidad del útero, de un tamaño como medio huevo de gallina, hasta el tubo izquierdo. El aspecto del tumor era de un color rojo oscuro, algo córneo, y parecía estar formado por un tejido placentario y muchos coágulos. No se pudo ligar el pedículo del tumor, pero se extirpó con una sección,que se cerró después con suturas. Mientras se practicaban estas, se conoció el resultado del exámen microscópico, que había sido encomendado, hacía cinco minutos solamente, al Prof. Pick,probando que la naturaleza del tumor era la de un corionepitelioma. A renglon seguido, se hizo la histerectomía vaginal total y el 9 de Oct. del mismo año fué dado su *exeat* á la paciente.

Después de un año, la paciente volvió á ser admitida en una Clínica, que fué esta vez el Hospital Friedrichshain,en donde estuvo hasta su muerte, en Diciembre 1898.

La autopsia, practicada bajo la dirección del Prof. Pick es la siguiente, extractada del protocolo del Instituto de Anatomía Patológica del referido Hospital.

Los puntos importantes son: caquexia generalizada, con ligeros edemas. Struma simétrica tiroidea. Pleura izquierda con muchas adhesiones; derecha, no tanto, pero contenía 300 c.c. de líquido: hidro-torax.—Ventrículo derecho hipertrofiado y dilatado, músculos

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

del miocardio pálidos, amarillentos en sitios, válvulas intactas.—Pulmones muy edematosos.—Bronquios medios, atrofiados y de forma de huso.

Trombo en la arteria pulmonar, que llenaba completamente el lúmen y se extendía en ambos lados hasta los pulmones mismos. El trombus era de consistencia dura, color claro y bien adherente á las paredes.

La glándula tiroides, estaba mas hipertrofiada á la izquierda y la tráquea era ligeramente comprimida. Había escoliosis derecha.

En la cavidad peritoneal, había un litro de líquido amarillento. El epiplon estaba adherido á la pelvis menor.

Utero, había sido extirpado antes.

Vagina ancha y terminaba en una cicatriz fuerte, en forma estrellada. Trompas dilatadas ligeramente, algo rojas.—En el sitio de la operación ningun tumor, tampoco en el vientre, ni en las glándulas peritoneales. Los demás órganos del vientre no ofrecian nada de particular.

El exámen microscópico demostró que el trombus era un típico corionepitelioma post-abortum.—Es digno de observarse que la metastásis tuvo lugar de un modo excepcional en el tronco y ramas de la arteria pulmonar y que se presentó con todas las apariencias de un trombus.

Este caso es típico por los puntos que se expresan: 1º Metrorragias rebeldes y ningun efecto de los curetajes.—2º Extraordinaria caquexia y anemia.—3º Aspecto del tumor, como un coágulo ó tejido placentario.—4º Metastásis y aspecto de estas, de coágulos sanguíneos.

HISTORIA Nº 2.—PREÑEZ TUBARIA. Frau G.T., 26 años. Estuvo en la Clínica del Prof. LANDAU, bajo el Registro Nº 13800, el 21 de Agosto de 1909.

El 15.IX.05, estando en el 4º mes de embarazo, arrojó una mole hidatidiforme, después de lo que se encontró en buenas condiciones y el 19 de Oct. 1906 tuvo un parto normal. En Abril 1909, tuvo un 3er. embarazo, durante el cual le sobrevino al 2º mes, una hemorragia interna súbita, y fué operada de una ruptura de gravidez extrauterina izquierda. Después de algunas semanas, cuando la paciente convalescía, apareció una hemorragia vaginal considerable, y se encontraron dos nódulos hemorrágicos en la vagina, uno ulcerado. Fueron extirpados y suturadas las superficies de implantación.

La paciente no quizo sufrir ninguna operación después. El 21 de de Julio salió de la Clínica y regresó á la Policlínica del Prof. LANDAU el 30 del mismo mes. Estaba muy anémica, su pulso era de 150-160.—Temperatura 39º. Se pudo constatar al día siguiente que el labio mayor derecho tenía un tumor duro, de color negro azulado, además otro tumor sub-uretral de igual naturaleza, y un tercero, entre el recto y la pared vaginal. El útero era grande como un puño. En el lado izquierdo un tumor del mismo tamaño, duro, elástico.

El 3 de Agosto, se extirpó los dos tumores de la vagina y se hizo el exámen microscópico por el Prof. PICK. Este exámen demostró la existencia de un corionepitelioma. Se practicó entonces la ex-

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

tirpación total del útero. Este era del tamaño indicado, con numerosas abolladuras. El anexo derecho era normal. En el tubo izquierdo, se halló un tumor, como una pequeña manzana, rojo-azul oscura. Muchas adherencias existian entre el útero, los anexos, intestino, omento y paredes de la pelvis. La operación radical fué muy difícil. Se dejó un drain por la vagina. La paciente falleció el 20 de Agosto del mismo año.

Necropsia. — Debajo del riñón izquierdo, se encontró, intraperitoneal, una cavidad del tamaño de un puño de la mano, con ligeras adhesiones que la circunscribían, formando el continente de un líquido sero-purulento. Las asas del intestino, en la vecindad, estaban adheridas entre ellas. Pulmones bien adheridos á su pleura, en gran extensión. Pulmon izquierdo rojo oscuro, como un «saco de frijoles». Estos nudos del tamaño de pallares, eran de color amarillento. La sección era roja, lo que hacía un contraste mas pronunciado con el color amarillo de los nódulos. Otras metastásis no fueron encontradas.

A la simple vista el útero tenía 11 cent. de largo; en la superficie del fondo se veía tumores del tamaño hasta de una nuez, ya planos, ya prominentes, ya gris-oscuros ó gris-verdosos, rojo-oscuros, duros, fluctuantes.

En las preparaciones hechas, se encontró al microscopio que: los nódulos eran del caracter del corionepitelioma, tanto los del útero como los tumores del tubo y pulmones.

Este es, pues, un caso de corionepitelioma, desarrollado después de una gravidez tubaria izquierda, con metastásis en el fondo del útero, en los pulmones, en la vagina y en uno de los labios.

CLINICA MEDICA DEL HOSPITAL «DOS DE MAYO»

(Curso de 1911)

ENFERMEDAD DE CARRION

por el profesor doctor ERNESTO ODRIOZOLA

Es la primera vez, durante el presente año, que acude á nuestra observación un ejemplar de la *enfermedad de Carrión.* El interes nacional que domina en el estudio de todo lo que á ella se refiere y la gravedad implacable que la caracteriza, en la inmensa mayoría de los casos, son circunstancias que exitan la curiosidad y estimulan nuestro empeño en favor de los oscuros problemas relativos a la etiología, á su patología y sobre todo á la terapéutica.

El caso de que hoy nos vamos a ocupar, pertenece á la forma *aguda,* á la que hemos designado con el nombre de *fiebre grave de Carrión,* entidad que por sus atributos clínicos, por la perfecta si-

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

militud que guardan los casos entre sí y por la violencia incomparable que demuestran, merece una descripción especial, y un lugar aparte dentro del cuadro nosológico general de la enfermedad.

El enfermo ocupa la cama Nº 9 de nuestro servicio; es natural de Yauyos, de 14 años de edad y de oficio jornalero.

Su padre murió hacen cuatro años, no sabe de qué. Su madre vive y es sana.

Tiene tres hermanos que gozan tambien de buena salud. Por lo que á él respecta, parece que ha sido siempre sano.

Refiere que el día 1º. del presente mes,salió de Yauyos,en viaje a esta capital, haciendo a pié la primera parte del trayecto, desde el citado pueblo hasta Matucana, á la cual llegó ya entrada la noche. Durmió allí y permaneció durante dos días, hasta el 4 en que tomó el ferrocarril que lo trajo a Lima, adonde llegó, según dice, en perfecta salud, alojándose donde unos parientes en la calle de San Isidro. Afirma que esa noche se acostó completamente sano, aunque algo cansado por el viaje, pero a la mañana siguiente se sintió atacado de fiebre, vómitos y gran postración y viéndolo sus parientes en este estado, se decidieron traerlo al hospital, adonde entró el día 6.

Según les he dicho al comenzar, este muchacho sufre de una *fiebre grave de Carrión*. Pero antes de formar este diagnóstico,conviene tocar algunos puntos de interes etiológico de gran importancia.

El enfermo dice que el cuatro del presente mes llegó a Lima, en perfecta salud. El viernes trece lo examinamos juntos, es decir nueve días después de su llegada y ustedes pudieron apreciar la anemia profunda que presentaba: el examen de sangre demostró que solo habían 1. 900, 000 hematies. Ya en muchas ocasiones les he manifestado que la *anemia rápida e intensa*, es uno de los fenómenos por excelencia de la *fiebre grave de Carrión*,á punto que en ninguna otra enfermedad se desarrolla igual, en tan corto plazo. Pero en este ejemplo, las cosas han pasado de los límites conocidos, por que en sólo nueve días ha llegado al estado en que se encuentra. Por estos motivos nosotros ponemos en duda el hecho de que este muchacho haya estado hasta su arribo á Lima en buena salud. No se debe olvidar que, según nuestras observaciones, la fiebre grave de Carrión comienza muchas veces por un periodo de fiebre más o menos *ligera*, durante el cual la *anemia* progresa rápidamente y sólo despues de él se eleva para alcanzar los altos niveles conocidos. A este periodo, generalmente latente, porque el enfermo amenudo no lo advierte, es a lo que hemos llamado *preparatorio*, término indudablemente defectuoso, porque el parecería indicar que la enfermedad no está todavía constituida; pero con él no hemos querido manifestar sino que esas bajas temperaturas iniciales, preparan la progresión de las que la caracteriza en su estado de plena evolución. Por estas razones creo hoy, que ese término de *preparatorio* aplicado á ese periodo, debe modificarse por el de *prehipertérmico* que traduce mejor el curso de la temperatura.

Es muy posible, de acuerdo con estas reflexiones, que el muchacho haya estado febril todos los días antes de llegar a Lima. Pero aun suponiendo esto, resultaría siempre el plazo muy corto, porque habiendo salido de Yauyos el 1º del mes en curso llegó ese mismo día

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

a Matucana, en donde permaneció hasta el cuatro en que tomó el ferrocarril y llegó a Lima. Tendríamos que aceptar entonces que el periodo de incubación de la fiebre ha sido solo de horas. Semejante suposición es posible, por que en las personas de tierna edad, la indicada incubación es habitualmente muy corta, desarrollandose la enfermedad con gran violencia.

Ya vén ustedes, por todo lo que llevamos dicho, que hay puntos oscuros en la etiología de esta fiebre, en el caso actual, que no podemos resolver. Parecería como que al llegar a Matucana, este enfermo hubiera ya contraído la enfermedad. Pero en Yauyos no existe la *enfermedad de Carrión*, que nosotros sepamos. A no ser que antes hubiera estado en lugares en donde ella es endémica. Aunque en la época en que nosotros publicamos nuestra monografía, sosteníamos que ella no existía en Matucana, observaciones posteriores parecen indicar que la hay.

Sea de ello lo que fuere, lo que debemos sacar en claro, es que la anemia en este muchacho, ha progresado con increible rapidez y en algunos días ha adquirido la intensidad que ustedes han podido comprobar.

Semejante hecho es de importancia trascendental y creemos que él solo es suficiente para establecer el diagnóstico, pues fuera de la contingencia de una hemorragia copiosa, no hay enfermedad que en tan corto plazo pueda engendrar una *anemia tan intensa*.

Si ahora contemplamos el cuadro clínico de la fiebre *grave de Carrión*, no deja de ser un contraste sujestivo, la existencia de esta terrible anemia coexistente con altas temperaturas y vibraciones más más o menos violentas de los gruesos troncos arteriales del cuello y esta anemia y estas altas temperaturas se desarrollan, como lo ven en este muchacho, en medio de los mas leves reacciones materiales de sus órganos y aparatos. En efecto, un *muy lijero* infarto del bazo y del hígado, un *soplo anémico* en la base del corazón, al lado izquierdo y una *diarrea serosa o desinteriforme*, debida a una *enteritis foliculat* de caracter congestivo *o hemorrágico*, es casi todo lo que podemos señalar de notable en este enfermo y que se repite con invariable similitud en todos los pacientes de este género.

Merece especial mención, entre los síntomas que revela el aparato digestivo, la condición de la *lengua*, que hemos calificado casi de característica. Aparece *ancha, pálida, muy ligeramente saburrosa y húmeda*. No es sino en los casos muy avanzados,de profundo aspecto *tífico*, que ella se seca y se encoje ostentando una saburra *fuliginosa* marcada. Pero es preciso guardar bien en la memoria que la descripción que de ella hemos hecho, corresponde a la gran mayoría de los casos y en nuestro enfermo, estos caracteres destacan con impecable identidad.

Esta lengua se diferencia radicalmente de la que vemos en los enfermos de paludismo *grave* y por eso hemos sostenido siempre que la *condición objetiva* de este órgano, al lado de la *anemia intensa*, de las *elevadas temperaturas* y de la *diarrea*, constituyen una *cuadruplice* sintomática que basta para afirmar energicamente el diagnóstico de la *fiebre grave de Carrión*.

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

El infarto del *hígado y* del *bazo*, son frecuentes en ella, pero generalmente no es muy marcado y esta circunstancia imprime especial gravedad a la situación, pues en los pocos ejemplos en que estos órganos aumentan más o menos casi considerablemente de volumen el pronóstico es *menos serio*. En efecto, hemos tenido ocasión de observar enfermos de esta categoría, con *bazos voluminosos* y generalmente en todos ellos la fiebre no ostenta esa resistencia, ese curso implacable que ha culminado en los últimos años de nuestra observación. En estos enfermos la erupción de verrugas, más o menos violenta y difusa, concluye por deshacer rápidamente la *esplenomegalia*.

La escaza reacción *hipertrofiante* del hígado y del bazo, demuestra en nuestro concepto, la virtud intensamente desorganizadora del gérmen de la fiebre *grave de Carrión*, al frente de la capacidad defensiva de estos órganos y la participación *muy secundaria*, de los elementos *similtíficos* invocados por el malogrado TAMAYO, en el justo entusiasmo de su descubrimiento, en esta fiebre. Estos gérmenes similtíficos, como todos los del grupo, exitan y despiertan poderosamente la actividad defensiva de los ya indicados órganos y el hecho de su claudicación en la *fiebre grave de Carrión*, nos prueba que los tales *similtíficos* no son sino *intrusos* que lejos de suplantar la acción primordial del gérmen *genuino*, no hacen sino exaltar en grado superlativo los atributos malignos de este, que les arrebata y aniquila sus preponderantes cualidades nosológicas. I no se diga que la *diarrea* que con tanta constancia vemos en esta fiebre, sea una de las pruebas concluyentes de la actuación fundamental de los *similtíficos*, porque las autopsias revelan que hay una hipertrofia de los *folículos cerrados* del intestino al mismo tiempo que una hipertrofia *general* de todos los ganglios del organismo, de manera que la hipertrofia de aquellos, no es sino la demostración localizada de un esfuerzo general defensivo de todo el sistema ganglionar al frente de las especiales cualidades *hemolíticas* del gérmen de la fiebre grave. Todo lo que podríamos aceptar es entonces que los similtíficos encontrarían en el intestino un campo ya preparado para realizar sus labores patológicas habituales.

Todavía hay mas, Señores; si ustedes registran todo el cuerpo de este enfermo, encontrarían en el miembro superior izquierdo, cerca de la garganta del pié y por el lado de adentro, un *boton verrucoso* que muy pequeño primero ha ido creciendo rápidamente bajo nuestra observación. No puede caber duda acerca de la identidad: es *regular, redondeado, lustroso*, profundamente *pálido*, como ocurre verlos en el curso activo de la fiebre *grave de Carrión*. La aparición de esta *verruga*, prueba que el gérmen de la enfermedad está ahí viviente y actuando con toda energía. Desgraciadamente la aparición de este elemento solitario y de caracteres reaccionales tan mesquinos, no es como para consolarnos y tranquilizarnos, porque á menudo cuando aparecen en esas condiciones, tienen una duración efímera y entonces la enfermedad sigue su marcha aguda; los gérmenes continúan su obra de desorganización profunda que termina habitualmente por la muerte.

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

Este concepto unitario del germen, en la *fiebre grave de Carrión*, obedece también á la idea etiológica fundamental, en todas las fiebres infecciosas, cuya generación no puede ni debe atribuirse a dos ó más gérmenes, por más que en realidad lleguen á encontrarse, por que siempre será uno solo el exclusivo y responsable de todos los desordenes: los demás no pueden figurar sino como cooperadores oportunistas.

Yo he insistido largamente sobre estos asuntos, porque el papel consagrado á los titulados *similtíficos* en la *fiebre grave de Carrión*, no debe exagerarse ni mucho menos equivocarse y digo esto, porque en algunos periódicos médicos extranjeros y aún en algunos otros recientes dedicados a las enfermedades tropicales, se labran las mas antojadizas opiniones y los mas erroneos conceptos sobre la *fiebre grave de Carrión*, pretendiendo incluirla en el grupo de las enfermedades *tíficas*. Es preciso protestar enérgicamente contra las tendencias disociadoras: la *fiebre grave de Carrión es y continuará siempre siendo la forma más aguda de la enfermedad específica de nuestras quebradas, debida á un germen especial al que debe imputarse de manera exclusiva todos los trastornos que le son característicos; los similtíficos descubiertos no son sino colonizaciones secundarias cuya función agravante puede ser muy cierta, pero de ninguna manera escencial, en la representación clínica y nosológica de la fiebre.*

Continuando con el estudio de nuestro enfermo, debo hacerles notar, particularidad comun a estos casos, que apesar, de la elevada fiebre contínua y de la anemia intensa, conservan en buena condición sus *facultades mentales* y es frecuente ver a estos enfermos casi agónicos *no presentar manifestaciones delirantes*.

En la *fiebre grave de Carrión* del tipo que ustedes contemplan en este enfermo, *no existen* generalmente los *dolores articulares* ni hay *tampoco cefalalgia*. Los dolores articulares se notan en los casos menos agudos, en que la fiebre no adquiere tanta intensidad y que terminan amenudo por una basta y rápida erupción de verrugas. En estos casos pues, los dolores articulares son de buen aguero y autorizan un *pronóstico menos severo*.

Estos son justamente los enfermos que por sus dolores articulares, con tumefacción, su anemia, su fiebre más ó menos constante, se confunden con el reumatismo articular agudo. Si el médico no tiene la precaución de averiguar detalladamente los lugares por donde el enfermo ha transitado, el diagnóstico es imposible. De estas consideraciones deriva la regla práctica, entre nosotros, de que *todo caso de pretendido reumatismo articular agudo, debe despertar sospechas sobre la posibilidad de una fiebre grave de Carrión de esa forma especial, de pronóstico generalmente favorable.*

Desgraciadamente nuestro enfermo no pertenece á la categoría esta. En él, en efecto, no hay dolores articulares y la erupción, hasta este momento, solo está representada por el sólo botón á que ya he aludido. Esta débil reacción eruptiva, constituye el elemento de gravedad mas grande, en la verdadera fiebre *grave de Carrión*. Muchas veces verán ustedes que la erupción se verifica en límites casi siempre restringidos, y los botones verrucosos son pálidos, pequeños, sin tendencia a progresar ni á multiplicarse. Por el con

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

trario, habitualmente se marchitan, se atrofian y la fiebre sigue inexorablemente su curso.

El vértigo, como resultado de la anemia profunda, es el síntoma nervioso, mas constante. Algunos enfermos lo experimentan al mas leve movimiento de la cabeza en la almohada.

La *diarrea, serosa, sero-sanguinolenta* ó *netamente disentérica*, es muy frecuente y si distingue generalmente por su gran resistencia a todos los medios terapéuticos.

Es de notar que de algunos años á esta parte la mortalidad de la *fiebre grave de Carrión*, ha aumentado en condiciones aterradoras. Casi todos los enfermos que se han asistido en nuestro servicio, en estos últimos años, han sucumbido casi todos, apesar de los variadísimos medios empleados. ¿Cuál puede ser la explicación de este hecho? Lo ignoramos, pues, no puede creerse que la permanencia en el medio nosocomial ejerce influencia nefasta, porque yo recuerdo que cuando era estudiante, en este hospital, se curaban mas casos que ahora. Por lo demas, no debemos admirarnos de esto, porque lo mismo pasa con casi todas las infecciones cuya gravedad, en un mismo lugar, es mayor o menor, según circunstancias que nos escapan.

El tratamiento a que debemos sujetar nuestro enfermo, es uno de los puntos mas oscuros; estamos verdaderamente en el desierto. Los *baños* y los *antipiréticos* tienen una acción muy poco marcada sobre la temperatura. Ultimamente se concibió alguna esperanza en la administración del «606» de EHRLICH-HATA. Mi amigo el Dr. ARCE fué el primero que lo empleó en un enfermo de su servicio. Despues de una lijera remisión de los fenómenos que pareció coincidir con el empleo de esta droga, la enfermedad recobró toda su intensidad y el enfermo concluyó por sucumbir.

En nuestro enfermo se ha empleado tambien y por dos veces, pero hasta ahora el resultado es nulo. Tambien se le ha hecho inyecciones de *colargol*.

Al frente de esta desesperante situación, estamos por consiguientes autorizados para emplear todos los medios racionales que se puedan ocurrir.

REVISTA DE TESIS

IMPORTANCIA DE LA EXPLORACION RADIOLOGICA EN EL DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES MEDICOQUIRURGICAS DEL ESTOMAGO.—Tesis que para el bachillerato presenta ALEJANDRO BUSALLEU.

La radiología, como medio de exploración clínica, nos dá su apoyo por dos modalidades: la radioscopia y la radiografía. Sigue á la introducción, que comienza con las palabras antes citadas, la técnica general de la exploración radiológica del estómago; los datos

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

suministrados por la exploración radiográfica del estómago, ya del estómago normal, ya del estómago patológico, dando especial extensión á los capítulos «úlcera del estómago y cáncer del estómago»

Acompañan á la parte expositiva de la tesis, que está redactada é impresa correctamente, cinco observaciones propias, las primeras que se dan á la estampa en el Perú, acompañadas de esquemas y fotograbados de las radiografías obtenidas.

Las conclusiones a que llega son las siguientes:

La Radiología es de un valor incalculable en la clínica.

La radioscopía, presta mayores ventajas y debe ser, en lo posible perferida á la radiografía, en la exploración del estómago.

Para apreciar todo su valor,los resultados radioscópicos y las placas radiográficas, deben ser debidamente interpretados. Todo enenfermo aquejado de una dolencia gástrica, debe ser sometido, sin demora, á la exploración radioscópica.

Los datos obtenidos en la exploración radiológica del estómago, tienen todo su valor,si armonizan con los obtenidos por la clínica; no pudiendo los primeros, ser solo, suficientes para establecer, en la mayoría de los casos, un diagnóstico seguro.

Conocida su importancia, se hace necesaria la creación de un curso práctico de radiología, que provisto de una instalación que merezca el nombre de tal, funcione en alguno de nuestros hospitales.

HIGIENE DE LAS MARCHAS.—Tesis para optar el grado de bachiller que presenta ARTURO F. PASTOR.

La tesis se encuentra devidida en siete capítulos que estan desarrollados siguiendo un objetivo médico militar, y llegando a las siguientes conclusiones:

1a.—En el ejército se debe dictar un curso de Higiene Militar, con un programa sencillo que sirva de norma para la aplicación de los principios científicos, en una masa capaz de comprenderlos.

2a.—Es indispensable un periodo de observación, antes de dar ingreso en el ejército á los ciudadanos que la ley determina, por no ser suficiente las condiciones de examen actual.

3a.—Es necesario que se estudie con detención y método para su reforma o sustitución, ciertas prendas del actual servicio, por no hallarse dotadas de las condiciones físicas ó higiénicas que son precisas.

4a.—Deben cumplirse durante y despues de las marchas, los preceptos higiénicos señalados con el objeto de conservar la salud del soldado en el mejor estado.

5a.—Es imprescindible el acompañamiento del Servicio Sanitario en las marchas del ejército y se le deben dar facilidades de todo orden.

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

LA ANESTESIA REDUCIDA.—Tesis que para optar el grado de bachiller en medicina presenta JOSE H. CORONADO VIGIL.

Está dividida la tesis en las tres partes siguientes:

a) Importancia de la enseñanza metódica de la anestesia.

b) Anestésicos empleados y sustancias que se usan como coadyuvantes, y

c) Práctica de la anestesia general con circulación reducida.

La anestesia general con circulación reducida, que es la parte principal de esta tesis, fué empleada por primera vez por KLAPP de Berlin en 1907, y veinte observaciones recojidas de los servicios de cirujía de nuestros hospitales, sirven de fundamento á la tesis.

A.— La anestesia general con circulación reducida, ofrece las ventajas siguientes:

1º.—La anestesia es obtenida rápidamente.

2º.—La cantidad de anestésico para producir la narcosis es menor que en cualquier otro método.

3º.—El enfermo consume menos narcótico con el método de la circulación reducida.

4º.—El despertar del enfermo se efectúa rápidamente.

5º.—La intoxicación por el anestésico es mínima.

6º.—Los trastornos postanestésicos serían menores como resultado de la menor intoxicación.

7º.—El anestesista posee un arma poderosa, con este método, para combatir el síncope respiratorio.

B.—El método de anestesia con circulación reducida, se puede emplear en toda narcosis y solo le contraindicarían.

1º.—Las varices y arterioesclerosis muy avanzadas.

2º.—Ciertas afecciones cardiacas.

3º.—Ciertos estados infecciosos muy prolongados.

C.— En nuestros hospitales, donde la mayoría de los enfermos son alcohólicos, el método puede prestar grandes servicios.

LA OPERACION DE FULLER EN EL TRATAMIENTO DEL REUMATISMO BLENORRAGICO.—Tesis para optar el grado de bachiller en medicina que presenta LEONCIO M. BLACKER.

La operación de Fuller, que se emplea para el tratamiento del reumanismo blemorrágico, consiste en abordar la vesicula seminal por la vía perineal, y colocar un pequeño dren en el conducto eyaculador correspondiente. Solo una observación fundamenta la tesis, y fué practicada la operación por el doctor RICARDO PAZOS VARELA.

El autor concluye que dada la estadística de FULLER, quien cuenta con mas de 140 casos operados, se puede decir que el método es recomendable, siempre que se haga el diagnóstico preciso de la localización vesicular.

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

FACULTAD DE MEDICINA

Concurso de la clínica otorinolaringología.—El 4 del presente comenzó el concurso de esta cátedra, al que se habían presentado los doctores Juvenal Denegri y Adán H. Mejía; después de realizadas las pruebas reglamentarias, que merecieron ser aprobadas por la Facultad, ésta eligió catedrático al doctor Juvenal Denegri por 14 contra 9 que obtuvo el doctor Adán H. Mejía y 1 en blanco.

Concurso de la clínica de vías urinarias.—A este concurso no se presentó sino un opositor el doctor Ricardo Pazos Varela, quien obtuvo la cátedra después de rendir las pruebas reglamentarias.

Los nuevos catedráticos titulares han recibido muchas felicitaciones.

BIBLIOGRAFIA

TECNICA CLINICA MEDICA Y SEMEIOLOGIA ELEMENTAL.-Publicada bajo la dirección del Dr. *Emile Sergent*, con la colaboración de los Drs. Rhadeau, Dumas, Lian d'xeucquerille, Fecarolta, Chauvet, Pruvost, Hazard.—Prólogo de M. Just Lucas-Championmére.

in 8º-1913—173 figuras y 2 planchas en colores—12 fr.

Uno de los principales vacios de la enseñanza médica actual es la falta de organización clínica elemental. El principiante que penetra á un servicio de hospital no encuentra en él sinó pocas veces la la dirección metódica que reclama su estado de espíritu. Si sus libros de patología le dan descripciones detalladas de las diversas enfermedades cuyos casos evolucionan ante sus ojos, nadie le enseña la manera de buscar los síntomas de estas enfermedades y aprender á reconocerlas.

Convencido de la necesidad de considerar al estudiante de medicina como un aprendiz á quien se debe mostrar sus herramientas y su manejo, el Dr. E. Sergent ha organizado en su servicio de la *Charité*, con el concurso de varios de sus antiguos alumnos, un curso de enseñanza clínica elemental, que visa: «*nó á un estudio descriptivo de las enfermedades, reservado á la patología, sinó al estudio de los procedimientos de exploración que permiten buscar y comprobar los síntomas*».

Estas conferencias reunidas en el manual anunciamos, las presenta á los lectores la alta autoridad del Dr. J. Lucas-Chaampioniere. Numerosas figuras remplazan á los enfermos y los aparatos que sirven para los ejercicios prácticos del curso.

Libro destinado á los principiantes, pero útil también para los prácticos que encontrarán en él bajo forma concisa y clara, la exposición de los procedimientos de examen antiguos y modernos cuyo conjunto constituye lo que se podría llamar arsenal de exploración clínica, tanto á la cabecera del enfermo como en el laboratorio, y la exposición práctica de los grandes sindromas mórbidos mas recientemente tratados en clínica.

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

Esculape.—GRANDE REVUE MENSUELLE ILLUSTREE, 41, *Rue des Ecoles, Paris. Le N°: 1 fr. (Etranger 1 fr.50) (franco contre timbrespeste) Abonn: 12 fr. (Etranger: 15 fr.)*—SOMMAIRE *du N° de novembre* 1913.

Les Centenaires (7 illustr.), par Mme. la Doctoresse G. YVES-ROY «Ce que l'homme peut faire de mieux, dit Goethe, c'est de durer». La magicienne Médée rajeunit Jason; le vieux roi David et la jeune Sunamite; secrets d'Arnaud de Villeneuve et de Nicolas Flamel; l'elixir de longue vie; les causes qui abregent l'existence.

L'Herbier de J.- J. Rouseau (6 illustr.),par le D. P. RAYMOND. prof. agregé.—Le petit herbir de M. Madelaine Boy de la Tour et ses 180 plantes délicatement étalées et fixées pas Rousseau luimeme; les conseils et explications charmantes donnés á l'aimable Madelon sur la totanique.

L'impossible Euthanasie;les médecins et le droit de tuer (8 illustr.) par le D. E. SICARD.—Le role du médecin est de prolonger la vie, ce n'est pas á lui de mettre fin, meme avec ttoute la douccer désirable, aux souffrances jugées incurables. Réfutatión de Bacon, Thomas, Morus, Maeterlink.

Les Médecins de Pascal (6 illustr.) par le D. JUST NAVARRE Les «portefeuilles» du médecin Vallant, conserves à la Bibliotheque Nationale, viennent de nous des livrer le nom des médecins qui soignérent Pascal dans sa derniére maladie. Le vin émétique;le prétendu empoisonnement de Pascal.

Salé, la Ville Saint (2 illust.) par le D. DOUZANS.—Etude Psychologique; le mépris de l'indigéne pour l'eurcpéen; comment il se traduit.

Mort du sergent Blandan et amputation du chirurgien sous-aide Ducros (6 illustr.) par le D. BONNETTE.—Bladam frappé à la cuisse, à la poitrine, á l'abdomen, meurt de péritionite; le chirurgien Ducros amputé du bras droit.

Le Bal de l'Internat (3 illustr.).—Les loges, les cortéges, la salle «rendez-nous le culte d'Aphrodite!» L'entrain; les danses.

Le professeur Ledoubie: l'homme et l'œuvre (5 illustr.), par les DUBREUIL-CHAMBARDEL et FAIX.—«Rabelais anatomiste et physiolo gique» Bossuet anatomiste et anatomiste et physiologiste». Une belle figure de savant; le bourru bienfaisant.

Les suites du pacte de luxure (simili-gravure hors texte), par G. de TROMELIN.

SUPLLEMENT—*Un duel à propos d'opium.—Mirabeau était-il végétarien?—Werder au Kouango en 1642.—La mére d'Acyl.—Madagascar Langue francaise et médecine au Chili.—Prix de de l'adu l'adultere á Madagascar.—L'atthéisme et la Science.—Empalement transaxillaire.—Les reliures en peau humaine.—De l'amour.—La soude et M. Solvay.—Le Celrisme.—Calcul monstre de la vessie. Les victimes du zinc.—A probos d'une lettre d'Alfred de Vigny à Mlle Dorval.—Les plantes de marais.—Le proces en sorcellerie de la mére de Képler.*

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