

# La Crónica Médica

AÑO XXXI — LIMA, AGTO. y SET. DE 1914 — N° 615



## SARCOMA DEL OMOPLATO.

### ESCAPULECTOMIA TOTAL; CONSTITUCION DE UNA NEO—ARTROSIS CLEIDO HUMERAL; CURACION— (1)

Por el doctor Luis de la Puente

Generalmente aceptado el principio de la propagación de las neoformaciones sarcomatosas por vía sanguínea, no se encuentran aún sus modos de invasión bien determinados como en las producciones de caracter epitelial; consecuencia natural de esta incertidumbre patogénica, es que, en los sarcomas, siendo menos científicamente reglada la terapéutica quirúrgica que se les opone, sus resultados operatorios son también muchos mas inciertos.

El concepto que hoy orienta el tratamiento de los tumores de naturaleza maligna, concepto universalmente aceptado por los que se hayan avezados en la práctica de las intervenciones quirúrgicas, es el de la excisión extensa, amplia, sobrepasando grandemente los límites del neoplasma. En conformidad con esta nueva y lógica orientación, los procedimientos de ablación parcial, con ó sin resección del hueso, de los tumores malignos del omóplato, extendidos á los músculos periescapulares, han sido juiciosamente abandonados, á causa de las probalidades que ofrecen de recidiva á corto plazo.

En la moderna terapéutica sangrante de los sarcomas del omóplato, dos son los métodos que se disputan el favor de los cirujanos habituados á este orden de intervenciones: la amputación inter-escapulotoracica ú operación de BERGER y la ablación total del omóplato ó escapulectomía total. La primera, sería la operación de elección cuando el tumor ha invadido el brazo, la clavícula ó se haya

(1) El enfermo, fué presentado el 19 de julio, quince dias despues de la operación, á la «Sociedad de Jefes de clínica», en el Hospital «Santa Ana». En la misma sesión se hizo la exposición de la pieza anatómica y preparación microscópica.

extendido al tejido celular axilar ó supra-clavicular; la segunda, se encontraría indicada cuando el neoplasma no parece avanzar más lejos del omóplato ó de los músculos que cubren este hueso. La operación de BERGER, no obstante la admirable técnica del autor que la hace relativamente fácil y exangue, y la perfección de los resultados terapéuticos lejanos, por ser una intervención en extremo radical, pues exige la total eliminación del miembro enfermo, deberá ser sustituida, siempre que las condiciones de la lesión lo permitan, por la resección completa del omóplato: operación mas conservadora, de simplicidad en su ejecución, que deja muy pocas probabilidades de recidiva y que tiene sobre la amputación interescapulo-torácica, la enorme ventaja de conservar al operado, sino un miembro superior entero, por lo menos un codo, un antebrazo y una mano que pueden prestarle muy grandes servicios.

Tal es el resultado que hemos alcanzado en un operado por sarcoma del omóplato que ha curado rápidamente; en la actualidad, él no puede separar el brazo del cuerpo, pero los movimientos del



N.º 1.—Extirpación total del omóplato.

—Se observan las huellas de la doble incisión y un notable acortamiento del lado operado.

(Fotografía tomada doce días después de la intervención.)

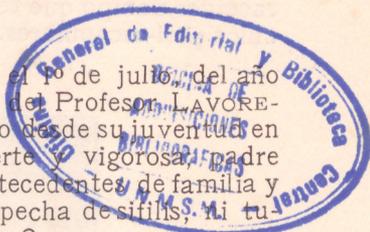
antebrazo y la mano le permiten vestirse con facilidad, y podrá entregarse más tarde á sus ocupaciones habituales, encontrándose en situación evidentemente superior á los que han sufrido una desarticulación interescapulo-torácica.

He aquí la observación:

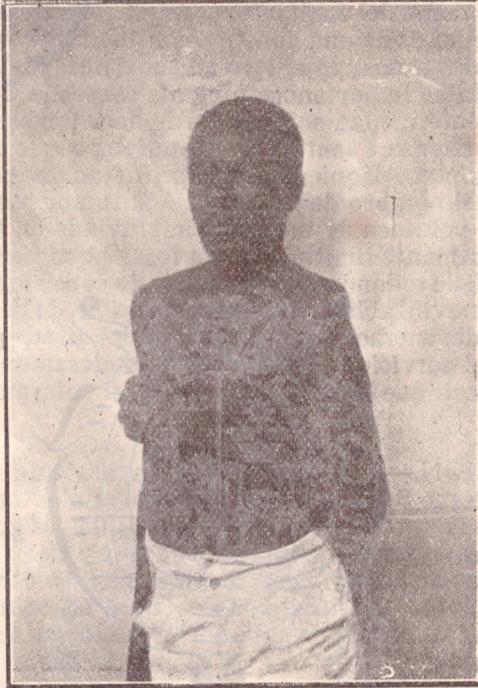
N. N. negro, de 48 años de edad, ingresa el 10 de julio del año en curso, al Hospital «Dos de Mayo», servicio del Profesor LAVORERIA, por un sarcoma del omóplato. Ocupado desde su juventud en trabajos agrícolas, es de una constitución fuerte y vigorosa. Padre de 10 hijos, todos sanos, no refiere en sus antecedentes de familia y personales nada de importancia; ninguna sospecha de sífilis, ni tuberculosis. Su enfermedad actual data de hace 2 meses en que nuestro enfermo comienza á sentir, al mismo tiempo que un abultamiento sobre su omóplato izquierdo, cierta limitación dolorosa en los movimientos del hombro de este lado. El tumor, visible á la inspección, es del volumen de un puño; implantado en la región infra-espinosa, francamente limitado á esta fosa; poco sensible á la presión; de superficie redondeada y regular; de consistencia dura y algo elástica; inmovilizable; ninguna alteración de la piel de la región; ninguna degeneración ganglionar ni del estado general.

El Jefe del servicio me permite bondadosamente ejecutar la operación radical que he propuesto y que el enfermo ha aceptado fácilmente.

OPERACION.—Anestesia al éter, aparato de OMBREDANNE; asistente el interno Sr. UGAZ. Dos incisiones son trazadas: una horizontal, desde la interlinea acromio-clavicular, sigue toda la extensión de la espina del omóplato y termina en su borde espinal; otra, perpendicular á la primera, de un extremo á otro del borde interno del omóplato. Desinserción del trapezio sobre el borde superior de la espina, el colgajo superior, tomado en su ángulo interno con una pinza de HARTMANN, es levantado hasta descubrir por completo la fosa supraespinosa recubierta por el músculo del mismo nombre, que no ha sido tocado. Sección del deltoides sobre el borde inferior de la espina y desprendimiento del colgajo inferior hacia abajo y afuera; todos los músculos que cubre la fosa infra-espinosa ó que en ella se insertan se ofrecen á la vista: infra-espinoso, redondo mayor, redondo menor y triceps. Sección de los tres primeros músculos, del supra espinoso, de la cápsula articular en su porción superior y del tendón largo del biceps; liberación y sección del tendón del triceps, sin comprometer los vasos y nervios circunflejos que son vistos; durante este tiempo, una porción reblandecida del tumor se abre inmundando el campo operatorio de un líquido de aspecto seroso. Sección de todas las partes blandas insertadas al acromión el que queda completamente libre. Entonces el ángulo inferior del omóplato es tomado y levantado con la mano izquierda, mientras con la derecha se separan al bisturí todos los músculos insertados en este ángulo y su borde espinal: gran dorsal, romboides, serrato y angular; la fosa sub-escapular con el músculo que la cubre es completamente descubierta, así como también el



plexo braquial, vasos y nervios de la axila; sección del tendón del sub-escapular, del resto de la cápsula articular que no ha sido liberada; del coraco, biceps y del pectoral menor sobre la apofisis coracoides, tiempo que termina la total ablación de la escapula y músculos peri-escapulares.



N. 2.—Extirpación total del omóplato: El enfermo haciendo ver la capacidad funcional del miembro operado.

Para conservar la utilidad del miembro operado se procura constituir una neo-artrosis cleido-humeral, según el método del Profesor QUENU. Para esto, dos perforaciones son practicadas sobre la extremidad externa de la clavícula, por ellas se hace pasar un hilo de plata en U que fija á ese hueso los restos de la cápsula articular insertada al húmero y el tendón del biceps; algunos puntos separados de catgut completan la fijación de la cápsula fibrosa del humero al periostio clavicular y partes blandas infra-claviculares; sutura al catgut de todos los tejidos fibrosos de vecindad; reunión, en fin, lo mejor posible, del trapecio á la parte superior del deltoides, cuya porción inferior es suturada con el gran dorsal y el rom-

boide. Crin y agrafes sobre la piel; dren que es retirado 48 horas después. La cicatrización se verifica por primera intención y el enfermo comienza á ejecutar movimientos con su miembro pasados algunos días.

El exámen de la pieza obtenida por exeresis revela la invasión de la totalidad de los músculos infra-espinosos por el neoplasma; el tejido oseó, probable punto de partida de la degeneración, también infiltrado, infiltración que alcanza igualmente al músculo sub-escapular. Histológicamente el doctor REBAGLIATI hace la siguiente relación de un fragmento del tumor: "manojos de fibras musculares estriadas se encuentran separadas por tejido celular joven, tejido que se condensa apartándose de las fibras musculares, en una formación constituida por pequeñas células redondas, de aspecto *francamente sarcomatoso*. Puede observarse el aspecto fusiforme de estos elementos celulares en numerosos sitios vecinos á la sustancia muscular."

---

## LAS AUTOPSIAS

(Conclusión).

PRIMERA LECCION, EN EL PRESENTE AÑO, DEL CURSO  
DE ANATOMIA PATOLOGICA

por el doctor Oswaldo Herculles.

### HISTORIA

Si echamos una mirada retrospectiva sobre la manera como las autópsias han evolucionado en la humanidad, observamos que ellas eran completamente desconocidas en los pueblos de Oriente, que no tenían ni siquiera idea del lugar donde se encontraban las vísceras.

En tiempo de los egipcios y de los judios, los procedimientos se limitaron á las practicas más sencillas del embalsamamiento de los cadáveres.

Los antiguos peruanos, no tuvieron absolutamente conocimiento sobre esta materia, pues, si es cierto que los cadáveres de la familia real eran embalsamados, también lo es, que ellos nunca extrajeron las vísceras, y que la mayor parte de las momias, que aparecen como embalsamadas, no son sino el resultado de las propiedades conservadoras de los terrenos en los cuales eran sepultados.

En la época brillante de la Grecia, que con su espíritu emprendedor, dió un impulso tan poderoso á las ciencias y á las artes, vemos esbosarse el nacimiento de este poderoso método de investigaciones; en efecto, en aquellos tiempos un hombre de genio supe-

rior: el anciano de Cos emprende las primeras autopsias en los animales y trata de aplicar los resultados que obtiene de este estudio á las enfermedades similares del hombre. Prohibida como estaba en aquella época la abertura de los cadáveres, él consiguió su intento legando un ejemplo á la humanidad, que cuando se quiere ser útil á la ciencia, el hombre de genio puede siempre realizar su objeto.

Hipócrates, no ejecutó nunca una autópsia, limitándose á la observación de las alteraciones, que se notaban en la superficie del cuerpo ó en las cavidades naturales.

Aparece más tarde la Escuela de Alejandría, con sus representantes Herófilo y Erasistrato, y debido á la protección que le dispensaron los reyes de Egipto, emprendieron las autopsias que dieron por resultado el conocimiento de la anatomía en un grado de perfeccionamiento hasta entonces desconocido.

Desgraciadamente, gran parte de estos trabajos se perdieron conservandose apenas escasas noticias de estas famosas investigaciones.

La escuela de Alejandría perdió bien pronto su envidiable fama, y las autopsias fueron por completo abandonadas en el siglo II de la era cristiana.

Así llegamos al siglo V, en el cual, las hordas de los barbaros del norte invadieron el occidente, decayendo con ellos la ciencias y las artes en el oriente. El espíritu supersticioso de los arabes, dominado por la ley de Mahoma, que prohibía la abertura de los cadáveres, impidió que las autopsias se practicaran en aquella época.

En la edad media, el fanatismo religioso hizo sentir sus efectos sobre esta rama de las ciencias, por el exajerado respeto que se fomentó á los muertos, y por las severas penas que se imponían á los que profanaban los cadáveres

En este estado llegamos á la inmortal época del renacimiento denominación feliz y venturosa llamada á colocarnos en el terreno de la realidad.

El fondo principal de esta época se caracteriza, por la lucha que se sostuvo contra el esteril mistisismo; á la idea monastica y á la glorificación del celibato, LUTERO opuso los grandes deberes de la familia; la sátira por su lado, contribuyó grandemente á modificar las ideas reinantes y así tuvimos á un Cervantes con su Quijote, y á un Rabelais con su Telemaco haciendo la burla de las ideas extravagantes de la época.

Gutenberg por su lado descubre la imprenta, encargada de perpetuar los conocimientos humanos, Federico II da un decreto permitiendo á Mondini diseccionar el primer cadáver, la Escuela de Anatomía Patológica de Guadalupe, recibe la autorización del Papa para hacer autopsias y los Reyes de España hacen otro tanto con la Escuela Médica de Zaragoza; las autopsias pues, se hacen en el mundo con toda libertad y los conocimientos que de ellas se obtienen quedan perpetuados por la imprenta.

A fines del siglo XV, y á principios del siglo XVI dos médicos famosos: Antonio Beneveni de Florencia y Alejandro Benedeti de

Venecia, marcan una nueva época en la ciencia, haciendo un llamamiento á los médicos de su siglo para sacudirse del yugo de las teorías galénicas esencialmente teóricas é invitarlos á ir á buscar en la autopsias de los cadáveres, las verdaderas causas de las enfermedades que habían terminado por la muerte del enfermo.

Estos sabios que han dejado un recuerdo imperecedero en la historia de la medicina nos dieron á conocer el cancer del estómago los calculos biliares, los coagulos sanguíneos, y otras tantas alteraciones que sería largo enumerar.

En este mismo siglo en 1532 la Constitución Carolinica en su artículo 149, indica que antes de la inhumación de un individuo muerto, el cadáver debía ser examinado por los cirujanos, y aún cuando no especifica que la autopsia debía ser hecha, se comprende de que este ha sido el objetivo de los legisladores de esa época.

A pesar de este cúmulo de trabajos, es preciso confesar que el método de las autopsias estaba todavía en esa época en embrión, por la razón que, no obstante que el llamamiento de Benedeti y Benevizi dirigió á los médicos por esta vía de observación, no pudo desarraigar por completo la influencia teórica que había informado los actos de sus antepasados, lo que hacía que las autopsias no se ejecutarán obedeciendo á un plan científico, determinado, y que fuera la curiosidad la que llevara á los investigadores por ese camino; pero como las leyes fisiológicas no eran conocidas así como la Anatomía normal lo que les llamaba la atención era los casos verdaderamente extraordinarios.

En estas condiciones llegamos al siglo XVII, en el cual los alemanes estaban preocupados con sus desoladoras guerras, los italianos con la falta de protección que encontraban en sus reyes, y los franceses, con las estériles disputas de sus médicos.

En este siglo en que la filosofía positiva recibía las primeras bases de su Canciller Bacon, en que se fundaron las sociedades de ciencias en París y Londres, en que el famoso Harvey descubría la circulación sanguínea, Aseli los vasos quilíferos y Rudbeck los linfáticos, las autopsias recibieron igualmente un valioso contingente con las observaciones de Malpighio, Ruschio BONNET y MANGET.

En el siglo XVIII aparece MORGANI y á la edad de 80 años da á conocer al mundo el resultado de 600 autopsias perfectamente interpretadas, lo que le vale el título de creador del Método anatómico.

Es á partir de esta época que se trabaja y se enseña los beneficios que ella reporta á la ciencia, es a partir de esta época que una multitud de obreros científicos, se disputan el perfeccionamiento de su técnica, la interpretación de sus lesiones, y que la nosología, la cirugía y la clínica médica usufrutan el resultado en sus investigaciones.

Los nombres de LAENEC, CRUVEILHIER, VIRCHOW, CHARCOT, CORNIL, LETULLE, ROUSSY AMEUILLE y otros tantos se suceden como una serie de eslabones, á cual más precioso, de la gran cadena que le falta todavía cuanto, para llegar á su fin.

## ORGANIZACION DEL SERVICIO DE AUTOPSIAS

La ejecución de las autopsias está sujeta á ciertas variaciones dependientes del concepto que se tiene sobre la mejor manera de aprovechar los conocimientos que ellas suministran, é igualmente de las facilidades que se encuentran para ejecutarlas. Entre nosotros, las autopsias casi nunca se ejecutan en la clientela civil, siendo la clínica hospitalaria la que nos permite poner en practica este procedimiento de observación.

En los hospitales ellas se ejecutan por los jefes de servicio ayudados de sus internos y externos, de tal manera que, la historia clínica es conocida por los que las practican, el clínico encuentra en este acto operatorio, el medio de comprobar su diagnostico ó reconocer sus errores.

Deduce-se de aquí, que el cadáver en el mortuorio, como el enfermo en la sala, pertenecen al clínico, razón por la cual, esta organización se denomina Anatómico-Clínica y es la base del método unicista ó francés, llamado así, por que es Francia la que lo ha preconizado, y la que lo mantiene hasta la fecha.

En otros países, como Alemania, Inglaterra, Italia, Rusia, Estados Unidos, etc., desde que el enfermo muere, no le pertenece al clínico, sino que pasa al Instituto de Anatomía Patológica que en todo hospital de cierta importancia existe, para que allí sea autopsiado por el personal de esa dependencia, este método es designado con el nombre de dualista ú método alemán por haber sido este país el primero que lo ha puesto en práctica.

Examinemos estos dos métodos y veamos cual sería conveniente adoptar entre nosotros.

*Método unicista.*—Indudablemente que, es de gran utilidad para el clínico completar con la autopsia del sujeto la observación que el ha seguido en la cabecera del enfermo; pero por regla general, las autopsias en estos casos terminan para el clínico, cuando encuentra confirmado su diagnóstico, raro es el caso que, la observación se lleva más allá y el hecho se explica perfectamente pues la recargada labor que exigen nuestros servicios hospitalarios, no dejan disponer del tiempo necesario, para atender á la visita de los enfermos y para después constituirse en el mortuorio y emplear todo el tiempo que se requiere para poder hacer una autopsia completa, esto en lo que se refiere á los servicios de medicina, que cuando se trata de los de cirugía el trabajo es más pesado todavía y se tropieza igualmente con otro inconveniente, el temor de ser portador de infecciones para los operados, y aún cuando este inconveniente, es salvable en el día que por medio de los guantes, uno se aísla del campo septicó, es lo cierto, que tiene sus resistencias y que obliga á ciertos cirujanos á posponer las autopsias de sus servicios.

Otro tanto podemos decir de las maternidades y de los servicios de enfermedades contagiosas, como erisipelas etc., etc., que obliga igualmente á abandonar un cierto numero de autopsias.

Todo esto se refiere al hecho simplemente de dejar de hacer una autopsia ó de hacerla de una manera incompleta; pero suponemos todos los anteriores inconvenientes subsanados y veamos si con la mejor buena voluntad, el personal de un servicio de hospital puede en conciencia, practicar una buena autopsia en todos los casos; indudablemente que nó. Una autopsia para ser bien ejecutada necesita en muchos casos recurrir á exámenes microscópicos, á poner en practica procedimientos especiales, que requieren material aseptico, instrumental especial; en fin, una serie de utensilios, reactivos y practicas que no pueden estar al alcance del clínico.

El método unicista es pues imperfecto, y vale la pena el reemplazarlo en nuestros hospitales.

*Método dualista.*—Cuáles son sus ventajas? ¿en que consisten sus inconvenientes?

Hemos dicho que en armonía con esta organización, el cadaver es trasladado al Instituto de Anatomía Patológica, á donde se lleva igualmente la historia clínica del que fue enfermo, perfectamente documentada. Desde su arribo á este local el cadaver es puesto en las mejores condiciones; después de su exámen detallado de su confirmación exterior, de ser pesado, medido, etc., pasa al frigorífero donde espera su turno sin que las alteraciones cadavéricas ejersan la menor alteración sobre las vísceras.

En el turno que le llegue para ser autopsiado, esta operación se lleva á cabo en un local que cuenta con todos los medios modernos que la ciencia indica para sacar el mayor provecho de estas investigaciones, el personal que interviene para su ejecución es igualmente el mejor preparado para ella, y por otra parte, como en estos locales se hace la enseñanza de la Anatomía Patológica los alumnos se benefician grandemente con el hecho que todo el material está reunido en un mismo local y que va á ser estudiado de una manera minuciosa. Se ha objetado á este método que el hecho de pasar un cadáver al Instituto de Anatomía Patológica priva al médico de hospital de completar un proceso morboso que el vió evolucionar en el vivo y obliga igualmente al Anatómo Patologo á hacer una estudio anatómico que no ha visto evolucionar en la clinica.

La objección no tiene valor, el clínico no interrumpe su investigación, por que el Instituto avisa á los servicios el día y hora en que se hara la autopsia, y todas las piezas pueden ser pedidas y examinadas por el clínico, el que las encuentra en un estado de preparación superior á la que las hubieran llevado sus internos. El Anatómo Patólogo por su parte, recibe con el cadáver la historia clínica del enfermo, por consiguiente, tiene todos los medios para que su investigación sea completa; los dos pues se han beneficiado, y la juventud estudiosa encuentra en este método un medio seguro de aprendizaje.

Son tan importantes los beneficios que se reportan de este método, que en Francia, que es la cuna del método unicista, una co-

riente reaccionaria lucha en el día para instituir el método dualista, que si no hubiera sido de fuente alemana, ya estaría completamente aceptado.

Discutido este punto, vamos á abordar otros que se relacionan intimamente con la buena ejecución de las autopsias: 1.º ¿Tiene el médico de hospital derecho para ordenar la autopsia aún cuando la familia del extinto se oponga?

2.º ¿Al cabo de cuanto tiempo después del fallecimiento debe practicarse una autopsia para que los datos que ella nos suministre, sea aprovechables para la ciencia?

3.º ¿Que plan debe desarrollarse en presencia de la autopsia de un cadáver?

Vamos á tratar de ser concretos en cada uno de estos asuntos.

La misión del hospital, es esencialmente humanitaria y científica, los enfermos al ser atendidos por los médicos, encuentran toda la abnegación que nuestra profesión nos impone; nosotros, gestionamos ante las instituciones que los sostienen, el perfeccionamiento científico en favor de la salud de los enfermos, ningún sacrificio estamos resueltos á ahorrar cuando él se traduce en bien de los que agoviados por la enfermedad, llegan al lecho hospitalario; estudiantes y médicos no concurren al hospital, por el insignificante estipendio que reciben, una misión más elevada los lleva allí: el adelanto de la ciencia y la aplicación de los conocimientos que se adquieren en provecho de la humanidad.

La familia del que muere no tiene siempre formada una idea bien clara de nuestro papel profesional, se figuran que es un placer para nosotros abrir un muerto, y dominados por los sentimientos que informaran las costumbres de la edad media, encuentran en este acto un profanamiento del cadáver, sin tener en cuenta que es en esta fuente que se encuentran las mejores bases para corregir errores cometidos á la cabecera del enfermo, y por consiguiente, para poder en adelante proceder con más provecho en favor de los que se entregan á nuestros cuidados.

Legalmente, entre nosotros no existe disposición que nos impida ejecutar todas las autopsias y felizmente no encontramos de parte de las familias, por lo general, dificultades insuperables.

No pasa lo mismo en otros países, en que se concede á la familia el derecho de veto para la ejecución de la autopsia variando las formalidades que hay que llenar según las ordenanzas, que cada autoridad ha puesto en practica.

Tratemos ahora de resolver el segundo punto.

¿Pasadas cuantas horas del fallecimiento debe practicarse la autopsia?

Dominados por el temor de la muerte aparente, se ha dictado disposiciones encaminadas á postergarlas hasta las 24 horas, resultando de aquí, que, en la mayoría de los casos se ejecuta en cadáveres que han comenzado á sufrir los principios de la putrefacción; penetrados de estas ideas, un cierto número de investigadores han

tratado de impedir que tal cosa acontezca con ciertos órganos, tales como el cerebro, y han preconizado inyecciones conservadoras tal es como la formalización cerebral, hora ú horas después de la muerte, sin que tal medida haya producido una protesta de los que dictaron la disposición de la autopsia á las 24 horas; la enunciación de este solo hecho, es suficiente para demostrar lo ilógico del término de las 24 horas, por que si se conciente en hacer una inyección intracerebral unas cuantas horas después de la supuesta muerte aparente, que seguramente produciría la muerte real inmediata, más practico, más científico y menos dañino sería abrir el cadaver á la hora ó dos horas después del fallecimiento ¿qué es lo que se tiene con esta practica? ¿intervenir en un individuo vivo? ¿estamos en tal grado de atrazo que no podamos certificar cuando un enfermo ha muerto? esto no es sostenible por ningún hombre de ciencia, y por consiguiente no podemos aceptar que se haga la autopsia á las 24 horas del fallecimiento.

Pasa todo lo contrario con los individuos que por su posición social ó economica, se les hace un embalsamamiento; por regla general, este se hace lo más pronto posible, y nadie habla en estos casos que se va á operar sobre un vivo; resulta pues de aquí, que á los altos magistrados, á los hombres de fortuna se les hace la autopsia lo más pronto, y en el hospital, el santuario de la ciencia, se espera que los cadáveres se descompongan para autopsiarlos, el hecho pues resulta esencialmente humorístico; si un médico no es competente para poder certificar que trabaja sobre un cadaver, no vale la pena concederle ningún puesto en un servicio de hospital. Hay necesidad de ir resueltamente á la reforma, y yo por mi parte declaro que creo haber cumplido mi deber cada vez que he autopsiado á un sujeto 2 horas después de la muerte.

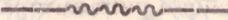
Finalmente, veamos cual es el plan que debemos desarrollar en la ejecución de las autopsias; este se resume en tres palabras: *Sistemática, completa y metódica.*

Por la primera denominación queremos decir que todo enfermo que se observe en la clínica y que termine por la muerte, debe ser siempre autopsiado; es muy general, que cuando se ve evolucionar un proceso clínico, sin que de lugar á la menor duda precindamos de la autopsia, decimos desdeñosamente: *esa autopsia no tiene importancia, es un tuberculoso, ha tenido una neumonia clarísima, fué una peritonitis etc. etc.*, ¡profundo error! no hay dos autopsias semejantes, el cadaver abierto, es siempre un tesoro de enseñanza, cualquiera que sea la enfermedad, que haya sido la causa de la muerte, las mejores piezas de los museos se han encontrado por lo general en las autopsias destinadas como inútiles para la enseñanza. Yo no encuentro palabras suficientes para penetrarles bien estas ideas sino diciendoles; que sigan mis consejos y que en la practica de vuestra profesión tendrán muchas veces que agradecerme esta indicación.

Debo igualmente aconsejar que siempre se haga una autopsia completa; por regla general, si se tiene un diagnostico clínico, por ejemplo, de neumonia, el que vá á practicar la autopsia, abre simplemente la cavidad torácica, y tan pronto como ha comprobado el nódulo hepatizado, cierra el cadaver y termina su autopsia; es-

te procedimiento á parte de ser rutinario, es esencialmente perjudicial; si en ese mismo cadaver se hubiera hecho el exámen de todos los organos se hubiera encontrado que desde el corazón hasta la médula osea, la enfermedad ha dejado huellas de su pasaje, que solamente así explican el resultado final del proceso, y si comparamos un cierto número de autopsias provenientes de la misma enfermedad, encontraremos que conservando el cuadro general de las alteraciones materiales, cada una tiene una variante con relación á la otra, en cada una tenemos algo que aprender, y de la comparación de las alteraciones que observamos en todas ellas, sacaremos datos importantísimos para caminar con provecho en el, todavía no muy alumbrado camino de la clínica.

Finalmente, para concluir, en presencia de un cadaver debemos encontrarnos como el cirujano en presencia de un enfermo, tener de antemano trazado el plan que vamos á desarrollar, conocer los distintos procedimientos operatorios, que en un caso dado debemos poner en practica, en una palabra tener método para su buena ejecución y no presentar el espectáculo poco científico de un cadáver destrozado y ante la vista del cual toma uno el convencimiento que la ejecución de una autopsia hecha en estas condiciones podría estar al alcance de cualquiera que no fuera un profesional.



## EPIDEMIOLOGIA

### DE LA ENFERMEDAD DE CARRION

Por el doctor Máximo E. Gomez

(Continuación)

DEPARTAMENTO DE AMAZONAS

Con las reservas necesarias marcamos este departamento, pues hay probabilidades que el enfermo historiado en una de sus lecciones clínicas por el doctor ODRIÓZOLA, haya adquirido el germen verrucógeno en las quebradas del departamento de Cajamarca, lado occidental de los Andes, donde es endémica la enfermedad.

El Dr. ODRIÓZOLA, dice: «Hay algo más todavía, el año pasado mi distinguido amigo y colega el doctor AVENDAÑO, envié a mi casa un joven como de 17 años, que le habían recomendado de Iquitos en calidad de pupilo. Este joven presentaba magníficos tumores mulares de verrugas. Nunca había salido de Iquitos, era la primera vez que venía á Lima y tomó la ruta siguiente: de Iquitos á Moyobamba, a Rioja, a Molinopampa, a Chachapoyas, a Leimabamba, a Balsas sobre el Marañón, á la hacienda de Sincamayo y por fin a Celdindin, para tomar la ruta de Cajamarca. El doctor AVENDAÑO conoce muy bien estos lugares y a el debo estos importantes datos. Para llegar a precisar mejor, cual puede ser la zona en donde el aludido joven contrajo, probablemente, la enfermedad, es convenien-

te detallar un poco más las cosas y marchar en sentido inverso de la costa al interior, y es lo que vamos a hacer. De Celendín se va ascendiendo hasta la llamada punta de Gelig a 2.800 metros; en seguida se desciende a orillas del Marañón 1,000 metros, se llega a la hacienda de Sincamayo, se pasa el río para caer al pueblo de Balsas. Se asciende en seguida al tambo llamado el *Carrizal*; se pasa por un camino llamado la *Cumbrería* y se toca en *Tambo Viejo*, subiendo la cordillera de *Calla-Calla* á más de 3.000 metros. Hacia el NO. de la *Cumbrería*, existe una quebrada profunda que, según el doctor AVENDAÑO, tiene perfecta identidad con las de Huarochirí y posible es por consiguiente, que en esa zona exista la verruga.»

La quebrada situada al NO, de la *Cumbrería* se denomina *Illabamba*, pertenece al distrito de Balsas, provincia de Chachapoyas y departamento de Amazonas.

#### DEPARTAMENTO DE LA LIBERTAD

En este departamento la enfermedad de Carrión se presenta en dos provincias: Otusco y Huamachuco. El Dr. ODRIOZOLA señala una zona estrecha en la provincia de Huamachuco, en la ribera del río *Tablachaca*, o Chuquicura, río que va a formar el Santa. Su existencia no es extraña en este lugar, puesto que en la provincia de Pallasca, es endémica la enfermedad de Carrión y aquella como sabemos forma la ribera opuesta del citado río. Chuquicara pertenece al distrito de Mollepatá y a la provincia de Huamachuco.

Fuera de la estrecha zona señalada, debemos agregar una *nueva* en la provincia de Otusco. Persona de reconocida cultura que abona perfectamente su veracidad, nos ha dicho que en la provincia de Otusco, distrito de Lucma, pueblo del mismo nombre y en el lugar denominado *Malín*, existe la verruga, y que las personas que iban a ese lugar, de calor tropical y abundante vegetación, sufrían de unas fiebres perniciosas y que después les salían las verrugas, predominando la forma mular. Malín está a orillas del río Chicama.

El hecho de haberse descubierto zonas verrucosas como las de Jaen, Cajamarca y Contumazá, situadas más al norte de las de Otusco y Huamachuco (Malín y Chuquicara), nos autoriza para no dudar de su existencia, tanto más cuanto que estas zonas se encuentran a menos distancia de los departamentos de Ancash y Lima, en cuyas quebradas, como sabemos, abunda el mal de Carrión.

#### DEPARTAMENTO DE ANCASH

En este departamento hay dos provincias de reciente creación: la de Bolognesi, que formaba parte de la de Cajatambo y la provincia de Yungay, que pertenecía a la de Huaylas. Por consiguiente, de las nueve provincias que hoy forman el departamento de Ancash, en siete de ellas se presenta endémicamente la enfermedad de Carrión y son: Huaráz, Santa, Huaylas, Cajatambo, Yungay, Bolognesi y Pallasca.

*Provincia de Huaraz.*—Está comprendida con bastante aproximación entre los 8° 50' y 10° 15' de latitud y 79° 10' y 80° de longitud, casi en el centro del departamento de Ancash. Tiene una extensión de 505 leguas cuadradas. La situación de los distritos y pueblos y con ellos de las quebradas verrucógenas, puede dividirse en dos zonas perfectamente separadas por la *cordillera negra*. La situada al O. de la cordillera que mira hacia la costa y la comprendida entre las cordilleras *negra y blanca*. Los picachos nevados de esta última, sirven de límite con las provincias de Huari y parte de la de Cajatambo.

En la zona comprendida en el lado occidental, en las quebradas cercanas á la costa, reina un calor verdaderamente tropical, haciéndose más frío el clima á medida que se eleva la cordillera. Tienen su origen en esta los ríos de la Fortaleza, Huarmey, Culebra y Casma, que bañan numerosos pueblos y mantienen una vegetación, exuberante. La *enfermedad de Carrión* en este lado de la provincia asienta en los distritos de *Aija y Pariacoto*. En Aija, a 3,328 metros se presenta en dos quebradas afluentes del río Huarmey, en *Sucha* a 3,102, metros y en *Huaccllam*, estando localizados probablemente los *focos* en las partes de menor altura de estos lugares.

*Pariacoto*, capital del distrito del mismo nombre, está situado en la orilla derecha del río Casma a 932 metros de elevación. Es casi el límite entre la costa y la sierra, tiene de la costa sus producciones vegetales y de la sierra sus gruesas lluvias; fenómeno común en las quebradas donde existe la verruga. En este distrito se encuentran algunas aldeas y pueblos, ya en los afluentes del Casma o sobre la quebrada principal, donde el mal de Carrión es endémico, tales son: *Runasca, Chacchan, Llano*: (2,700 m.), *Huangra, Tirac, y Tupasch*.

La zona comprendida entre las dos cordilleras forma el *Callejon de Huailas* y, por donde corre el río que vá a desembocar en el Pacífico con el nombre de Santa. El clima, a medida que de la cordillera se vá descendiendo al fondo de la quebrada, se hace cada vez más templado, así Huaraz que está a 3,027 metros «goza de un clima templado algo frío; pero no desagradable». Ya en los pueblos de menor altitud situados en el curso del *Callejon*, el clima es tropical con abundante vegetación.

El maestro ODRIEZOLA refiriéndose a las zonas verrucógenas de este lado, dice: «A dos ó tres kilómetros de Huaraz, capital del departamento y a 3,027 metros sobre el nivel del mar, comienza la zona de verrugas en un sitio llamado *Pongor*. A trece kilómetros de Huaraz sobre la ribera izquierda del río, se encuentra el pueblo de *Yangas* de 3,000 habitantes y a más de 2.700 metros de altitud. En este pueblo y *Anta* sobre el mismo río a 4 kilómetros más lejos, la enfermedad de Carrión se ve constantemente.»

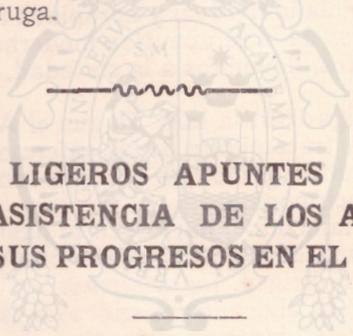
*Pongor*, es un lugar de donde se han extraído piedras labradas en la época incaica y que hoy figuran en el cementerio de Huaraz, pertenece al distrito de la Independencia.

*Yangas*, es distrito y *Anta* pertenece al distrito de Marca provincia de Huaraz.

*Provincia de Yungay.*—De reciente creación, la forman cuatro distritos que son: Mancos, Supluy, Yungay y Quillo. Yungay, era antes distrito de la provincia de Huaylas, su población es de 3,000 habitantes y la de toda la provincia es de 25.000. Al describir el doctor ODRIOZOLA la provincia de Huaylas como zona de verruga, no menciona Yungay como tal, ni menos Mancos y Supluy distritos de esta provincia y que lo eran también de Huaylas. Hoy debemos agregar estos tres nombres en la carta geográfica de la enfermedad de *Carrión*, pues estamos en posesión de datos verídicos suministrados por los profesionales que han estado en esa región y de los alumnos de medicina señores ORTIZ y MONDRABON naturales de esa provincia, quienes han visto numerosos enfermos atacados de verruga, en personas que no han salido de sus pueblos a otros como Caráz por ejemplo, donde hayan podido adquirir la enfermedad.— También dejaremos constancia de que en el distrito de Quillo de esta provincia es endémica la *uta*.

*Provincia de Huaylas* — En casi todos los pueblos situados a un lado y otro del río, se presenta la enfermedad de *Carrión*. Su clima es cálido en el fondo de las quebradas. En los pueblos de Huaylas, a 2,787 metros, Caráz, capital de la provincia de Huaylas a 2,337 metros, Mato, a 2 leguas de Caráz, Colca, Santa Cruz etc. etc. se ve siempre la verruga.

(Continuará)




---

**LIGEROS APUNTES**

**SOBRE LA ASISTENCIA DE LOS ALIENADOS**

**EN EL PERU Y SUS PROGRESOS EN EL EXTRANJERO**

---

Por el doctor Baltazar Caravedo

La traslación de los alienados del «Manicomio del Cercado», al «Hospital Nacional de Insanos», de la Magdalena, marcará un verdadero progreso en la asistencia de estos enfermos, entre nosotros. Muy pronto entraremos en un periodo, en el cual, se podrá en virtud de una organización que se impone, dar asistencia y tratamiento dentro el concepto moderno de la terapéutica mental.

La asistencia, no se reduce á dar únicamente, albergue ó refugio á estos infortunados, contribuyendo solamente á las necesidades habituales de la vida. No. Ella vá más lejos, es más activa, tiende á detener la inteligencia en su caída, á levantarla si es posible, ó al menos á obviar sus desventajas.

Durante mucho tiempo, el asilo cerrado, fué el único lugar, en donde se asistían los alienados. Antes de él, pasaban sus días, en los templos, en sus cabañas, ó en las prisiones.

El asilo primitivo, que no tuvo otro objeto, que la seguridad pública, ha ido progresando con el tiempo, siguiendo las ideas reinantes y los principios generales, para el tratamiento de los alienados. Y ha llegado á tal adelanto en nuestros días, que es y será el organismo indispensable para todos los enfermos que necesiten, asistencia especial y vigilancia más ó menos severa.

El Manicomio del Cercado, entre otras cosas, por su disposición interior, resultó imperfecto desde su origen, como lo hizo saber el Dr. Ulloa, primer director de ese establecimiento, en un oficio pasado á la Beneficencia el año 1860, á los 5 meses de su inauguración.

Hacen pues 54 años, que el Manicomio de Lima, resultó inaparente para su objeto. Como la población de enfermos ha ido aumentando, ha tenido que hacerse ensanches parciales, á fin de dar cabida á los desgraciados que llegan á sus puertas.

No obstante esas mejoras, el manicomio continúa siendo inadecuado, por decir lo menos.

La causa principal de esta dolencia, es el prejuicio de la incurabilidad de la locura y la ignorancia de las gentes mejor cultivadas, sobre todo lo que se relaciona, con la trascendental cuestión de los alienados.

Quando se organice el futuro «Hospital Nacional de Insanos» y pueda darse asistencia individual y apropiada á cada enfermo y gocen de los beneficios de la terapeutica moderna, se verá el número considerable de estos, devueltos á la sociedad, y que ahora se consideran perdidos.

Es preciso vulgarizar, la idea de que el Asilo, es un Hospital para la asistencia y tratamiento de las enfermedades del Cerebro y que el alienado es un enfermo que necesita tantos, y más cuidados que un tífico ó un neumónico.

En el actual manicomio, muy poco se puede hacer en favor de los enfermos, á despecho de la competencia y entusiasmo de los profesionales que lo dirigen. La asistencia en block, no se concibe en nuestra época. Los alienados asistidos de este modo, no son enfermos, son simples detenidos, en obsequio á la tranquilidad pública.

«Los progresos realizados en los últimos 30 años, dice Sierieux, han impuesto modificaciones sustanciales en la concepción de los asilos y en la asistencia de los alienados, que no ha podido, como es natural suponer, sustraerse á la ley de la evolución, que rige los hechos biológicos y sociales.»

Enumeremos brevemente las más importantes reformas, motivadas por esta evolución que se ha realizado muy lentamente, á medida que se esparcian las ideas de los alienistas franceses, escoceses, ingleses, alemanes y belgas.

Estas reformas constatadas por Sierieux, en Alemania aliay Suiza, son:

«Subordinación estrecha del plan general y de la construcción metarial de los establecimientos de alienados á las indicaciones de orden médico.

División de los establecimientos en un gran número de pabellones, completamente independientes (autónomos).

Diferenciación de cada uno de estos pabellones, en virtud de una organización material y moral expresamente adaptada a su destino esencial.

Número muy restringido de enfermos en cada pabellón 20 á 25 minimum. 40 á 50 máximun.

Creación de pequeños hospitales urbanos para el tratamiento de las psicosis agudas.

Arreglo especial de pabellones de observación y vigilancia continua y de villas á puerta abierta.

Gran desarrollo dado a la colonización de enfermos crónicos y convalescientes y al tratamiento en libertad.

Generalización del tratamiento de las psicosis agudas, por el reposo en el lecho.

Reacción contra el aislamiento celular.

Supresión de medios de contención mecánica (Camisas de fuerza, etc.)

El non-restraint sistemático.

Creación de establecimientos especiales; colonias para epilepticos, idiotas, bebedores, dementes seniles y alienados criminales.

Sanatorios populares para nerviosos.

Aumento del personal médico, internos y de enfermeros con utilización bien comprendida de estos diversos elementos.

Extensión de la asistencia familiar, de las Sociedades de Patronato y de las escuelas de enfermeros.

Creación de clínicas Siquiátricas autónomas, con Stage obligatorio de 6 meses para todos los alumnos.»

Por lo expuesto se vé, que la asistencia de los alienados, ha entrado en un nuevo periodo, en el cual, se tiende á la especialización, reclamandose, hospitales para el tratamiento de las enfermedades mentales agudas, colonias para los crónicos válidos, hospitales para los alienados inválidos, asilos para los bebedores, asilos-colonias para los epilépticos, institutos médico pedagógico para débiles mentales, sanatorios populares para los nerviosos, y siguiendo esta clasificación se imponen, los establecimientos para criminales vueltos alienados y para los peligrosos en general.

El problema es vasto y de imposible resolución entre nosotros en los tiempos actuales. En Europa misma, solo se realiza en parte. El hospital urbano (Siquiátrico), soñado por Esquirol, perseguido por Greisinger, y propuesto después por Kraepelin, Marie, Joffroy, Regis, Damaye, Soller, Toulouse y otros, constituye hoy, la última palabra de la ciencia moderna en materia de asistencia de alienados. Regis demostró, en el congreso de Limoges (1901) la necesidad de mantener, en el hospital, en salas apropiadas, á los delirantes agudos. Acordando el Congreso el siguiente voto:

«Es de desear que se establezcan en todos los hospitales, salas de aislamiento para la observación de enfermos delirantes ó agitados, los mismos que serían trasladados al asilo, solo despues de estar confirmada la alienación mental.»

Regis en 1903, dá cuenta de su experiencia personal adquirida en el hospital de San Andres de Burdeos, en donde ha creado un

verdadero servicio hospitalario para delirantes de ambos sexos, el que se compone de 12 camas con dos cuartos de aislamiento.

La creación de esta clase de servicios no sería difícil, entre nosotros, pues demanda poco gasto. Si no es urgente en Lima, dada la proximidad del Asilo Nacional en donde se establecerán servicios especiales (pabellones de observación y vigilancia continua etc) para agudos y agitados cuyo número es relativamente corto en el Perú, son indispensables en los hospitales de provincias.

Hace tiempo, que se efectúa en Francia una gran propaganda en favor de la creación de estos servicios, fundándose en la necesidad imperiosa, de separar los agudos de los crónicos, tanto como medida terapéutica, cuanto, para evitar á los primeros, casi siempre curables y en poco tiempo, los perjuicios, que socialmente entrafían el ingreso á un Asilo.

La admisión en los hospitales Siquiátricos ó á los servicios especiales comunes, deberá hacerse sin formalidades. Así mismo se establece la conveniencia, de que en estos servicios funcionen Consultorios (Siquiátricos) externos, y en los lugares en donde existan Universidades, la cátedra de Siquiátria. Otra cuestión muy interesante es la asistencia á domicilio de ciertas formas de afecciones nerviosas y cerebrales que hasta el día, se consideran como tributarias del asilo. Esta forma de asistencia, propuesta en el Congreso Internacional de Milán en 1906 por el Manhermer Gomme y en el Congreso de Budapest en 1910 por Van Deventer, permitirá, hacer, la nemoprofilaxia, problema de indiscutible valor social. La asistencia á domicilio y el Consultorio Siquiátrico pueden ensayarse en el Perú. Es necesario evitar la congestión en el Asilo Nacional. Así mismo es conveniente pensar en la extensión de la Colonia para crónicos toda vez que el Asilo, tendría capacidad solamente para 600 enfermos de ambos sexos, número, seguramente inferior á la población total de alienados en el Perú.

En el año, 1896, siendo Presidente de la República, el notable estadista D. Nicolás de Piérola, se provocó un concurso entre los médicos con el objeto de obtener un estudio, sobre las condiciones que debe satisfacer una «Casa para Insanos» conforme á los progresos de la época. Realizado el concurso, el jurado nombrado especialmente, con dicho objeto, otorgó el premio al trabajo del Dr. Muñiz.

Este distinguido alienista, que cultivó con gran interés, la Siquiátria entre nosotros, presentó un estudio interesante y detallado sobre la asistencia de los alienados en general, diciendo lo que convenía hacer en el Perú.

El proyecto Muñiz, estuvo bien orientado para su época y si teóricamente es un tanto grandioso, en atención á nuestras fuerzas económicas, ha podido subsanarse ese error, en la práctica. Desgraciadamente no tuvo, al iniciarse las obras, quien lo secundara en ese terreno.

Muy claro lo dicen, los tres pabellones del Asilo Nacional de la Magdalena: tristes, enormes, y con aspecto de fortalezas, defectos que no deben imputarse, únicamente al médico autor del proyecto.

En 1904, por razones económicas la Beneficencia, paralizó los trabajos y 8 años más tarde, el Gobierno dispuso su abandono fundándose en razones de orden científico; estableciéndose en el pabellón central 1.º El Higiocomio de la Infancia que duró muy poco y después, la Escuela de Economía Doméstica que corrió igual suerte.

Hacen dos ó tres años que la Beneficencia proyectó construir en el fundo Palomino, un Manicomio para varones, después de haber hecho costosas reformas en el departamento, que en el actual Manicomio, se destina para mujeres. Por motivos inexplicables se abandonó el proyecto, cuyos planos y presupuestos se hicieron.

En virtud de la propaganda que hizo en favor de los alienados, el distinguido alienista argentino Dr. Cabred, miembro del Congreso Médico reunido ultimamente en esta ciudad, el pasado Gobierno pretendió construir un asilo en el pueblo de Chilca.

Con el dinero invertido, en ensayos y reformas, ha podido construirse ó al menos, gran parte del Asilo Nacional, proyectado por el Dr. Muñiz y aprobado por el Gobierno hace mas de 18 años.

En todos los países del mundo, por ricos que ellos sean, las grandes obras son de lenta ejecución, pero siempre, siguiendo un plan perfectamente estudiado y definido. Es el único modo de evitar fraudes.

A los pocos días de ser nombrado director de Salubridad, el Dr. Abel S. Olaechea, elevó con fecha 18 de Febrero del año en curso al Ministro de Fomento D. Benjamín Boza, un interesante informe manifestándole la conveniencia de continuar las obras del Asilo Nacional de la Magdalena, proponiendo al mismo tiempo, el plan para llevarlas á cabo. El 25 del mismo mes, el Director de Beneficencia, se dirigía al Ministerio de Fomento, diciendole que, de acuerdo con los médicos del Manicomio, había decidido continuar dichas obras.

En tal virtud el Gobierno expidió con fecha 21 de Marzo del presente año, la Resolución Suprema aprobando el informe de la Dirección de Salubridad y nombrado una comisión encargada de la dirección y ejecución de los trabajos.

La misma Resolución Suprema, atendiendo al ya citado informe del Director de Salubridad, nombró otra comisión, encargada de preparar un proyecto sobre legislación de alienados; medida de imprescindible necesidad. Nuestras leyes arcaicas, encierran el concepto primitivo y grotesco, de la locura, con granve daño para la justicia y para la seguridad pública.

Desgraciadamente, la Comisión no ha iniciado sus labores.

No hace mucho que el Dr. Matto Director del Manicomio, fué víctima de un perseguido, que puso en peligro su vida, por lo que hubo necesidad de secuestrarlo, originandose con este motivo, una cuestión judicial, en la que se vió una vez más, la deficiencia de nuestras leyes y la ignorancia de las autoridades que intervinieron. En el año 1908 se creó por decreto de Gobierno, la cátedra de enfermedades del Sistema Nervioso, en la Facultad de Medicina, y hasta la fecha se encuentra vacante, con notable perjuicio para la enseñanza.

Ultimamente el Dr. Sebastián Lorente, distinguido especialista, presentó un memorandum al Ministerio de Gobierno á pedido del Sr. Ministro (Fuentes) para la organización del servicio de Medicina Legal y Siquiatria en la Prefectura de Lima. El proyecto no mereció la atención que estos asuntos requieren. Nosotros creemos que la creación de este servicio es de suma importancia y estaría llamado á absolver no solo las consultas de la Intendencia de policía sino también, los del poder judicial y del Ejército, llenando un gran vacío, en estas instituciones, que en muchos países tienen servicios independientes.

Esto es á grandes rasgos lo que se ha hecho en favor de la Siquiatria, y de la asistencia de los alienados de el Perú.

Merece recuerdo especial, Dn. Francisco Carassa, que comprendiendo la necesidad de construir un hospicio exclusivamente destinado para insanos de ambos sexos, inició una suscripción pública la que arrojó solo 7000 pesos. (Muñiz).

El estudio de la Siquiatria no ha merecido la atención de nuestros profesionales, puede decirse que es un terreno apenas explorado entre nosotros.

La falta de cátedra y la estrechez del medio, han impedido el que nazca la afición por esta rama tan interesante de la Medicina

La lucha por la vida, orienta á los jóvenes médicos por otros caminos más practicos y lucrativos.

Durante muchos años solo han cultivado, estos estudios, los medicos del Manicomio, doctores David Matto, Wenceslao Mayorga y Estanislao Pardo Figueroa, catedráticos de la Facultad de Medicina y antes de estos, los doctores Ulloa y Muñiz que se hicieron notables por sus esfuerzos en favor de los alienados.

El Dr. David Matto actual Director del Manicomio dirige este establecimiento hace más de 14 años durante los cuales no ha habido esfuerzo en favor de los alienados que él no haya iniciado ó secundado, poniendo en juego no solo, su personalidad científica, sino también su influencia política.

Hace ya, algunos años, que los muy distinguidos compañeros doctores Sebastian Lorente y Hermilio Valdizán (en Europa) se dedican con verdadero entusiasmo y provecho al estudio de las enfermedades mentales y nerviosas.

---

Desde el mes de Julio del presente año, han comenzado los trabajos en el Asilo Nacional de la Magdalena bajo la dirección de la Junta especialmente nombrada.

Actualmente existen 3 pabellones del proyecto Muñiz. El de Administración terminado, y dos en construcción, que según el mencionado proyecto estaban destinados para pensionistas de ambos sexos.

Por acuerdo de la Junta, estos pabellones serán convenientemente adaptados para enfermos tranquilos y crónicos (gratuitos). En la actualidad se llevan á cabo los trabajos en el correspondiente á los hombres.

Dirige las obras el ingeniero Dn. Emiliano Buzzi.

El terreno destinado para Asilo Nacional esta situado en la Magdalena del Mar y tiene mas de 15 fanegadas de extensión (453, 298 m<sup>2</sup>) La Avenida del Ejército que conduce de éste pueblo á Miraflores divide al terreno en dos partes desiguales, correspondiendo una extensión de 4 fanegadas al lado del Oceano.

En conformidad con el proyecto, anexo al Asilo habrá una colonia agrícola; es decir que el Hospital Nacional de Insanos, será de tipo Asilo Colonia. Nosotros creemos que debería llamarse, por estas y otras razones, *Asilo Colonia de la Magdaiena*.

La creacción de esta clase de establecimientos, dice Serieux es una de las más bellas conquistas de la asistencia de los alienados, en el periodo contemporáneo.

Los asilos Colonias comprenden dos partes, el Asilo Central y la Colonia y estan caracterizados por:

Ausencia de muros, rejas, enrejados y saltos de lobo.

Gran número de pabellones independientes, con sus respectivos servicios. Dispersos, asimetricos.

Número muy restringido de enfermos en cada pabellon, 20 á 50.

Diferencia de cada uno de estos pabellones en virtud de una organización material y moral, expresamente adaptada á su destino especial.

Vigilancia Contínua en el Asilo. Libertad en la Colonia. Non-  
Restraint para todos.

Tratamiento de la psicosis agudas en el lecho.

Gracias á estas características, el Asilo Colonia encierra al mismo tiempo: el hospital, el hospicio y la colonia (Griesinger) permitiendo de este modo, dividir á los enfermos para su asistencia en tres grandes grupos : los agudos, los que necesiten vigilancia continua, etc. en el hospital (pabellon de observación y de tratamiento); los crónicos y convalecientes en la Colonia y los alienados invalidos en el Hospicio.

El Asilo de la Magdalena está dividido en dos secciones (hombres y mujeres) cada sección comprenderá varios pabellones para las diversas categorías de enfermos, en armonía con el proyecto y por lo mismo, con los principios generales que dominan sobre la construcción de los Asilos Colonias.

La separación entre las dos secciones se hará por medio de una amplia alameda, dentro de la cual se ubicarán los pabellones de los servicios comunes.

El esfuerzo, que estos momentos, se hace favor de los alienados, no debe quedar reducido simplemente á la construcción de un local modelo; es necesario organizar el asilo, en armonia con los preceptos científicos, por consiguiente se impone, la dirección médica del establecimiento, en su verdadero sentido, el aumento del personal médico, internos y la preparación de un cuerpo de enfermeros de ambos sexos.

El tratamiento individual, el open-door, el non-restraint y el trabajo (agrícola-talleres-pequeñas industrias) como agente tera-

péutico, exigen un personal de asistencia debidamente preparado y que este en relación con el número de asilados.

Se llama institución moderna, aquella en la cual la asistencia de los enfermos agudos y agitados es acompañada de una completa y regular organización del trabajo; aquella en la cual, el tratamiento moderno de las psicosis agudas, va unido á una riqueza de medios de investigación y estudios, que deben mantener al personal médico, no solamente al corriente de los medios de cura y profilaxia sino á un nivel elevado de cultura científica, que es indispensable á todo médico de asilo, el que debe reunir las cualidades de estudioso, observador y educador.

En general dice Tamburini, los asilos se organizan según los principios siguientes:

«Asistencia directa y cura individual».

«Investigaciones científicas á fin de que el asilo no sea solamente, casa de cura ó de hospitalización, sino también centro de estudio y de producción científica.»

Organizado el Asilo Nacional de la Magdalena en conformidad con estos principios se convertiría pronto no solo en centro de cultura científica despertando el amor por la Siquiatria, cuyo estudio esta intimamente ligado á la resolución de grandes problemas médico sociales, sino también en fuente de recursos.

## LA LEISHMANIASIS DEL DERMIS EN EL PERU

ESPUNDIA—UTA—JUCCUYA—QCEPO—TIACC-ARAÑA.

por el doctor Carlos Monge M.

LA LEISHMANIA TROPICA (Wright) variedad FLAGELADA  
(Escomel, Monge)

Ya hemos visto como sucesivamente ha ido encontrándose en distintos procesos morbosos que algunos llegaron á considerar como genuinamente peruanos las *leishmanias* específicas. Aun á riesgo de parecer cansados permítasenos recordar que en la *Espundia*--forma cutánea y mucosa,—en el *Tiacc-araña*, *Qcepo* y *Juccuya* y en la *Uta*--forma cutánea--se ha encontrado la *leishmania trópica*. A estas constataciones hay que agregar las nuestras, recientemente llevadas á cabo y que nos permitieren señalar este mismo protozoo en lesiones mucosls de Uta. De manera, pues, que cuando nosotros afirmamos que la *leishmania trópica* es responsable de estas lesiones, es porque personalmente hemos encontrado en ellas estos gérmenes patógenos.

No pretendemos hacer un estudio completo de la biología de las leishmanias, asunto tratado con una competencia extraordinaria por Wenyon y Patton en las colonias inglesas: nuestro objeto es más modesto y nos lleva á hacer ver que la Leishmaniasis del Perú reconoce como agente causal un germen, cuyos caracteres morfológicos y formas culturales se asemejan en todo al que produce la Leishmaniasis de otras partes del mundo.

La *leishmania trópica* vive en el dermis como protozoo aflagelado; desarrolla formas flageladas en los medios de cultivo, á base de sangre particularmente, presentándose entonces como un *herpetomonas*, las formas igualmente en el intestino de *cimex* y *stegomias* como Wenyon y Patton lo han demostrado y, por último, durante su vida parasitaria en el cuerpo de un insecto ó en los cultivos viejos, completa su ciclo vital generando cuerpos enquistados. Tales son los hechos actualmente conocidos en el extranjero.

Pero hay uno nuevo, fundamental, cuya enunciación ha correspondido al Dr. Escomel y simultáneamente al Dr. Cavia en el extranjero. Nos referimos á la presencia de *leishmanias* flageladas en las ulceraciones del dermis. Por nuestra parte podemos citar un caso en el que insistiremos en seguida y que dán á estas aseveraciones una parcial confirmación. Nuestro objeto es discutirlo serenamente, apreciarlo en su valor exacto, y aquilatado ya, exponerlo al comentario de investigadores futuros.

En resumen, pues, el ciclo vital de la *Leishmania trópica* es el siguiente: formas aflageladas en las lesiones del dermis; formas flageladas en los cultivos, intestino de ciertos insectos y aún lesiones dérmicas (Escomel, Cavia, Monge); formas post-flageladas (Patton) en el intestino de ciertos artrópodos.

Ocupémonos pues separadamente de:

- 1.º El parásito en las lesiones del dermis.
- 2.º Las formas herpetomónicas.
- 3.º Las formas post-flageladas.
- 4.º Los resultados de las inoculaciones.

#### 1.—EL PARASITO EN EL DERMIS

La estructura de los parásitos en la leishmaniasis del Perú corresponde exactamente á la descrita por diferentes investigadores en las úlceras orientales de Armenia., Bagdad, India, etc. etc. En las coloraciones con el Giemsa ó Leishman se observa generalmente cuerpos ovoideos en que hay que distinguir tres elementos: el trofonúcleo, el kinetonúcleo y el rizoplasto.

El trofonúcleo esta constituido por delicados puntos cromáticos que forman un conglomerado y se halla rechazado cerca de la periferie del elemento; el kinetonucleo ofrece un aspecto más homogéneo y una coloración más intensa y puede encontrarse, sea separado del núcleo, sea inmediato á él, al extremo de simular una fu-

sión completa que, sin embargo, solo es aparente; el rizoplasto, que hemos encontrado muy pocas veces, se tiñe como el kinetonúcleo y va á terminarse en la membrana del elemento. Generalmente una vacuola ocupa el protoplasma. Las dimensiones de estas leishmanias oscilan al rededor de 3 micrones. Su morfología es muy variada; muy á menudo se encuentran formas casi esféricas; otras veces son elementos alargados que se han comparado muy justamente á torpedos ó cigarros puros. Para estar en lo cierto á este respecto es preciso afirmar que la morfología de estos elementos cambia á lo infinito. El estudio comparativo que hemos hecho de estas leishmanias y de las que pudimos ver en Londres en casos de úlceras orientales de Bagdad y Alepo asi como también las que fueron mostradas por el profesor Laveran en el Instituto Pasteur de París (Leción sobre Leishmaniasis. 1913) nos ha conducido á la conclusión de que todas revisten aspectos semejantes.

Estos elementos pueden encontrarse incompletos y mostrar un protoplasma que contiene ó bien solo el trofonúcleo, ó bien el kinetonúcleo, ó bien el rizoplasto ó, en fin, completamente desprovisto de sustancias cromáticas; formas de desintegración celular muy frecuentes cuando al mismo tiempo están acompañadas de microbios de supuración; pero los obtenidos por raspado profundo de la ulceración ó, lo que es mejor, por aspiración en un tubo capilar introducido por la piel en un lugar sano y sobre el borde mismo de la úlcera, muestran siempre todos los detalles estructurales que hemos señalado anteriormente.

En cuanto á su situación, pueden hallarse libres, pero más generalmente están dentro de macrófagos. Hemos podido contar hasta 18 en uno de estos. También puede vérselos dentro de los polinucleares.

Jamás hemos podido señalar su presencia en la sangre periférica; sin embargo el hecho ha sido comprobado en otras partes por Neuman (Ext. del Kala-Azar Bull. N<sup>o</sup>2, 1912) y por Row en Cambay (Preliminary Report on an Investigation into the Etiology of Oriental Sore in Cambay. 1912). En ciertos casos la sangre vertida en el borde mismo de la ulceración hemos visto que acarrea mecánicamente algunos parásitos.

Cuando en lugar de hacer la fijación después de desecación, se ocurre á procedimientos «más racionales», como dice Wenyon, los resultados son un tanto distintos de los que acabamos de indicar y puede entonces verse rasgos de estructura muy interesantes, que representan el aspecto verdadero de las leishmanias. Nosotros empleando el fijador de Schaudin y una modificación del Giemsa (Cron. Méd. Nov. 1913.—2a. Nota, etc. C. Monge M.) hemos obtenido magníficas preparaciones. En tal caso el núcleo presenta un cuerpo cromático central, á su alrededor una atmósfera incolora y en fin una membrana nuclear perfectamente distinta.

Cuando se usa la hematoxilina ferruginosa de Heindenhain el trofonúcleo se tiñe análogamente, pero en negro, mostrando siempre la membrana nuclear.

El kinetonúcleo se tiñe profundamente en negro, el rizoplasto es difícil de encontrar.

Este aspecto es pues muy distinto del obtenido con las preparaciones tipo Romanowski y nos demuestra la verdadera estructura del parásito. La coloración Giemsa ó Leishman sin fijación vital previa, da aspectos mas hermosos á la vista, pero falsos, resultado del estallamiento de la sustancia cromática.

El proceso de multiplicación de las leishmanias por división directa es posible seguirlo en algunos preparados. En tal caso el trofo y kinetonúcleo se dividen en primer lugar y luego bajo aparece la línea de división del protoplasma. -Otras veces se distingue un conglomerado constituido por varios elementos que parece la resultante de una división múltiple.

## 2.—LAS FORMAS HERPETOMONICAS

Las leishmanias completan su ciclo vital en los cultivos, en el intestino de ciertos insectos, y aún en el mismo huesped humano, como Escomel, Cavia y ultimamente nosotros lo hemos constatado. Pero cambian de estructura volviéndose elementos flagelados. Estudiemos:

### A) *Las formas culturales.*

No pretendemos describir todos los medios en que este cultivo puede llevarse á cabo, sinó únicamente dar cuenta de los cultivos en el conocido medio N. N. N. que llevamos á cabo en Londres.

Y á este respecto no encontramos nada mejor que repetir las palabras de nuestro profesor Wenyon: «el tipo de parásitos encontrados en los cultivos ha sido descrito muchas veces por diferentes observadores y repetidamente se ha pretendido encontrar diferencias en las formas culturales de los parásitos provenientes de las distintas clases de leishmaniasis. . . . en los cultivos, sea que las leishmanias se hayan obtenido del Kala-Azar ó de la Úlcera Oriental, se desarrollan del mismo modo. El parásito comienza á crecer, sea que esté libre ó dentro de un macrófago, el trononúcleo se alarga y se tiñe con menos intensidad, el kinetonúcleo aumenta muy poco de volumen. Durante este periodo puede multiplicarse por simple división del protoplasma consecutiva á la división nuclear. Después de esto, las formas culturales tienden á alargarse y á formar flagelos. El flagelo parte en asociación con el kinetonúcleo» (Kala-Azar. Bulletin. No 3, 1912).

Tanto en las coloraciones con el Leishman que hemos usado de preferencia, como en una modificación del Giemsa que describimos en otra oportunidad y mejor coloreando con la hematoxilina férrica, después de fijación vital puede seguirse el desarrollo de las leishmanias. Generalmente los elementos aparecen en *amas* y puede distinguirse en todos ellos dos tipos extremos. Uno constituido por formas muy delgadas y alargadas con un flagelo que parte de una extremidad y dotadas de gran movilidad y otros pequeños, muy anchas con un polo afilado y uno obtuso del cual parte el flagelo, y de movimientos menos vivos. En ambos, como en las formas flagela-

das hay que considerar el trofonucleo, generalmente central, el kinetonúcleo y el rizoplasto, del cual arranca el flagelo. No es raro encontrar el protoplasma vacuolado y en un sitio cualquiera de este mismo granos cromáticos: *cromidium*.

El núcleo aparece granuloso, cuando teñido por el Leishman, pero en los casos de fijación vital previa toma el mismo aspecto que en las formas aflageladas; es decir, está constituido por una fina membrana nuclear que envuelve una sustancia nuclear acromática en el centro de la cual aparece el cromosoma como un punto negro. El kinetonúcleo es de una coloración mas oscura y en cuanto al rizoplasto, no arranca del elemento anterior sino á una pequeña distancia. De su extremidad periférica parte el flagelo.

La reproducción de estas formas se hace por división. Es frecuente ver entrar en primer lugar en acción el kineto núcleo que se estria y divide conservándose á veces un delicado filamento de unión.

Del nuevo kinetonúcleo comienza á crecer un nuevo rizoplasto y flagelo. En seguida entra en actividad el trofonucleo, el cariosoma se divide, se ensancha transversalmente á la célula, un delicado filamento cromático une los cariosomas hijos que por último quedan separados. Entre tanto, se hace la separación de los protoplasmas comenzando por el espacio comprendido entre los dos rizoplastos. Puede verse ciertas formas en las cuales el trofonúcleo está en actividad y sin embargo no hay sino un kinetonúcleo.

Por último debemos agregar que según ciertos autores (Franchini, Row, Wenyon) en los cultivos viejos aparecen formas diminutas que tal vez guarden relación con formas análogas encontradas en los *cimex* y que podrían estar en relación con la trasmisión de este parásito por un metazoo.

Por nuestra parte no hemos tenido ocasión de estudiarlas.

Las apuntaciones que acabamos de hacer se refieren á trabajos que personalmente hemos hecho en el Perú ó que se nos ha permitido seguir en Londres.

La descripción hecha guiándonos de nuestros preparados de origen peruano coincide con la de las formas culturales de la Ulcera Oriental. I á este respecto para terminar este capítulo con una opinión incontrovertible, citemos las frases de Wenyon refiriéndose á la Leishmaniasis del dermis en el Perú.

«Comparando estos cultivos con los de la Ulcera Oriental obtenidos por muchos observadores no puede encontrarse diferencia alguna entre ambos». Pero hay algo mas todavia, puesto que el mismo Wenyon, hablando de cultivos de distintas especies de leishmanias, manifiesta que es imposible diferenciarlos.

En suma, para decirlo en pocas palabras, es posible afirmar que las distintas leishmanias producen formas culturales idénticas.

### B) Las formas flageladas en los insectos.

Con el objeto de encontrar el agente trasmisor de esta enfermedad se ha hecho ensayos en animales para ver si en sus vísceras se completaba el ciclo vital de las leishmanias. Así obligando á *cimex* y *stegomias* á alimentarse de la secreción de las úlceras se ha visto que actuando el intestino de estos insectos como verdaderas estufas, las formas flageladas han podido desarrollarse «Solo en *Stegomia*,

*fasciata* y en *cimex lectularius* (?) los parásitos de la úlcera Oriental han desarrollado *herpetomonas*. Esto no demuestra que estos insectos sean los vehículos naturales de esta enfermedad». (Wenyon) En Cambay, Patton(1) ha confirmado estos resultados en los *cimex*.

C) *Las formas flageladas en los tejidos,*

Hasta hace poco en una comunicación que hacíamos al Vº Congreso Médico Latino Americano declarábamos no haber encontrado las formas flageladas del parásito en estas ulceraciones, no obstante repetidos exámenes prolijos que hicimos con este objeto. Escomel, ocupándose de la Leishmaniasis flagelada, dice haber encontrado «pequeños cuerpos de contornos bien definidos, algunas veces de contorno oval, algunas otras piriforme. . . . . otras están provistas de un flagelo delgado insertado en uno de los polos. Algunas veces los flagelos son dos: uno en el polo anterior, afilado y flexible, el otro es posterior, un poco más pequeño, más ancho y más rígido sin ser recto. Los flagelos tienen dimensiones que varían entre 2 y 5 micrones» En resumen al lado de *leishmanias* típicas Escomel ha encontrado cuerpos provistos de flagelos cuyas características— flagelo anterior y posterior, tamaño de 2 á 5 micrones— no encuadran muy bien dentro de la biología conocida del parásito y que veremos en seguida.

Toca á Escomel, evidentemente, el indiscutible honor de haber señalado, antes, que nadie, estas formas flageladas; pero convengamos en que su descripción nos aleja un tanto de las formas herpetomónicas de Cavia y de las culturales que acabamos de pasar en revista. Efectivamente, Escomel nos habla de elementos *con dos flagelos uno anterior y otro posterior*, cosa que está completamente fuera de los hechos conocidos en la biología de las leishmanias, y agrega más tarde que estos tienen dimensiones que varían entre 2 y 5 micrones. Convengamos también que flagelos de 2 micrones de longitud solo pueden aceptarse dentro de cierto estrecho convencionalismo pues á penas si esas dimensiones podrían marcar la extremidad afilada de un parásito.

Admitiendo pues el hecho de haber señalado Escomel las formas flageladas en referencia y reivindicando totalmente para él, el honor de un descubrimiento de esta naturaleza, permítasenos, sin embargo, exponer nuestras dudas sobre que todas ellas representen una etapa de la vida de la *leishmania trópica*. Es posible que algunas lo sean, pero ciertos elementos flagelados en ambos polos ó no son leishmanias ó son formas no conocidas de este parásito— lo que estaría por demostrar,—ó son errores de interpretación. Por lo demás la misma lámina de Escomel nos habla de un posible parásito distinto. A este respecto ya hemos dicho en alguna parte que sobre las ulceraciones leishmaniásicas puede crearse una fauna y flora muy variadas: hongos en gran cantidad, amebas, etc. etc. son huéspedes presentes y no sería raro que algún flagelado distinto del *herpetomonas trópica* viniera á hacerlas más complejas. En suma aceptando la interpretación dada del magnífico hallazgo

(1) Patton.—Preliminary Report on an Investigation, into the Etiology of Oriental Sore in Cambay. Scientif. memories, Sanitary Department of India, Nº50.

de Escomel y conviniendo en que algunas de los flagelados que el nos presenta, son formas de desenvolvimiento de las leishmanias, creemos justo exceptuar aquellas biflageladas, cuya explicación solo será el resultado de investigaciones posteriores.

Por nuestra parte, recientemente hemos tenido ocasión de estudiar un caso de *Uta* con lesiones de la piel y las mucosas.

En los preparados hechos con serosidad tomada de las ulceraciones mucosas hemos encontrado la *leishmania trópica*. Además, hemos tenido la suerte de hallar en compañía de nuestro distinguido amigo Sr. Guillermo Almenara algunos elementos herpetomónicos incompletos, cuya descripción vamos á dar.

Se trata de elementos alargados aproximadamente de 8 á 10 micrones de longitud por 1,5 de ancho; de protoplasma perfectamente teñido en azul por el Giemsa, afilado en una de sus extremidades. Contiene tres elementos cromáticos, perfectamente diferenciables; uno de ellos, cerca de uno de los polos está constituido por una sustancia cromática, granulosa, teñida, en rojo; otro, en el centro mismo del cuerpo de este elemento, es circular y se tiñe del mismo modo. Por último cerca de la estremidad afilada puede verse el otro teñido análogamente.

El primero tiene toda la apariencia de un kinetonucleo, el segundo el aspecto de un trofonucleo, y en cuanto al tercero su posición guarda relación estrecha con un rizoplasto. Esta descripción es la misma que la de las formas flageladas; no se diferencia sino en la ausencia del flagelo. Pero todos sabemos que aún en los cultivos su coloración es muy difícil y que es preciso hacer actuar dos ó tres horas las sustancias colorantes para obtener un buen resultado. Tenemos preparados de nuestros cultivos muy análogos á estas formas alargadas del parásito que revisten todo el aspecto de un herpetomona verdadero. Por estas consideraciones nos es permitido aceptar estas formas como herpetomonas incompletos por los defectos de técnica y concluir en su naturaleza leishmaniásica.

(Continuará)

---

## LA METRO ANESTESIA

por el Dr. Enrique Febres Odriozola

Habiéndome impuesto por cablegramas del extranjero y otros medios de información, de los experimentos hechos para la realización del parto sin dolor, créome en el deber ineludible de poner en conocimiento del cuerpo médico lo siguiente:

1.º Que en mi último viaje realizado á Europa, tuve el honor de presentar á la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de París, en Sesión del 15 de Noviembre de 1910, una comunicación enteramente original, sobre la anestesia local del útero; comunicación de la que se dió cuenta en el correspondiente Boletín de la misma Sociedad el 17 de Noviembre de ese año y que fué publicada después

en «La Presse Médicale» y comentada, por último, en el «Journal des Praticiens» del 4 de Octubre de 1911.

2.º Que después de presentar dicha comunicación é inspiran dome en la Metro-Anestesia— denominación que dí á la Anestesia del útero— creí posible extender mis estudios y trabajos al acto del parto, como consta en mi segunda comunicación á dicha Sociedad, presentada posteriormente, ó sea un mes después, en que ofrecía dar cuenta de los resultados que obtuviera, como, en efecto, espero hacerlo pronto.

3.º Que algún tiempo después de mi regreso á Lima, en 25 de Diciembre de 1911, pude realizar—entre otras— en una distinguida dama de nuestra sociedad, la Sra. Margarita Melgar de Gerberding, domiciliada entonces en la calle de la Amargura N.º 940, la Anestesia Obstetrical, en un grado bastante aceptable y sin el menor contratiempo, efectuándose el parto en magníficas condiciones tanto para la madre como para el niño, como pueden acreditarlo la Obstetriz Sra. María Vda. de Quiroga, que estaba presente, y el Dr. Adan Melgar, padre de la mencionada Sra. Gerberding, quien me ha dispensado el señalado favor de citar su nombre y el de su Sra. hija, sin cuya autorización jamás lo habría hecho.

Que desde entonces y sin vacilar un solo instante en el fin que perseguía, he llevado á cabo una serie no reducida de casos diversos (con y sin intervención) tanto en mi Clínica particular como fuera de ella, con el éxito que más ó menos esperaba, estimulando así de manera progresiva mi ensueño obstetrical hasta conseguir, por fin, en estos últimos tiempos, en un grado satisfactorio y constantemente eficaz, la anestesia durante el parto; anestesia que varía á voluntad, según la dosis y la forma del anestésico administrado, conservandose casi al integrum el intelecto y las demás funciones del organismo maternal y fetal, circunstancias todas que me permiten hoy, con entera libertad, realizar el parto y las correspondientes operaciones en la forma más simple y á satisfacción general, sin nada que lamentar por la madre ni el niño.

En virtud de lo expuesto dejo constancia que: desde hace dos años y medio me ocupo con el mayor interés y, sobre todo, con resultados francamente positivos del importante problema que interesa á los parteros en especial y á la humanidad toda, concerniente á la supresión ó disminución del dolor en el parto, por el sistema de inyecciones intra musculares de los cuerpos X, Y, Z; como lo acreditan un gran número de casos, asistidos por mí, muchos de los cuales son del dominio público, y entre los que figuran los de mis dos señoras hermanas; casos todos particularmente fecundos en enseñanzas que pronto, cuando conceptúe llegado el momento oportuno me será grato dar á luz detalladamente.

(Párrafos de una carta dirigida al Decano de la Facultad de Medicina )

## MOVIMIENTO MEDICO

*Patogenia de la icteria hemolítica congenita.*—El profesor A. Chauffard estudiando ultimamente la icteria hemolítica congenita (*Annales de Medecine* N°1, 1914) llega á esclarecer algunos determinismos patogénicos: la heredosifilis y la tuberculosis.

La patogenia heredosifilitica, estaba ya aceptada después de los trabajos de G. Hayem, de E. Fournier y Yoltrain, pero estudiando nuevamente Chauffard, el asunto ha podido constatar que existe otra patogenia de la icteria congenita: la bacilosis.

En efecto, en tres observaciones, de icteria hemolítica, no ha podido encontrar antecedentes heredosifiliticos, ni reacción de Wassermann positiva, pero si, intradermo reacción á la tuberculina francamente positiva. Además ha observado después de la intradermo reacción, *poussée* esplénicas, sobre todo en un caso en el que el bazo avanzó hasta el ombligo.

Pero lo que hay de importante en estas investigaciones, es que las reacciones provocadas por el neosalvarsan ó por la tuberculina, en los individuos afectos de icteria hemolítica, revelan localizaciones viscerales de la infección, que en ambos casos radican en el bazo. Esto sería, según el autor, una demostración del origen esplénico de las isolisinas; la hemolisis sería debida á la localización de la tuberculosis ó de la sífilis en esta víscera.

La constatación de la icteria hemolítica congenita, hace pensar, que evoluciona como una distrofia, trasmisible por la herencia de un caracter adquirido; pero no es el hematíe, el que hereda directamente la fragilidad globular, por que un glóbulo rojo no engendra un glóbulo rojo; luego el hematíe no es más que el soporte de la fragilidad globular, y hay que buscar la lesión inicial en el aparato hemopoiético, en particular en el *bazo* y en la *medula osea*. El bazo sería el que produciría el agente hemolizante, la médula ósea la que engendraría los hematíes granulosos, esas formas atípicas de regeneración sanguínea.

Conocida la patogenia de la icteria hemolítica congenita, Chauffard cree posible instituir una terapeutica mejor orientada.

En los casos en los que se revela el origen heredosifilitico, el tratamiento antisifilitico ha sido empleado, pero el resultado ha sido dudoso.

Fracasada la medicación patogénica, los esfuerzos terapeuticos se han dirigido hacia el organo que se supone ser el centro generador de las hemolisinas, y Parisot y Heully han empleado la *radioterapia esplénica* con resultados bastantes apreciables.

Por otra parte la *esplenectómia* se ha ensayado, pero la mortalidad alcanza al 30 %, por lo que la intervención aún no tiene muchos partidarios, contando Chauffard entre estos.

*El selenium en el tratamiento del cancer.*—Diversos autores alemanes, han preconizado ciertos compuestos de selenium para el tratamiento de los tumores cancerosos; los hechos que ellos han obtenido, han provocado en Francia numerosos ensayos, cuyos resultados no son muy favorables hasta aquí á la acción específica del selenium sobre los tumores malignos.

Contamin, Detoef y Thomas (*Bulletin Institut Pasteur*) han ensayado tratar ratas cancerosas con un gran número de preparaciones seleniadas, sobre todo con un compuesto poco toxico, el bromhidrato de tetra etildianino-difenil selenium. Aunque sus experiencias se han efectuado sobre tumores facilmente modificables por la radioterapia, no han encontrado ningún producto eficaz entre los que han empleado. La evolución de los neoplasmas tratados, les ha conducido á conclusiones desfavorables al empleo del selenium en terapeutica humana...

P. Delbet ha ensayado en el hombre, el seleniato de sodio y el selenium coloidal, pero ninguno de los dos compuestos le ha parecido capaces de entrar la evolución progresiva de los tumores cancerosos. El mismo autor ha empleado el telurato de sodio, el tungsteno coloidal, la plata coloidal radioactivada, pero no ha obtenido resultados mejores que con los derivados de selenio.

*El asma, nuevas orientaciones sobre su etiología y patogenia.*— Como se sabe, la división clásica del asma es en *esencial y sintomática*. Esta delata un padecimiento causal, convirtiéndose entonces no en una enfermedad sino en un síndrome.

El doctor Juan José Viton (*Revista de la Sociedad Médica Argentina*) estudiando la urea en la sangre de varios enfermos catalogados como asmáticos esenciales, encuentra que son fuertes azotémicos, pero que no pueden ser considerados como urémicos, puesto que carecen de todos los fenomenos que individualizan y caracterizan el mal de Bright ó las nefritis subagudas ó crónicas.

Se trata, pues, de asmáticos azotémicos en los que hay que aceptar una verdadera relación de causalidad entre la insuficiencia renal y la azotemia, y entre ésta y las manifestaciones asmatiformes.

Argumentos clínicos, dietéticos, terapeuticos etc. militan en favor de la idea de relación entre la retención azoada y el asma llamada esencial, pues la mejor medicación del asma es la que tiene por base la teobromina y la mejor dietética es la que reposa sobre el regimen lacteo. Además de estas razones, la química del suero de los asmáticos esenciales, revela una fuerte y constante azotemia que ha tenido oportunidad de comprobarlo el autor en casi todos los casos de asma esencial.

Investigando la urea en el esputo se comprueba también, que los asmáticos, como los brighticos, expectoran la azotemia.

El asma esencial, según este concepto, responde á una verdadera azotemia, debida á la mala depuración urinaria, no tratándose de formas idénticas á las que caracterizan las formas disneisantes del mal de Bright, sino de síndromas fronterizos; el asma esencial sería evidentemente sintomática de una perturbación funcional del riñón, y que como tal debe ser tratada con la teobromina y el regimen lacteo ó lacteo vegetariano.

CARLOS A. BAMBAREN.

## REVISTA DE TESIS

*La enfermedad de Carrión en el departamento de Ancash.*— Tesis para el bachillerato en Medicina, por Rodomiro Ortiz.

Esta contribución á la enfermedad de Carrión, está dividida en los siguientes capítulos: I—Geografía patológica. II—Etiología. III Formas clínicas. IV— Diagnóstico. V— Pronóstico y complicaciones. VI —Profilaxia y tratamiento.

En la geografía patológica señala nuevas zonas verrucosas, que presentan condiciones topográficas, climatológicas etc. idénticas á las que ofrecen las localidades verrucosas del resto del país.

En la etiología, avanza la idea de que la verruga y la fiebre grave, que son las dos modalidades clínicas de la enfermedad de Carrión, son producidas por dos variedades del agente patógeno, ya que en el departamento de Ancash, la verruga es la que casi solo existe.

En el tercer capítulo, las formas clínicas, estudia la fiebre grave de Carrión y la forma eruptiva ó de verrugas, individualizando, una nueva forma eruptiva crónica que llama pseudo reumatismo verrucoso, caracterizada por el predominio de diversas algias, musculares, articulares y oseas. Esta es la forma más común en el departamento de Ancash, pues, se observa en un 70 % de los atacados de enfermedad de Carrión.

El diagnóstico, pronostico y complicaciones, son los siguientes capítulos. El diagnóstico, es difícil y no exento de errores, dado que aún no se conoce totalmente la extensión geográfica de la enfermedad. El pronóstico y complicaciones que la enfermedad de Carrión presenta en el departamento de Ancash son benignas.

En la profilaxia y tratamiento llama la atención, hacia el empleo como medio terapéutico de las aguas termales que abundan en ciertas localidades del departamento, observandose sus buenos resultados, pues, producen la sedación de las diversas algias, determinan diaforesis, abrevian el periodo anterior al brote y la convalecencia es más rápida.

Las conclusiones son las siguientes:

1.a El departamento de Ancash es una de las zonas de enfermedad de Carrión más extendida de la República.

2.a La forma denominada fiebre grave de Carrión, es sino desconocida, por lo menos, escasísima.

3.a La forma eruptiva, verruga, es la dominante, y de esta se puede individualizar una forma, que merecería llevar el nombre de *pseudo reumatismo verrucoso*.

4.a El tratamiento por los baños termales, es eficaz en esta forma.

5.a Debe ensayarse la balneoterapia entre los medios terapéuticos de la enfermedad.

6.a Deben orientarse los estudios etiológicos en el sentido de confirmar si es una misma la entidad causal de las dos formas de la enfermedad de Carrión, la grave y la eruptiva, ó si se trata solamente, de variedades del germen.

7.a Debe intentarse la preparación de un suero antiverrucoso.